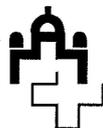


Parlamentsdienste

Services du Parlement

Servizi del Parlamento

Servetschs dal parlament



---

Parlamentarische  
Verwaltungskontrolstelle  
CH-3003 Bern  
Tel. 031 323 09 70  
Fax 031 323 09 71  
[www.parlament.ch](http://www.parlament.ch)  
[pvk.opca@pd.admin.ch](mailto:pvk.opca@pd.admin.ch)

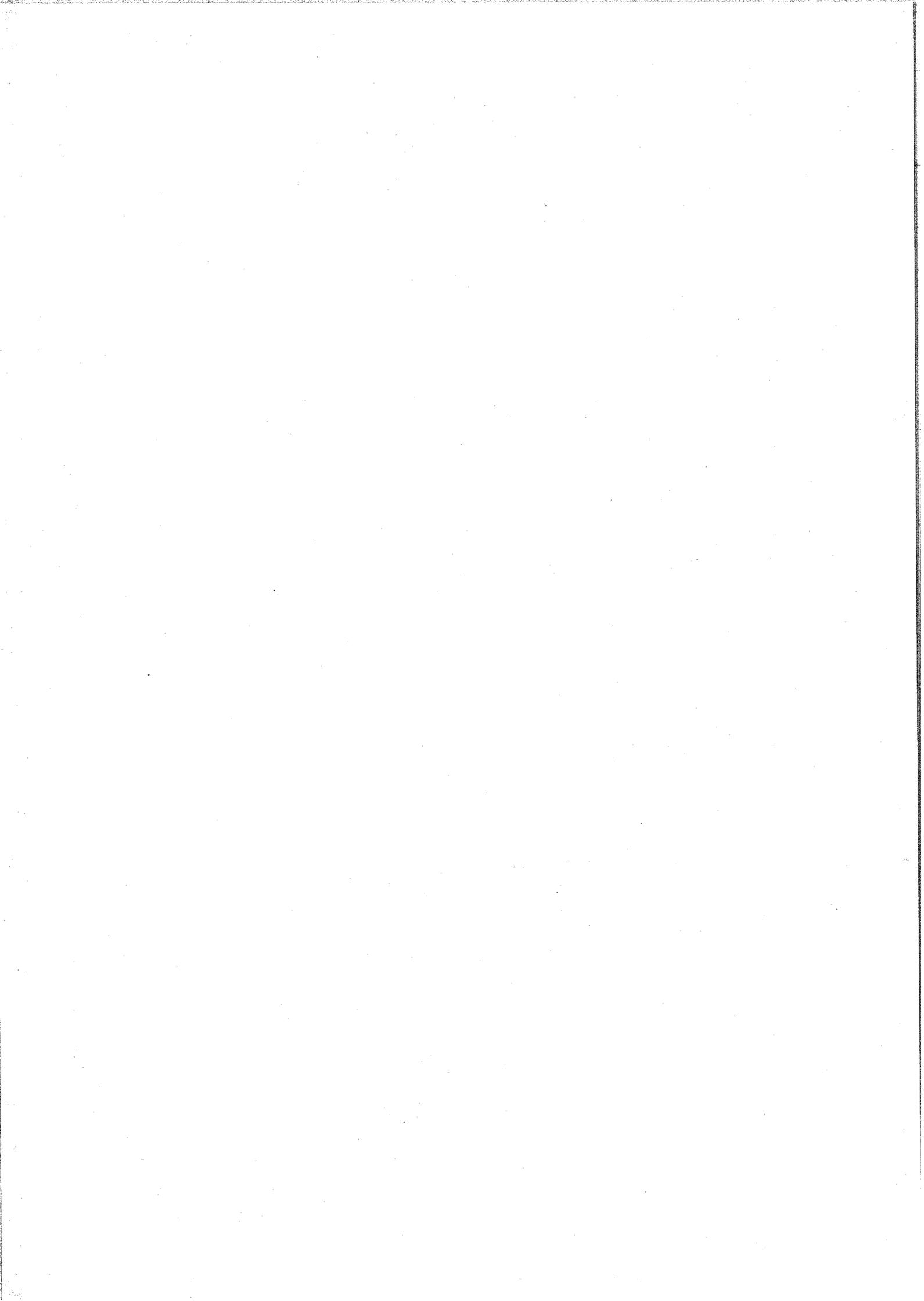
## **Kostendämpfungsmassnahmen im KVG**

### **Materialienband 1:**

### **Eine Programmanalyse unter besonderer Berücksichtigung der Handlungsspielräume des Bundes**

zuhanden der Geschäftsprüfungskommission des Ständerates

Bern, 29. August 2001



---

## Das Wichtigste in Kürze

*Welche Kostendämpfungsmaßnahmen existieren in der Krankenversicherung und wie bedeutend sind sie? Über welche Handlungsspielräume verfügt dabei der Bund? So lauten die Hauptfragen des ersten Untersuchungsschrittes der PVK-Evaluation der Kostendämpfungsmaßnahmen im KVG.*

- *Der Überblick über die konzeptionelle Ausgestaltung des gesetzlichen Instrumentariums zur Kostendämpfung zeigt, dass rund die Hälfte der im geltenden KVG vorgesehenen 44 Massnahmen via Einschränkung des Angebotes versuchen, die Kosten einzudämmen. Allerdings handelt es sich in den allermeisten Fällen um indirekte Einflussmöglichkeiten.*
- *Die Massnahmen richten sich mit Abstand am häufigsten an die Leistungserbringer. Der Charakterisierung des schweizerischen Krankenversicherungswesens als Mischsystem entsprechend halten sich regulative Massnahmen sowie Massnahmen, welche mittels finanzieller Anreize dazu beitragen sollen, die Kosten zu dämpfen, zahlenmässig in etwa die Waage. Auffallend gering hingegen ist der Anteil der persuasiven Instrumente, die mittels Information versuchen, das Verhalten der Adressaten zu beeinflussen.*
- *Es tritt eine Vielzahl von Trägern auf, die mit der Umsetzung der Massnahmen betraut sind. Dies deutet auf eine hohe Arbeitsteilung und komplexe Vollzugsstrukturen hin. Unter den verschiedenen Trägern nehmen Bundesrat und Bundesverwaltung eine (zahlenmässig) vorherrschende Rolle ein. Dieser Befund scheint der programmatischen Leitidee des KVG, wonach Kosteneindämmung primär Sache der verschiedenen Partner im Gesundheitswesen ist und Eingriffe des Staates nur im Notfall erfolgen sollen, zu widersprechen (vgl. jedoch die Relativierung der Einfluss "macht" des Bundes weiter unten).*
- *Im Rahmen einer schriftlichen Expertenbefragung hat die PVK 21 im Sinne der Kosteneindämmung bedeutende Massnahmen identifiziert. Die konzeptionelle Ausgestaltung dieser Massnahmen ist vergleichbar mit dem oben gezeichneten Bild für alle 44 Kostendämpfungsmaßnahmen. In gewissem Masse abweichend ist das Ergebnis hinsichtlich des jeweiligen Steuerungsmittels: Die konsultierten Experten messen den finanziellen Anreizinstrumenten offensichtlich grössere Bedeutung für die Kosteneindämmung zu.*
- *Die Darstellung der Handlungsspielräume der Träger des Bundes in den 21 als wichtig identifizierten Massnahmen zeigt: Der Bund ist in 9 Fällen Hauptträger, in 9 weiteren Fällen verfügt er nebst anderen Trägern ebenfalls über gewisse Kompetenzen, während er bei 3 Massnahmen über keine Einflussmöglichkeiten verfügt.*
- *Bund als Hauptträger in den als wichtig identifizierten Massnahmen (9 Fälle): Nebst der neuen Möglichkeit der Zulassungsbeschränkung im ambulanten Sektor (seit 1. Januar 2001) tritt der Bund lediglich bei der Definition des Leistungskatalogs mit Entscheidungskompetenzen zur Beeinflussung der Mengenausweitung auf. Für den stationären Sektor sind keine wichtigen Massnahmen mit Hauptträgerschaft Bund zu verzeichnen. Bei den Einfluss-*

*möglichkeiten des Bundes im Tarifbereich schliesslich handelt es sich primär um „weiche“ regulative Kompetenzen (ohne Sanktionsmacht).*

- *Bund mit gewissen Kompetenzen in den als wichtig identifizierten Massnahmen (9 Fälle): Es bestehen keine direkten erstinstanzlichen Möglichkeiten des Bundes zur Beeinflussung der Menge des Angebotes (höchstens indirekte Beeinflussung via Rechtsprechung). Zudem beschränken sich zwei Drittel der Handlungsspielräume des Bundesrates auf seine Funktion als Rechtsprechungs- resp. Rechtsetzungsinstanz.*

*Auf Grund der Ergebnisse der Programmanalyse sowie weiterer Grundlagen wählte die zuständige Subkommission der GPK des Ständerates zwei Bereiche aus, die einer vertieften Analyse unterzogen wurden: Spitalplanung und TARMED (vgl. Materialienband 2 und 3).*

---

---

## L'essentiel en bref

*Quelles sont les mesures de maîtrise des coûts de la loi sur l'assurance-maladie et quelle est leur importance ? Quelle est la marge de manœuvre de la Confédération dans ce domaine ? Voilà les questions qui étaient au cœur de la première phase de l'évaluation à laquelle l'OPCA a procédé au sujet des mesures de maîtrise des coûts de la LAMal.*

- *La vue d'ensemble de l'articulation conceptuelle des instruments légaux de maîtrise des coûts révèle qu'environ la moitié des 44 mesures prévues par la LAMal en vigueur visent à endiguer les coûts avec une réduction de l'offre. Pour la plupart, ces mesures ne permettent cependant d'exercer qu'une influence indirecte.*
- *En grande partie, ces mesures s'adressent aux fournisseurs de prestations. Conformément à la caractéristique du système suisse de la santé qui est un système mixte, les mesures contraignantes (réglementation) et les mesures d'incitation financières sont à peu près équivalentes du point de vue quantitatif. En revanche, la part des instruments de persuasion visant à influencer le comportement des destinataires au moyen d'informations sont particulièrement peu nombreuses.*
- *La mise en œuvre de ces mesures est confiée à de nombreux responsables. La fragmentation des tâches qui s'ensuit induit des structures de mise en œuvre complexes. Parmi ces responsables, le Conseil fédéral et l'administration fédérale jouent un rôle (quantitativement) prédominant. Cette constatation semble contredire l'idée directrice à caractère programmatique de la LAMal selon laquelle la maîtrise des coûts est avant tout l'affaire de tous les partenaires du domaine de la santé et que le devoir d'intervention de l'État n'est que subsidiaire (voir toutefois la relativisation du « pouvoir » d'intervention de la Confédération ci-après).*
- *Grâce à un sondage par questionnaire écrit auprès d'experts, l'OPCA a identifié 21 mesures qui peuvent être considérées comme importantes du point de vue de la maîtrise des coûts. Globalement, la conception de ces mesures donne une image comparable à celle des 44 mesures de maîtrise des coûts évoquées ci-dessus. Le résultat diffère cependant du point de vue du moyen d'action : les experts consultés accordent manifestement plus d'importance aux instruments d'incitation financière.*
- *L'analyse de la marge de manœuvre des organes de la Confédération pour les 21 mesures considérées comme importantes montre que la Confédération est l'organe responsable principal de la mise en œuvre de 9 mesures, qu'elle dispose, en même temps que d'autres responsables, de certaines compétences pour 9 autres mesures et qu'elle n'a aucune compétence pour 3 mesures.*
- *La Confédération en tant que responsable principal de la mise en œuvre des mesures considérées comme importantes (dans 9 cas) : outre la nouvelle possibilité de limiter l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins (depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2001),*

*la Confédération n'a des compétences lui permettant d'influer sur la quantité de l'offre que dans la détermination du catalogue des prestations. Dans le secteur des soins hospitaliers, la Confédération n'est prépondérante dans aucune mesure importante. En ce qui concerne le domaine tarifaire, la Confédération a principalement des compétences régulatrices « modérées » (sans pouvoir de sanction).*

- *La Confédération en tant qu'organe disposant de certaines compétences (dans 9 autres cas) : dans ces cas la Confédération ne peut pas intervenir en première instance pour influencer directement sur la quantité de prestations (dans le meilleur des cas, l'influence est indirecte au moyen de la jurisprudence). En outre, deux fois sur trois, la marge de manœuvre du Conseil fédéral se limite à ses compétences législatives et en matière de jurisprudence.*

*Sur la base des résultats de l'analyse programmatique et en tenant compte d'autres données à sa disposition, la sous-commission compétente de la CdG du Conseil des États a sélectionné deux domaines pour les soumettre à une analyse plus approfondie. Il s'agit de la planification hospitalière et du TARMED (voir recueils de données 2 et 3).*

---

# Inhaltsverzeichnis

## Das Wichtigste in Kürze

### L'essentiel en bref

<b>1 Einleitung</b>	<b>1</b>
1.1 Ausgangslage und Untersuchungsgegenstand	1
1.2 Fragestellung und Aufbau des Berichtes	2
<b>2 Kostendämpfungsmassnahmen im KVG: Ein Überblick</b>	<b>3</b>
2.1 Ziel und methodisches Vorgehen	3
2.2 Ergebnisse der Häufigkeitsanalyse	3
2.2.1 Wirkungsmechanismus	3
2.2.2 Adressaten	5
2.2.3 Instrumente	6
2.2.4 Träger	8
2.3 Fazit: Programmanalyse der geltenden Massnahmen im KVG	10
<b>3 Bedeutung der Kostendämpfungsmassnahmen im KVG</b>	<b>11</b>
3.1 Ziel und methodisches Vorgehen	11
3.2 Ergebnisse der Expertenbefragung	13
3.2.1 „Rangliste“ der 21 bedeutenden Kostendämpfungsmassnahmen	13
3.2.2 Konzeptionelle Ausgestaltung der bedeutenden Massnahmen	15
3.3 Fazit: Programmanalyse der bedeutenden Massnahmen	15
<b>4 Handlungsspielräume des Bundes bei den bedeutenden Massnahmen</b>	<b>16</b>
4.1 Ziel und methodisches Vorgehen	16
4.2 Tabellarische Zusammenstellung der Handlungsspielräume	16
4.3 Fazit: Würdigung der Handlungsspielräume des Bundes	27
4.3.1 Bund als Hauptträger	27
4.3.2 Massnahmen, in welchen der Bund zwar Kompetenzen aufweist, jedoch nicht Hauptträger ist	28
Abkürzungsverzeichnis	30
Quellen- und Literaturverzeichnis	31
<b>Anhänge</b>	
Anhang 1: Kostendämpfungsmassnahmen in der Krankenversicherung	A 1
Anhang 2: "Rangliste" der Kostendämpfungsmassnahmen	A 51
Anhang 3: Fragebogen	A 57
Anhang 4: Liste der befragten Experten	A 69
Anhang 5: Bisher erschienene Studien zu den wichtigen Kostendämpfungsmassnahmen im KVG	A 71
Anhang 6: Kurzer Abriss zur Kostensteigerungsproblematik im Gesundheitswesen und den Massnahmen zu ihrer Bekämpfung im internationalen Vergleich	A 75



# 1 Einleitung

## 1.1 Ausgangslage und Untersuchungsgegenstand

Die Geschäftsprüfungskommission des Ständerates (GPK-S) hat die Parlamentarische Verwaltungskontrollstelle (PVK) am 30. August 2000 mit einer Evaluation der *Kostendämpfungsmassnahmen* im Bereich der *Krankenversicherung* beauftragt. Bei der Kostendämpfung handelt es sich um eine der drei übergeordneten Zielsetzungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994.<sup>1</sup> Gemäss Bundesrat wurde das Kostendämpfungsziel des KVG bisher nicht erreicht.<sup>2</sup> Vor diesem Hintergrund lauten die zentralen Fragen des Projektes: Welche Einflussmöglichkeiten stehen im KVG zur Kostendämpfung zur Verfügung? Wie haben die Träger des Bundes ihre Handlungsspielräume bei ausgewählten Kostendämpfungsmassnahmen genutzt?

*Gegenstand der Untersuchung* ist ausschliesslich das KVG. Massnahmen, die ebenfalls der Kostendämpfung im Gesundheitswesen dienen, jedoch in anderen gesetzlichen Grundlagen festgeschrieben sind, bleiben von der Analyse ausgeschlossen. Unter *Massnahmen* verstehen wir nicht nur ordnungsrechtliche Gebote und Verbote, sondern auch das Setzen staatlicher Rahmenbedingungen, die den beteiligten Akteuren kostendämpfendes Verhalten ermöglichen sollen oder die Einführung finanzieller Anreizinstrumente. Massnahmen umfassen in diesem Sinne jegliche gesetzlichen Versuche, die Kosten in der Krankenversicherung zu beeinflussen. Die Begriffe der *Kostendämpfung* oder *-eindämmung* verwenden wir analog zur Botschaft zum KVG synonym. Kosteneindämmung aus Sicht der Krankenversicherung kann demgemäss sowohl Einsparung von Kosten als auch Verlagerung von Kosten auf andere Kostenträger bedeuten, wobei laut bundesrätlicher Botschaft von 1991 das Schwergewicht auf Massnahmen zur *Kosteneinsparung* liegen sollte.<sup>3</sup> Unter „*Träger des Bundes*“ schliesslich verstehen wir den engeren Kreis von Akteuren auf Bundesebene [z.B. Bundesrat, Eidg. Departement des Innern (EDI), Bundesamt für Sozialversicherung (BSV)]. Die Versicherer als mittelbare Verwalter, denen öffentliche Aufgaben übertragen sind, werden nicht dazu gezählt. Nicht im Zentrum der Untersuchung stehen im Weiteren die beratenden Fachkommissionen.

Gemäss der *doppelten Fragestellung* – Einflussmöglichkeiten zur Kostendämpfung im KVG und Nutzung derselben im Rahmen ausgewählter Massnahmen – gliedert sich die Evaluation in zwei Untersuchungsschritte:

- 1 Das KVG soll laut Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. Nov. 1991, BBl 1992 I 125ff. nebst der Eindämmung der Kostensteigerung im Gesundheitswesen eine hochstehende, aber für alle finanziell tragbare medizinische Versorgung garantieren und bestehende Lücken in der Grundversorgung schliessen sowie die Solidarität zwischen Versicherten mit unterschiedlichem Krankheitsrisiko und mit unterschiedlichem Einkommen verstärken.
- 2 Zu diesem Schluss gelangte er beispielsweise im Mai 2000: Medienmitteilung vom 31. Mai 2000, in: NZZ vom 2. Juni 2000.  
Vgl. dazu die Schlussfolgerung einer BSV-Studie vom März 2000: „Die derzeit vorliegenden Zahlen und Erkenntnisse lassen vermuten, dass das KVG keine messbaren Auswirkungen auf die Gesamtentwicklung der Kosten im Gesundheitssystem gehabt hat. (...) Bislang existieren noch keine Zahlen, die aufzeigen würden, dass die auf eine Eindämmung der Kosten im Gesundheitswesen abzielenden Bestimmungen des KVG bereits eine positive Wirkung entfaltet hätten.“ Greppi, Spartaco et al. (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, 61.
- 3 BBl 1992 I 127.

- In einem *ersten Schritt* wurde ein Überblick über das gesetzliche Instrumentarium zur Kostendämpfung und der entsprechenden Handlungsmöglichkeiten des Bundes erstellt.
- Auf Grund dieses Überblicks sowie weiterer Grundlagen wählte die zuständige Subkommission der GPK-S in einem *zweiten Schritt* zwei Bereiche aus, an deren Beispiel anschliessend die Nutzung der Handlungsspielräume durch die Träger des Bundes genauer untersucht wurde. Es handelt sich um die beiden Massnahmen Spitalplanung und TARMED.

Der vorliegende Materialienband 1 enthält lediglich die Ergebnisse des ersten Untersuchungsschrittes. Ergebnisse zu den Aktivitäten des Bundes in den Bereichen Spitalplanung und TARMED sind in den Materialienbänden 2 und 3 ausgewiesen. Eine Zusammenfassung aller wichtigen Ergebnisse und darauf basierende Schlussfolgerungen enthält der *Synthesebericht* der PVK „Kostendämpfung in der Krankenversicherung: Handlungsmöglichkeiten des Bundes und deren Nutzung an den Beispielen Spitalplanung und TARMED“.

## 1.2 Fragestellung und Aufbau des Berichtes

Die im Rahmen des ersten Untersuchungsschrittes zu beantwortenden *Fragen* lauten:

1. Welches sind die geltenden und die vom Bundesrat im Rahmen der KVG-Teilrevisionen vorgeschlagenen Massnahmen zur Kostendämpfung in der Krankenversicherung?  
 Welches sind die zentralen *Ziele* der Massnahmen?  
 Welches ist der angestrebte *Wirkungsmechanismus* der Massnahmen?  
 Welches sind die *Adressaten*, deren Verhalten die Massnahmen beeinflussen sollen?  
 Mittels welcher *Instrumente* erfolgt die Einflussnahme und durch welche *Träger* sollen die Massnahmen praktisch umgesetzt werden?
2. Wie wichtig sind die beschriebenen Massnahmen in Bezug auf das Kostendämpfungsziel in der Krankenversicherung?
3. Welche einzelnen Handlungsmöglichkeiten haben die Träger des Bundes in den als wichtig erachteten Massnahmen zur Kostendämpfung?

Zur Beantwortung der unter 1. genannten *Untersuchungsfragen* führte die PVK eine Programmanalyse durch. Eine Programmanalyse beschreibt, wie ein politisches Programm aus der Sicht des Gesetzgebers funktionieren sollte. Diese programmatischen Absichten entsprechen nicht zwingend der Realität des Programms. So kann es etwa sein, dass nicht die richtigen Adressaten erreicht werden oder eine Massnahme anders wirkt als geplant. Die Ergebnisse der Programmanalyse finden sich in Kapitel 2 des vorliegenden Materialienbandes.

Die 2. *Untersuchungsfrage* – die Identifizierung wichtiger Kostendämpfungsmassnahmen – erfolgte mit Hilfe einer schriftlichen Expertenbefragung (vgl. Kap. 3).

Für die Beantwortung der 3. *Untersuchungsfrage* wurden die einzelnen gesetzlichen Handlungsspielräume der Träger des Bundes in den als bedeutend identifizierten Kostendämpfungsmassnahmen dargestellt (vgl. Kap. 4).

Der *Zweck* des ersten Untersuchungsschrittes lag zum einen darin, mit Hilfe der Programmanalyse einen *Überblick* zu erhalten über das komplexe Geflecht von Akteuren und Handlungsmöglichkeiten zur Kostendämpfung in der Krankenversicherung. Zum anderen diente er als *Entscheidungsgrundlage* für die Wahl von zwei Bereichen, die anschliessend einer detaillierteren Analyse unterzogen wurden (vgl. Materialienbände 2 und 3).

## **2 Kostendämpfungsmassnahmen im KVG: Ein Überblick**

### **2.1 Ziel und methodisches Vorgehen**

Ziel der Programmanalyse ist es, die Kostendämpfungsmassnahmen des KVG zu beschreiben. Die dabei verwendeten *Beschreibungskriterien* lauten: explizite Zielformulierung(en), angestrebter Wirkungsmechanismus (z.B. Kostendämpfung via Einschränkung des Angebotes oder der Nachfrage), Instrumente (vorgesehenes Steuerungsmittel) und Träger (Akteure, die eine bestimmte Massnahme praktisch umsetzen). Die Auflistung der Ausprägungen, die die genannten Variablen aufweisen können, findet sich im Anhang 1 des vorliegenden Materialienbandes.

Das gewählte methodische Vorgehen beinhaltet erstens eine *Dokumentenanalyse* der Botschaft zum KVG sowie weiterer relevanter Quellen (vgl. Anhang 1). Grundsätzlich wurden dabei sämtliche Massnahmen erfasst, die in den konsultierten Quellen explizit in den Zielzusammenhang ‚Kostendämpfung‘ gestellt worden sind. Zweitens wurden die im Rahmen der Dokumentenanalyse erfassten und beschriebenen Kostendämpfungsmassnahmen einer *Häufigkeitsanalyse* unterzogen. Ziel einer solchen Analyse ist es herauszufinden, wie oft gewisse Ausprägungen im Massnahmenspektrum zur Kostendämpfung vorkommen. Gegen eine solche Häufigkeitsanalyse könnte man einwenden, dass jede Massnahme gleich viel zählt, unabhängig von ihrer Wichtigkeit für die Umsetzung des Kostendämpfungsziels. Auf diesen inhaltlichen Aspekt gehen wir in Kapitel 3 (Bedeutung der Kostendämpfungsmassnahmen im KVG) ein. Die durchgeführte Häufigkeitsanalyse beschränkt sich auf die *geltenden* gesetzlichen Massnahmen. Quantitativ nicht ausgewertet wurden ferner die Ziele der Massnahmen<sup>4</sup> (vgl. Näheres dazu in Anhang 1).

### **2.2 Ergebnisse der Häufigkeitsanalyse**

#### **2.2.1 Wirkungsmechanismus**

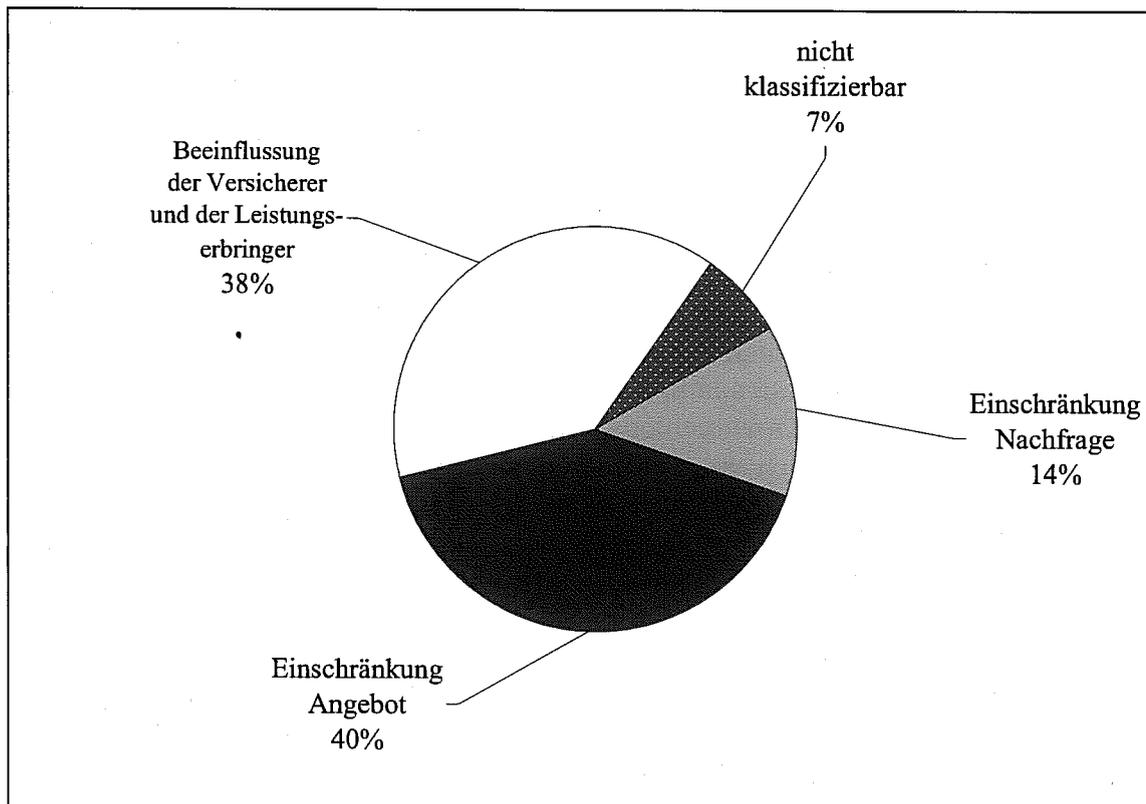
Die Kostendämpfungsmassnahmen lassen sich laut bundesrätlicher Botschaft zum KVG in drei Kategorien einteilen: Massnahmen, die auf eine Einschränkung des Angebotes (medizinischer Leistungen) abzielen; Massnahmen, die eine Einschränkung der Nachfrage (durch die Versicherten) anstreben sowie Massnahmen zur Beeinflussung des Verhaltens von Versicherern und Leistungserbringern.

<sup>4</sup> Auf die quantitative Auswertung der Ziele wurde v.a. deshalb verzichtet, weil diese in den konsultierten Quellen oftmals nicht explizit dargestellt sind: Es werden zwar Massnahmen als kostendämpfend bezeichnet, dies jedoch oftmals ohne weitere Zielaussagen. Da der Zielbezug implizit in der Variable „angestrebter Wirkungsmechanismus“ enthalten ist, erscheint ein Verzicht auf die quantitative Auswertung dieses Aspektes vertretbar.

Gemäss Auskunft des BSV können die Regeln oder Kriterien, nach welchen die Massnahmen im Jahre 1991 in die drei genannten Kategorien eingeteilt wurden, nicht mehr in Erfahrung gebracht werden. Es sei weder klar, weshalb gerade diese drei Kategorien gewählt wurden, noch sei die vorgenommene Zuordnung in verschiedenen Fällen nachvollziehbar (zu einzelnen Kritikpunkten vgl. weiter unten). Erklärt wird dies mit der Komplexität des damaligen Entscheidungsprozesses.<sup>5</sup> Da eine Programmanalyse beschreibt, wie ein politisches Programm aus der Sicht des Gesetzgebers funktionieren sollte, halten wir trotz dieser Einwände an der Botschafts-Kategorisierung fest.

Die Auswertung der Kostendämpfungsmassnahmen nach den genannten drei Wirkungsmechanismen ergibt folgendes Bild:

Abbildung 1: Wirkungsmechanismus der Kostendämpfungsmassnahmen (N = 44)



Quelle PVK 2001

<sup>5</sup> Brief des BSV vom 29. Jan. 2001.

Abbildung 1 zeigt, dass im KVG die Massnahmen zur *Einschränkung des Angebotes* am stärksten vertreten sind (40 Prozent). Darauf folgt die Kategorie derjenigen Massnahmen, die das Verhalten von Versicherern und Leistungserbringern zu beeinflussen versuchen (38 Prozent). Rund 14 Prozent machen Massnahmen aus, mit welchen die Nachfrage eingeschränkt werden soll, nicht klassifizierbar sind drei Massnahmen.<sup>6</sup>

Das Gesundheitswesen wird in der Literatur oft als *Angebotsmarkt* charakterisiert, in welchem die Nachfragehöhe in nicht unbedeutendem Ausmass von den Anbietern der Leistungen bestimmt wird. Das KVG scheint *programmatisch* gesehen *diese Problemlage einigermaßen zu reflektieren*, zielen doch annähernd die Hälfte der Massnahmen auf eine Einschränkung des Angebotes. Allerdings muss dieser Befund relativiert werden. Ob eine Massnahme in der beabsichtigten Art und Weise wirkt, hängt zum einen massgeblich von ihrer konkreten Ausgestaltung und Umsetzung in der Praxis (Vollzug) ab. Zum anderen unterscheiden die genannten Kategorien nicht zwischen *direkten und indirekten Wirkungszusammenhängen*. So weist das BSV in seiner Stellungnahme zu den Untersuchungsergebnissen der PVK darauf hin, dass in der Kategorie „Massnahmen zur Einschränkung des Angebots“ lediglich die Spitalplanung (Anhang 1, Kap. 1.10) sowie die Vorschriften über die Zulassung resp. Einschränkung der Leistungserbringer (Anhang 1, Kap. 1.9 und 2.1) eine *direkte* Wirkung auf das Angebot entfalten.

## 2.2.2 Adressaten

Adressaten sind diejenigen Akteure, deren Verhalten mittels einer Massnahme beeinflusst werden soll. Im Folgenden wird dargelegt, welche Adressatenkreise mit welcher Häufigkeit im Massnahmenpektrum zur Kostendämpfung auftreten. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass einzelne Massnahmen mehrere Adressatengruppen aufweisen können.<sup>7</sup>

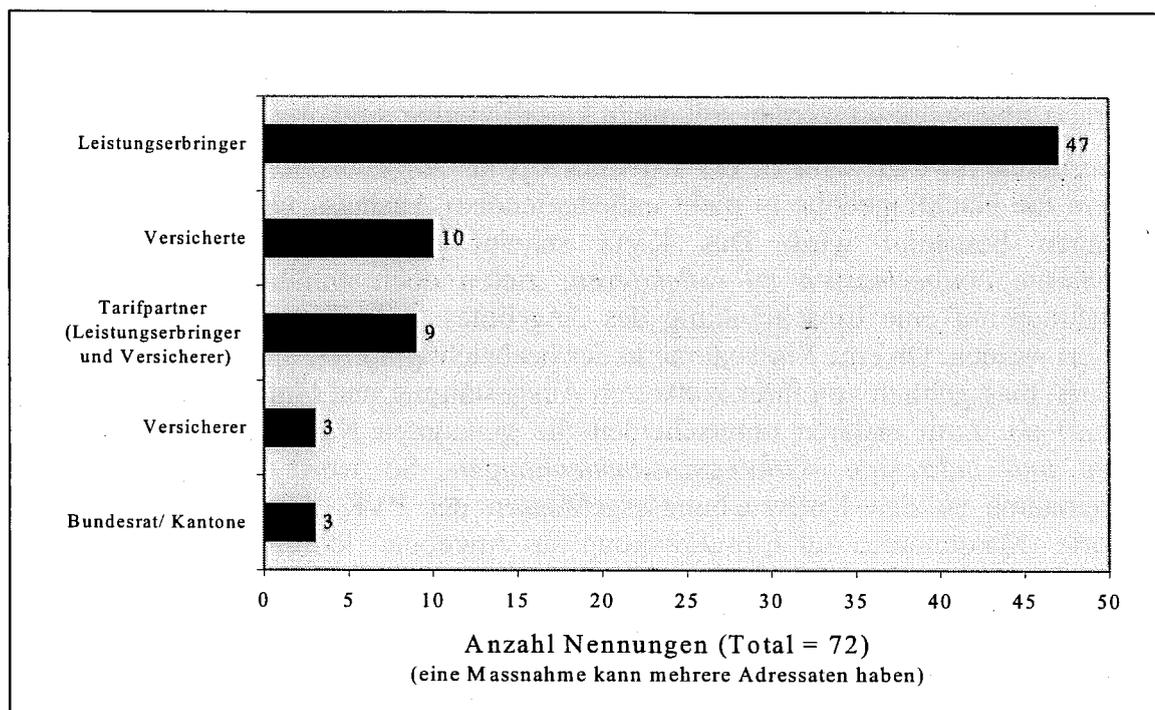
Abbildung 2 zeigt, dass sich die geltenden Kostendämpfungsmassnahmen im KVG mit Abstand am häufigsten an die *Leistungserbringer* richten. In weit geringerem Ausmass sind es die Versicherten und die Tarifpartner (Leistungserbringer und Versicherer), deren Verhalten mittels kostendämpfender Massnahmen beeinflusst werden soll, während sich nur sehr wenige Massnahmen an die Versicherer und den Bund bzw. die Kantone richten.<sup>8</sup>

<sup>6</sup> Es handelt sich um die Massnahmen in Kap. 1.6.4, 1.15 und 1.19 im Anhang 1 des vorliegenden Materialienbandes.

<sup>7</sup> Die Variablen „Adressaten“ und „angestrebter Wirkungsmechanismus“ hängen eng zusammen, d.h. eine Nachfrageeinschränkung ist beispielsweise eng gekoppelt mit dem Adressatenkreis der Versicherten. Entsprechend kommt die Auswertung dieser Variablen zu ähnlichen Ergebnissen.

<sup>8</sup> Bei Letzteren handelt es sich um die Grundsätze der Tarifierung, Anhang 1, Kap. 1.14.4 (Kantone und Bundesrat) sowie um die Koordination und den Lastenausgleich zwischen den Kantonen, Anhang 1, Kap. 1.19 (Kantone).

Abbildung 2: Adressaten der Kostendämpfungsmassnahmen



Quelle PVK 2001

Wie eine weitere Aufschlüsselung der Gruppe der Leistungserbringer zeigt, entfallen 15 resp. 17 der insgesamt 47 Nennungen auf die *stationären* resp. die *ambulanten (ärztlichen)* Leistungserbringer (vgl. Anhang 1, Kap. 3: Zusammenstellung der Ergebnisse der Häufigkeitsanalyse). Diese Aufteilung korrespondiert mit dem Bild entsprechender Statistiken, die die Kosten nach Leistungserbringern ausweisen.<sup>9</sup> Gemäss diesen führt die Entwicklung hin zu mehr ambulanten Diensten nämlich dazu, dass sich der stationäre und der ambulante Sektor bezüglich der Kosten, die sie verursachen, tendenziell angleichen.

### 2.2.3 Instrumente

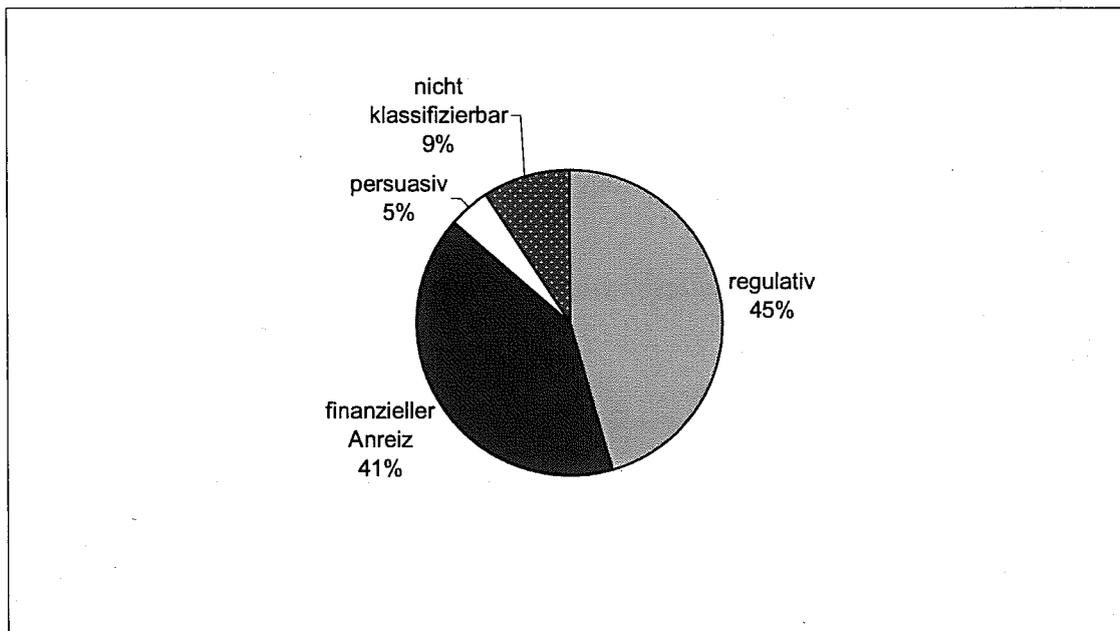
Die Politikfeldanalyse unterscheidet verschiedene Instrumente, mittels derer der Staat auf das Verhalten der Adressaten Einfluss nimmt. Die vorliegende Untersuchung unterscheidet vier Arten von Instrumenten: *regulative Massnahmen*, *finanzielle Anreize* sowie *persuasive Politik*.<sup>10</sup> Regulativ heisst, dass das Verhalten der Adressaten via gesetzliche Pflicht gesteuert wird. Bei den finanziellen Anreizen hat erwünschtes resp. unerwünschtes Verhalten eine finanzielle Begünstigung resp. Einbusse zur Folge. Persuasive Instrumente schliesslich versuchen, das Akteurverhalten durch Information zu beeinflussen.

Die folgende Abbildung zeigt die Häufigkeit der gewählten Instrumente im KVG.

<sup>9</sup> Greppi, Spartaco et al. (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, 62.

<sup>10</sup> Hinzu kommt eine Residualkategorie „nicht klassifizierbar“.

Abbildung 3: Instrumente der Kostendämpfungsmassnahmen (N = 44)



Quelle PVK 2001

Aus Abbildung 3 geht hervor, dass die *regulativen* Massnahmen die grösste Gruppe darstellt (45 Prozent), gefolgt von den Massnahmen, die mittels *finanzieller Anreize* dazu beitragen sollen, die Kosten zu dämpfen (41 Prozent). Dieses Resultat bestätigt in etwa die Charakterisierung des schweizerischen Gesundheitssystems als *Mischform zwischen wettbewerblichen (d.h. marktorientierte Problemlösung) und planwirtschaftlichen Elementen*. Auffallend gering ist gemäss Abbildung 3 hingegen der Anteil der *persuasiven Instrumente* (5 Prozent), die mittels Information versuchen, das Akteurverhalten zu beeinflussen.

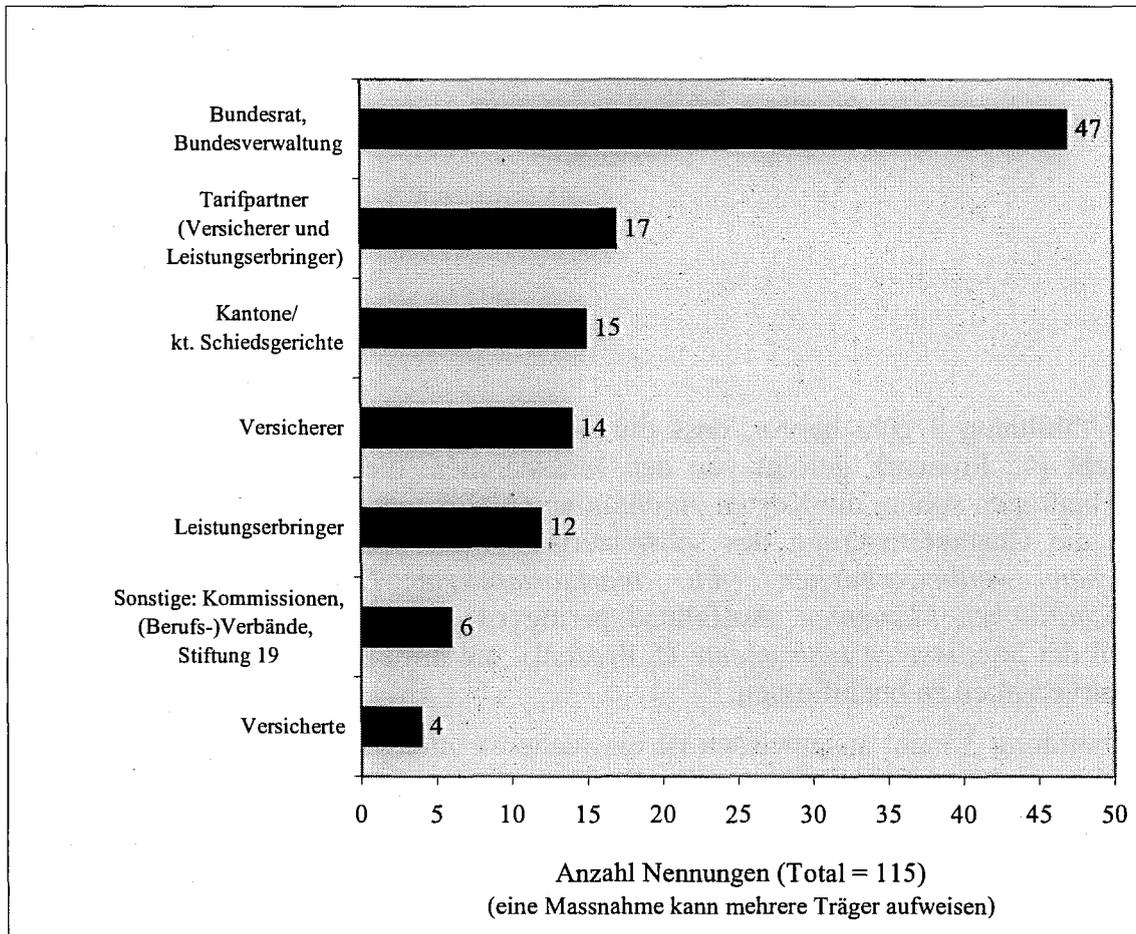
In Abbildung 3 nicht ausgewiesen ist ein weiteres interessantes Resultat bezüglich des *Musters*, welches sich ergibt, wenn die Kategorien „*Adressaten*“ und „*Instrumente*“ zusammen betrachtet werden:

- Wenn *Versicherte* die Adressaten von Massnahmen sind (10 Fälle), dann sind in den meisten Fällen (8-mal) Instrumente vorgesehen, die einen *finanziellen Anreiz* enthalten sollen (übrige 2 Fälle: *persuasiv*).
- Sind hingegen *Leistungserbringer* Adressaten der Kostendämpfungsmassnahmen (26 Fälle), sieht das Gesetz in der Hälfte der Fälle *regulative* Instrumente vor [restliche Fälle: *finanzieller Anreiz* (9), *nicht klassifizierbar* (4)].
- Wenn die *Tarifpartner (Leistungserbringer und Versicherer)* Adressaten sind (9 Fälle), dann erfolgt die Beeinflussung ebenfalls grösstenteils *regulativ* (6-mal; die restlichen 3 Fälle: *finanzieller Anreiz*).

## 2.2.4 Träger

Unsere Programmanalyse unterscheidet eine Reihe von Akteuren, die mit der praktischen Umsetzung der Massnahmen betraut sind. Erfasst sind alle diejenigen Träger, welche im Gesetz explizit Erwähnung finden. Nachstehende Abbildung 4 zeigt die Häufigkeit, mit der die verschiedenen Trägerkreise bei den Kostendämpfungsmassnahmen auftreten.

Abbildung 4: Träger der Kostendämpfungsmassnahmen



Quelle PVK 2001

Zunächst fällt die grosse Zahl von Trägern auf: Für die Umsetzung der 44 untersuchten Massnahmen werden insgesamt 115 Träger bezeichnet. Zahlreiche Kostendämpfungsmassnahmen werden somit von *mehreren Trägern* umgesetzt; dies lässt auf eine hohe Arbeitsteilung und eine komplexe Kompetenzordnung beim Vollzug der Massnahmen schliessen.

Wie Abbildung 4 weiter zeigt, werden *Bundesrat und Bundesverwaltung* weitaus am häufigsten als Träger der Kostendämpfungsmassnahmen genannt. Im Rahmen der 44 Massnahmen wird der Bund 47-mal erwähnt. In zweiter Linie folgen die Tarifpartner (17 Nennungen), die Kantone (15 Nennungen) sowie die Versicherer (14 Nennungen).

Der Befund der vorherrschenden Rolle der Träger des Bundes scheint auf den ersten Blick in einem gewissen Widerspruch zum Anspruch zu stehen, wonach Kostendämpfung primär als eine *gemeinsame Aufgabe der beteiligten Partner* im Gesundheitswesen zu verstehen ist. Dieser Anspruch geht aus folgenden Zitaten der bundesrätlichen Botschaft zum KVG von 1991 hervor:

„Der Gesetzesentwurf enthält (...) ein breites Spektrum von Rahmenbedingungen und Massnahmen, die in ihrem Zusammenspiel zu einer wirksamen Kostendämpfung im erwähnten Sinn führen sollten. Dabei legt das Gesetz, (...), in erster Linie gewisse Rahmenbedingungen für die verschiedenen Partner im Gesundheitswesen fest. Es hängt von ihnen ab, diesen Rahmen auszuschöpfen. Erst als letzte Möglichkeit kann der Bundesrat ausserordentliche Massnahmen treffen.“<sup>11</sup>

„Der Entwurf legt bei den Instrumenten zur Kosteneindämmung das Hauptgewicht eindeutig auf die Selbstverantwortung der Beteiligten. Eingriffe des Staates erfolgen nur im Notfall.“<sup>12</sup>

Dieser scheinbare Widerspruch zwischen der programmatischen Leitidee (Kostendämpfung ist v.a. Sache der Beteiligten) und der „Wirklichkeit“ (häufiges Auftreten der Bundesorgane als Träger) muss jedoch relativiert werden. So sagt die Nennung eines Trägers im Gesetz noch nichts aus über den *wirklichen Einfluss* desselben. Deshalb haben wir die Trägerschaft für die von den befragten Experten als wichtig erachteten Massnahmen einer näheren inhaltlichen Analyse unterzogen (vgl. Kap. 4.3: Würdigung der Handlungsspielräume des Bundes).

Bei Betrachtung von Abbildung 4 fällt im Weiteren auf, dass die *Kantone* deutlich weniger häufig als Träger von Kostendämpfungsmassnahmen genannt werden als der Bund. Dies scheint den zweiten Teil der These von Cattacin/ Tattini (1999: 818) zu stützen, die feststellen: „Le système de santé qui émerge est construit sur une forme minimale d'intervention gouvernementale (...), mais qui tend néanmoins vers le renforcement de la régulation fédérale au détriment des cantons.“<sup>13</sup>

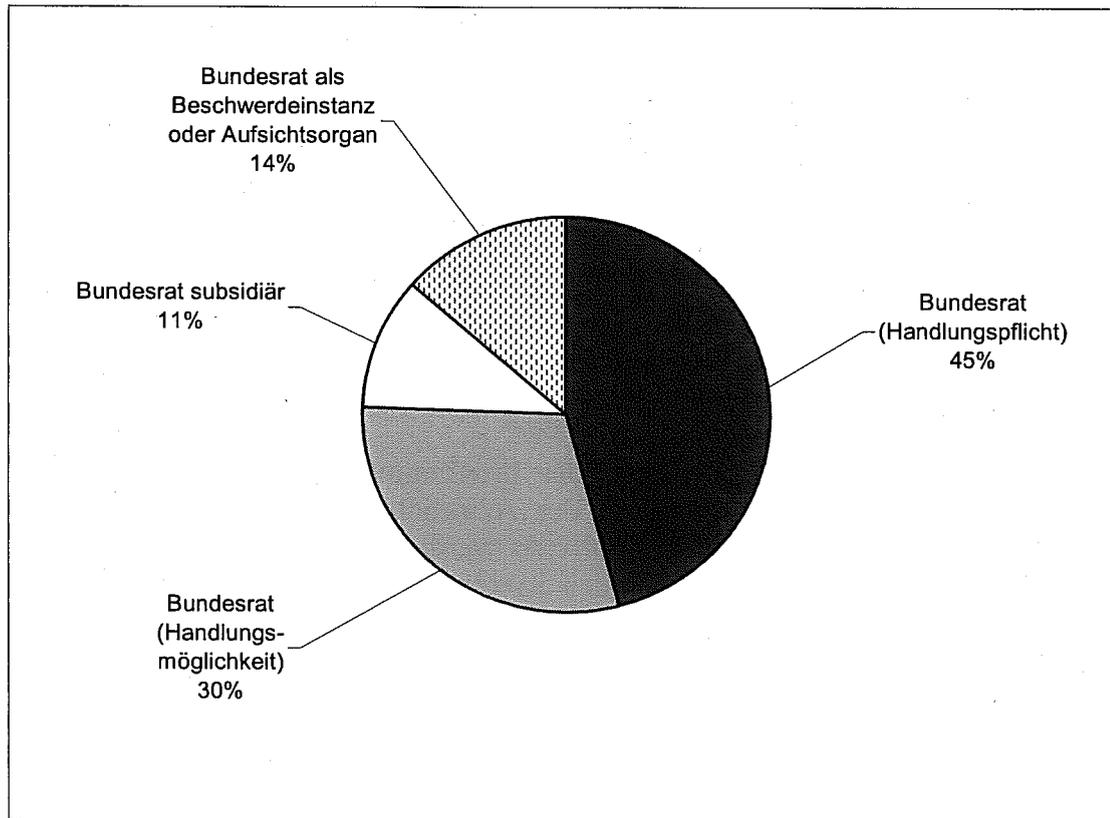
Da wir uns im Rahmen der vorliegenden Untersuchung hauptsächlich auf die Träger des Bundes konzentrieren, soll abschliessend die Variable „Träger Bundesrat“ näher betrachtet werden. Wir unterscheiden hier folgende Unterkategorien: Handlungspflicht, Handlungsmöglichkeit (Kann-Formeln), subsidiäre Handlungspflicht sowie diejenigen Fälle, in denen der Bundesrat als Beschwerdeinstanz resp. Aufsichtsorgan wirkt.

<sup>11</sup> Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991, BBl 1992 I 130.

<sup>12</sup> Ebd. 222.

<sup>13</sup> Cattacin, Sandro/ Véronique Tattini, 1999: „Les politiques sociales“. In: Ulrich Klöti et al. (Hrsg.), Handbuch der Schweizer Politik, Zürich: NZZ Verlag, 808-839, Zitat S. 818.

Abbildung 5: Trägerschaft des Bundesrates: Detaillierte Zusammensetzung  
(Total Nennungen = 37)



Quelle PVK 2001

Wird der Bundesrat als Träger genannt, handelt es sich in 45 Prozent der Fälle um eine *Handlungspflicht*, in weiteren 30 Prozent um eine *Handlungsmöglichkeit*. Das subsidiäre Handeln des Bundesrates und seine Tätigkeit als Beschwerdeinstanz bzw. Aufsichtsorgan belaufen sich zusammen auf 25 Prozent. Auch hier kann allerdings erst eine detaillierte inhaltliche Analyse von Handlungspflichten und –möglichkeiten im Zusammenhang mit einzelnen Kostendämpfungsmassnahmen näheren Aufschluss über die tatsächlichen Handlungsspielräume des Bundesrates als Träger geben (vgl. Kap. 4.3).

### 2.3 Fazit: Programmanalyse der geltenden Massnahmen im KVG

Die Häufigkeitsanalyse hat folgende Merkmale des Kostendämpfungs-Instrumentariums im KVG ergeben: Es dominieren Massnahmen, die über eine Einschränkung des Angebotes beabsichtigen, die Kosten einzudämmen; die Gruppe der Leistungserbringer ist mit Abstand die häufigste Adressatengruppe der Kostendämpfungsmassnahmen; regulative Steuerungsmittel sowie finanzielle Anreizinstrumente sind in etwa gleich stark vertreten und die Träger des Bundes sind zahlenmässig die bedeutendsten Akteure, die mit der praktischen Umsetzung der Massnahmen betraut sind.

Diese Ergebnisse lassen sich wie folgt kommentieren:

- Kaum überraschend ist das Ergebnis bezüglich der Instrumentenwahl, entspricht doch die ungefähr gleich starke Vertretung von finanziellen Anreizinstrumenten und regulativen Steuerungsmitteln der gängigen Charakterisierung des

schweizerischen Gesundheitssystem als *Mischsystem* zwischen Markt und Staat. Interessant ist in diesem Zusammenhang allerdings der Umstand, dass die von uns konsultierten Experten den finanziellen Anreizinstrumenten eine grössere Bedeutung für die Kostendämpfung zumessen (vgl. dazu Kap. 3).

- Eher überraschend ist die zahlenmässige Dominanz der *Träger des Bundes* zur praktischen Umsetzung der Massnahmen. Inwieweit dies aber auch eine faktische Übermacht des Bundes als Hüter der Kostendämpfung bedeutet, wird an anderer Stelle zu hinterfragen sein (vgl. Kap. 4.3).
- Die Dominanz von Massnahmen, welche via *Einschränkung des Angebotes* versuchen, die Kosten einzudämmen, scheint per se genommen problemadäquat zu sein (Stichwort: angebotsinduzierte Nachfrage im Gesundheitswesen). Es ist hierzu jedoch kritisch anzumerken, dass die in der Botschaft zum KVG vorgenommene Einteilung von Massnahmen gemäss ihrem beabsichtigten Wirkungsmechanismus *unklar* und *kaum überzeugend* ist (Stichworte: keine Unterscheidung zwischen direkten und indirekten Wirkungszusammenhängen<sup>14</sup>, nicht nachvollziehbare Einteilungen<sup>15</sup>).
- Hingegen reflektiert das Ergebnis, wonach die *Leistungserbringer* die weitaus häufigste Adressatengruppe der Kostendämpfungsmassnahmen formieren, die Problemlage (Stichwort: angebotsinduzierte Nachfrage). Im Weiteren entspricht auch die Tatsache, dass der ambulante und der stationäre Sektor in etwa gleich grosse Gruppen bilden, der seit einigen Jahren beobachtbaren Entwicklung, dass sich diese beiden Sektoren hinsichtlich der verursachten Kosten angleichen.

### **3 Bedeutung der Kostendämpfungsmassnahmen im KVG**

#### **3.1 Ziel und methodisches Vorgehen**

Während die in Kapitel 2 präsentierte Häufigkeitsanalyse alle Kostendämpfungsmassnahmen gleichwertig behandelt hat, nimmt das vorliegende Kapitel nunmehr eine Gewichtung derselben vor. Ziel dieses Untersuchungsschrittes ist es, im Sinne der Kostendämpfung bedeutende Massnahmen zu identifizieren. Die entsprechende Untersuchungsfrage lautet: Wie wichtig sind die beschriebenen Massnahmen in Bezug auf das Kostendämpfungsziel in der Krankenversicherung?

Die Beantwortung dieser Frage erfolgt mit Hilfe einer *schriftlichen Expertenbefragung*. Die Teilnehmenden wurden per Zufallsverfahren aus einem „Pool“ von 83 Sachverständigen ausgewählt. Dieser „Pool“ umfasst Personen, die zum KVG publiziert haben resp. als Experten aufgetreten sind, Personen und Institute, die das BSV jeweils bei der Offerteneinholung im Rahmen der Wirkungsanalyse KVG anschreibt sowie wirtschaftspolitische Institute verschiedener (vornehmlich Schweizer) Universitäten. Insgesamt wurden 35 Sachverständige ausgewählt, telefonisch kontaktiert und ihre Bereitschaft zur Teilnahme an unserer Umfrage abgeklärt. Von diesen erklärten sich 28

<sup>14</sup> Laut BSV entfalten nur gerade drei Massnahmen direkte Wirkung auf das Angebot: die Spitalplanung (Anhang 1, Kap. 1.10) sowie die Beschränkungen der Zulassung der Leistungserbringer (Anhang 1, Kap. 1.9.1 und Kap. 2.1): Konsultationsantwort des BSV vom 29. Jan. 2001.

<sup>15</sup> So enthält beispielsweise die Kategorie derjenigen Massnahmen, die via Beeinflussung von Leistungserbringern und Versicherern kosteneindämmend wirken sollen, auch Massnahmen, welche sich nur an eine dieser beiden Adressatengruppen wenden.

zur Teilnahme bereit. Schliesslich mitgewirkt haben 24 Personen (vgl. Liste der befragten Experten im Anhang 4). Die Antwortquote beträgt somit 85.7 Prozent.

Der in der Umfrage verwendete *Fragebogen* ist zweigeteilt: Zum einen enthält er eine Liste aller Massnahmen, die in den konsultierten Quellen (v.a. Botschaft zum KVG) explizit zum Kostendämpfungsziel des KVG in Bezug gesetzt worden sind. Um den aktuellen Stand der Dinge wiederzugeben, wurden die geltenden Massnahmen ergänzt durch weitere Massnahmen, die sich zum Zeitpunkt der Umfrage im *parlamentarischen Entscheidprozess* befanden.<sup>16</sup> Die Sachverständigen waren aufgefordert, das Kostendämpfungspotential der aufgelisteten Massnahmen auf einer Skala von „gross“ bis „klein“ zu beurteilen (geschlossene Fragen).

Zum anderen beinhaltet der Fragebogen eine Reihe von offenen Fragen, in welchen die Teilnehmenden aufgefordert waren, diejenigen 5 Massnahmen mit dem grössten Kostendämpfungspotential auszuwählen. Im Hinblick auf den zweiten Untersuchungsschritt wurde hier nach Erfolgsbedingungen, Grad der Ausschöpfung des Kostendämpfungspotentials sowie Handlungsspielräumen der Träger des Bundes gefragt (vgl. Fragebogen im Anhang 3). Die Auswertung der offenen Fragen diente dazu, eine begründete Auswahl von Massnahmen für die Bearbeitung im Rahmen des zweiten Untersuchungsschrittes vorzuschlagen. Nach erfolgter Auswahl durch die GPK-S flossen die Ergebnisse ferner in die Formulierung des Untersuchungsdesigns und die anschliessende Evaluation durch die Experten ein.

Abschliessende Bemerkung: Vereinzelt wurde in der Befragung die isolierte Betrachtung der Massnahmen im ersten Teil des Fragebogens kritisiert. Diese müssten vielmehr im Gesamtsystem gesehen und bewertet werden. Aus unserer Sicht war dieser erste Teil jedoch ein notwendiger Zwischenschritt in der Untersuchung, der es der GPK-S erlauben sollte, eine begründete Auswahl von Massnahmen zu treffen, die im Rahmen des zweiten Untersuchungsschrittes dann näher untersucht wurden. Die ausgewählten Massnahmen im Rahmen des Gesamtsystems zu analysieren, war ein zentrales Anliegen des zweiten Untersuchungsschrittes (vgl. Materialienbände 2 und 3).

<sup>16</sup> Entscheidend für die Berücksichtigung dieser Massnahmen war auch hier, dass sie in einem einschlägigen amtlichen Text (d.h. entsprechende bundesrätliche Botschaft, Amtliche Bulletins der eidgenössischen Räte) explizit als Kostendämpfungsmassnahmen bezeichnet worden sind.

## 3.2 Ergebnisse der Expertenbefragung

### 3.2.1 „Rangliste“ der 21 bedeutenden Kostendämpfungsmassnahmen

Die Expertenbefragung zur Bedeutung der einzelnen Kostendämpfungsmassnahmen hat zu folgenden Resultaten geführt:

Wie untenstehende Tabelle 1 zeigt, orton die Experten bei den *alternativen Versicherungsangeboten mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer* (HMO; vgl. Anhang 1, Kap. 1.8) das grösste Kostendämpfungspotential. 15 von 23 Befragten<sup>17</sup> sind der Meinung, hier sei das Potential eher gross oder gross, während nur eine Person dieses als eher gering einstuft.

Tabelle 1: „Rangliste“ der 21 Massnahmen mit dem grössten Kostendämpfungspotential<sup>18</sup>

Massnahme:	„Rang“
1.8 Alternative Versicherungsangebote mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer.....	1
-- Spitalfinanzierung (in Revision).....	2
1.10 Spitalplanung.....	3
1.11.8 Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit von Leistungen als Voraussetzung zur Kostenübernahme.....	3
1.12 „Sicherheitsriegel“ in Bezug auf die Erweiterung des Leistungskatalogs.....	5
1.14.8 Kündigung der Tarifverträge mit Spitälern und Pflegeheimen bei überzogenen Kosten.....	5
1.16 Kostenkontrolle.....	5
1.5 Globalbudgetierung für Spitälern und Pflegeheime.....	8
1.6.2 Vereinbarung von Pauschalen.....	8
1.17 Statistische Durchleuchtung der Kostenentwicklung.....	10
2.1 Einschränkung der Zulassung zulasten der Krankenversicherung.....	10
1.2 Wählbare Kostenbeteiligung.....	12
1.4 Keine volle Vergütung von Leistungen in bestimmten Fällen.....	12
1.7 Festbeträge für einzelne Leistung.....	12
1.11.5 Wirtschaftlichkeitsgebot; Rückerstattungspflicht bei unwirtschaftlicher Behandlung.....	12
1.13 Volle Freizügigkeit.....	12
1.14.1 Pauschal- und Zeittarif.....	12
1.14.5 Möglichkeit der Einflussnahme auf die Tarifgestaltung durch den Bundesrat.....	12
1.14.7 Kein Ausschluss des Preisüberwachers vor der Genehmigung der Tarifverträge.....	12
1.15 Tariffestsetzung durch die Genehmigungsbehörde.....	12
1.20 Förderung der Gesundheit.....	12

<sup>17</sup> Von den 24 eingegangenen Fragebogen enthielt einer keine Antworten im Teil der geschlossenen Fragen, weshalb sich hier die Gesamtzahl der auswertbaren Bogen auf 23 reduziert.

<sup>18</sup> Selbstverständlich wurden *alle* Kostendämpfungsmassnahmen in die Rangliste eingeteilt. Wir weisen hier jedoch nur die erstplatzierten 21 aus, deren „Verteilungsschwerpunkt“ bei 3 (mittleres Kostendämpfungspotential) oder höher liegt. Die vollständige Rangliste findet sich im Anhang 2.

Auf den Rängen zwei und drei folgen die sich zurzeit im parlamentarischen Entscheidprozess befindende *Spitalfinanzierung* und ex aequo die *Spitalplanung* sowie die *dreifache Kostenübernahmevoraussetzung* „Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit von Leistungen“. 17, 18 resp. 16 Befragte sind hier der Ansicht, das Kostendämpfungspotential sei gross, eher gross oder mittel. Rang fünf nehmen die drei folgenden Massnahmen ein: der so genannte „*Sicherheitsriegel*“ bezüglich der Erweiterung des Leistungskatalogs, die *Kündigung der Tarifverträge* mit Spitälern und Pflegeheimen bei überzogenen Kosten und die *Kostenkontrolle*. Deren Schwerpunkt liegt im Vergleich zu den vordersten Rängen eher im Bereich ‚mittel – eher gross‘.

Rang acht belegen ex aequo die *Globalbudgetierung für Spitäler und Pflegeheime* sowie die *Vereinbarung von Pauschalen*. 11 bzw. 9 von 23 Befragten sind hier der Ansicht, das Kostendämpfungspotential sei eher gross oder gross. Auch die Massnahmen *statistische Durchleuchtung der Kostenentwicklung* und *Einschränkung der Zulassung zulasten der Krankenversicherung*, die gemeinsam Platz zehn belegen, weisen ähnliche Resultate auf.

Auf Rang zwölf folgen schliesslich zehn weitere Massnahmen, deren „Verteilungsschwerpunkt“ bei 3, also einem „mittleren“ *Kostendämpfungspotential* liegt (vgl. Anhang 2: „Rangliste“ der Kostendämpfungsmassnahmen). Jeweils 6 bis 8 von 23 Experten sind bei diesen Massnahmen der Ansicht, deren Potential sei gross oder (weniger häufig angekreuzt) sehr gross.

In der Rangliste der bedeutenden Massnahmen nicht enthalten ist die (noch nicht umgesetzte) *Aufhebung des Kontrahierungszwanges im ambulanten Bereich*. Dies mag auf den ersten Blick zu erstaunen, wird diese Massnahme in der öffentlichen Diskussion doch wiederholt als wichtige Massnahme zur Eindämmung der Gesundheitskosten bezeichnet. Ihr vergleichsweise schlechtes Abschneiden in unserer Expertenbefragung (vgl. Anhang 2 des vorliegenden Materialienbandes) lässt sich jedoch einfach erklären: Der Bundesrat hat nämlich im Herbst 2000 vorgeschlagen, die Aufhebung des Kontrahierungszwanges lediglich für Ärztinnen und Ärzte vorzusehen, die älter als 65 Jahre sind.<sup>19</sup>

Unsere Expertenbefragung ergab ferner hinsichtlich des Kostendämpfungspotentials von insbesondere zwei Massnahmen ein *kontroverses Bild*<sup>20</sup>: Einerseits bei den Kontrollen zur Sicherung der Qualität der Leistungen (Anhang 1, Kap. 1.11.6) und andererseits beim neuen Abgeltungsmodell für Apothekerleistungen (Anhang 1, Kap. 2.3). Bei diesen beiden Massnahmen vertraten jeweils sechs Experten die Meinung, ihr Kostendämpfungspotential sei „klein“ bzw. „mittel“.

Im Sinne einer Konsultation hatte auch das *Bundesamt für Sozialversicherung* die Gelegenheit, den Expertenfragebogen auszufüllen. Zusammenfassend zeigt dessen Gegenüberstellung eine *grosse Übereinstimmung* mit der Einschätzung der Experten. Vier der fünf vom BSV im Rahmen der offenen Fragen als wichtig identifizierten Massnahmen finden sich auch unter den ersten acht Massnahmen aus der Expertenbefragung (alternative Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer; Globalbudgetierung für Spitäler und Pflegeheime; Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit als Voraussetzung zur Kostenübernahme; Spitalfinanzierung). Die fünfte, nach BSV wichtige Massnahme ist die Einschränkung der

<sup>19</sup> Botschaft betreffend die Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. Sept. 2000, 73.

<sup>20</sup> „Kontrovers“ heisst, die Massnahme weist zwei Modalwerte (am häufigsten angekreuzte Werte) auf, die *nicht* direkt nebeneinander liegen (s. Anhang 2).

Zulassung der Leistungserbringer (Anhang 1, Kap. 2.1). Diese Massnahme belegt Rang 10 in der Expertenbefragung.

### 3.2.2 Konzeptionelle Ausgestaltung der bedeutenden Massnahmen

Die Beschreibung der „Rangliste“ der 21 wichtigen Kostendämpfungsmassnahmen mit Hilfe der in der Programmanalyse des KVG verwendeten Variablen (Wirkungsmechanismus, Adressaten, Instrumente, Träger) ergibt zusammenfassend folgende Resultate:

- *Wirkungsmechanismus:* Die in der Umfrage als wichtig identifizierten Massnahmen zielen mehrheitlich auf eine Einschränkung des Angebotes resp. auf eine Beeinflussung der Versicherer und der Leistungserbringer (9 resp. 8 Fälle von 21). Nur gerade 3 Massnahmen bezwecken eine Einschränkung der Nachfrage, während 1 nicht klassifizierbar ist.
- *Adressaten:* Beinahe 70 Prozent der bedeutenden Massnahmen richten sich an die Leistungserbringer (25 von insgesamt 37 identifizierten Adressaten)<sup>21</sup>; andere Gruppen stehen eindeutig im Hintergrund (Versicherte: 7 Nennungen, Tarifpartner: 3, Versicherer: 2).
- *Instrumente:* Hinsichtlich des Steuerungsmittels sind die finanziellen Anreize vorherrschend (11 Nennungen), gefolgt von den regulativen Instrumenten (9 Nennungen); eine Massnahme ist der Kategorie „persuasiv“ zuzuordnen.
- *Träger:* Die 21 als bedeutend identifizierten Kostendämpfungsmassnahmen weisen eine vielfältige Trägerschaft auf (insgesamt 66 Träger werden für deren Umsetzung genannt). Die mit Abstand grösste (zahlenmässige) Rolle kommt dabei dem Bund zu, der in 45 Prozent der Fälle eine Trägerfunktion einnimmt (30 von Total 66 Nennungen). Auf diesen Spitzenreiter folgen die Kantone (9), die Versicherer (dito) sowie die Tarifpartner (7).<sup>22</sup>

### 3.3 Fazit: Programmanalyse der bedeutenden Massnahmen

Die Beschreibung der konzeptionellen Ausgestaltung der 21 wichtigen Massnahmen ergibt ein *ähnliches Bild* wie dasjenige, welches in Kapitel 2 für sämtliche 44 geltenden Kostendämpfungsmassnahmen gezeichnet wurde. Die relativen Unterschiede zwischen den verschiedenen Ausprägungen der Variablen bewegen sich +/- 5 Prozent. Gewisse Abweichungen ergeben sich hingegen bei zwei Variablen:

- *Instrumente:* Die finanziellen Anreizinstrumente weisen im Vergleich zu sämtlichen Massnahmen bei den wichtigen Massnahmen einen höheren prozentualen Anteil auf. Dies bedeutet, dass die in unserer Umfrage konsultierten

<sup>21</sup> Bei den Leistungserbringern formiert der stationäre Sektor die grösste Gruppe: auf ihn fallen 10 Nennungen, auf die Leistungserbringer ambulant (ärztlich bzw. pharmazeutisch) 8 bzw. 6 Nennungen und auf die Hersteller von Arzneimitteln 1 Nennung.

<sup>22</sup> Die restlichen 11 Nennungen entfallen auf die Versicherten (4), die Leistungserbringer resp. deren Verbände (3), die Fachkommissionen (3) sowie die Stiftung 19 (1).

Experten den finanziellen Anreizen vergleichsweise stärkere Bedeutung zumessen.<sup>23</sup>

- *Träger:* Während sich die überragende (zahlenmässige) Rolle der Träger des Bundes bestätigt, schneiden die Tarifpartner unterschiedlich ab: Bei sämtlichen Massnahmen folgen sie auf Platz 2, bei den wichtigen Massnahmen schneiden sie mit Platz 4 vergleichsweise schlechter ab.

## **4 Handlungsspielräume des Bundes bei den bedeutenden Massnahmen**

### **4.1 Ziel und methodisches Vorgehen**

Im vorliegenden Kapitel geht es nunmehr darum, die Handlungsspielräume des Bundes bei den als wichtig erachteten Massnahmen zu analysieren. Denn: die zahlenmässige Dominanz der Träger des Bundes sagt noch nichts aus über deren faktischen Einfluss. Letzteren annäherungsweise abzuschätzen ist das Ziel der Beantwortung der dritten Frage des ersten Untersuchungsschrittes: Welche einzelnen Handlungsmöglichkeiten haben die Träger des Bundes in den als wichtig erachteten Massnahmen zur Kostendämpfung?

Die Beantwortung dieser Frage erfolgt auf Grundlage einer Auswertung des KVG sowie der Botschaften zu den beiden KVG-Teilrevisionen von 1998 und 2000.

### **4.2 Tabellarische Zusammenstellung der Handlungsspielräume**

Die folgende tabellarische Zusammenstellung zeigt die gesetzlichen Handlungsmöglichkeiten und -pflichten der Träger des Bundes im Vergleich zu anderen Trägerschaften (Spalten 2 und 3). Die 4. Spalte beantwortet die Frage, ob der Bund als Hauptträger zu bezeichnen ist oder nicht. Die einzelnen Massnahmen (1. Spalte) erscheinen in der Reihenfolge ihrer Wichtigkeit gemäss Expertenurteil.

<sup>23</sup> Allerdings geht der um 11 Prozent höhere Anteil nur bedingt zulasten des Anteils der regulativen Instrumente; dieses Resultat ist vielmehr hauptsächlich auf den Umstand zurückzuführen, dass die Gruppe der nicht klassifizierbaren Instrumenten bei den wichtigen Massnahmen nicht vertreten ist.

Massnahme	Handlungsspielräume des Bundes	Handlungsspielräume anderer Träger	Bund Haupt-träger?
1.8 Alternative Versicherungsangebote mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer	<i>Bundesrat:</i> regelt die besonderen Versicherungsformen näher. Er legt insbesondere Höchstgrenzen für die Prämienermässigungen fest.	<i>Versicherer:</i> wählt Leistungserbringer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung aus. <i>Versicherer:</i> muss in diesen Fällen nur die Kosten für Leistungen übernehmen, die von diesen Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden. <i>Versicherer:</i> kann die Prämien für Versicherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers vermindern.	nein
-- Spitalfinanzierung (in Revision): Leistungsfinanzierung statt Kostendeckung/ Objektfinanzierung	<i>Bundesrat:</i> legt gesamtschweizerisch einheitliche Strukturen fest, falls sich die Tarifpartner diesbezüglich nicht einigen können.	<i>Tarifpartner:</i> vereinbaren gesamtschweizerisch einheitliche Strukturen und auf dieser Basis leistungsbezogene Pauschalen zur Vergütung der stationären und der teilstationären Behandlung. <i>Versicherer und jeweiliger Wohnkanton:</i> übernehmen die Vergütungen nach Absatz 1 und 2 von Artikel 49 KVG je zur Hälfte. <i>Kantone:</i> können bestimmen, dass sie bestimmte Leistungsbe-reiche separat finanzieren.	nein
1.10 Spitalplanung	<i>Bundesrat:</i> ist Beschwerdeinstanz für Beschwerden gegen die Beschlüsse von Kantonsregierungen. <i>Bundesrat:</i> entscheidet innert längstens vier Monaten über die Beschwerde (Frist kann aus wichtigen Gründen um höchstens vier Monate überschritten werden).	<i>Kantone:</i> planen eine bedarfsgerechte Spitalversorgung, wobei private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind. <i>Kantone:</i> erstellen eine nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederte Spitalliste.	nein

Massnahme	Handlungsspielräume des Bundes	Handlungsspielräume anderer Träger	Bund Haupt-träger?
1.11.8 Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit von Leistungen als Voraussetzung zur Kostenübernahme	<i>Bundesrat:</i> entscheidet nach Anhören der Fachkommissionen, ob Leistungen aus dem Pflichtleistungskatalog zu streichen sind, wenn ihre Neu Beurteilung ergibt, dass sie den drei Kostenübernahmekriterien nicht mehr entsprechen. <sup>24</sup>		ja
1.12 „Sicherheitsriegel“ in Bezug auf die Erweiterung des Leistungskatalogs	<p><i>Bundesrat:</i> kann die ärztlichen oder chiropraktischen Leistungen bezeichnen, deren Kosten nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen von der obligatorischen Krankenversicherung übernommen werden.</p> <p><i>Bundesrat:</i> bezeichnet die nicht-ärztlichen und nicht-chiropraktischen Leistungen sowie Leistungen nach Artikel 26, 29 Absatz 2 Buchstabe a und c und 31 Absatz 1 KVG näher.</p> <p><i>Bundesrat:</i> bestimmt, in welchem Umfang die Kosten einer neuen oder umstrittenen Leistung von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit noch in Abklärung ist.</p> <p><i>Bundesrat:</i> setzt Kommissionen ein, die ihn bei der Leistungsbezeichnung beraten. Er sorgt für die Koordination der Arbeit dieser Kommissionen.</p>		ja

<sup>24</sup> Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. Nov. 1991, BBl 1992 I 158ff.

Massnahme	Handlungsspielräume des Bundes	Handlungsspielräume anderer Träger	Bund Haupt-träger?
	<i>Bundesrat:</i> kann die Aufgaben nach Artikel 33 Absatz 1 - 3 dem Departement oder dem Bundesamt übertragen.		
1.14.8 Kündigung der Tarifverträge mit Spitälern und Pflegeheimen bei überzogenen Kosten	<p><i>Bundesrat:</i> entscheidet als Genehmigungsbehörde bei Verträgen nach Artikel 46 Absatz 5 KVG auf Antrag der Versicherer darüber, ob die Tarife auf das richtige Mass zurückzuführen sind.</p> <p><i>Bundesrat:</i> ist Beschwerdeinstanz für Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Artikel 49 Absatz 7 KVG.</p> <p><i>Bundesrat:</i> entscheidet innert längstens vier Monaten.</p>	<p><i>Versicherer:</i> können den Vertrag nach Artikel 46 Absatz 5 kündigen, falls der Betriebsvergleich ergibt, dass die Kosten eines Spitals deutlich über den Kosten vergleichbarer Spitälern liegen, oder die Unterlagen eines Spitals ungenügend sind.</p> <p><i>Versicherer:</i> können der Genehmigungsbehörde beantragen, die Tarife auf das richtige Mass zurückzuführen.</p> <p><i>Kantonsregierung:</i> entscheidet bei Verträgen nach Artikel 46 Absatz 5 KVG auf Antrag der Versicherer darüber, ob die Tarife auf das richtige Mass zurückzuführen sind.</p>	nein
1.16 Kostenkontrolle	<p><i>Bundesrat:</i> erlässt die nötigen Bestimmungen (für einheitliche Kostenstellenrechnung und Leistungsstatistik der Spitälern/Pflegeheime).</p> <p><i>Bundesrat:</i> ordnet wenn nötig Betriebsvergleiche zwischen Spitälern/Pflegeheimen an.</p>	<p><i>Spitälern/Pflegeheime:</i> führen eine Kostenstellenrechnung und eine Leistungsstatistik.</p> <p><i>Spitälern/Pflegeheime:</i> müssen die nötigen Unterlagen für Betriebsvergleiche liefern.</p> <p><i>Tarifpartner:</i> können die Unterlagen einsehen (Kostenstellenrechnung und Leistungsstatistik).</p> <p><i>Kantonsregierungen:</i> dito.</p> <p><i>Kantonsregierungen:</i> ordnen Betriebsvergleiche an zwischen Spitälern/Pflegeheimen.</p> <p><i>Kantonsregierungen:</i> müssen die dafür notwendigen Unterlagen liefern.</p>	nein

Massnahme	Handlungsspielräume des Bundes	Handlungsspielräume anderer Träger	Bund Haupt-träger?
1.5 Globalbudgetierung für Spitäler und Pflegeheime	<p><i>Bundesrat:</i> ist Beschwerdeinstanz für Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Artikel 51 und 54 KVG.</p> <p><i>Bundesrat:</i> entscheidet innert längstens vier Monaten.</p>	<p><i>Kantone:</i> können als finanzielles Steuerungsinstrument einen Gesamtbetrag für die Finanzierung der Spitäler/Pflegeheime festsetzen.</p> <p><i>Kantone:</i> hören Leistungserbringer und Versicherer vorher an.</p> <p><i>Kantone:</i> haben im Falle eines Antrages auf die Festsetzung eines Globalbudgets als befristete ausserordentliche Massnahme zur Eindämmung eines überdurchschnittlichen Kostenanstiegs innert drei Monaten zu entscheiden.</p> <p><i>Kantone:</i> hören vorher die Einrichtungen und die Versicherer an.</p>	nein
1.6.2 Vereinbarung von Pauschalen		<p><i>Tarifpartner:</i> vereinbaren für die Vergütung der stationären Behandlung Pauschalen.</p>	nein (Bund keine Handlungskompetenz)
1.17 Statistische Durchleuchtung der Kostenentwicklung	<p><i>Bundesrat:</i> erlässt Bestimmungen über die Erstellung, die Auswertung und die Veröffentlichung der zur Durchführung des KVG benötigten Statistiken sowie über den Zugang zu den gesammelten Daten.</p> <p><i>Bundesrat:</i> sorgt dafür, dass der Persönlichkeitsschutz gewährleistet ist.</p> <p><i>Behörden des Bundes:</i> wirken bei der Erstellung der Statistiken mit.</p> <p><i>Bundesrat:</i> kann die Pflicht zur Mitwirkung auf andere Personen und Organisationen ausdehnen. Er hört diese zuvor an.</p>	<p><i>Versicherer:</i> wirken bei der Erstellung der Statistiken mit.</p> <p>Behörden der <i>Kantone:</i> wirken bei der Erstellung der Statistiken mit.</p>	ja

Massnahme	Handlungsspielräume des Bundes	Handlungsspielräume anderer Träger	Bund Haupt-träger?
2.1 Einschränkung der Zulassung zulasten der Krankenversicherung	<p><i>Bundesrat:</i> kann für eine befristete Zeit von bis zu drei Jahren die Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Artikel 36 – 38 KVG von einem Bedürfnis abhängig machen.</p> <p><i>Bundesrat:</i> legt die entsprechenden Kriterien fest.</p>	<p><i>Kantone:</i> sind vorher anzuhören und bestimmen die Leistungserbringer, deren Zulassung eingeschränkt werden soll.</p> <p><i>Leistungserbringer</i> und <i>Versicherer:</i> deren Verbände sind vorher anzuhören.</p>	ja
1.2 Wählbare Kostenbeteiligung	<p><i>Bundesrat:</i> kann weitere Versicherungsformen zulassen, namentlich solche, bei denen die Versicherten die Möglichkeit erhalten, sich gegen eine Prämienermässigung stärker als nach Artikel 64 KVG an den Kosten zu beteiligen.</p> <p><i>Bundesrat:</i> regelt die besonderen Versicherungsformen näher. Legt insbesondere Höchstgrenzen für die Prämienermässigungen fest.</p>	<p><i>Versicherer:</i> können die besondere Versicherungsform der wählbaren Kostenbeteiligung anbieten.</p>	nein
1.4 Keine volle Vergütung von Leistungen in bestimmten Fällen	<p><i>Bundesrat:</i> bezeichnet den Kostenbeitrag, den die obligatorische Krankenversicherung in folgenden Fällen vergütet: ärztlich angeordnete Badekuren; medizinisch notwendige Transportkosten sowie Rettungskosten.</p> <p><i>Bundesrat:</i> bezeichnet die Leistungen für bestimmte Untersuchungen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten sowie für vorsorgliche Massnahmen zugunsten von Versi-</p>	<p><i>Versicherer:</i> vergütet beim Aufenthalt in einem Pflegeheim die gleichen Leistungen wie bei ambulanter Krankenpflege und bei Krankenpflege zu Hause.</p> <p><i>Tarifpartner:</i> bei Spitalaufenthalten richtet sich die Vergütung nach Spitaltarif, solange der Patient nach medizinischer Indikation der Behandlung und Pflege oder der medizinischen Rehabilitation im Spital bedarf.</p> <p><i>Versicherer:</i> muss bei ambulanter Behandlung die Kosten höchstens nach dem Tarif übernehmen, der am Wohn- oder Arbeitsort der ver-</p>	ja

Massnahme	Handlungsspielräume des Bundes	Handlungsspielräume anderer Träger	Bund Haupt-träger?
	<p>cherten, die in erhöhtem Mass gefährdet sind (medizinische Prävention).</p> <p><i>Bundesrat:</i> setzt Kommissionen ein, die ihn bei der Bezeichnung der Leistungen beraten und sorgt für die Koordination der Arbeit der genannten Kommissionen.</p> <p><i>Bundesrat:</i> kann die erstgenannten Aufgaben dem Departement oder dem BSV übertragen.</p> <p><i>Bundesrat:</i> kann die Übernahme der Kosten von Leistungen, die (aus medizinischen Gründen) im Ausland erbracht werden, begrenzen.</p>	<p>sicherten Person oder in deren Umgebung gilt (bei stationärer oder teilstationärer Behandlung gelten die Kosten des Wohnkantons).</p>	
<p>1.7 Festbeträge für einzelne Leistung</p>	<p><i>Departement:</i> erlässt nach Anhören der zuständigen Kommissionen und unter Berücksichtigung der Grundsätze nach Artikel 32 Absatz 1 und 43 Absatz 6 Bestimmungen über die Leistungspflicht und den Umfang der Vergütung bei Mitteln und Gegenständen, die der Untersuchung oder Behandlung dienen.</p>	<p><i>Zuständige Kommissionen:</i> werden vor Erlass der Bestimmungen angehört.</p>	<p>ja</p>
<p>1.11.5 Wirtschaftlichkeitsgebot; Rückerstattungspflicht bei unwirtschaftlicher Behandlung</p>		<p><i>Leistungserbringer:</i> muss sich in seinen Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist.</p> <p><i>Versicherer/Versicherter:</i> kann für Leistungen, die über dieses Mass hinausgehen, die Vergütung verweigern und eine zu Unrecht bezahlte Vergütung zurückfordern.</p>	<p>nein (Bund keine Handlungs-kompetenz)</p>

Massnahme	Handlungsspielräume des Bundes	Handlungsspielräume anderer Träger	Bund Hauptträger?
		<p><i>Tarifpartner:</i> sehen in den Tarifverträgen Massnahmen zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen vor. Sie sorgen insbesondere dafür, dass diagnostische Massnahmen nicht unnötig wiederholt werden, wenn Versicherte mehrere Leistungserbringer konsultieren.</p>	
1.13 Volle Freizügigkeit	<p><i>Bundesrat</i> (resp. Bundesamt): genehmigt die Prämientarife der obligatorischen Krankenversicherung.</p>	<p><i>Versicherte:</i> können unter den Versicherern nach Artikel 11 KVG frei wählen.</p> <p><i>Versicherte:</i> können unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist den Versicherer auf das Ende eines Kalendersemesters wechseln.</p> <p><i>Versicherte:</i> können bei der Mitteilung der neuen Prämie den Versicherer unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende des Monats wechseln, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht.</p> <p><i>Versicherer:</i> muss in seinem örtlichen Tätigkeitsbereich jede versicherungspflichtige Person aufnehmen.</p> <p><i>Versicherer:</i> muss die neuen, vom BSV genehmigten Prämien den Versicherten mindestens zwei Monate im Voraus mitteilen und dabei auf das Recht, den Versicherer zu wechseln, hinweisen.</p>	nein
1.14.1 Pauschal- und Zeittarif		<p><i>Tarifpartner:</i> vereinbaren Tarife und Preise in Verträgen. Der Tarif kann auf den benötigten Zeitaufwand abstellen (Zeittarif) oder pauschale Vergütungen (Pauschaltarif) vorsehen.</p> <p><i>Versicherte:</i> bei Tarifverträgen zwischen Verbänden sind die Versichertenorganisationen vor Abschluss anzuhören.</p>	nein (Bund keine Handlungskompetenz)

Massnahme	Handlungsspielräume des Bundes	Handlungsspielräume anderer Träger	Bund Haupt-träger?
1.14.5 Möglichkeit der Einflussnahme auf die Tarifgestaltung durch den Bundesrat	<p><i>Bundesrat:</i> kann Grundsätze für eine wirtschaftliche Bemessung und sachgerechte Struktur sowie für die Anpassung der Tarife aufstellen.</p> <p><i>Bundesrat:</i> sorgt für die Koordination mit den Tarifordnungen der anderen Sozialversicherungen.</p>		ja
1.14.7 Kein Ausschluss des Preisüberwachers vor der Genehmigung der Tarifverträge	<p><i>Bundesrat:</i> prüft als Genehmigungsbehörde für einen in der ganzen Schweiz geltenden Tarifvertrag, ob dieser mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht.</p> <p><i>Legislative oder Exekutive des Bundes:</i> ist diese für die Festsetzung oder Genehmigung einer Preiserhöhung zuständig, die von den Beteiligten an einer Wettbewerbsabrede oder einem marktmächtigen Unternehmen beantragt wird, so hört sie zuvor den Preisüberwacher an.</p> <p><i>Preisüberwacher:</i> kann beantragen, auf die Preiserhöhung ganz oder teilweise zu verzichten oder einen missbräuchlich beibehaltenen Preis zu senken.</p>	<p><i>Kantonsregierung:</i> dito (für nicht in der ganzen Schweiz geltende Tarifverträge).</p> <p><i>Zuständige Legislative oder Exekutive eines Kantons oder einer Gemeinde:</i> dito.</p>	ja

Massnahme	Handlungsspielräume des Bundes	Handlungsspielräume anderer Träger	Bund Haupt-träger?
	<p><i>Legislative oder Exekutive des Bundes:</i> führt die Stellungnahme des Preisüberwachers in ihrem Entscheid an; folgt sie ihr nicht, so begründet sie dies.</p> <p><i>Preisüberwacher:</i> berücksichtigt bei der Prüfung der Frage, ob ein Preismissbrauch vorliegt, allfällige übergeordnete öffentliche Interessen.</p>	<p><i>Zuständige Legislative oder Exekutive eines Kantons oder einer Gemeinde:</i> dito.</p>	
<p>1.15 Tariffestsetzung durch die Genehmigungsbehörde</p>	<p><i>Bundesrat:</i> kann bezüglich der von ihm genehmigten Tarifverträge nach Artikel 46 Absatz 4 KVG bei doppelt so stark steigenden durchschnittlichen Kosten je versicherte Person und Jahr in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für ambulante oder stationäre Behandlung verordnen, dass die Tarife oder die Preise für sämtliche oder bestimmte Leistungen nicht erhöht werden dürfen, solange der relative Unterschied in der jährlichen Zuwachsrate mehr als 50 Prozent gemessen an der allgemeinen Preis- und Lohnentwicklung beträgt.</p> <p><i>Departement:</i> dito bezüglich der Tarife oder Preise nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe a Ziffern 1 und 2 sowie Buchstabe b KVG.</p> <p><i>Bundesrat:</i> fungiert als Instanz für Beschwerden gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Artikel 55 KVG.</p>	<p><i>Kantonsregierung:</i> dito bezüglich der von ihr genehmigten Tarifverträge nach Artikel 46 Absatz 4 KVG.</p>	<p>ja (in seinem Zuständigkeitsbereich)</p>

Massnahme	Handlungsspielräume des Bundes	Handlungsspielräume anderer Träger	Bund Haupt-träger?
1.20 Förderung der Gesundheit	<p><i>Bundesrat:</i> nimmt die Gründung der Institution vor, falls diese nicht zustande kommt.</p> <p><i>Bundesbehörden:</i> sind vertreten im leitenden Organ der Institution.</p> <p><i>Bundesrat:</i> setzt auf Antrag der Institution den jährlichen Beitrag der Versicherten für die allgemeine Krankheitsverhütung fest.</p> <p><i>Bundesrat:</i> übt die Aufsicht über die Tätigkeit der Institution aus.</p> <p><i>BSV:</i> genehmigt Budgets, Rechnungen und Rechenschaftsbericht der Institution.</p>	<p><i>Versicherer:</i> fördern die Verhütung von Krankheiten.</p> <p><i>Versicherer:</i> betreiben gemeinsam mit den Kantonen eine Institution, welche Massnahmen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten anregt, koordiniert und evaluiert.</p> <p><i>Versicherer:</i> sind vertreten im leitenden Organ der Institution (zusammen mit Vertretern der Kantone, der SUVA, des Bundes, der Ärzteschaft, der Wissenschaft sowie der auf dem Gebiet der Krankheitsverhütung tätigen Fachverbände).</p> <p><i>Versicherte:</i> leisten einen jährlichen Beitrag für die allgemeine Krankheitsverhütung.</p>	nein

### 4.3 Fazit: Würdigung der Handlungsspielräume des Bundes

Die grobe Auswertung der Handlungsspielräume des Bundes in den 21 gemäss Expertenfrage als wichtig zu erachtenden Massnahmen ergibt folgendes Resultat: bei 9 Massnahmen fungiert der Bund als Hauptträger, bei 9 Massnahmen hat der Bund zwar Kompetenzen, ist aber nicht Hauptträger und bei 3 Massnahmen verfügt der Bund über keinerlei Handlungsspielräume.

Eine vertiefte Betrachtung der jeweiligen Handlungsspielräume zeigt jedoch, dass dieses zahlenmässige Übergewicht des Bundes nicht automatisch bedeutet, dass dieser auch ein „mächtiger“ Träger ist. Relevant ist in diesem Zusammenhang vielmehr, ob eine direkte Beeinflussungsmöglichkeit des Leistungsangebotes besteht, welcher Art die Kompetenz ist (z.B. Rechtsprechungs- oder Entscheidungskompetenz) oder ob der Bund über Sanktionsgewalt verfügt. Im Folgenden wird versucht, die potentiellen Handlungsspielräume des Bundes unter diesen Aspekten zu würdigen.

#### 4.3.1 Bund als Hauptträger

Bei den 9 bedeutenden Massnahmen, bei denen der Bund als Hauptträger fungiert, geht es

- in vier Fällen um *Entscheidungskompetenzen* des Bundesrates resp. des Departements bei der Definition des Leistungskatalogs,<sup>25</sup>
- in zwei Fällen um *Entscheidungskompetenzen* in ausserordentlichen Situationen,<sup>26</sup>
- in zwei Fällen um *Einflussmöglichkeiten* im Tarifbereich,<sup>27</sup>
- in einem Fall um die Kompetenz zum *Erlass von Bestimmungen* im Bereich der Statistik.<sup>28</sup>

<sup>25</sup> Entscheid des Bundesrates, Leistungen aus dem Pflichtleistungskatalog zu streichen, wenn ihre Neubeurteilung ergibt, dass sie den drei Kostenübernahmekriterien nicht mehr entsprechen (Anhang 1, Kap. 1.11.8); „Sicherheitsriegel“ in Bezug auf die Erweiterung des Leistungskatalogs via Bezeichnung von Pflichtleistungen durch den Bundesrat (Anhang 1, Kap. 1.12); keine volle Vergütung von Leistungen in bestimmten Fällen auf Grund entsprechender Bezeichnung durch den Bundesrat (Anhang 1, Kap. 1.4); Festsetzung von Leistungspflicht und Vergütungsumfang im Sinne von Festpreisen für Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen durch das Departement (Anhang 1, Kap. 1.7).

<sup>26</sup> Möglichkeit der Tariffestsetzung im Falle von doppelt so stark steigenden durchschnittlichen Kosten je versicherte Person und Jahr in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für ambulante oder stationäre Behandlung (Anhang 1, Kap. 1.15); Möglichkeit, für eine befristete Zeit von bis zu drei Jahren die Zulassung von (ambulanten) Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von einem Bedürfnis abhängig zu machen (Anhang 1, Kap. 2.1).

<sup>27</sup> Möglichkeit der Einflussnahme auf die Tarifgestaltung durch den Bundesrat via Aufstellung von Grundsätzen (Anhang 1, Kap. 1.14.5); Anhörung des Preisüberwachers vor der Genehmigung von Tarifverträgen (Anhang 1, Kap. 1.14.7).

<sup>28</sup> Erlass von Bestimmungen über die Erstellung, die Auswertung und die Veröffentlichung der zur Durchführung des KVG benötigten Statistiken (Anhang 1, Kap. 1.17).

Dies bedeutet zusammengefasst:

1. Mit Ausnahme des *Leistungsbereichs*, in welchem der Bundesrat direkt die Mengenausweitung beeinflussen kann (Festlegung des Leistungskatalogs), verfügt er lediglich im ambulanten Sektor über gewisse Möglichkeiten, *direkt* die Menge des Angebots zu beeinflussen bzw. einzuschränken. Im stationären Sektor hingegen ist gar keine wichtige Massnahme mit Hauptträgerschaft Bund zu verzeichnen. Dies entspricht der geltenden Kompetenzformel, wonach die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in die kantonale Hoheit fällt.
2. Was den *Tarifbereich* betrifft, bestehen zwar entsprechende Handlungsspielräume des Bundes (z.B. Einflussnahme auf die Tarifgestaltung mittels Aufstellen von Grundsätzen, Anhörung des Preisüberwachers bei Tarifverträgen), es handelt sich hierbei jedoch um „weiche“ *regulative Kompetenzen* (keine Sanktionsmacht des Bundesrates).<sup>29</sup>

#### **4.3.2 Massnahmen, in welchen der Bund zwar Kompetenzen aufweist, jedoch nicht Hauptträger ist**

In den 9 Fällen, in denen der Bund nebst anderen Trägern über gewisse Kompetenzen verfügt, handelt es sich

- in drei Fällen um die bundesrätliche *Kompetenz zur näheren Regelung* verschiedener Bereiche,<sup>30</sup>
- in drei Fällen um die Funktion des Bundesrates als *Rechtsprechungsinstanz*,<sup>31</sup>
- in einem Fall um eine *subsidiäre Festsetzungskompetenz*, falls sich die Tarifpartner nicht einigen können,<sup>32</sup>
- in einem Fall um eine *Genehmigungskompetenz* im Bereich der Prämien,<sup>33</sup>

<sup>29</sup> Es gilt zu beachten, dass sich diese Aussagen auf die *wichtigen* Massnahmen beziehen. Was den Tarifbereich betrifft, hat der Bundesrat mit seiner Tarifgenehmigungs- und Rechtsprechungsfunktion natürlich durchaus Sanktionsmacht. Allerdings belegt die erste Funktion (Tarifgenehmigung) in unserer Umfrage einen Platz im hinteren Drittel der Ränge. In Bezug auf die Rechtsprechungsfunktion gilt: Diese ist nicht als Kostendämpfungsmassnahme im KVG deklariert und wurde entsprechend auch nicht in unserer Umfrage im Sinne ihres Potentials bewertet.

<sup>30</sup> Nähere Regelung der alternativen Versicherungsangebote mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer (Anhang 1, Kap. 1.8); Regelung der wählbaren Kostenbeteiligung (Anhang 1, Kap. 1.2); Erlass von nötigen Bestimmungen für eine einheitliche Kostenstellenrechnung und Leistungsstatistik der Spitäler und Pflegeheime, inkl. Kompetenz zur Anordnung – wenn nötig – von Betriebsvergleichen zwischen Spitalern und Pflegeheimen (Anhang 1, Kap. 1.16).

<sup>31</sup> Bundesrat als Beschwerdeinstanz für Beschwerden gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen im Bereich der Spitalplanung (Anhang 1, Kap. 1.10); Bundesrat als Genehmigungsbehörde bei Verträgen nach Art. 46 Abs. 4 KVG für die Rückführung von Tarifen auf das richtige Mass resp. als Beschwerdeinstanz für Beschlüsse der Kantonsregierungen im Falle der Kündigung von Tarifverträgen mit Spitalern und Pflegeheimen bei überzogenen Kosten (Anhang 1, Kap. 1.14.8); Bundesrat als Beschwerdeinstanz für Beschlüsse der Kantonsregierung nach Art. 51 und 54 KVG betreffend Globalbudgetierung (Anhang 1, Kap. 1.5).

<sup>32</sup> Festlegung gesamtschweizerisch einheitlicher Strukturen im Bereich der Spitalfinanzierung, falls sich die Tarifpartner diesbezüglich nicht einigen können (gemäss bundesrätlichem Vorschlag im Rahmen der 2. Teilrevision KVG).

<sup>33</sup> Volle Freizügigkeit: Der Bundesrat resp. das BSV genehmigt die Prämientarife der obligatorischen Krankenversicherung (Anhang 1, Kap. 1.13).

- in einem Fall um verschiedene *Kompetenzen im Rahmen einer Institution* mit Beteiligung des Bundes.<sup>34</sup>

Dies bedeutet zusammengefasst:

1. Bei einem *Drittel* dieser Massnahmen beschränkt sich der Handlungsspielraum des Bundesrates auf seine *Funktion als Genehmigungsbehörde* (gesamtschweizerische Tarifverträge) *resp. Beschwerdeinstanz* bei Kantonsbeschlüssen im stationären Sektor (Spitalplanung, Globalbudgetierung).
2. Ein weiteres Drittel der Massnahmen beinhaltet *die Rechtsetzungskompetenz* des Bundesrates im Bereich der besonderen Versicherungsformen *resp.* bei der Kostenkontrolle im stationären Sektor.
3. *Fazit:* Die Träger des Bundes können in keinem der genannten 9 Massnahmen die Leistungsmenge erstinstanzlich und direkt beeinflussen. Eine Beeinflussung ist höchstens indirekt via Rechtsprechung (Spitalplanung) möglich.

<sup>34</sup> Gründung einer Institution zur Förderung der Gesundheit, falls diese nicht zustande kommt; Bundesvertretung im leitenden Organ der Institution; Festsetzung des jährlichen Beitrages der Versicherten für die allgemeine Krankheitsverhütung; Ausübung der Aufsicht über die Tätigkeit der Institution durch den Bundesrat; Genehmigung von Budgets, Rechnungen und Rechenschaftsbericht der Institution durch das BSV (Anhang 1, Kap. 1.20).

## Abkürzungsverzeichnis

BB1	Bundesblatt
BFS	Bundesamt für Statistik
BIP	Bruttoinlandprodukt
BJ	Bundesamt für Justiz
BPV	Bundesamt für Privatversicherungen
BSV	Bundesamt für Sozialversicherung
EDI	Eidg. Departement des Innern
EDMZ	Eidg. Drucksachen- und Materialzentrale
EU	Europäische Union
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GPK-S	Geschäftsprüfungskommission des Ständerates
HMO	Health Maintenance Organizations
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994, SR 832.10
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995, SR 832.102
NFP	Schweizerischer Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung
NZZ	Neue Zürcher Zeitung
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
PVK	Parlamentarische Verwaltungskontrollstelle
SAV	Schweizerischer Apothekerverein
SR	Systematische Sammlung des Bundesrechts
SUVA	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
UVEK	Eidg. Departement für Umwelt, Verkehr, Energie und Kommunikation
WHO	World Health Organization

# Quellen- und Literaturverzeichnis

## 1. Rechtliche Grundlagen

Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994, SR 832.10

Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995, SR 832.102

Preisüberwachergesetz vom 20. Dezember 1985, SR 942.20

## 2. Amtliche Schriften

Amtliches Bulletin Nationalrat, Herbstsession, 5./6. Oktober 1993, 1835f.

Amtliches Bulletin Nationalrat, Frühjahrssession, 8. März 2000, 67f.

Bericht und Entwurf der Expertenkommission zur Revision der Krankenversicherung vom 2. November 1990. Bern: EDI.

Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991, BBl 1992 I 93ff.

Botschaft betreffend den Bundesbeschluss über die Bundesbeiträge in der Krankenversicherung und die Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 21. September 1998, BBl 1999 I 793ff.

Botschaft betreffend die Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. September 2000.

Bundesamt für Sozialversicherung, 2000: Medienmitteilung vom 31. Mai 2000, Mediendokumentation ‚Krankenversicherung: Bundesrat lehnt die „Gesundheitsinitiative“ ab‘.

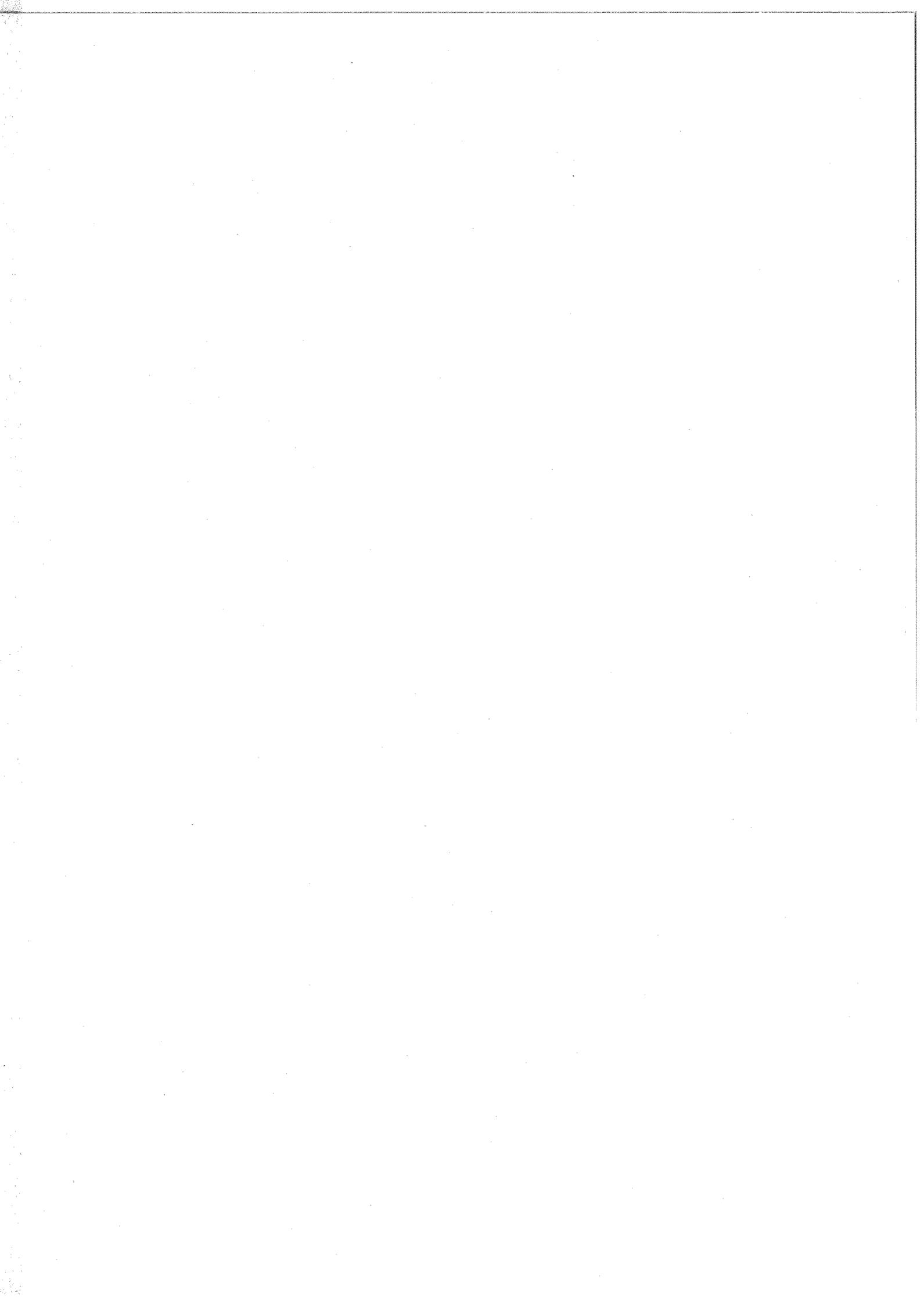
Bundesamt für Sozialversicherung: Medienmitteilung vom 18. September 2000, Mediendokumentation ‚Änderungen im KVG‘.

Bundesamt für Sozialversicherung: Medienmitteilung vom 6. Oktober 2000: Krankenversicherung: neues Abgeltungsmodell für Medikamente tritt auf 2001 in Kraft.

### 3. Literatur (ohne in Anhang 5 ausgewiesene Werke)

- Böcken, Jan et al. (Hrsg.), 2000: Reformen im Gesundheitswesen. Ergebnisse der internationalen Recherche. Carl Bertelsmann Preis 2000. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Cattacin, Sandro/ Véronique Tattini, 1999: „Les politiques sociales“. In: Ulrich Klöti et al. (Hrsg.), Handbuch der Schweizer Politik, Zürich: NZZ Verlag, 808-839.
- Domenighetti, Gianfranco/ Jacqueline Quaglia, 2001: Analyse der Leistungsfähigkeit des schweizerischen Gesundheitswesens im internationalen Vergleich. In: Die Volkswirtschaft, 9-2001, 9-13.
- Eugster, Gebhard, 1998: Krankenversicherung. In: Soziale Sicherheit. Reihe: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht. Basel: Helbing & Lichtenhahn.
- European Observatory on Health Care Systems, 2000: Health Care Systems in Transition. Switzerland. WHO Regional Office for Europe. Unter: <http://www.observatory.dk/hit/hit.html>.
- Gärtner, Ludwig, 2001: Das Krankenversicherungsgesetz und die Entwicklung der Gesundheitskosten. In: Die Volkswirtschaft 9-2001, 19-23.
- Greppi, Spartaco et al. (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.
- Kalisch, David W./ Tetsuya Aman/ Libbie A. Buchele, 1998: Labour Market and Social Policy – occasional papers N° 33: Social and Health Policies in OECD Countries: A survey of current programmes and recent developments. Paris: OECD.
- Klöti, Ulrich, 1997: Inhaltliche und methodische Anforderungen an wissenschaftliche Politikevaluationen. In: Werner Bussmann et al. (Hrsg.),

- Einführung in die Politikevaluation. Basel und Frankfurt: Helbing & Lichtenhahn, 39-57.
- Lowi, Theodore J., 1972: Four Systems of Policy, Politics, and Choice. In: Public Administration Review 32, 298-310.
- Raffel, Marshall W. (Hrsg.), 1997: Health Care and Reform in industrialized countries. University Park, PA: The Pennsylvania State University Press.
- Scheil-Adlung, Xenia, 1998: Zur Politik der Steuerung von Gesundheitsausgaben durch Verhaltensanreize: eine vergleichende Analyse ausgewählter OECD-Länder. In: Internationale Revue für Soziale Sicherheit, Bd. 51, 1/98, 115-151.
- Schmidt, Manfred G., 1999: Warum die Gesundheitsausgaben wachsen. Befunde des Vergleichs demokratisch verfasster Länder. In: Politische Vierteljahresschrift, Heft 2, Juni 1999, 229-245.
- Sommer, Jürg H., 1999: Gesundheitssysteme zwischen Plan und Markt. Stuttgart und New York: Schattauer.
- World Health Organization, 2000: The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Unter: <http://www.who.int/whr>.



## **Materialienband I: Anhänge**

<b>Anhang 1:</b>	<b>Kostendämpfungsmassnahmen in der Krankenversicherung</b>	<b>A 1</b>
<b>Anhang 2:</b>	<b>„Rangliste“ der Kostendämpfungsmassnahmen</b>	<b>A 51</b>
<b>Anhang 3:</b>	<b>Fragebogen</b>	<b>A 57</b>
<b>Anhang 4:</b>	<b>Liste der befragten Experten</b>	<b>A 69</b>
<b>Anhang 5:</b>	<b>Bisher erschienene Studien zu den wichtigen Kostendämpfungsmassnahmen im KVG</b>	<b>A 71</b>
<b>Anhang 6:</b>	<b>Kurzer Abriss zur Kostensteigerungsproblematik im Gesundheitswesen und den Massnahmen zu ihrer Bekämpfung im internationalen Vergleich</b>	<b>A 75</b>



# Anhang 1: Kostendämpfungsmassnahmen in der Krankenversicherung

## Inhaltsverzeichnis

<b>0 Einleitung</b>	<b>A 1</b>
<b>1 Ursprüngliche Kostendämpfungsmassnahmen im KVG</b>	<b>A 2</b>
1.1 Obligatorische Kostenbeteiligung	A 2
1.2 Wählbare Kostenbeteiligung	A 4
1.3 Bonusversicherung	A 5
1.4 Keine volle Vergütung von Leistungen in bestimmten Fällen	A 6
1.5 Globalbudgetierung für Spitäler und Pflegeheime	A 9
1.6 Beschränkte Deckung der Kosten	A 10
1.6.1 Beschränkte Deckung der Kosten: 50-Prozent-Kostendeckungsregel	A 11
1.6.2 Vereinbarung von Pauschalen	A 12
1.6.3 Ermittlung der anrechenbaren Kosten bei Vertragsabschluss	A 13
1.6.4 Möglichkeit, besondere Leistungen oder diagnostische Massnahmen ausserhalb der Pauschalen in Rechnung zu stellen	A 13
1.7 Festbeträge für einzelne Leistung	A 14
1.8 Alternative Versicherungsangebote mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer	A 15
1.9 Beschränkung der Zulassung der Leistungserbringer	A 16
1.9.1 Anerkannte Weiterbildung der Ärzte und Apotheker als Zulassungsvoraussetzung	A 16
1.9.2 Beschränkung der Selbstdispensation von Medikamenten durch Ärzte	A 17
1.10 Spitalplanung	A 18
1.11 Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen	A 19
1.11.1 System der Vertrauensärzte	A 19
1.11.2 Auskunftspflicht der Leistungserbringer	A 21
1.11.3 System des Tiers garant	A 22
1.11.4 Transparente Rechnungsstellung	A 22
1.11.5 Wirtschaftlichkeitsgebot; Rückerstattungspflicht bei unwirtschaftlicher Behandlung	A 23
1.11.6 Kontrollen zur Sicherung der Qualität der Leistungen	A 24
1.11.7 Ausschluss von Leistungserbringern, die krass gegen ihre Pflichten verstossen	A 25
1.11.8 Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit von Leistungen als Voraussetzung zur Kostenübernahme	A 25
1.12 „Sicherheitsriegel“ in Bezug auf die Erweiterung des Leistungskatalogs	A 26
1.13 Volle Freizügigkeit	A 27
1.14 Tarifgestaltung und -kontrolle	A 28
1.14.1 Pauschal- und Zeittarif	A 29
1.14.2 Dezentrale Festlegung der Taxpunktwerte	A 30

1.14.3	Vereinbarung einheitlicher Tarifstrukturen für die ganze Schweiz im Falle von Einzelleistungstarifen	A 31
1.14.4	Grundsätze der Tarifierung	A 32
1.14.5	Möglichkeit der Einflussnahme auf die Tarifgestaltung durch den Bundesrat	A 32
1.14.6	Prüfung und Genehmigung der Tarifverträge durch die Kantonsregierung, bei gesamtschweizerischen Verträgen durch den Bundesrat	A 33
1.14.7	Kein Ausschluss des Preisüberwachers vor der Genehmigung der Tarifverträge	A 34
1.14.8	Kündigung der Tarifverträge mit Spitälern und Pflegeheimen bei überzogenen Kosten	A 35
1.14.9	Regelung des vertragslosen Zustandes	A 36
1.14.10	Erlass einer Analysenliste mit Tarif sowie einer Liste der in der Rezeptur verwendeten Präparate, Wirk- und Hilfsstoff mit Tarif durch EDI, Erstellen einer Liste mit pharmazeutischen Spezialitäten und konfektionierten Arzneimittel mit Preisen (Spezialitätenliste) durch das BSV	A 37
1.15	Tariffestsetzung durch Genehmigungsbehörde	A 38
1.16	Kostenkontrolle	A 39
1.17	Statistische Durchleuchtung der Kostenentwicklung und ihrer Ursachen	A 40
1.18	Eindämmung der Verwaltungskosten	A 41
1.19	Koordination und Lastenausgleich zwischen den Kantonen	A 42
1.20	Förderung der Gesundheit	A 42
1.21	Verhinderung von Wettbewerbseinschränkungen im Tarifbereich	A 44
<b>2</b>	<b>Am 1.1.2001 in Kraft getretene Massnahmen zur Kostendämpfung</b>	<b>A 45</b>
2.1	Einschränkung der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung	A 45
2.2	Substitutionsrecht	A 46
2.3	Neues Abgeltungsmodell für Apothekerleistungen	A 47
<b>3</b>	<b>Zusammenstellung der Ergebnisse der Häufigkeitsanalyse</b>	<b>A 48</b>

Anhang 1 bildet die Grundlage für die in Kapitel 2 des vorliegenden Materialienbandes präsentierten Ergebnisse der Programmanalyse des KVG.

### **Konsultierte Quellen**

Im Rahmen der Programmanalyse erfasst und ausgewertet wurden sämtliche Kostendämpfungsmassnahmen, die

- das KVG in seiner ursprünglichen Form vorgesehen hatte (vgl. Kap. 1 ff. des vorliegenden Anhanges). Die Aufzählung erfolgt in enger Anlehnung an eine Liste im Anhang der bundesrätlichen Botschaft über die Revision der Krankenversicherung von 1991,<sup>1</sup>
- in der Botschaft zum KVG explizit als Kostendämpfungsmassnahmen bezeichnet wurden, jedoch nicht in der Liste der Botschaft erschienen,<sup>2</sup>
- im Rahmen der parlamentarischen Beratungen ins Gesetz aufgenommen worden sind,<sup>3</sup>
- im Rahmen der 1. Teilrevision Aufnahme ins KVG gefunden haben.<sup>4</sup>

Die Auswertung der genannten Quellen ergab ein Total von 44 geltenden Kostendämpfungsmassnahmen. Deren konzeptionelle Ausgestaltung wurde anschliessend mit Hilfe verschiedener, im Folgenden vorgestellter Variablen beschrieben.

### **Programmanalyse: Beschreibung der Variablen**

*Ziele:* Bei den Aussagen zu den Zielen der Massnahmen handelt es sich um Zitate aus den konsultierten amtlichen Schriften.

*Wirkungsmechanismus:* Die entscheidende Frage lautet hier, auf welche Art und Weise eine bestimmte Massnahme kostendämpfend wirken soll. Die Einteilung folgt einer Liste im Anhang der Botschaft zum KVG von 1991 und umfasst drei Kategorien: Massnahmen, die auf eine Einschränkung des Angebotes (medizinischer Leistungen) abzielen, Massnahmen, die eine Einschränkung der Nachfrage (durch die Versicherten) anstreben sowie Massnahmen zur Beeinflussung des Verhaltens von Versicherern und Leistungserbringern.<sup>5</sup>

*Adressaten:* Gemeint sind diejenigen Akteure, deren Verhalten mit einer Massnahme beeinflusst werden soll. Grundsätzlich werden sämtliche Adressaten erfasst, an die sich eine Massnahme richtet.

---

<sup>1</sup> Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991, BBl 1992 I 234 ff. (Zusammenstellung der Massnahmen zur Eindämmung der Kosten).  
<sup>2</sup> Es handelt sich um Massnahmen in den folgenden Kapiteln: Abschnitt „Begrenzung der Kostenübernahme für im Ausland erbrachte Leistungen“ (Teil von Kap. 1.4) sowie Kap. 1.6.2, 1.6.3, 1.6.4, 1.11.3, 1.11.8, 1.12, 1.14.1, 1.14.2, 1.14.4, 1.14.5, 1.19.  
<sup>3</sup> Dabei handelt es sich um Massnahmen in den folgenden Kapiteln: 1.15, 1.20 und 1.21.  
<sup>4</sup> Massnahmen in Kap. 2.1, 2.2 und 2.3.  
<sup>5</sup> Vgl. BBl 1992 I 234-239. Für einzelne Massnahmen existiert keine Einteilung in der Liste im Botschaftsanhang, wir nehmen sie deshalb auf Grund von Analogien selber vor. Als nicht klassifizierbar erscheinen Massnahmen, die weder in der Liste der Botschaft stehen noch auf Grund von Analogien eingeteilt werden können.

*Instrument:* Die Einteilung erfolgt in Anlehnung an Lowi (1972) in die drei Kategorien regulativ, finanzieller Anreiz und persuasive Politik.<sup>6</sup> Die entscheidende Frage lautet: Mittels welchem Steuerungsmittel soll das Verhalten des Primäradressaten<sup>7</sup> beeinflusst werden?

Regulativ: Die Verhaltenssteuerung erfolgt via (gesetzliche) Pflicht zum Tun bzw. Unterlassen.

Finanzieller Anreiz: Die Verhaltenssteuerung erfolgt über finanzielle Gewinne oder Einbussen.

Persuasive Politik: Staatliche Akteure versuchen, Politikadressaten durch Information und Überzeugung zu einem bestimmten Verhalten zu motivieren oder davon abzuhalten.

Massnahmen, die keiner der oben genannten Kategorien zugeordnet werden können, werden als „nicht klassifizierbar“ eingeteilt.

*Träger:* Dabei handelt es sich um die Akteure, die eine bestimmte Massnahme praktisch umsetzen sollen. Es werden alle diejenigen Träger aufgelistet, die im Gesetz explizit erwähnt sind.

Beim Träger „Bundesrat“ wird zunächst danach unterschieden, ob es sich um eine Handlungspflicht, um eine Handlungsmöglichkeit (Kann-Formeln) oder um eine subsidiäre Handlungspflicht (falls andere Akteure, z.B. die Kantone, etwas nicht unternehmen, tut es der Bundesrat) handelt. Ferner erscheint der Bundesrat als Beschwerdeinstanz resp. Aufsichtsorgan.

In den folgenden Kapiteln werden nun sämtliche 44 Massnahmen, die von den einschlägigen amtlichen Schriften oder rechtlichen Grundlagen explizit in den Zielzusammenhang „Kostendämpfung“ gestellt worden sind, mit Hilfe der obengenannten Variablen beschrieben.

## 1 Ursprüngliche Kostendämpfungsmassnahmen im KVG

### 1.1 Obligatorische Kostenbeteiligung (Art. 64 KVG) (Jahresfranchise; Selbstbehalt)

#### Wortlaut Gesetz (relevante Stellen fett markiert)

##### Art. 64

- 1 Die Versicherten beteiligen sich an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen.
- 2 Diese Kostenbeteiligung besteht aus:
  - a. einem festen Jahresbetrag (**Franchise**); und
  - b. 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (**Selbstbehalt**).

---

<sup>6</sup> Vgl. dazu Klöti, Ulrich, 1997: Inhaltliche und methodische Anforderungen an wissenschaftliche Politikevaluationen. In: Werner Bussmann et al. (Hrsg.), Einführung in die Politikevaluation. Basel und Frankfurt: Helbing & Lichtenhahn, 39-57.

<sup>7</sup> Primäradressaten sind diejenigen Akteure, die im Zentrum einer Massnahme stehen; sie erscheinen jeweils auch an erster Stelle in der Aufzählung und sind massgebend für die Bestimmung des Instruments.

**3 Der Bundesrat bestimmt die Franchise und setzt für den Selbstbehalt einen jährlichen Höchstbetrag fest.**

4 Für Kinder wird keine Franchise erhoben, und es gilt die Hälfte des Höchstbetrages des Selbstbehaltes. Sind mehrere Kinder einer Familie beim gleichen Versicherer versichert, so sind für sie zusammen höchstens die Franchise und der Höchstbetrag des Selbstbehaltes für eine erwachsene Person zu entrichten.

**5 Die Versicherten leisten zudem einen nach der finanziellen Belastung der Familie abgestuften Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital. Der Bundesrat setzt den Beitrag fest.**

**6 Der Bundesrat kann:**

**a. für bestimmte Leistungen eine höhere Kostenbeteiligung vorsehen;**

**b. für Dauerbehandlungen sowie für Behandlungen schwerer Krankheiten die Kostenbeteiligung herabsetzen oder aufheben;**

**c. die Kostenbeteiligung bei einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers nach Artikel 41 Absatz 4 aufheben, wenn sie sich als nicht zweckmässig erweist.**

7 Auf den Leistungen bei Mutterschaft darf der Versicherer keine Kostenbeteiligung erheben.

### **Ziele der Massnahme**

Die Kostenbeteiligung wird in der Botschaft zum KVG als bewährtes Instrument bezeichnet, um der Tendenz entgegenzuwirken, dass die Versicherung selbst kostentreibender Faktor ist.<sup>8</sup>

Im weiteren umschreibt der Bundesrat in seiner Botschaft zur 1. Teilrevision des KVG das Ziel der Kostenbeteiligung mit der Schaffung eines Anreizes „zum bewussten Leistungsbezug oder zum Leistungsverzicht“<sup>9</sup>.

Einen Hinweis auf mögliche Zielkonflikte gibt der Bundesrat in seiner Botschaft zum KVG gleich selber. So gingen die Auffassungen über die Ausgestaltung und insbesondere über das Ausmass der Kostenbeteiligung sehr stark auseinander, schreibt er. Einerseits werde die Kostenbeteiligung als unsozial bezeichnet (keine Rücksichtnahme auf wirtschaftliche Situation der Versicherten), andererseits werde von einer deutlichen Erhöhung der Kostenbeteiligung erwartet, dass sie das Kostenbewusstsein der Versicherten stärkt und so zur Kosteneindämmung beiträgt.<sup>10</sup>

<b>Wirkungsmechanismus</b>	Einschränkung der Nachfrage
<b>Adressaten</b>	Versicherte
<b>Instrument</b>	finanzieller Anreiz
<b>Träger</b>	Bundesrat: Handlungspflicht (Festlegung der Franchise und des Selbstbehaltes sowie des Beitrages an die Kosten bei Spitalaufenthalt)

<sup>8</sup> Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991, BBl 1992 I 135.

<sup>9</sup> Botschaft betreffend den Bundesbeschluss über die Bundesbeiträge in der Krankenversicherung und die Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 21. September 1998, BBl 1999 I 828.

<sup>10</sup> Botschaft über die Revision der Krankenversicherung, BBl 1992 I 135.

Bundesrat: Handlungsmöglichkeit (Möglichkeit, in bestimmten Fällen höhere oder verminderte Kostenbeteiligung vorzusehen bzw. diese aufzuheben (s. Art. 64 Abs. 6))

## 1.2 **Wählbare Kostenbeteiligung (Art. 62 Abs. 2 Bst. a)** (stärkere Kostenbeteiligung gegen Prämienermässigung)

### **Wortlaut Gesetz**

#### **Art. 62 Besondere Versicherungsformen**

1 Der Versicherer kann die Prämien für Versicherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers nach Artikel 41 Absatz 4 vermindern.

2 Der Bundesrat kann weitere Versicherungsformen zulassen, namentlich solche, bei denen:

**a. die Versicherten die Möglichkeit erhalten, sich gegen eine Prämienermässigung stärker als nach Artikel 64 an den Kosten zu beteiligen;**

b. die Höhe der Prämie der Versicherten sich danach richtet, ob sie während einer bestimmten Zeit Leistungen in Anspruch genommen haben oder nicht.

3 **Der Bundesrat regelt die besonderen Versicherungsformen näher.** Er legt insbesondere aufgrund versicherungsmässiger Erfordernisse Höchstgrenzen für die Prämienermässigungen und Mindestgrenzen für die Prämienzuschläge fest. Der Risikoausgleich nach Artikel 105 bleibt in jedem Fall vorbehalten.

### **Ziele der Massnahme**

Bei der Ausarbeitung des KVG hatte der Bundesrat im Jahre 1989 folgende Ziele für die besonderen Versicherungsformen (dazu gehören nebst der hier beschriebenen Möglichkeit der stärkeren Kostenbeteiligung gegen Prämienermässigung die Bonusversicherungen sowie Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer) festgelegt: Förderung der Selbstverantwortung und des Kostenbewusstseins; durch entsprechende Rahmenbedingungen sicherstellen, dass diese nicht zur Risikoselektion missbraucht werden können; Versicherte verantwortungsbewusster machen und sie vom Überkonsum abhalten.

Auch an anderer Stelle macht die Botschaft zum KVG deutlich, dass man sich von den besonderen Versicherungsformen einen kostendämpfenden Einfluss via Leistungsverzicht der Versicherten erhoffte. Gleichzeitig wies der Bundesrat aber auch auf die Gefahr hin, dass sie vorwiegend von Personen mit einem geringeren Krankheitsrisiko gewählt werden, die Kosten also gar nicht wegen Leistungsverzichten der Versicherten geringer sind. Aus diesem Grund sprach man sich für Höchst- und Mindestgrenzen für Prämienermässigungen und Prämienmalus aus. Ziel dieser Grenzen ist es laut Botschaft, die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken innerhalb eines Versicherers aufrecht zu erhalten.<sup>11</sup>

#### **Wirkungs-**

**mechanismus**      Einschränkung der Nachfrage

**Adressaten**        Versicherte (Wahl von Versicherungsformen mit höherer Kostenbeteiligung)

---

<sup>11</sup> Ebd. 116 bzw. 194 (beide Ziele).

<b>Instrument</b>	finanzieller Anreiz (Prämienermässigung bei Wahl einer höheren Kostenbeteiligung)
<b>Träger</b>	Versicherer (Angebot besonderer Versicherungsformen) Bundesrat: Handlungsmöglichkeit (Zulassung weiterer Versicherungsformen) Bundesrat: Handlungspflicht (nähere Regelung der besonderen Versicherungsformen)

### 1.3

#### **Bonusversicherung (Art. 62 Abs. 2 Bst. b)**

(Prämienhöhe richtet sich danach, ob Versicherte während einer bestimmten Zeit Leistungen in Anspruch genommen haben oder nicht)

#### **Wortlaut Gesetz**

##### **Art. 62 Besondere Versicherungsformen**

1 Der Versicherer kann die Prämien für Versicherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers nach Artikel 41 Absatz 4 vermindern.

2 Der Bundesrat kann weitere Versicherungsformen zulassen, namentlich solche, bei denen:

a. die Versicherten die Möglichkeit erhalten, sich gegen eine Prämienermässigung stärker als nach Artikel 64 an den Kosten zu beteiligen;

**b. die Höhe der Prämie der Versicherten sich danach richtet, ob sie während einer bestimmten Zeit Leistungen in Anspruch genommen haben oder nicht.**

3 **Der Bundesrat regelt die besonderen Versicherungsformen näher.** Er legt insbesondere aufgrund versicherungsmässiger Erfordernisse Höchstgrenzen für die Prämienermässigungen und Mindestgrenzen für die Prämienzuschläge fest. Der Risikoausgleich nach Artikel 105 bleibt in jedem Fall vorbehalten.

#### **Ziele der Massnahme**

Bei der Ausarbeitung des KVG hatte der Bundesrat im Jahre 1989 folgende Ziele für die besonderen Versicherungsformen (dazu gehören nebst der hier beschriebenen Bonusversicherung die Möglichkeit der stärkeren Kostenbeteiligung gegen Prämienermässigung sowie Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer) festgelegt: Förderung der Selbstverantwortung und des Kostenbewusstseins; durch entsprechende Rahmenbedingungen sicherstellen, dass diese nicht zur Risikoselektion missbraucht werden können; Versicherte verantwortungsbewusster machen und sie vom Überkonsum abhalten.

Auch an anderer Stelle macht die Botschaft zum KVG deutlich, dass man sich von den besonderen Versicherungsformen einen kostendämpfenden Einfluss via Leistungsverzicht der Versicherten erhoffte. Gleichzeitig wies der Bundesrat aber auch auf die Gefahr hin, dass sie vorwiegend von Personen mit einem geringeren Krankheitsrisiko gewählt werden, die Kosten also gar nicht wegen Leistungsverzichten der Versicherten geringer sind. Aus diesem Grund sprach man sich für Höchst- und Mindestgrenzen für Prämienermässigungen und Prämienmalus aus. Ziel dieser

Grenzen ist es laut Botschaft, die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken innerhalb eines Versicherers aufrecht zu erhalten.<sup>12</sup>

<b>Wirkungsmechanismus</b>	Einschränkung der Nachfrage
<b>Adressaten</b>	Versicherte (Wahl von Bonusversicherungen)
<b>Instrument</b>	finanzieller Anreiz (Prämienermässigung, wenn während einer bestimmten Zeit keine Leistungen bezogen werden)
<b>Träger</b>	Versicherer (Angebot besonderer Versicherungsformen) Bundesrat: Handlungsmöglichkeit (Zulassung weiterer Versicherungsformen) Bundesrat: Handlungspflicht (nähere Regelung der besonderen Versicherungsformen)

#### **1.4 Keine volle Vergütung von Leistungen in bestimmten Fällen**

Bei „Keine volle Vergütung von Leistungen in bestimmten Fällen“ handelt es sich um ein Konglomerat einzelner Bestimmungen oder um eine Sammelkategorie, die verschiedene Teilelemente enthält: Beitrag an Badekuren gemäss Verordnung, Höchstbetrag für Transport- und Rettungskosten nach Verordnung, Begrenzung der Kostenübernahme für Präventivmassnahmen durch Verordnung, Begrenzung der Kostenübernahme beim Aufenthalt im Pflegeheim, Begrenzung der Kostenübernahme bei medizinisch nicht mehr gerechtfertigtem Spitalaufenthalt (sofern Pflege weiterhin notwendig ist, erfolgt die Entschädigung des Leistungserbringers nach Pflegeheimtarif), Begrenzung der Kostenübernahme auf den wohnorts- oder arbeitsortsnahen Tarif, wenn ohne zwingenden Grund ein auswärtiger Leistungserbringer beansprucht wird, Begrenzung der Kostenübernahme für im Ausland erbrachte Leistungen.

Da für den grössten Teil dieser Elemente die Unterfragen analog beantwortet werden können, werden sie zusammen behandelt.

#### **Wortlaut Gesetz**

##### Beitrag an Badekuren; Höchstbetrag für Transport- und Rettungskosten

###### **Art. 25 Allgemeine Leistungen bei Krankheit**

1 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen.

2 Diese Leistungen umfassen:

a. die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden von:

1. Ärzten oder Ärztinnen,
2. Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen,

---

<sup>12</sup> Ebd. 116 bzw. 194 (beide Ziele).

3. Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen;
- b. die ärztlich oder unter den vom Bundesrat bestimmten Voraussetzungen von Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen verordneten Analysen, Arzneimittel und der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände;
- c. einen Beitrag an die Kosten von ärztlich angeordneten Badekuren;**
- d. die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation;
- e. den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Spitals;
- f. den Aufenthalt in einer teilstationären Einrichtung;
- g. einen Beitrag an die medizinisch notwendigen Transportkosten sowie an die Rettungskosten.**

#### Art. 33 Bezeichnung der Leistungen

- 1 Der Bundesrat kann die von Ärzten und Ärztinnen oder von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen bezeichnen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen übernommen werden.
- 2 Er bezeichnet die nicht von Ärzten und Ärztinnen oder von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen nach Artikel 25 Absatz 2 sowie die Leistungen nach den Artikeln 26, 29 Absatz 2 Buchstaben a und c und 31 Absatz 1 näher.**
- 3 Er bestimmt, in welchem Umfang die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten einer neuen oder umstrittenen Leistung übernimmt, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit sich noch in Abklärung befindet.
- 4 Er setzt Kommissionen ein, die ihn bei der Bezeichnung der Leistungen beraten. Er sorgt für die Koordination der Arbeit der genannten Kommissionen.
- 5 Er kann die Aufgaben nach den Absätzen 1-3 dem Departement oder dem Bundesamt übertragen.

#### Begrenzung der Kostenübernahme für Präventivmassnahmen

##### Art. 26 Medizinische Prävention

**Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für bestimmte Untersuchungen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten sowie für vorsorgliche Massnahmen zugunsten von Versicherten, die in erhöhtem Masse gefährdet sind. Die Untersuchungen oder vorsorglichen Massnahmen werden von einem Arzt oder einer Ärztin durchgeführt oder angeordnet.**

##### Art. 33 Bezeichnung der Leistungen

Abs. 1

**2 Er bezeichnet die nicht von Ärzten und Ärztinnen oder von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen nach Artikel 25 Absatz 2 sowie die Leistungen nach den Artikeln 26, 29 Absatz 2 Buchstaben a und c und 31 Absatz 1 näher.**

Abs. 3 - 5

#### Begrenzung der Kostenübernahme beim Aufenthalt im Pflegeheim

##### Art. 50 Tarifverträge mit Pflegeheimen

**Beim Aufenthalt in einem Pflegeheim (Art. 39 Abs. 3) vergütet der Versicherer die gleichen Leistungen wie bei ambulanter Krankenpflege und bei Krankenpflege zu Hause. Er kann mit dem Pflegeheim pauschale Vergütungen vereinbaren. Die Absätze 6 und 7 von Artikel 49 sind sinngemäss anwendbar.**

## Keine Kostenübernahme bei medizinisch nicht mehr gerechtfertigtem Spitalaufenthalt (allenfalls Entschädigung des Leistungserbringers nach Pflegeheimtarif)

### Art. 49 Tarifverträge mit Spitälern

1 Für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einem Spital (Art. 39 Abs. 1) vereinbaren die Vertragsparteien Pauschalen. Diese decken für Kantonseinwohner und -einwohnerinnen bei öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten je Patient oder Patientin oder je Versichertengruppe in der allgemeinen Abteilung. Die anrechenbaren Kosten werden bei Vertragsabschluss ermittelt. Betriebskostenanteile aus Überkapazität, Investitionskosten sowie Kosten für Lehre und Forschung werden nicht angerechnet.

2 Die Vertragsparteien können vereinbaren, dass besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen nicht in der Pauschale enthalten sind, sondern getrennt in Rechnung gestellt werden. Für diese Leistungen dürfen sie für Kantonseinwohner und -einwohnerinnen bei öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten berücksichtigen.

3 **Bei Spitalaufenthalten richtet sich die Vergütung nach dem Spitaltarif gemäss den Absätzen 1 und 2, solange der Patient oder die Patientin nach medizinischer Indikation der Behandlung und Pflege oder der medizinischen Rehabilitation im Spital bedarf. Ist diese Voraussetzung nicht mehr erfüllt, so kommt für den Spitalaufenthalt der Tarif nach Artikel 50 zur Anwendung.**

4 Mit den Vergütungen nach den Absätzen 1–3 sind alle Ansprüche des Spitals für die allgemeine Abteilung abgegolten.

5 Die Vertragspartner vereinbaren die Vergütung bei ambulanter Behandlung und bei teilstationärem Aufenthalt.

Abs. 6 + 7

## Begrenzung der Kostenübernahme auf den wohnorts- oder arbeitsortsnahen Tarif, wenn ohne zwingenden Grund ein auswärtiger Leistungserbringer beansprucht wird

### Art. 41

1 Die Versicherten können unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen. **Bei ambulanter Behandlung muss der Versicherer die Kosten höchstens nach dem Tarif übernehmen, der am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person oder in deren Umgebung gilt. Bei stationärer oder teilstationärer Behandlung muss der Versicherer die Kosten höchstens nach dem Tarif übernehmen, der im Wohnkanton der versicherten Person gilt.**

Abs. 2 – 4

## Begrenzung der Kostenübernahme für im Ausland erbrachte Leistungen

### Art. 34 Umfang

1 Die Versicherer dürfen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung keine anderen Kosten als diejenigen für die Leistungen nach den Artikeln 25–33 übernehmen.

2 Der Bundesrat kann bestimmen, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten von Leistungen nach den Artikeln 25 Absatz 2 oder 29 übernimmt, die aus medizinischen Gründen im Ausland erbracht werden. Er kann bestimmen, in welchen Fällen die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten einer Entbindung übernimmt, die aus andern als medizinischen Gründen im Ausland erfolgt. **Er kann die Übernahme der Kosten von Leistungen, die im Ausland erbracht werden, begrenzen.**

## Ziele der Massnahme

Die Begrenzung der Kostenübernahme in spezifisch definierten Fällen wird von der Botschaft zum KVG als Massnahme bezeichnet, die der Kostendämpfung dient.<sup>13</sup>

<b>Wirkungsmechanismus</b>	Einschränkung der Nachfrage
<b>Adressaten</b>	Versicherte
<b>Instrument</b>	finanzieller Anreiz (dass die Krankenversicherung in spezifischen Fällen die Kosten nicht vollumfänglich übernimmt, wirkt als Negativanreiz)
<b>Träger</b>	Versicherer (gesetzeskonforme Leistungsvergütung)  Bundesrat: Handlungspflicht (Festlegung von Höchstbeträgen bzw. Begrenzung von Kostenübernahmen durch Verordnung; nähere Bezeichnung der kassenpflichtigen Leistungen nach Art. 26, 29 Abs. 2 Bst. a und c sowie Art. 31 Abs. 1)  Bundesrat: Handlungsmöglichkeit (Begrenzung der Kostenübernahme für Leistungen, die im Ausland erbracht wurden)

## 1.5 Globalbudgetierung für Spitäler und Pflegeheime (Art. 51, 53, 54)

(als finanzielles Steuerungsinstrument resp. ausserordentliche Kostendämpfungsmassnahme)

### Wortlaut Gesetz

#### Art. 51 Globalbudget für Spitäler und Pflegeheime

1 Der Kanton kann als finanzielles Steuerungsinstrument einen Gesamtbetrag für die Finanzierung der Spitäler oder der Pflegeheime festsetzen. Die Kostenaufteilung nach Artikel 49 Absatz 1 bleibt vorbehalten.

2 Der Kanton hört die Leistungserbringer und die Versicherer vorher an.

#### Art. 53 Beschwerde an den Bundesrat

1 Gegen die Beschlüsse der Kantonsregierung nach den Artikeln 39, 45, 46 Absatz 4, 47, 48 Absätze 1–3, 49 Absatz 7, 51, 54 und 55 kann Beschwerde an den Bundesrat erhoben werden.

2 Das Beschwerdeverfahren richtet sich nach dem Verwaltungsverfahrensgesetz.

3 Der Bundesrat entscheidet innert längstens vier Monaten über die Beschwerde. Aus wichtigen Gründen kann die Frist um höchstens vier Monate überschritten werden.

#### Art. 54 Globalbudgetierung durch die Genehmigungsbehörde

1 Die Versicherer können beantragen, dass der Kanton als befristete ausserordentliche Massnahme zur Eindämmung eines überdurchschnittlichen Kostenanstiegs einen Gesamtbetrag (Globalbudget) für die Finanzierung der Spitäler und Pflegeheime festsetzt.

2 Der Kanton hat innert drei Monaten nach der Antragstellung über das Eintreten zu entscheiden. Er hört die Einrichtungen und die Versicherer vorher an.

---

<sup>13</sup> Botschaft über die Revision der Krankenversicherung, BBl 1992 I 235.

## Ziele der Massnahme

In der bundesrätlichen Botschaft zum KVG wird die Globalbudgetierung als Kostendämpfungsmassnahme bezeichnet.<sup>14</sup>

Die ausserordentliche Globalbudgetierung (Art. 54 KVG) verfolgt laut Gesetzestext das Ziel der Eindämmung eines überdurchschnittlichen Kostenanstieges bei Spitälern und Pflegeheimen.

### Wirkungs-

**mechanismus** Einschränkung des Angebots

**Adressaten** Leistungserbringer stationär (öffentlich oder öffentlich subventioniert)

**Instrument** finanzieller Anreiz<sup>15</sup>

**Träger** Kantone: Handlungsmöglichkeit (Festsetzen von Globalbudgets)  
Versicherer: Handlungsmöglichkeit (Antrag an Kanton, als befristete ausserordentliche Massnahme ein Globalbudget festzusetzen)

Bundesrat: Beschwerdeinstanz

## 1.6 Beschränkte Deckung der Kosten (Art. 49 Abs. 1 + 2)

Die Sammelkategorie „Beschränkte Deckung der Kosten“ (Art. 49 Abs. 1 und 2) bezieht sich auf den Spitalbereich und verschiedene Elemente, die laut bundesrätlicher Botschaft kostendämpfend wirken sollen:

- 50-Prozent-Kostendeckungsregel
- Vereinbarung von Pauschalen
- Ermittlung der anrechenbaren Kosten bei Vertragsabschluss
- Möglichkeit, besondere Leistungen oder diagnostische Massnahmen ausserhalb der Pauschalen in Rechnung zu stellen

Diese Elemente werden im Folgenden getrennt behandelt, da sie sich hinsichtlich verschiedener Gesichtspunkte unterscheiden (z.B. Träger, Adressaten).

---

<sup>14</sup> Im Gegensatz zum schliesslich beschlossenen KVG sah die bundesrätliche Vorlage noch vor, dass der *Bundesrat* die Globalbudgetierung in einer Region festlegen konnte, bezogen auf einzelne oder *alle* Kategorien von Leistungserbringern (also auch im ambulanten Bereich).

<sup>15</sup> Nach Eugster, Gebhard, 1998: Krankenversicherung. In: Soziale Sicherheit. Reihe: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht. Basel: Helbing & Lichtenhahn, 145: Jedes Spital erhält am Anfang des Jahres einen fixen Finanzierungsbetrag zugeteilt, mit dem es so wirtschaften muss, dass es damit auskommt. Zeigt sich nach Abschluss des Rechnungsjahres, dass die Tagespauschale die dem Versicherer anrechenbaren Kosten nicht zu decken vermag, so geht der ungedeckte Teil als Verlust zulasten des Spitalträgers.

## 1.6.1

### **Beschränkte Deckung der Kosten: 50-Prozent-Kostendeckungsregel (Art. 49 Abs. 1)**

(bei öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern deckt die Krankenversicherung höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten je Patient oder Versichertengruppe in der allgemeinen Abteilung)

#### **Wortlaut Gesetz**

##### **Art. 49 Tarifverträge mit Spitälern**

1 Für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einem Spital (Art. 39 Abs. 1) vereinbaren die Vertragsparteien Pauschalen. **Diese decken für Kantoneinwohner und -inwohnerinnen bei öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten je Patient oder Patientin oder je Versichertengruppe in der allgemeinen Abteilung.** Die anrechenbaren Kosten werden bei Vertragsabschluss ermittelt. Betriebskostenanteile aus Überkapazität, Investitionskosten sowie Kosten für Lehre und Forschung werden nicht angerechnet.

Abs. 2 – 7

#### **Ziele der Massnahme**

Kosteneindämmung aus der Sicht der Krankenversicherung kann sowohl Einsparung von Kosten als auch Verlagerung von Kosten auf andere Kostenträger (z.B. Kantone, Gemeinden, private Organisationen) bedeuten. Die bundesrätliche Botschaft beschreibt die 50-Prozent-Kostendeckungsregel als eine Massnahme zur Kostenverlagerung; letztere wiederum wird primär in den Zielbezug der sozialeren Lastenverteilung gestellt.<sup>16</sup>

Dennoch wird mit dieser Massnahme auch ein Kostendämpfungsziel verfolgt, indem man sich von der 50 Prozent Deckungsquote erhofft, dass sie die öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitalträger zu koordiniertem Planen, Investieren und Wirtschaften anhält: die genannten Spitalträger würden „vermutlich eher“ zu diesem Verhalten geneigt sein, wenn sie einen spürbaren Teil der Kostenfolgen mitzutragen hätten, welche sie selber verursachen. Zudem solle mit dieser Quote der Praxis einen Riegel geschoben werden, wonach die öffentliche Hand zunehmend hohe Spitalkosten (die zu einem gewissen Grad auch aus Fehlplanung und -belegungen resultieren), einfach der sozialen Krankenversicherung überwälze.<sup>17</sup>

#### **Wirkungs-**

##### **mechanismus**

Einschränkung des Angebots

##### **Adressat**

Leistungserbringer stationär (öffentlich oder öffentlich subventioniert)

<sup>16</sup> Botschaft über die Revision der Krankenversicherung, BBl 1992 I 127: Obwohl das Schwergewicht auf Massnahmen zur Kosteneinsparung liegen müsse, sei es nicht abwegig, auch gewisse Kostenverlagerungen anzustreben (genannt werden etwa der Bereich der stationären Krankenpflege in Spitälern und Pflegeheimen sowie Hauskrankenpflege, da hier die Kosten heute schon besonders hoch seien und vermutlich auch zukünftig steigen werden und sich zum anderen die Finanzierung der Krankenversicherung auf die sozial undifferenzierten Kopfprämien stütze): „Es scheint daher durchaus gerechtfertigt, einen Teil dieser Kosten aus sozial stärker differenzierten Quellen, nämlich Steuergeldern zu finanzieren.“ Weiter hinten ist dann zu lesen: „Sie (Kosteneindämmung in der Krankenversicherung durch Kostenverlagerung) hat in erster Linie eine sozialere Lastenverteilung zum Ziel.“

<sup>17</sup> Ebd. 185.

<b>Instrument</b>	finanzieller Anreiz
<b>Träger</b>	Tarifpartner <sup>18</sup> (Versicherer sowie Leistungserbringer stationär (öffentlich oder öffentlich subventioniert))

## 1.6.2 Vereinbarung von Pauschalen (Art. 49 Abs. 1)

### Wortlaut Gesetz

#### Art. 49 Tarifverträge mit Spitälern

1 Für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einem Spital (Art. 39 Abs. 1) vereinbaren die Vertragsparteien Pauschalen. Diese decken für Kantonseinwohner und -einwohnerinnen bei öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten je Patient oder Patientin oder je Versicherungengruppe in der allgemeinen Abteilung. Die anrechenbaren Kosten werden bei Vertragsabschluss ermittelt. Betriebskostenanteile aus Überkapazität, Investitionskosten sowie Kosten für Lehre und Forschung werden nicht angerechnet.

Abs. 2 – 7

### Ziele der Massnahme

Laut bundesrätlicher Botschaft soll die Vereinbarung von Pauschalen einen Beitrag leisten zum Erreichen der Zielsetzung „qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten“.

Für die Ausgestaltung der Pauschalen verfügen die Tarifpartner über erheblichen Spielraum. Damit soll laut Bundesrat Vereinbarungen mit einer kostendämpfenden Wirkung eine möglichst grosse Chance eingeräumt werden.<sup>19</sup>

### Wirkungs-

**mechanismus** Einschränkung des Angebots<sup>20</sup>

**Adressaten** Leistungserbringer stationär

**Instrument** finanzieller Anreiz (Die Erbringung „überflüssiger“ Leistungen lohnt sich für den Leistungserbringer nicht)

**Träger** Tarifpartner (Versicherer und Leistungserbringer stationär)

<sup>18</sup> Während im Gesetz (Art. 49 Abs. 1) von „Vertragsparteien“ die Rede ist, spricht der Kommentar zum selben Artikel (Botschaft über die Revision der Krankenversicherung, BBL 1992 I 186) von „Tarifpartnern“. Deshalb verwenden wir die Ausdrücke „Vertragsparteien“, „Vertragspartner“ und „Tarifpartner“ in der vorliegenden Untersuchung synonym und sprechen der Übersichtlichkeit halber überall von „Tarifpartnern“.

<sup>19</sup> Beide Ziele in der Botschaft über die Revision der Krankenversicherung, BBl 1992 I 186 bzw. 184.

<sup>20</sup> Pauschalen legen den abzugeltenden Betrag von vornherein fest, unabhängig von den in einem konkreten Einzelfall tatsächlich erbrachten Leistungen. Sie bieten in diesem Sinn einen Anreiz, keine „unnötigen“ zusätzlichen Leistungen zu erbringen, wie sie z.B. bei einem Einzelleistungstarif aus Sicht des Leistungserbringers „interessant“ sein können.

### 1.6.3

## Ermittlung der anrechenbaren Kosten bei Vertragsabschluss (Art. 49 Abs. 1)

### Wortlaut Gesetz

#### Art. 49 Tarifverträge mit Spitälern

1 Für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einem Spital (Art. 39 Abs. 1) vereinbaren die Vertragsparteien Pauschalen. Diese decken für Kantonseinwohner und -einwohnerinnen bei öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten je Patient oder Patientin oder je Versichertengruppe in der allgemeinen Abteilung. **Die anrechenbaren Kosten werden bei Vertragsabschluss ermittelt.** Betriebskostenanteile aus Überkapazität, Investitionskosten sowie Kosten für Lehre und Forschung werden nicht angerechnet.

Abs. 2 – 7

### Ziele der Massnahme

Die Ermittlung der anrechenbaren Kosten bei Vertragsabschluss bezweckt laut Botschaft, die Spitäler zu kostenbewusstem und -sparendem Verhalten zu veranlassen.

Sie soll zudem einen Beitrag leisten zum Erreichen der Zielsetzung einer „qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten“<sup>21</sup>.

#### Wirkungs-

#### mechanismus

Einschränkung des Angebots

#### Adressaten

Leistungserbringer stationär (öffentlich oder öffentlich subventioniert)

#### Instrument

finanzieller Anreiz (wenn die Kosten zum Zeitpunkt der Leistungserbringung höher sind, wird die Krankenversicherung nicht berührt, falls sie jedoch tiefer sind, bedeutet dies einen finanziellen Vorteil für den Spitalträger)

#### Träger

Tarifpartner (Versicherer und Leistungserbringer stationär (öffentlich oder öffentlich subventioniert))

### 1.6.4

## Möglichkeit, besondere Leistungen oder diagnostische Massnahmen ausserhalb der Pauschalen in Rechnung zu stellen (Art. 49 Abs. 2)

### Wortlaut Gesetz

#### Art. 49 Tarifverträge mit Spitälern

1 Für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einem Spital (Art. 39 Abs. 1) vereinbaren die Vertragsparteien Pauschalen. Diese decken für Kantonseinwohner und -einwohnerinnen bei öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten je Patient oder Patientin oder je Versichertengruppe in der allgemeinen Abteilung. Die anrechenbaren Kosten werden bei Vertragsabschluss

<sup>21</sup> Beide Ziele in der Botschaft über die Revision der Krankenversicherung, BBl 1992 I 184 bzw. 186.

ermittelt. Betriebskostenanteile aus Überkapazität, Investitionskosten sowie Kosten für Lehre und Forschung werden nicht angerechnet.

**2 Die Vertragsparteien können vereinbaren, dass besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen nicht in der Pauschale enthalten sind, sondern getrennt in Rechnung gestellt werden.** Für diese Leistungen dürfen sie für Kantonseinwohner und -einwohnerinnen bei öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten berücksichtigen.

Abs. 3 – 7

## Ziele der Massnahme

Die Massnahme bezweckt laut Botschaft die Pauschalbeiträge von Leistungen zu entlasten, die seltener erbracht werden und besonders aufwändig sind.<sup>22</sup>

In diesem Sinne handle es sich um ein weiteres Element, das die Gestaltungsmöglichkeiten der Tarifpartner für eine flexible und kosteneindämmende Tarifgestaltung vergrössere.<sup>23</sup>

### Wirkungs-

**mechanismus** nicht klassifizierbar

**Adressaten** Leistungserbringer stationär

**Instrument** nicht klassifizierbar<sup>24</sup>

**Träger** Tarifpartner (Versicherer und Leistungserbringer stationär)

## 1.7 Festbeträge für einzelne Leistung (Art. 52 Abs. 1 Bst. a Ziff. 3)

(Festsetzung von Leistungspflicht und Vergütungsumfang im Sinne von Festpreisen für Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen)

## Wortlaut Gesetz

**Art. 52** Analysen und Arzneimittel, Mittel und Gegenstände

1 Nach Anhören der zuständigen Kommissionen und unter Berücksichtigung der Grundsätze nach den Artikeln 32 Absatz 1 und 43 Absatz 6:

### a. erlässt das Departement:

1. eine Liste der Analysen mit Tarif,

2. eine Liste der in der Rezeptur verwendeten Präparate, Wirk- und Hilfsstoffe mit Tarif; dieser umfasst auch die Leistungen des Apothekers oder der Apothekerin,

**3. Bestimmungen über die Leistungspflicht und den Umfang der Vergütung bei Mitteln und Gegenständen, die der Untersuchung oder Behandlung dienen;**

---

<sup>22</sup> Ebd. 185.

<sup>23</sup> Ebd. 186.

<sup>24</sup> Grössere Gestaltungsfreiheit für die Tarifpartner bei der Aushandlung der Pauschalen, da das Gesetz es *ausdrücklich* zulässt, dass seltene und besonders aufwändige Leistungen ausserhalb der Pauschalen verrechnet werden können. Damit wird die Festsetzung von Pauschalen ermöglicht, die sich an den *durchschnittlichen* (und damit tieferen) Kosten orientieren.

b. erstellt das Bundesamt eine Liste der pharmazeutischen Spezialitäten und konfektionierten Arzneimittel mit Preisen (Spezialitätenliste). Diese hat auch die mit den Originalpräparaten austauschbaren preisgünstigeren Generika zu enthalten.

Abs. 2 – 3

## Ziele der Massnahme

Laut Botschaft handelt es sich hier um eine Kostendämpfungsmassnahme, da ausländische Erfahrungen zeigen, dass von Festpreisen eine allgemeine Signalwirkung zur Preissenkung ausgeht. Dies sollte auch die *Kostenentwicklung* positiv beeinflussen.<sup>25</sup>

<b>Wirkungsmechanismus</b>	Einschränkung des Angebots
<b>Adressaten</b>	Versicherte, Leistungserbringer ambulant
<b>Instrument</b>	finanzieller Anreiz (wer mehr als die einfache und zweckmässige Ausführung eines Hilfsmittels will (z.B. Schuheinlagen), bezahlt die Kostendifferenz selber.)
<b>Träger</b>	Departement: Handlungspflicht (zum Erlass der Bestimmungen nach Art. 52 Abs. 1 Bst. a Ziff. 3 nach Anhörung der Eidg. Kommission für Mittel und Gegenstände)

## 1.8 Alternative Versicherungsangebote mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer ( Art. 41 Abs. 4 sowie Art. 62 Abs. 1 und 3)

### Wortlaut Gesetz

#### Art. 41

Abs. 1 – 3

4 Die Versicherten können ihr Wahlrecht im Einvernehmen mit dem Versicherer auf Leistungserbringer beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt (Art. 62 Abs. 1 und 3). Der Versicherer muss dann nur die Kosten für Leistungen übernehmen, die von diesen Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden; Absatz 2 gilt sinngemäss. Die gesetzlichen Pflichtleistungen sind in jedem Fall versichert.

#### Art. 62 Besondere Versicherungsformen

1 Der Versicherer kann die Prämien für Versicherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers nach Artikel 41 Absatz 4 vermindern.

Abs. 2

3 Der Bundesrat regelt die besonderen Versicherungsformen näher. Er legt insbesondere aufgrund versicherungsmässiger Erfordernisse Höchstgrenzen für die Prämienermässigungen und Mindestgrenzen für die Prämienzuschläge fest. Der Risikoausgleich nach Artikel 105 bleibt in jedem Fall vorbehalten.

---

<sup>25</sup> Ebd. 129 sowie 177.

## **Ziele der Massnahmen**

Bei der Möglichkeit der Einschränkung der Wahlfreiheit geht es gemäss Bundesrat darum, dass solche Versicherungsangebote die Beteiligten zu kostensparendem Verhalten motivieren sollen. Von der Zulassung besonderer Versicherungsformen erhofft man sich somit einen kosteneindämmenden Einfluss.<sup>26</sup>

<b>Wirkungsmechanismus</b>	Einschränkung des Angebots
<b>Adressaten</b>	Versicherte (eingeschränkte Wahlfreiheit), Leistungserbringer ambulant (ärztlich)
<b>Instrument</b>	finanzieller Anreiz (Versicherte, die eine solche Versicherung wählen, zahlen tiefere Prämien. Leistungserbringer haben aufgrund ihres fixen Lohns keinen Anreiz, mehr als die medizinisch notwendige und sinnvolle Behandlung auszuführen.)
<b>Träger</b>	Versicherer (Angebot von Versicherungen mit eingeschränkter Wahlfreiheit)  Bundesrat: Handlungspflicht (nähere Regelung der besonderen Versicherungsformen)

### **1.9 Beschränkung der Zulassung der Leistungserbringer (Art. 36 und 37)**

Die Kategorie „Beschränkung der Zulassung der Leistungserbringer“ umfasst zwei verschiedene Elemente, die laut bundesrätlicher Botschaft kostendämpfend wirken sollen:

- Anerkannte Weiterbildung von Ärzten und Apothekern
- Beschränkung der Selbstdispensation durch Ärzte

Diese Elemente werden im Folgenden getrennt behandelt, da sie sich hinsichtlich verschiedener Gesichtspunkte unterscheiden (z.B. Träger).

#### **1.9.1 Anerkannte Weiterbildung der Ärzte und Apotheker als Zulassungsvoraussetzung (Art. 36 und 37)**

##### **Wortlaut Gesetz**

###### **Art. 36 Ärzte und Ärztinnen**

**1** Ärzte und Ärztinnen sind zugelassen, wenn sie das eidgenössische Diplom besitzen und über eine vom Bundesrat anerkannte Weiterbildung verfügen.

**2** Der Bundesrat regelt die Zulassung von Ärzten und Ärztinnen mit einem gleichwertigen wissenschaftlichen Befähigungsausweis.

Abs. 3

---

<sup>26</sup> Botschaft über die Revision der Krankenversicherung, BBl 1992 I 170 sowie 194.

## Art. 37 Apotheker und Apothekerinnen

1 Apotheker und Apothekerinnen sind zugelassen, wenn sie das eidgenössische Diplom besitzen und über eine vom Bundesrat anerkannte Weiterbildung verfügen.

2 Der Bundesrat regelt die Zulassung von Apothekern und Apothekerinnen mit einem gleichwertigen wissenschaftlichen Befähigungsausweis.

Abs. 3

### Ziele der Massnahme

Einerseits verspricht man sich von der Weiterbildungsbedingung eine Erhöhung der Leistungsqualität der in die Berufspraxis eintretenden Mediziner. Andererseits „wird dadurch eventuell auch der Zustrom zur Kassenpraxis etwas gemässigt werden.“<sup>27</sup>

#### Wirkungs-

**mechanismus** Einschränkung des Angebots

**Adressaten** Leistungserbringer (Ärzte und Apotheker)

**Instrument** regulativ

**Träger** Bundesrat: Handlungspflicht (Bezeichnung der anerkannten Weiterbildung für Ärzte und Apotheker; Regelung der Zulassung weiterer Ärzte (Abs. 2))

Departement (Bezeichnung der Stelle, welche die Weiterbildungsstätten anerkennt)

## 1.9.2 Beschränkung der Selbstdispensation von Medikamenten durch Ärzte (Art. 37 Abs. 3)

### Wortlaut Gesetz

Art. 37 Apotheker und Apothekerinnen

Abs. 1 + 2

3 Die Kantone bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Ärzte und Ärztinnen mit einer kantonalen Bewilligung zur Führung einer Apotheke den zugelassenen Apothekern und Apothekerinnen gleichgestellt sind. Sie berücksichtigen dabei insbesondere die Zugangsmöglichkeiten der Patienten und Patientinnen zu einer Apotheke.

### Ziele der Massnahme

Bei der Beschränkung der Selbstdispensation von Medikamenten durch Ärzte gilt es laut Botschaft sowohl der Kostendämpfung als auch der optimalen Bedarfsdeckung Rechnung zu tragen.<sup>28</sup>

#### Wirkungs-

**mechanismus** Einschränkung des Angebots

**Adressaten** Leistungserbringer (ambulant)

---

<sup>27</sup> Ebd. 164.

<sup>28</sup> Ebd. 165.

<b>Instrument</b>	regulativ
<b>Träger</b>	Kantone: Handlungspflicht (Bestimmung der Voraussetzungen für die Gleichstellung von Ärzten mit zugelassenen Apothekern)

## 1.10 Spitalplanung (Art. 39 Abs. 1 Bst. d und e, Art. 53)

(Zulassung von Spitälern und anderen Einrichtungen zulasten der Krankenversicherung davon abhängig, ob sie der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Versorgung entsprechen und ob sie auf einer kantonalen Spitalliste enthalten sind)

### Wortlaut Gesetz

#### Art. 39 Spitälern und andere Einrichtungen

**1 Anstalten oder deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen (Spitäler), sind zugelassen, wenn sie:**

- a. ausreichende ärztliche Betreuung gewährleisten;
- b. über das erforderliche Fachpersonal verfügen;
- c. über zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügen und eine zweckentsprechende pharmazeutische Versorgung gewährleisten;
- d. der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen, wobei private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind;**
- e. auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt sind.**

Abs. 2 – 3

#### Art. 53 Beschwerde an den Bundesrat

1 Gegen die Beschlüsse der Kantonsregierung nach den Artikeln 39, 45, 46 Absatz 4, 47, 48 Absätze 1–3, 49 Absatz 7, 51, 54 und 55 kann Beschwerde an den Bundesrat erhoben werden.

2 Das Beschwerdeverfahren richtet sich nach dem Verwaltungsverfahrensgesetz.

3 Der Bundesrat entscheidet innert längstens vier Monaten über die Beschwerde. Aus wichtigen Gründen kann die Frist um höchstens vier Monate überschritten werden.

### Ziele der Massnahme

Mit Hilfe dieser Bedarfsdeckungs- und Koordinationsvoraussetzung soll – zusammen mit weiteren Voraussetzungen – ein wichtiger Schritt in Richtung Koordination der Leistungserbringer, optimale Ressourcennutzung und Eindämmung der Kosten getan werden, schreibt der Bundesrat in seiner Botschaft.<sup>29</sup>

**Wirkungsmechanismus**      Einschränkung des Angebots

<sup>29</sup> Ebd. 167: Das KVG legt folgende Voraussetzungen zur Zulassung fest: Dienstleistungs- und Infrastrukturvoraussetzung (Abs. 1 Bst. a-c), Bedarfsdeckungs- und Koordinationsvoraussetzung (Spitalplanung gemäss Abs. 1 Bst. d); Publizitäts- und Transparenzvoraussetzung (Spitallisten gemäss Abs. 1 Bst. e).

<b>Adressaten</b>	Leistungserbringer stationär
<b>Instrument</b>	regulativ
<b>Träger</b>	Kantone: Handlungspflicht (zur Spitalplanung) Bundesrat: Beschwerdeinstanz

## **1.11 Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen**

Die Kategorie „Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen“ umfasst verschiedene Elemente, die laut bundesrätlicher Botschaft kostendämpfend wirken sollen:

- System der Vertrauensärzte
- Auskunftspflicht der Leistungserbringer
- System des Tiers garant
- Transparente Rechnungsstellung
- Wirtschaftlichkeitsgebot; Rückerstattungspflicht bei unwirtschaftlicher Behandlung
- Kontrollen zur Sicherung der Qualität der Leistungen
- Ausschluss von Leistungserbringern, die krass gegen ihre Pflichten verstossen
- Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit von Leistungen als Voraussetzung zur Kostenübernahme

Diese Elemente werden im Folgenden getrennt behandelt, da sie sich hinsichtlich verschiedener Gesichtspunkte unterscheiden (z.B. Träger, Adressaten).

### **1.11.1 System der Vertrauensärzte (Art. 42 Abs. 5, Art. 57)**

#### **Wortlaut Gesetz**

##### **Art. 42**

##### **Abs. 1 – 3**

**4 Der Versicherer kann eine genaue Diagnose oder zusätzliche Auskünfte medizinischer Natur verlangen.**

**5 Der Leistungserbringer ist in begründeten Fällen berechtigt und auf Verlangen der versicherten Person in jedem Fall verpflichtet, medizinische Angaben nur dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin des Versicherers nach Artikel 57 bekanntzugeben.**

##### **Art. 57 Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen**

**1 Die Versicherer oder ihre Verbände bestellen nach Rücksprache mit den kantonalen Ärztesgesellschaften Vertrauensärzte beziehungsweise Vertrauensärztinnen. Diese müssen die Zulassungsvoraussetzungen nach Artikel 36 erfüllen und mindestens fünf Jahre in einer Arztpraxis oder in leitender spitalärztlicher Stellung tätig gewesen sein.**

2 Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen, die in der ganzen Schweiz tätig sein sollen, müssen im Einvernehmen mit der Ärztesgesellschaft des Kantons bestellt werden, in dem der Versicherer seinen Hauptsitz oder der Verband der Versicherer seinen Sitz hat.

3 Eine kantonale Ärztesgesellschaft kann einen Vertrauensarzt oder eine Vertrauensärztin aus wichtigen Gründen ablehnen; in diesem Fall entscheidet das Schiedsgericht nach Artikel 89.

4 **Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen beraten die Versicherer in medizinischen Fachfragen sowie in Fragen der Vergütung und der Tarifierung. Sie überprüfen insbesondere die Voraussetzungen der Leistungspflicht des Versicherers.**

5 **Sie sind in ihrem Urteil unabhängig.** Weder Versicherer noch Leistungserbringer noch deren Verbände können ihnen Weisungen erteilen.

6 **Die Leistungserbringer müssen den Vertrauensärzten und Vertrauensärztinnen die zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 4 notwendigen Angaben liefern.** Ist es nicht möglich, diese Angaben anders zu erlangen, so können Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen Versicherte auch persönlich untersuchen; sie müssen den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin vorher benachrichtigen und nach der Untersuchung über das Ergebnis informieren. In begründeten Fällen können die Versicherten eine Untersuchung durch einen anderen Arzt oder eine andere Ärztin verlangen. Können sie sich mit ihrem Versicherer nicht einigen, so entscheidet das Schiedsgericht nach Artikel 89.

7 Die Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen geben den zuständigen Stellen der Versicherer nur diejenigen Angaben weiter, die notwendig sind, um über die Leistungspflicht zu entscheiden, die Vergütung festzusetzen oder eine Verfügung zu begründen. Dabei wahren sie die Persönlichkeitsrechte der Versicherten.

8 Die eidgenössischen Dachverbände der Ärzte und Ärztinnen sowie der Versicherer regeln die Weitergabe der Angaben nach Absatz 7 sowie die Weiterbildung und die Stellung der Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen. Können sie sich nicht einigen, so erlässt der Bundesrat die nötigen Vorschriften.

## **Ziele der Massnahme**

Laut Botschaft handelt es sich beim Recht der Versicherungsträger, die Einhaltung des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit der Behandlung zu kontrollieren (z.B. durch Vertrauensärzte, Erstellen von Statistiken, Pflicht zur einheitlichen Kostenstellenrechnung in Spitälern, Bekanntgabe ärztlicher Diagnose und Sanktionsmöglichkeit bei Verletzten des Grundsatzes) um Elemente oder Bestandteile der Behandlungsökonomie, die ihrerseits als Kostendämpfungsmassnahme aufgeführt ist.

Die Massnahmen, die der Behandlungsökonomie dienen, sollen sicherstellen, dass Preis und Leistung in einem möglichst günstigen Verhältnis stehen; sie sollen garantieren, dass die Massnahmen zur Tarif- und Vertragsgestaltung nicht zu einer „billigen“ Medizin führen.

Durch das Zusammenspiel der verschiedenen Bestimmungen zum System der Vertrauensärzte sollen nach Ansicht des Bundesrates schliesslich zwei zum Teil gegenläufige Zielsetzungen in möglichst optimaler Weise erreicht werden, nämlich die effiziente Kontrolle der Kosten aber auch der zuverlässige Schutz der Persönlichkeitsrechte.<sup>30</sup>

<b>Wirkungsmechanismus</b>	Einschränkung des Angebots
<b>Adressaten</b>	Leistungserbringer ambulant (ärztlich)
<b>Instrument</b>	finanzieller Anreiz

<sup>30</sup> Alle drei Ziele in der Botschaft über die Revision der Krankenversicherung, BBl 1992 I 118, 129 bzw. 171.

<b>Träger</b>	Versicherer (und ihre Vertrauensärzte) Leistungserbringer: Ärztgesellschaften, eidg. Dachverbände der Ärzte Bundesrat: Handlungspflicht subsidiär (Vorschriften zur Weitergabe von Angaben für den Fall, dass keine Einigung unter den Dachverbänden der Ärzte und der Versicherer zustande kommt (Art. 57 Abs. 8)). Kantonale Schiedsgerichte (im Falle der Ablehnung des Vertrauensarztes durch kantonale Ärztgesellschaft)
---------------	--

### 1.11.2 **Auskunftspflicht der Leistungserbringer (Art. 42 Abs. 4 und 5)**

#### **Wortlaut Gesetz**

##### **Art. 42**

Abs. 1 – 3

**4 Der Versicherer kann eine genaue Diagnose oder zusätzliche Auskünfte medizinischer Natur verlangen.**

**5 Der Leistungserbringer ist in begründeten Fällen berechtigt und auf Verlangen der versicherten Person in jedem Fall verpflichtet, medizinische Angaben nur dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin des Versicherers nach Artikel 57 bekannt zu geben.**

#### **Ziele der Massnahmen**

Laut den vom Bundesrat 1989 für die Ausarbeitung des Gesetzesentwurfes vorgegebenen Grundsätzen handelt es sich beim Recht der Versicherungsträger, die Einhaltung des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit der Behandlung zu kontrollieren (zum Beispiel durch die Bekanntgabe ärztlicher Diagnosen), um Elemente oder Bestandteile der Behandlungsökonomie, die ihrerseits als Kostendämpfungsmassnahme aufgeführt ist.<sup>31</sup>

<b>Wirkungsmechanismus</b>	Einschränkung des Angebots
<b>Adressaten</b>	Leistungserbringer (Ärzte) (sind auskunftspflichtig)
<b>Instrument</b>	regulativ
<b>Träger</b>	Versicherer (und ihre Vertrauensärzte)

---

<sup>31</sup> Ebd. 118.

## 1.11.3

### System des Tiers garant (Art. 42 Abs. 1)<sup>32</sup>

#### Wortlaut Gesetz

##### Art. 42

**1 Haben Versicherer und Leistungserbringer nichts anderes vereinbart, so schulden die Versicherten den Leistungserbringern die Vergütung der Leistung. Die Versicherten haben in diesem Fall gegenüber dem Versicherer einen Anspruch auf Rückerstattung (System des Tiers garant).**

Abs. 2 – 5

#### Ziele der Massnahme

Vom System des Tiers garant erhofft man sich laut Botschaft, dass es die Verantwortung und das Kostenbewusstsein der Versicherten stärkt.<sup>33</sup>

#### Wirkungs-

**mechanismus**      Einschränkung der Nachfrage

**Adressaten**        Versicherte

**Instrument**        persuasiv

**Träger**             Leistungserbringer (alle)

## 1.11.4

### Transparente Rechnungsstellung (Art. 42 Abs. 3)

#### Wortlaut Gesetz

##### Art. 42

Abs. 1 – 2

**3 Der Leistungserbringer muss dem Schuldner eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen. Er muss ihm auch alle Angaben machen, die er benötigt, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können. Im System des Tiers payant erhält die versicherte Person eine Kopie der Rechnung, die an den Versicherer gegangen ist. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.**

Abs. 4 – 5

#### Ziele der Massnahme

Die grössere Transparenz bei den Abrechnungen soll die Versicherten verantwortungsbewusster machen und sie vom Überkonsum abhalten.<sup>34</sup>

#### Wirkungs-

**mechanismus**      Einschränkung des Angebots

<sup>32</sup> Hierbei handelt es sich um eine Massnahme, die in der Liste im Botschaftsanhang (Ebd. 234ff.) zwar nicht enthalten ist, die jedoch im Botschaftstext explizit als Kostendämpfungsmassnahme bezeichnet wird, und die laut Zielbestimmung auf eine Einschränkung der Nachfrage abzielt.

<sup>33</sup> Ebd. 170.

<sup>34</sup> Ebd. 121.

<b>Adressaten</b>	Leistungserbringer ambulant (ärztlich) und stationär
<b>Instrument</b>	regulativ
<b>Träger</b>	Leistungserbringer ambulant (ärztlich) und stationär (Erstellen einer detaillierten und verständlichen Rechnung) Bundesrat: Handlungspflicht (Regelung der Einzelheiten)

### 1.11.5 **Wirtschaftlichkeitsgebot; Rückerstattungspflicht bei unwirtschaftlicher Behandlung (Art. 56)**

#### **Wortlaut Gesetz**

##### **Art. 56 Wirtschaftlichkeit der Leistungen**

**1 Der Leistungserbringer muss sich in seinen Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist.**

**2 Für Leistungen, die über dieses Mass hinausgehen, kann die Vergütung verweigert werden. Eine nach diesem Gesetz dem Leistungserbringer zu Unrecht bezahlte Vergütung kann zurückgefordert werden. Rückforderungsberechtigt ist:**

a. im System des Tiers garant (Art. 42 Abs. 1) die versicherte Person oder nach Artikel 89 Absatz 3 der Versicherer;

b. im System des Tiers payant (Art. 42 Abs. 2) der Versicherer.

Abs. 3 – 4

**5 Leistungserbringer und Versicherer sehen in den Tarifverträgen Massnahmen zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen vor. Sie sorgen insbesondere dafür, dass diagnostische Massnahmen nicht unnötig wiederholt werden, wenn Versicherte mehrere Leistungserbringer konsultieren.**

#### **Ziele der Massnahme**

Mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot soll sichergestellt werden, dass die Leistungserbringer sich in ihrer Tätigkeit zulasten der sozialen Krankenversicherung an das Mass einer „guten und vollständigen Untersuchung, Behandlung und Pflege des kranken Versicherten“ halten. Für das, was über dieses Mass hinausgeht, schulden die Versicherer in der obligatorischen Krankenversicherung keine Deckung. (...) Soweit für Leistungen, die über dieses Mass hinausgehen, bereits Vergütungen entrichtet wurden, können diese zurückgefordert werden.<sup>35</sup> Ziel dieser Massnahme ist in anderen Worten das wirtschaftliche Handeln der Leistungserbringer, wenn sie zulasten der obligatorischen Krankenversicherung tätig sind.

#### **Wirkungs-**

**mechanismus** Einschränkung des Angebots

**Adressaten** Leistungserbringer (alle)

**Instrument** finanzieller Anreiz (hält sich ein Leistungserbringer nicht an das Gebot, riskiert er, dass Leistungen nicht vergütet werden)

**Träger** Versicherer (rückforderungsberechtigt bei Tiers payant)

---

<sup>35</sup> Ebd. 190.

Versicherte (rückforderungsberechtigt bei Tiers garant)

Tarifpartner: Leistungserbringer und Versicherer (sehen Massnahmen zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen vor)

## 1.11.6 Kontrollen zur Sicherung der Qualität der Leistungen (Art. 58)

### Wortlaut Gesetz

#### Art. 58 Qualitätssicherung

1 Der Bundesrat kann nach Anhören der interessierten Organisationen systematische wissenschaftliche Kontrollen zur Sicherung der Qualität oder des zweckmässigen Einsatzes der von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen vorsehen.

2 Er kann die Durchführung der Kontrollen den Berufsverbänden oder anderen Einrichtungen übertragen.

3 Er regelt, mit welchen Massnahmen die Qualität oder der zweckmässige Einsatz der Leistungen zu sichern oder wiederherzustellen ist. Er kann insbesondere vorsehen, dass:

a. vor der Durchführung bestimmter, namentlich besonders kostspieliger Diagnose- oder Behandlungsverfahren die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin eingeholt wird;

b. besonders kostspielige oder schwierige Untersuchungen oder Behandlungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nur vergütet werden, wenn sie von dafür qualifizierten Leistungserbringern durchgeführt werden. Er kann die Leistungserbringer näher bezeichnen.

### Ziele der Massnahme

Qualitätssicherung trägt laut Botschaft zur Kostendämpfung bei, indem sie Ressourcen von den Tätigkeiten abzieht, die unnötig, unwirksam und unzweckmässig sind.<sup>36</sup>

#### Wirkungs-

**mechanismus** Einschränkung des Angebots

**Adressaten** Leistungserbringer ambulant (ärztlich) und stationär

**Instrument** regulativ

**Träger** Bundesrat: Handlungspflicht (Regelung der Massnahmen zur Qualitätssicherung oder -wiederherstellung)

Bundesrat: Handlungsmöglichkeit (nach Anhören der interessierten Organisationen Qualitätskontrollen vorsehen; deren Durchführung anderen übertragen; Massnahmen vorsehen nach Art. 58 Abs. 3 Bst. a und b)

Berufsverbände oder andere Einrichtungen (delegierte Durchführung von Qualitätskontrollen)

---

<sup>36</sup> Ebd. 129.

## 1.11.7 **Ausschluss von Leistungserbringern, die krass gegen ihre Pflichten verstossen (Art. 59)**

### **Wortlaut Gesetz**

**Art. 59** Ausschluss von Leistungserbringern

Will ein Versicherer einem Leistungserbringer aus wichtigen Gründen, insbesondere bei Verstössen gegen die Anforderungen nach den Artikeln 56 (Wirtschaftlichkeit der Leistungen) und 58 (Qualitätssicherung), die Tätigkeit nach diesem Gesetz für seine Versicherten nicht oder nicht mehr gestatten, so hat das Schiedsgericht nach Artikel 89 zu entscheiden.

### **Ziele der Massnahme**

Die Möglichkeit des Ausschlusses von Leistungserbringern ist gemäss Botschaft ein Mittel, dem Wirtschaftlichkeitsgebot und der Qualitätssicherung Nachachtung zu verschaffen. Sie diene dazu, die Wirtschaftlichkeit der Behandlung zu garantieren.<sup>37</sup>

#### **Wirkungs-**

**mechanismus**      Einschränkung des Angebots

**Adressaten**        Leistungserbringer (alle)

**Instrument**        regulativ

**Träger**             Versicherer

kantonale Schiedsgerichte nach Art. 89 KVG

## 1.11.8 **Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit von Leistungen als Voraussetzung zur Kostenübernahme (Art. 32 Abs. 1 und 2)**

### **Wortlaut Gesetz**

**Art. 32** Voraussetzungen

1 Die Leistungen nach den Artikeln 25–31 müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein.

2 Die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen werden periodisch überprüft.

### **Ziele der Massnahme**

Die Krankenversicherung soll laut Art. 32 nur wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Leistungen vergüten. „Wirtschaftlich“ bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Leistungen ein „angemessenes Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen sollen“<sup>38</sup>.

---

<sup>37</sup> Ebd. 129.

<sup>38</sup> Ebd. 158f.

<b>Wirkungsmechanismus</b>	Einschränkung des Angebots
<b>Adressaten</b>	Leistungserbringer (alle)
<b>Instrument</b>	regulativ
<b>Träger</b>	Bundesrat: (Beschluss, aufgrund von Neubeurteilungen Leistungen aus dem Pflichtleistungskatalog zu streichen) <sup>39</sup> Fachkommissionen (Beratung des Bundesrates)

## 1.12 „Sicherheitsriegel“ in Bezug auf die Erweiterung des Leistungskatalogs (Art. 33 Abs. 1 – 5)

(Bezeichnung von Leistungen durch Verordnung mit Ausnahme der Leistungen von Ärzten und Chiropraktoren; dreifache Voraussetzung für eine Leistungsübernahme nach Artikel 32; periodische Überprüfung der Technologien, damit nicht für überholte Methoden bezahlt wird.)<sup>40</sup>

### Wortlaut Gesetz

Art. 33 Bezeichnung der Leistungen

1 Der Bundesrat kann die von Ärzten und Ärztinnen oder von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen bezeichnen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen übernommen werden.

2 Er bezeichnet die nicht von Ärzten und Ärztinnen oder von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen nach Artikel 25 Absatz 2 sowie die Leistungen nach den Artikeln 26, 29 Absatz 2 Buchstaben a und c und 31 Absatz 1 näher.

3 Er bestimmt, in welchem Umfang die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten einer neuen oder umstrittenen Leistung übernimmt, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit sich noch in Abklärung befindet.

4 Er setzt Kommissionen ein, die ihn bei der Bezeichnung der Leistungen beraten. Er sorgt für die Koordination der Arbeit der genannten Kommissionen.

5 Er kann die Aufgaben nach den Absätzen 1–3 dem Departement oder dem Bundesamt übertragen.

### Ziele der Massnahme

Der Bundesrat rechnete damit, dass die Einführung des (ausgeweiteten) Leistungskatalogs zusammen mit dem Versicherungsobligatorium eine gewisse Kostensteigerung auslösen würde. Um letztere jedoch in „vernünftigen Grenzen“ zu halten, wurden im umfangreichen Leistungskatalog Sicherheitsriegel eingebaut (namentlich: die Bezeichnung von Leistungen durch Verordnung mit Ausnahme der Leistungen von Ärzten/Chiropraktoren; dreifache Voraussetzung für eine Leistungsübernahme nach Art. 32; periodische Überprüfung der Technologien).<sup>41</sup>

<sup>39</sup> Ebd. 159.

<sup>40</sup> Ebd. 133.

<sup>41</sup> Ebd. 132f.

<b>Wirkungsmechanismus</b>	Einschränkung des Angebots <sup>42</sup>
<b>Adressaten</b>	Leistungserbringer ambulant (ärztlich), Versicherte
<b>Instrument</b>	finanzieller Anreiz
<b>Träger</b>	<p>Bundesrat: Handlungspflicht (Bezeichnung der nicht-ärztlichen und nicht-chiropraktischen Leistungen, die von der obligatorischen Krankenversicherung vergütet werden; Bezeichnung des Kostenübernahmeumfangs bei neuen oder umstrittenen Leistungen)</p> <p>Bundesrat: Handlungsmöglichkeit (Bezeichnung der ärztlichen und chiropraktischen Leistungen, die nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen von den Kassen vergütet werden)</p> <p>Kommissionen (Beratung des Bundesrats bei Leistungsbezeichnung)</p> <p>Departement oder Bundesamt (denen Aufgaben nach Absatz 1 – 3 delegiert werden können)</p>

### 1.13 **Volle Freizügigkeit (Art. 4 Abs. 1 sowie Art. 7)** (freie Wahl und freier Wechsel des Versicherers)

#### **Wortlaut Gesetz**

##### **Art. 4 Wahl des Versicherers**

**1 Die versicherungspflichtigen Personen können unter den Versicherern nach Artikel 11 frei wählen.**

**2 Die Versicherer müssen in ihrem örtlichen Tätigkeitsbereich jede versicherungspflichtige Person aufnehmen.**

##### **Art. 7 Wechsel des Versicherers**

**1 Die versicherte Person kann unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist den Versicherer auf das Ende eines Kalendersemesters wechseln.**

**2 Bei der Mitteilung der neuen Prämie kann die versicherte Person den Versicherer unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende des Monats wechseln, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht. Der Versicherer muss die neuen, vom Bundesamt für Sozialversicherung (Bundesamt) genehmigten Prämien jeder versicherten Person mindestens zwei Monate im Voraus mitteilen und dabei auf das Recht, den Versicherer zu wechseln, hinweisen.**

Abs. 3 – 8

Anmerkung: Absatz 2 ist seit dem 1. Oktober 2000 in Kraft.

<sup>42</sup> Im Falle der Ärzte und Chiropraktoren bezeichnet der Bundesrat die Leistungen, die *nicht* kassenpflichtig sind. Es handelt sich hier also um eine Angebotseinschränkung. Im Falle aller anderen Leistungserbringer bezeichnet er die Leistungen, die *vergütet* werden. Damit lässt sich die Angebotsausweitung kontrollieren.

## Ziele der Massnahme

Die volle Freizügigkeit wird zunächst als Massnahme dargestellt, welche die Stärkung der Solidarität bezweckt. Der Zerfall der Solidarität zwischen Gesunden und Kranken wird vom Bundesrat denn auch als eines der Hauptprobleme des früheren Systems bezeichnet. Mit der vollen Freizügigkeit soll nunmehr die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken gesichert werden.

Durch die Einführung der vollen Freizügigkeit für alle Versicherten, verbunden mit einem auf 10 Jahre befristeten Risikoausgleich zwischen den Versicherern, sollen deren Prämienunterschiede zwar nicht aufgehoben, aber doch auf jenes Mass beschränkt werden, das durch eine effiziente Durchführung der Versicherung und nicht bloss durch Unterschiede in der Risikostruktur begründet ist. Diese Massnahmen erfordern die Einführung eines Versicherungsobligatoriums.<sup>43</sup>

In weiteren Sinne steht die volle Freizügigkeit laut Argumentation des Bundesrates somit im Dienste der Förderung des Wettbewerbs: Ermöglicht durch die Prämiengleichheit macht die uneingeschränkte Freizügigkeit ihrerseits möglich, dass die versicherte Person insbesondere denjenigen Versicherer wählen kann, der die günstigsten Prämien hat. Die vollständige Freizügigkeit soll in diesem Sinne zu einem echten Wettbewerb führen.<sup>44</sup>

Dass die volle Freizügigkeit u.a. in den Dienst des Wettbewerbs gestellt wird, geht auch aus dem Vorentwurf des Bundesrates zur 1. Teilrevision des KVG hervor: Die freie Wahl und der Wechsel des Versicherers bildeten die grundlegenden Prinzipien für einen gesunden Wettbewerb zwischen den Versicherern (...).<sup>45</sup>

<b>Wirkungsmechanismus</b>	Massnahme zur Beeinflussung der Versicherer und der Leistungserbringer
<b>Adressaten</b>	Versicherte, Versicherer
<b>Instrument</b>	finanzieller Anreiz (in Form von Prämienersparnis)
<b>Träger</b>	Versicherte (Versicherungswechsel) Bundesamt (Prämiengenehmigung)

### 1.14 Tarifgestaltung und -kontrolle

Die Tarifgestaltung umfasst verschiedene Elemente, die laut bundesrätlicher Botschaft kostendämpfend wirken sollen:

- Möglichkeit des Pauschal- und des Zeittarifs
- Dezentrale Festlegung der Taxpunktwerte

---

<sup>43</sup> Botschaft über die Revision der Krankenversicherung, BBl 1992 I 95f.

<sup>44</sup> Ebd. 125.

<sup>45</sup> Bundesbeschluss über die Bundesbeiträge in der Krankenversicherung und Teilrevision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung. Erläuternder Bericht, 9. März 1998: 18.

Um diesen grundlegenden Prinzipien Nachdruck zu verschaffen, wurde der Wechsel des Versicherers im Rahmen der 1. Teilrevision erleichtert (vgl. Art. 7 Abs. 2).

- Vereinbarung einheitlicher Tarifstrukturen für die Schweiz (Einzelleistungstarife)
- Grundsätze der Tarifierung
- Möglichkeit der Einflussnahme auf die Tarifgestaltung durch den Bundesrat
- Prüfung und Genehmigung der Tarifverträge
- Kein Ausschluss des Preisüberwachers vor der Genehmigung der Tarifverträge
- Kündigung der Tarifverträge mit Spitälern und Pflegeheimen bei überzogenen Kosten
- Regelung des vertragslosen Zustandes
- Erlass der Analysen- und der Spezialitätenliste

Diese Elemente werden im Folgenden getrennt behandelt.

### 1.14.1 Pauschal- und Zeittarif (Art. 43 Abs. 2 Bst. a und c)

#### Wortlaut Gesetz

##### Art. 43 Grundsatz

1 Die Leistungserbringer erstellen ihre Rechnungen nach Tarifen oder Preisen.

2 **Der Tarif ist eine Grundlage für die Berechnung der Vergütung; er kann namentlich:**

**a. auf den benötigten Zeitaufwand abstellen (Zeittarif);**

b. für die einzelnen Leistungen Taxpunkte festlegen und den Taxpunktwert bestimmen (Einzelleistungstarif);

**c. pauschale Vergütungen vorsehen (Pauschaltarif);**

d. zur Sicherung der Qualität die Vergütung bestimmter Leistungen ausnahmsweise von Bedingungen abhängig machen, welche über die Voraussetzungen nach den Artikeln 36–40 hinausgehen, wie namentlich vom Vorliegen der notwendigen Infrastruktur und der notwendigen Aus-, Weiter- oder Fortbildung eines Leistungserbringers (Tarifausschluss).

3 Der Pauschaltarif kann sich auf die Behandlung je Patient oder Patientin (Patientenpauschale) oder auf die Versorgung je Versichertengruppe (Versichertenpauschale) beziehen. Versichertenpauschalen können prospektiv aufgrund der in der Vergangenheit erbrachten Leistungen und der zu erwartenden Bedürfnisse festgesetzt werden (prospektives Globalbudget).

4 Tarife und Preise werden in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern (Tarifvertrag) vereinbart oder in den vom Gesetz bestimmten Fällen von der zuständigen Behörde festgesetzt. Dabei ist auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur der Tarife zu achten. Bei Tarifverträgen zwischen Verbänden sind vor dem Abschluss die Organisationen anzuhören, welche die Interessen der Versicherten auf kantonaler oder auf Bundesebene vertreten.

5 Einzelleistungstarife müssen auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen. Können sich die Tarifpartner nicht einigen, so legt der Bundesrat diese Tarifstruktur fest.

6 Die Vertragspartner und die zuständigen Behörden achten darauf, dass eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird.

7 Der Bundesrat kann Grundsätze für eine wirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur sowie für die Anpassung der Tarife aufstellen. Er sorgt für die Koordination mit den Tarifordnungen der anderen Sozialversicherungen.

## Ziele der Massnahme

Die Vielzahl der Regelungen durch verschiedene Arten von Tarifen fördert gemäss Botschaft den sparsamen Einsatz der vorhandenen Mittel (gemeint ist neben dem heute vorherrschenden Einzelleistungstarif<sup>46</sup> der Zeittarif oder der Pauschaltarif).<sup>47</sup>

Abgesehen davon, dass unter dem Gesichtspunkt der Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit die verstärkte Anwendung des Pauschal- und des Zeittarifs auch in der ambulanten Behandlung erwünscht sei, ermöglichten verschiedene Tarifierungsarten im weiteren den Vergleich der je daraus resultierenden Konsequenzen.<sup>48</sup>

<b>Wirkungsmechanismus</b>	Massnahme zur Beeinflussung der Versicherer und der Leistungserbringer
<b>Adressaten</b>	Tarifpartner (Leistungserbringer und Versicherer)
<b>Instrument</b>	finanzieller Anreiz
<b>Träger</b>	Tarifpartner (Versicherer und Leistungserbringer) Versicherte (deren Organisationen müssen vor dem Abschluss von Tarifverträgen angehört werden)

### 1.14.2 Dezentrale Festlegung der Taxpunktwerte (Art. 43 Abs. 2 Bst. b)

#### Wortlaut Gesetz

##### Art. 43 Grundsatz

1 Die Leistungserbringer erstellen ihre Rechnungen nach Tarifen oder Preisen.

2 **Der Tarif ist eine Grundlage für die Berechnung der Vergütung; er kann namentlich:**

a. auf den benötigten Zeitaufwand abstellen (Zeittarif);

**b. für die einzelnen Leistungen Taxpunkte festlegen und den Taxpunktwert bestimmen (Einzelleistungstarif);**

c. pauschale Vergütungen vorsehen (Pauschaltarif);

d. zur Sicherung der Qualität die Vergütung bestimmter Leistungen ausnahmsweise von Bedingungen abhängig machen, welche über die Voraussetzungen nach den Artikeln 36–40 hinausgehen, wie namentlich vom Vorliegen der notwendigen Infrastruktur und der notwendigen Aus-, Weiter- oder Fortbildung eines Leistungserbringers (Tarifausschluss).

Abs. 3 – 7

#### Ziele der Massnahme

Die Festlegung der Taxpunktwerte soll - im Gegensatz zur Tarifstruktur, die gesamtschweizerisch einheitlich ist (vgl. weiter hinten) - mit Rücksicht auf die regionalen

---

<sup>46</sup> Dem Einzelleistungstarif haftet bei korrekter Festsetzung eine gewisse leistungsbezogene Angemessenheit/Gerechtigkeit an. „Die Erfahrung hat aber auch gezeigt, dass der Einzelleistungstarif gewisse Anreize zur Leistungserbringung, und damit zur Mengenausweitung in sich trägt.“ Und letztere spielt bekanntlich bei der Kostenentwicklung eine entscheidende Rolle: Botschaft über die Revision der Krankenversicherung, BBl 1992 I 174.

<sup>47</sup> Ebd. 128.

<sup>48</sup> Ebd. 173.

Kostenunterschiede (Lohn- und Preisgefälle) weiterhin durch dezentrale Vereinbarungen erfolgen. Dabei dürfen und sollen solche Vereinbarungen durchaus dezentraler, vielgestaltiger und flexibler erfolgen als 1991. Dies könnte nämlich, gemäss Bundesrat, zu einer Verstärkung von Wettbewerb und innovativem Verhalten führen.<sup>49</sup>

<b>Wirkungsmechanismus</b>	Massnahme zur Beeinflussung der Versicherer und der Leistungserbringer
<b>Adressaten</b>	Tarifpartner (Leistungserbringer und Versicherer)
<b>Instrument</b>	finanzieller Anreiz
<b>Träger</b>	Tarifpartner

### 1.14.3 Vereinbarung einheitlicher Tarifstrukturen für die ganze Schweiz im Falle von Einzelleistungstarifen (Art. 43 Abs. 5)

#### Wortlaut Gesetz

##### Art. 43 Grundsatz

Abs. 1 – 4

<sup>5</sup> Einzelleistungstarife müssen auf einer **gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen**. Können sich die Tarifpartner nicht einigen, so legt der Bundesrat diese Tarifstruktur fest.

Abs. 6 – 7

#### Ziele der Massnahme

Vereinheitlichung des Bemessungswerts für jede einzelne medizinische Leistung, da es keinen Sinn macht, dass ein und dieselbe Leistung in verschiedenen Kantonen unterschiedlich viele Taxpunkte „wert“ ist.<sup>50</sup>

Die Botschaft des Bundesrates listet die Vereinbarung einheitlicher Tarifstrukturen (Einzelleistungstarifen) als ein Element der Tarifkontrolle im Dienste der Kostendämpfung auf, macht aber keine weiteren Angaben dazu, weshalb diese kostendämpfend wirken soll.<sup>51</sup>

<b>Wirkungsmechanismus</b>	Massnahme zur Beeinflussung der Versicherer und der Leistungserbringer
<b>Adressaten</b>	Tarifpartner (Leistungserbringer und Versicherer)
<b>Instrument</b>	regulativ
<b>Träger</b>	Tarifpartner (Leistungserbringer und Versicherer) Bundesrat: Handlungspflicht subsidiär ( <i>falls</i> keine Einigung Tarifpartner)

---

<sup>49</sup> Ebd. 173.

<sup>50</sup> Ebd. 173.

<sup>51</sup> Ebd. 238.

## 1.14.4 Grundsätze der Tarifierung (Art. 43 Abs. 6)

### Wortlaut Gesetz

Art. 43 Grundsatz

Abs. 1 – 5

**6 Die Vertragspartner und die zuständigen Behörden achten darauf, dass eine qualitativ hoch stehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird.**

Abs. 7

### Ziele der Massnahme

s. Gesetzestext

<b>Wirkungsmechanismus</b>	Massnahme zur Beeinflussung der Versicherer und der Leistungserbringer
<b>Adressaten</b>	Tarifpartner, zuständige Behörden (Bundesrat, Kantonsregierungen)
<b>Instrument</b>	regulativ
<b>Träger</b>	Tarifpartner zuständige Behörden (Bundesrat bzw. Kantonsregierungen)

## 1.14.5 Möglichkeit der Einflussnahme auf die Tarifgestaltung durch den Bundesrat (Art. 43 Abs. 7)

### Wortlaut Gesetz

Art. 43 Grundsatz

Abs. 1 – 6

**7 Der Bundesrat kann Grundsätze für eine wirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur sowie für die Anpassung der Tarife aufstellen. Er sorgt für die Koordination mit den Tarifordnungen der anderen Sozialversicherungen.**

### Ziele der Massnahme

Die Kompetenzformel in Abs. 7 ist ein Instrument, um der in Art. 43 Abs. 6 festgehaltenen Zielsetzung (qualitativ hoch stehende, zweckmässige Versorgung zu möglichst günstigen Kosten) „möglichst gerecht zu werden“<sup>52</sup>.

<b>Wirkungsmechanismus</b>	Massnahme zur Beeinflussung der Versicherer und der Leistungserbringer
<b>Adressaten</b>	Tarifpartner (Versicherer und Leistungserbringer)
<b>Instrument</b>	regulativ
<b>Träger:</b>	Bundesrat: Handlungsmöglichkeit (Aufstellung von Tarifierungsgrundsätzen nach Abs. 7)

---

<sup>52</sup> Ebd. 174.

Bundesrat: Handlungspflicht (Koordination mit den Tarifordnungen der anderen Sozialversicherungen)

## 1.14.6 Prüfung und Genehmigung der Tarifverträge durch die Kantonsregierung, bei gesamtschweizerischen Verträgen durch den Bundesrat (Art. 46 Abs. 4)

### Wortlaut Gesetz

#### Art. 46 Tarifvertrag

1 Parteien eines Tarifvertrages sind einzelne oder mehrere Leistungserbringer oder deren Verbände einerseits sowie einzelne oder mehrere Versicherer oder deren Verbände andererseits.

2 Ist ein Verband Vertragspartei, so ist der Tarifvertrag für die Mitglieder des Verbandes nur verbindlich, wenn sie dem Vertrag beigetreten sind. Auch Nichtmitglieder, die im Vertragsgebiet tätig sind, können dem Vertrag beitreten. Der Vertrag kann vorsehen, dass diese einen angemessenen Beitrag an die Unkosten des Vertragsabschlusses und der Durchführung leisten müssen. Er regelt die Art und Weise der Beitritts- sowie der Rücktrittserklärung und ihre Bekanntgabe.

3 Nicht zulässig und damit ungültig sind insbesondere folgende Massnahmen, ohne Rücksicht darauf, ob sie in einem Tarifvertrag oder in getrennten Vereinbarungen oder Regelungen enthalten sind:

- a. Sondervertragsverbote zu Lasten von Verbandsmitgliedern;
- b. Verpflichtung von Verbandsmitgliedern auf bestehende Verbandsverträge;
- c. Konkurrenzverbote zu Lasten von Verbandsmitgliedern;
- d. Exklusivitäts- und Meistbegünstigungsklauseln.

4 Der Tarifvertrag bedarf der Genehmigung durch die zuständige Kantonsregierung oder, wenn er in der ganzen Schweiz gelten soll, durch den Bundesrat. Die Genehmigungsbehörde prüft, ob der Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht.

5 Die Frist für die Kündigung eines Tarifvertrages und für die Rücktrittserklärung nach Absatz 2 beträgt mindestens sechs Monate.

### Ziele der Massnahme

Bevor die Behörde einen Tarifvertrag genehmigt, prüft sie, ob er mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht. Laut Bundesrat „darf und soll“ sie dabei durchaus einen strengen Massstab anlegen, gehe es doch darum, dem Ziel nachzukommen, dass eine qualitativ hoch stehende und zweckmässige Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird.<sup>53</sup>

<b>Wirkungsmechanismus</b>	Massnahme zur Beeinflussung der Versicherer und der Leistungserbringer
<b>Adressaten</b>	Tarifpartner (Leistungserbringer und Versicherer)
<b>Instrument</b>	regulativ
<b>Träger</b>	Kantonsregierung: Handlungspflicht (Prüfung und Genehmigung der Tarifverträge)

---

<sup>53</sup> Ebd. 180.

Bundesrat: Handlungspflicht (Prüfung und Genehmigung gesamtschweizerischer Tarifverträge)

### 1.14.7

## **Kein Ausschluss des Preisüberwachers vor der Genehmigung der Tarifverträge (Art 46 Abs. 4 und Art. 47-50; Art. 52 und 53 in Verbindung mit Art. 14 Preisüberwachungsgesetz)**

### **Wortlaut Gesetz**

#### **Art. 46 Tarifvertrag**

Abs. 1 – 3

4 Der Tarifvertrag bedarf der Genehmigung durch die zuständige Kantonsregierung oder, wenn er in der ganzen Schweiz gelten soll, durch den Bundesrat. Die Genehmigungsbehörde prüft, ob der Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht.

Abs. 5

#### **Art. 14 des Preisüberwachungsgesetzes**

1 Ist die Legislative oder die Exekutive des Bundes, eines Kantons oder einer Gemeinde zuständig für die Festsetzung oder Genehmigung einer Preiserhöhung, die von den Beteiligten an einer Wettbewerbsabrede oder einem marktmächtigen Unternehmen beantragt wird, so hört sie zuvor den Preisüberwacher an. Er kann beantragen, auf die Preiserhöhung ganz oder teilweise zu verzichten oder einen missbräuchlich beibehaltenen Preis zu senken.

2 Die Behörde führt die Stellungnahme in ihrem Entscheid an. Folgt sie ihr nicht, so begründet sie dies.

3 Bei der Prüfung der Frage, ob ein Preismissbrauch vorliegt, berücksichtigt der Preisüberwacher allfällige übergeordnete öffentliche Interessen.

### **Ziele der Massnahme**

Die Botschaft des Bundesrats listet den Beizug des Preisüberwachers vor der Genehmigung der Tarifverträge als ein Element der Tarifkontrolle im Dienste der Kostendämpfung auf, macht aber keine weiteren Angaben dazu.<sup>54</sup>

<b>Wirkungsmechanismus</b>	Massnahme zur Beeinflussung der Versicherer und der Leistungserbringer
<b>Adressaten</b>	Tarifpartner (Leistungserbringer und Versicherer)
<b>Instrument</b>	regulativ
<b>Träger</b>	Preisüberwacher

---

<sup>54</sup> Ebd. 238.

## 1.14.8 Kündigung der Tarifverträge mit Spitälern und Pflegeheimen bei überzogenen Kosten (Art. 49 Abs. 7, Art. 50 und 53)

### Wortlaut Gesetz

#### Art. 49 Tarifverträge mit Spitälern

Abs. 1 – 5

6 Die Spitäler ermitteln ihre Kosten und erfassen ihre Leistungen nach einheitlicher Methode; sie führen hiezu eine Kostenstellenrechnung und eine Leistungsstatistik. Die Kantonsregierung und die Vertragsparteien können die Unterlagen einsehen. Der Bundesrat erlässt die nötigen Bestimmungen.

7 Die Kantonsregierungen und, wenn nötig, der Bundesrat ordnen Betriebsvergleiche zwischen Spitälern an. Die Spitäler und die Kantone müssen dafür die nötigen Unterlagen liefern. Ergibt der Betriebsvergleich, dass die Kosten eines Spitals deutlich über den Kosten vergleichbarer Spitäler liegen, oder sind die Unterlagen eines Spitals ungenügend, **so können die Versicherer den Vertrag nach Artikel 46 Absatz 5 kündigen und der Genehmigungsbehörde (Art. 46 Abs. 4) beantragen, die Tarife auf das richtige Mass zurückzuführen.**

#### Art. 50 Tarifverträge mit Pflegeheimen

Beim Aufenthalt in einem Pflegeheim (Art. 39 Abs. 3) vergütet der Versicherer die gleichen Leistungen wie bei ambulanter Krankenpflege und bei Krankenpflege zu Hause. Er kann mit dem Pflegeheim pauschale Vergütungen vereinbaren. Die Absätze 6 und 7 von Artikel 49 sind sinngemäss anwendbar.

#### Art. 53 Beschwerde an den Bundesrat

1 Gegen die Beschlüsse der Kantonsregierung nach den Artikeln 39, 45, 46 Absatz 4, 47, 48 Absätze 1–3, **49 Absatz 7**, 51, 54 und 55 kann Beschwerde an den Bundesrat erhoben werden.

2 Das Beschwerdeverfahren richtet sich nach dem Verwaltungsverfahrensgesetz.

3 Der Bundesrat entscheidet innert längstens vier Monaten über die Beschwerde. Aus wichtigen Gründen kann die Frist um höchstens vier Monate überschritten werden.

### Ziele der Massnahme

Diese Gesetzesartikel sollen im Zusammenspiel mit den Artikeln 39, 46 und 56 – 59 dazu beitragen, dass bei der stationären Versorgung – als besonders kostenträchtigem Sektor – die Zielsetzung „qualitativ hoch stehende und zweckmässige Gesundheitsversorgung zu möglichst günstigen Kosten“ verwirklicht wird.<sup>55</sup>

<b>Wirkungsmechanismus</b>	Massnahme zur Beeinflussung der Versicherer und der Leistungserbringer
<b>Adressaten</b>	Leistungserbringer stationär
<b>Instrument</b>	regulativ
<b>Träger</b>	Versicherer (Kündigung der Verträge mit zu teuren stationären Leistungserbringern)

---

<sup>55</sup> Ebd. 183.

Kantonsregierung: Handlungspflicht auf Antrag der Versicherer (Rückführung der Tarife auf das richtige Mass)

Bundesrat: Handlungspflicht auf Antrag der Versicherer (Rückführung der Tarife auf das richtige Mass bei gesamtschweizerischen Verträgen)

## 1.14.9 Regelung des vertragslosen Zustandes (Art. 47 und 48)

### Wortlaut Gesetz

#### Art. 47 Fehlen eines Tarifvertrages

1 Kommt zwischen Leistungserbringern und Versicherern kein Tarifvertrag zustande, so setzt die Kantonsregierung nach Anhören der Beteiligten den Tarif fest.

2 Besteht für die ambulante Behandlung der versicherten Person ausserhalb ihres Wohn- oder Arbeitsortes oder deren Umgebung oder für die stationäre oder teilstationäre Behandlung der versicherten Person ausserhalb ihres Wohnkantons kein Tarifvertrag, so setzt die Regierung des Kantons, in dem die ständige Einrichtung des Leistungserbringers liegt, den Tarif fest.

3 Können sich Leistungserbringer und Versicherer nicht auf die Erneuerung eines Tarifvertrages einigen, so kann die Kantonsregierung den bestehenden Vertrag um ein Jahr verlängern. Kommt innerhalb dieser Frist kein Vertrag zustande, so setzt sie nach Anhören der Beteiligten den Tarif fest.

#### Art. 48 Tarifverträge mit Ärzteverbänden

1 Bei der Genehmigung eines Tarifvertrages mit einem oder mehreren Ärzteverbänden setzt die Genehmigungsbehörde (Art. 46 Abs. 4) nach Anhören der Vertragsparteien einen Rahmentarif fest, dessen Mindestansätze unter und dessen Höchstansätze über denjenigen des genehmigten Vertragstarifes liegen.

2 Der Rahmentarif kommt beim Wegfall des Tarifvertrages zur Anwendung. Ein Jahr nach dem Wegfall des Tarifvertrages kann die Genehmigungsbehörde den Rahmen ohne Rücksicht auf den früheren Vertragstarif neu festsetzen.

3 Kommt ein Tarifvertrag mit einem Ärzteverband von Anfang an nicht zustande, so kann die Genehmigungsbehörde auf Antrag der Parteien einen Rahmentarif festlegen.

4 Für Parteien, die einen neuen Tarifvertrag abgeschlossen haben, tritt der Rahmentarif mit der Vertragsgenehmigung ausser Kraft.

#### Art. 53 Beschwerde an den Bundesrat

1 Gegen die Beschlüsse der Kantonsregierung nach den Artikeln 39, 45, 46 Absatz 4, 47, 48 Absätze 1–3, 49 Absatz 7, 51, 54 und 55 kann Beschwerde an den Bundesrat erhoben werden.

2 Das Beschwerdeverfahren richtet sich nach dem Verwaltungsverfahrensgesetz.

3 Der Bundesrat entscheidet innert längstens vier Monaten über die Beschwerde. Aus wichtigen Gründen kann die Frist um höchstens vier Monate überschritten werden.

### Ziele der Massnahme

Die autonome Tariffestsetzung durch die Tarifpartner mit Hilfe von Tarifverträgen stellt den Regelfall dar. Falls nun dieses Instrument aus irgendeinem Grund nicht spielt (z.B. wenn trotz Verhandlungen kein Vertrag zustande kommt), muss das

Gesetz laut Botschaft eine Abhilfe vorsehen, insbesondere wegen des für die Versicherten unerlässlichen Tarifschutzes.<sup>56</sup>

Im Zusammenhang mit der im Gesetz stipulierten Vertragsfreiheit wird die – auch für die Regelung des vertragslosen Zustandes geltende - Grundphilosophie des KVG verdeutlicht: (...) „dass die Vorlage ganz bewusst zunächst einmal auf die Fähigkeit und die Bereitschaft der Tarifpartner setzt, in freiheitlicher und verantwortungsbewusster Tarifgestaltung zur Eindämmung der Kosten in der Krankenversicherung beizutragen. Erst wenn dies nicht gelingen sollte, müsste gegebenenfalls mit Massnahmen der Kantone und allenfalls auch des Bundes, welche bei Bedarf sehr einschneidend sein könnten (...), ein stärker kostendämpfendes Verhalten sichergestellt werden.“<sup>57</sup>

<b>Wirkungsmechanismus</b>	Massnahme zur Beeinflussung der Versicherer und der Leistungserbringer
<b>Adressaten</b>	Tarifpartner (Leistungserbringer und Versicherer)
<b>Instrument</b>	finanzieller Anreiz (siehe zweites Ziel)
<b>Träger</b>	Kantonsregierung: Handlungspflicht subsidiär (Festsetzen des Tarifs, wenn sonst keiner zustande kommt bzw. wenn ein Tarifvertrag mangels Einigung nicht erneuert werden konnte; beides nach Anhören der Beteiligten) Bundesrat: Beschwerdeinstanz

**1.14.10 Erlass einer Analysenliste mit Tarif sowie einer Liste der in der Rezeptur verwendeten Präparate, Wirk- und Hilfsstoffe mit Tarif durch EDI, Erstellen einer Liste mit pharmazeutischen Spezialitäten und konfektionierten Arzneimittel mit Preisen (Spezialitätenliste) durch das BSV (Art. 52)**

**Wortlaut Gesetz**

**Art. 52** Analysen und Arzneimittel, Mittel und Gegenstände

<sup>1</sup> Nach Anhören der zuständigen Kommissionen und unter Berücksichtigung der Grundsätze nach den Artikeln 32 Absatz 1 und 43 Absatz 6:

**a. erlässt das Departement:**

- 1. eine Liste der Analysen mit Tarif,**
- 2. eine Liste der in der Rezeptur verwendeten Präparate, Wirk- und Hilfsstoffe mit Tarif; dieser umfasst auch die Leistungen des Apothekers oder der Apothekerin,**
3. Bestimmungen über die Leistungspflicht und den Umfang der Vergütung bei Mitteln und Gegenständen, die der Untersuchung oder Behandlung dienen;

---

<sup>56</sup> Ebd. 180f.

<sup>57</sup> Ebd. 179: Als einschneidende Massnahmen zur Sicherstellung eines stärker kostendämpfenden Verhaltens werden genannt: Vorgehen bei Fehlen des Tarifvertrages, im Zusammenhang mit den Tarifverträgen mit Spitälern (Anordnung von Betriebsvergleichen), Möglichkeit der Beschwerde an den Bundesrat, ausserordentliche Massnahmen der Kostendämpfung, Tarifschutz.

b. erstellt das Bundesamt eine Liste der pharmazeutischen Spezialitäten und konfektionierten Arzneimittel mit Preisen (Spezialitätenliste). Diese hat auch die mit den Originalpräparaten austauschbaren preisgünstigeren Generika zu enthalten.

2 Für Geburtsgebrechen werden die zum Leistungskatalog der Invalidenversicherung gehörenden therapeutischen Massnahmen in die Erlasse und Listen nach Absatz 1 aufgenommen.

3 Analysen, Arzneimittel und der Untersuchung oder der Behandlung dienende Mittel und Gegenstände dürfen höchstens nach den Tarifen, Preisen und Vergütungsansätzen gemäss Absatz 1 verrechnet werden. Der Bundesrat bezeichnet die im Praxislabor des Arztes oder der Ärztin vorgenommenen Analysen, für die der Tarif nach den Artikeln 46 und 48 festgesetzt werden kann.

## Ziele der Massnahme

Die Botschaft bezeichnet den Erlass einer Analysen- und Arzneimittel- sowie einer Spezialitätenliste als eine Massnahme, die im Dienste der Kostendämpfung steht.<sup>58</sup>

An anderer Stelle ist festgehalten, dass gemäss ausländischen Erfahrungen von Festpreisen eine allgemeine Signalwirkung zur Preissenkung ausgehe.<sup>59</sup>

**Wirkungsmechanismus** Massnahme zur Beeinflussung der Versicherer und der Leistungserbringer

**Adressaten** Leistungserbringer ambulant (ärztlich und pharmazeutisch) sowie Hersteller von Pharmazeutika

**Instrument** nicht klassifizierbar

**Träger** Departement (Analysenliste; Arzneimittelliste)

Bundesamt (Spezialitätenliste)

Anzuhörende Kommissionen (Eidg. Analysenkommission, Eidg. Arzneimittelkommission)

## 1.15 Tariffestsetzung durch Genehmigungsbehörde (Art. 55)<sup>60</sup>

(als ausserordentliche Massnahme zur Kosteneindämmung bei einem mehr als doppelt so stark wie die allgemeine Preis- und Lohnentwicklung steigendem Verlauf der Kosten)

## Wortlaut Gesetz

**Art. 55** Tariffestsetzung durch die Genehmigungsbehörde

1 Steigen die durchschnittlichen Kosten je versicherte Person und Jahr in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für ambulante oder stationäre Behandlung doppelt so stark an wie die allgemeine Preis- und Lohnentwicklung, so kann die zuständige Behörde verordnen, dass die Tarife oder die Preise für sämtliche oder bestimmte Leistungen nicht erhöht werden dürfen, solange der relative Unterschied in der jährlichen

---

58 Ebd. 129.

59 Ebd. 177.

60 Die Tariffestsetzung durch die Genehmigungsbehörde im Falle stark ansteigender Kosten wurde im Rahmen der parlamentarischen Beratungen als ausserordentliche Massnahme zur Kostendämpfung ins KVG aufgenommen.

**Zuwachsrate mehr als 50 Prozent gemessen an der allgemeinen Preis- und Lohnentwicklung beträgt.**

2 Zuständig ist:

- a. der **Bundesrat** bezüglich der von ihm genehmigten Tarifverträge nach Artikel 46 Absatz 4;
- b. das **Departement** bezüglich der Tarife oder Preise nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe a Ziffern 1 und 2 sowie Buchstabe b;
- c. die Kantonsregierung bezüglich der von ihr genehmigten Tarifverträge nach Artikel 46 Absatz 4.

**Art. 53** Beschwerde an den Bundesrat

1 Gegen die Beschlüsse der Kantonsregierung nach den Artikeln 39, 45, 46 Absatz 4, 47, 48 Absätze 1–3, 49 Absatz 7, 51, 54 und 55 kann Beschwerde an den Bundesrat erhoben werden.

Abs. 2 - 3

## **Ziele der Massnahmen**

Tariffestsetzung durch die Genehmigungsbehörde als ausserordentliche Massnahme zur Kosteneindämmung (vgl. Gesetzestext).

### **Wirkungs-**

**mechanismus** nicht klassifizierbar

**Adressaten** Leistungserbringer (alle)

**Instrument** regulativ

**Träger** Bundesrat: Handlungsmöglichkeit (bezüglich der von ihm genehmigten Tarifverträge nach Art. 46 Abs. 4)

Bundesrat: Beschwerdeinstanz

Departement: Handlungsmöglichkeit (bezüglich der Tarife oder Preise nach Artikel 52 Absatz 1 Bst. a Ziff. 1 und 2 sowie Bst. b)

Kantonsregierungen: Handlungsmöglichkeit (bezüglich der von ihnen genehmigten Tarifverträge nach Art. 46 Abs. 4)

## **1.16**

### **Kostenkontrolle (Art. 49 Abs. 6 und 7 sowie Art. 50)**

(Einheitliche Kostenermittlung und Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime sowie Anordnung von Betriebsvergleichen)

## **Wortlaut Gesetz**

**Art. 49** Tarifverträge mit Spitälern

Abs. 1 – 5

6 Die Spitäler ermitteln ihre Kosten und erfassen ihre Leistungen nach einheitlicher Methode; sie führen hiezu eine Kostenstellenrechnung und eine Leistungsstatistik. Die Kantonsregierung und die Vertragsparteien können die Unterlagen einsehen. Der Bundesrat erlässt die nötigen Bestimmungen.

7 Die Kantonsregierungen und, wenn nötig, der Bundesrat ordnen Betriebsvergleiche zwischen Spitälern an. Die Spitäler und die Kantone müssen dafür die nötigen Unterlagen liefern. Ergibt der Betriebsvergleich, dass die Kosten eines Spitals deutlich über den Kosten vergleichbarer Spitäler liegen, oder sind die Unterlagen eines Spitals ungenügend, so können die Versicherten den Vertrag nach Artikel 46 Absatz 5 kündigen und der Genehmigungsbehörde (Art. 46 Abs. 4) beantragen, die Tarife auf das richtige Mass zurückzuführen.

## Art. 50 Tarifverträge mit Pflegeheimen

Beim Aufenthalt in einem Pflegeheim (Art. 39 Abs. 3) vergütet der Versicherer die gleichen Leistungen wie bei ambulanter Krankenpflege und bei Krankenpflege zu Hause. Er kann mit dem Pflegeheim pauschale Vergütungen vereinbaren. **Die Absätze 6 und 7 von Artikel 49 sind sinngemäss anwendbar.**

## Ziele der Massnahme

Dank einheitlicher Kostenstellenrechnung und Leistungsstatistik würden die Kosten und Leistungen von Spitälern und Pflegeheimen gemäss Bundesrat transparenter. Dadurch werde es möglich, bei massiven Kostensteigerungen im stationären Bereich Betriebsvergleiche durchzuführen und die Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen zu überprüfen.<sup>61</sup>

<b>Wirkungsmechanismus</b>	Massnahme zur Beeinflussung der Versicherer und der Leistungserbringer
<b>Adressaten</b>	Leistungserbringer stationär
<b>Instrument</b>	regulativ
<b>Träger</b>	Leistungserbringer stationär (Kostenstellenrechnung und Leistungsstatistik) Tarifpartner: Versicherer und Leistungserbringer stationär (Unterlageneinsicht) Kantonsregierungen: Handlungspflicht (Anordnung von Betriebsvergleichen, Unterlageneinsicht) Bundesrat: Handlungspflicht (Erlass der nötigen Bestimmungen für einheitliche Kostenstellenrechnung und Leistungsstatistik) Bundesrat: Handlungspflicht subsidiär (Anordnung von Betriebsvergleichen)

## 1.17 Statistische Durchleuchtung der Kostenentwicklung und ihrer Ursachen (Art. 23)

(Erlass von Bestimmungen über Erstellung, Auswertung und Veröffentlichung notwendiger Statistiken durch den Bundesrat)

## Wortlaut Gesetz

### Art. 23 Statistik

**1 Der Bundesrat erlässt Bestimmungen über die Erstellung, die Auswertung und die Veröffentlichung der zur Durchführung dieses Gesetzes benötigten Statistiken sowie über den Zugang zu den gesammelten Daten.** Er sorgt dafür, dass der Persönlichkeitsschutz gewährleistet ist.

**2 Die Versicherer sowie die Behörden des Bundes und der Kantone wirken bei der Erstellung der Statistiken mit.** Der Bundesrat kann die Pflicht zur Mitwirkung auf andere Personen und Organisationen ausdehnen; er hört diese zuvor an.

---

<sup>61</sup> Ebd. 129.

## Ziele der Massnahmen

Angesichts der im Gesundheitswesen allgemein und bei der Krankenversicherung im besonderen involvierten Geldbeträge sind im Bereich der Statistik Verbesserungsmaßnahmen, vor allem eine bessere Koordination geboten, schreibt der Bundesrat 1991.<sup>62</sup>

Dies diene, so ist an anderer Stelle zu lesen, der Kostendämpfung.<sup>63</sup>

<b>Wirkungsmechanismus</b>	Massnahme zur Beeinflussung der Versicherer und der Leistungserbringer
<b>Adressaten</b>	Leistungserbringer, Versicherer
<b>Instrument</b>	regulativ
<b>Träger</b>	Bundesrat: Handlungspflicht (Erlass von Bestimmungen zur Statistikerstellung)  Versicherer, Behörden des Bundes und der Kantone sowie evtl. andere Personen und Organisationen (Mitwirkung bei Erstellung der Statistiken)

### 1.18 Eindämmung der Verwaltungskosten (Art. 22) (Möglichkeit der Begrenzung der Verwaltungskosten der Versicherer)

#### Wortlaut Gesetz

Art. 22 Kontrolle der Verwaltungskosten

1 Die Versicherer haben die Verwaltungskosten für die soziale Krankenversicherung auf das für eine wirtschaftliche Geschäftsführung erforderliche Mass zu beschränken.

2 Der Bundesrat kann Bestimmungen über eine Begrenzung der Verwaltungskosten erlassen. Er berücksichtigt dabei insbesondere die allgemeine Lohn- und Preisentwicklung.

#### Ziele der Massnahmen

Auch Versicherer müssen ihren Beitrag zur Eindämmung der Kosten leisten, schreibt der Bundesrat, und weiter: das Gebot der Wirtschaftlichkeit gilt auch für Verwaltungskosten. Falls sie dies jedoch nicht tun, gebe das Gesetz dem Bundesrat ein Interventionsrecht. Der Bundesrat charakterisiert dieses in Analogie zu den ausserordentlichen Massnahmen im Tarifrecht.<sup>64</sup>

<b>Wirkungsmechanismus</b>	Massnahme zur Beeinflussung der Versicherer und der Leistungserbringer
<b>Adressaten</b>	Versicherer
<b>Instrument</b>	regulativ

---

<sup>62</sup> Ebd. 150.

<sup>63</sup> Ebd. 239.

<sup>64</sup> Ebd. 129f.

**Träger** Bundesrat: Handlungsmöglichkeit (Erlass von Bestimmungen zur Begrenzung der Verwaltungskosten)

## **1.19 Koordination und Lastenausgleich zwischen den Kantonen (Art. 41 Abs. 3)**

### **Wortlaut Gesetz**

#### **Art. 41**

Abs. 1 – 2

3 Beansprucht die versicherte Person aus medizinischen Gründen die Dienste eines ausserhalb ihres Wohnkantons befindlichen öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals, so übernimmt der Wohnkanton die Differenz zwischen den in Rechnung gestellten Kosten und den Tarifen des betreffenden Spitals für Einwohner und Einwohnerinnen des Kantons. In diesem Fall gilt das Rückgriffsrecht nach Artikel 79 sinngemäss für den Wohnkanton. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.

Abs. 4

### **Ziele der Massnahme**

Die Regelung soll dem Lastenausgleich und der verstärkten Koordination zwischen den Kantonen dienen. Sie kann und soll gewissen Druck auf die Kantone ausüben zur Koordination bei Planung, Finanzierung und Belegung der Spitäler, schreibt der Bundesrat. Der Absatz liege im weitem auf der bereits in Art. 41 vorgezeichneten Linie "Optimierung der Ressourcennutzung und Kosteneindämmung". Dies durch Vermeidung der Schaffung unnötiger Kapazitäten einerseits und durch die koordinierte und bedarfsgerechte Bereitstellung und gemeinsame Verwendung der effektiv benötigten Kapazitäten andererseits.<sup>65</sup>

#### **Wirkungs-**

**mechanismus** nicht klassifizierbar

**Adressaten** Kantone

**Instrument** finanzieller Anreiz (Kostensparnis durch koordinierte Planung, die z.B. Überkapazitäten vermeidet)

**Träger** Kantone

Bundesrat: Handlungspflicht (Regelung der Einzelheiten)

## **1.20 Förderung der Gesundheit (Art. 19 und 20)<sup>66</sup>**

### **Wortlaut Gesetz**

**Art. 19** Förderung der Verhütung von Krankheiten

---

<sup>65</sup> Ebd. 169.

<sup>66</sup> Art. 19 und 20 KVG wurden im Rahmen der parlamentarischen Beratungen ins Gesetz aufgenommen.

1 Die Versicherer fördern die Verhütung von Krankheiten.

2 **Sie betreiben gemeinsam mit den Kantonen eine Institution, welche Massnahmen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten anregt, koordiniert und evaluiert.** Kommt die Gründung der Institution nicht zustande, so nimmt der Bund sie vor.

3 Das leitende Organ der Institution besteht aus Vertretern der Versicherer, der Kantone, der SUVA, des Bundes, der Ärzteschaft, der Wissenschaft sowie der auf dem Gebiet der Krankheitsverhütung tätigen Fachverbände.

#### **Art. 20 Finanzierung, Aufsicht**

1 Von jeder nach diesem Gesetz obligatorisch versicherten Person ist jährlich ein Beitrag für die allgemeine Krankheitsverhütung zu erheben.

2 Der Bundesrat setzt auf Antrag der Institution den Beitrag fest.

3 Er übt die Aufsicht über die Tätigkeit der Institution aus. Budgets, Rechnungen und Rechenschaftsbericht sind dem Bundesamt zur Genehmigung vorzulegen.

#### **Ziele der Massnahme**

Laut den bundesrätlichen Grundsätzen für die Ausarbeitung des KVG stehen die Vorkehrungen zur Gesundheitsprophylaxe im Dienste der Kostendämpfung.<sup>67</sup>

Darüber hinaus wurde die Gesundheitsförderung in den parlamentarischen Beratungen klar in den Zielzusammenhang „Kostendämpfung“ gestellt.<sup>68</sup>

#### **Wirkungs-**

**mechanismus**      Einschränkung der Nachfrage

**Adressaten**        Versicherte

**Instrument**        persuasiv

**Träger**             Versicherer (Auftrag, Gesundheit zu fördern sowie Institution zu gründen)

Kantone (Gründung der Institution gemeinsam mit Versicherern)

Institution

Versicherte (jährlicher Gesundheitsbeitrag im Rahmen der Krankenversicherungsprämie)

Bundesrat: Handlungspflicht subsidiär (Gründung der Institution, falls Kantone und Versicherer dies nicht tun)

---

<sup>67</sup> Botschaft über die Revision der Krankenversicherung, BBl 1992 I 118.

<sup>68</sup> So etwa von Nationalrätin *Sandoz*: „Il est incontestable que la prévention est une notion importante, notamment parce qu'elle conduit, à long terme certainement, à une diminution du coût de la maladie.“ Amtliches Bulletin Nationalrat, Herbstsession, 5. Okt. 1993, 1835f. Nationalrat *Allenspach*: „Bei der Förderung der Gesundheit geht es um Aktionen zur Verhütung von Krankheiten und damit um eine nationale Aufgabe. In diesem Sinne sind die Artikel 15a bis 15c Eckpfeiler eines modernen Krankenversicherungsgesetzes und können, richtig angewendet, möglicherweise fühlbar zur Kosteneindämmung beitragen.“ Amtliches Bulletin Nationalrat, Herbstsession, 5. Okt. 1993, 1835f. Nationalrätin *Gonseth*: „Nach dem Grundsatz ‚Vorbeugen ist besser als Heilen‘ hilft dieser Artikel, Leid zu vermindern und damit letztlich auch Kosten zu sparen.“ (...) Gesundheitsförderung hilft Kosten sparen, indem sie Krankheit verhütet.“ Amtliches Bulletin Nationalrat, Herbstsession, 5. Okt. 1993, 1835f.

Bundesrat: Handlungspflicht (Festsetzung des Jahresbeitrags pro Versicherten auf Antrag der Institution)

Bundesrat: Handlungspflicht (Aufsichtsorgan)

Bundesamt: Handlungspflicht (Genehmigung Budget, Rechnungen, Rechenschaftsbericht der Institution)

## 1.21 **Verhinderung von Wettbewerbseinschränkungen im Tarifbereich (Art. 46 Abs. 3)<sup>69</sup>**

### **Wortlaut Gesetz**

#### **Art. 46 Tarifvertrag**

1 Parteien eines Tarifvertrages sind einzelne oder mehrere Leistungserbringer oder deren Verbände einerseits sowie einzelne oder mehrere Versicherer oder deren Verbände andererseits.

2 Ist ein Verband Vertragspartei, so ist der Tarifvertrag für die Mitglieder des Verbandes nur verbindlich, wenn sie dem Vertrag beigetreten sind. Auch Nichtmitglieder, die im Vertragsgebiet tätig sind, können dem Vertrag beitreten. Der Vertrag kann vorsehen, dass diese einen angemessenen Beitrag an die Unkosten des Vertragsabschlusses und der Durchführung leisten müssen. Er regelt die Art und Weise der Beitritts- sowie der Rücktrittserklärung und ihre Bekanntgabe.

3 **Nicht zulässig und damit ungültig sind insbesondere folgende Massnahmen, ohne Rücksicht darauf, ob sie in einem Tarifvertrag oder in getrennten Vereinbarungen oder Regelungen enthalten sind:**

- a. **Sondervertragsverbote zu Lasten von Verbandsmitgliedern;**
- b. **Verpflichtung von Verbandsmitgliedern auf bestehende Verbandsverträge;**
- c. **Konkurrenzverbote zu Lasten von Verbandsmitgliedern;**
- d. **Exklusivitäts- und Meistbegünstigungsklauseln.**

4 Der Tarifvertrag bedarf der Genehmigung durch die zuständige Kantonsregierung oder, wenn er in der ganzen Schweiz gelten soll, durch den Bundesrat. Die Genehmigungsbehörde prüft, ob der Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht.

5 Die Frist für die Kündigung eines Tarifvertrages und für die Rücktrittserklärung nach Absatz 2 beträgt mindestens sechs Monate.

### **Ziele der Massnahme**

Laut Kommissionsberichterstatterin Segmüller<sup>70</sup> bedeutet diese Massnahme folgendes: Sondervertragsverbote sollen – im Sinne von mehr Konkurrenz oder von Konkurrenz überhaupt – aufgehoben werden, und zwar unabhängig davon, ob sie in Statuten, Reglementen oder wo auch immer von Verbänden festgelegt sind. Das ermögliche mehr Flexibilität von Seiten der Leistungserbringer und von Seiten der Versicherer. Damit sollte auch eine Möglichkeit zu kostengünstigeren Verträgen, Tarifen und Prämien für die Versicherten eröffnet werden.

**Wirkungsmechanismus**      Massnahme zur Beeinflussung der Versicherer und der Leistungserbringer

<sup>69</sup> Art. 46 Abs. 3 wurde erst nach Abschluss der Redaktion der Botschaft auf Grund einer Intervention der Kartellkommission ins Gesetz aufgenommen.

<sup>70</sup> Amtliches Bulletin Nationalrat, Herbstsession, 6. Okt. 1993, 1861.

<b>Adressaten</b>	Tarifpartner (Leistungserbringer und Versicherer)
<b>Instrument</b>	regulativ
<b>Träger</b>	Tarifpartner (Leistungserbringer und Versicherer)

## 2 Am 1.1.2001 in Kraft getretene Massnahmen zur Kostendämpfung

### 2.1 Einschränkung der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung (Art. 55a)<sup>71</sup>

#### Wortlaut Gesetz

**Art. 55a** Einschränkung der Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der Krankenversicherung

1 Der Bundesrat kann für eine befristete Zeit von bis zu drei Jahren die Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach den Artikeln 36–38 von einem Bedürfnis abhängig machen. Er legt die entsprechenden Kriterien fest.

2 Die Kantone sowie die Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer sind vorher anzuhören.

3 Die Kantone bestimmen die Leistungserbringer nach Absatz 1.

#### Ziele der Massnahme

Die Massnahme zielt darauf ab, eine übermässige Zunahme der Zahl der Leistungserbringer zu verhindern, welche zu einer unnötigen Ausdehnung der erbrachten Leistungen und damit zu einer Zunahme der Kosten führt.<sup>72</sup>

In den parlamentarischen Beratungen zur 1. Teilrevision des KVG<sup>73</sup> wurde die Massnahme ebenfalls in diesem Sinne als Kostendämpfungsmassnahme bezeichnet. Allerdings soll sie nur als Übergangsregelung dienen, bis die Regelung zur Aufhebung des Kontrahierungszwanges ausgearbeitet ist.

<sup>71</sup> Die Bestimmung wurde im Rahmen der parlamentarischen Beratungen zur 1. Teilrevision eingebracht und erscheint im KVG zusammen mit Art. 54 (Globalbudgetierung durch die Genehmigungsbehörde) und Art. 55 (Tariffestsetzung durch die Genehmigungsbehörde) als weitere Massnahme im Abschnitt „Ausserordentliche Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung“.

<sup>72</sup> Botschaft über die Revision der Krankenversicherung, BBl 1992 I 189.

<sup>73</sup> *Leuthardt, Doris*: „Kollege Zäch hat richtig gesagt, dass die Kosten in der obligatorischen Krankenversicherung sehr stark steigen, weit stärker als die Teuerung und das Bruttoinlandprodukt. Ein Hauptgrund ist unbestrittenermassen die Ausweitung des Leistungsangebots durch eine wachsende Zahl von Leistungserbringern.“ *Gutzwiller, Felix*: „Als flankierende Massnahme zur erst mittelfristig wirksamen wettbewerblichen Reform [Aufhebung Vertragszwang] soll reagiert werden können, wenn die Zunahme der Leistungserbringer mit dem Abkommen über den freien Personenverkehr einen deutlichen Kostenschub auslösen sollte.“ „Im Anbietermarkt Gesundheitswesen ist die Ärztedichte der wichtigste Faktor für die Gesamtkosten.“ *Baumann, Stephanie*: „Die Mehrheit der Kommission ist der Überzeugung, dass wir unbedingt für die Zwischenzeit ein Instrument bereit stellen müssen, das geeignet ist, die Zahl der Leistungserbringer einigermassen im Griff zu behalten, und das damit auch zur Eindämmung der Kostenentwicklung beitragen kann.“ (Alle Zitate aus: Amtliches Bulletin Nationalrat, Frühjahrssession, 8. März 2000, 67f.)

<b>Wirkungsmechanismus</b>	Einschränkung des Angebots
<b>Adressaten</b>	Leistungserbringer ambulant
<b>Instrument</b>	regulativ
<b>Träger</b>	Bundesrat: Handlungsmöglichkeit (kann Zulassung der Leistungserbringer von einem Bedürfnis abhängig machen und legt Kriterien dafür fest); Kantone: Handlungspflicht (Bestimmung der Leistungserbringer nach Absatz 1) Kantone, Verbände der Leistungserbringer und Versicherer (werden vorher angehört)

## 2.2 Substitutionsrecht (Art. 52a KVG)

### Wortlaut Gesetz

#### Art. 52a Substitutionsrecht

**Apotheker oder Apothekerinnen können Originalpräparate der Spezialitätenliste durch die billigeren Generika dieser Liste ersetzen, wenn nicht der Arzt oder die Ärztin beziehungsweise der Chiropraktor oder die Chiropraktorin ausdrücklich die Abgabe des Originalpräparates verlangt. Im Falle einer Substitution informieren sie die verschreibende Person über das abgegebene Präparat.**

### Ziele der Massnahme

Das Substitutionsrecht wird in der Botschaft zur 1. Teilrevision des KVG als neues Instrument zur Kosteneindämmung bezeichnet. Mit der Substitution (teurerer) Originalpräparate durch (billigere) Generika hofft man, die Kosten für Arzneimittel senken zu können.<sup>74 75</sup>

<b>Wirkungsmechanismus</b>	Massnahme zur Beeinflussung der Versicherer und der Leistungserbringer <sup>76</sup>
<b>Adressaten</b>	Apotheker und Apothekerinnen, Hersteller von Pharmazeutika
<b>Instrument</b>	nicht klassifizierbar
<b>Träger</b>	Apothekerinnen und Apotheker

<sup>74</sup> Botschaft betreffend den Bundesbeschluss über die Bundesbeiträge in der Krankenversicherung und die Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 21. Sept. 1998, BBl 1999 I 795 und 834.

<sup>75</sup> Laut Botschaft wäre die Substitution nach Absprache zwischen Apotheker und Arzt bereits heute möglich (vgl. Empfehlungen der FMH und des SAV): Ebd. 834.

<sup>76</sup> Änderung der „Spielregel“: Der verschreibende Arzt überlässt es grundsätzlich dem Apotheker, das für die versicherte Person bestgeeignete Präparat (Original oder Generikum) zu wählen. Ein Teil der Verschreibungskompetenz des Arztes wird also einverständlich an den Apotheker abgetreten.

### Wortlaut Gesetz

#### Art. 25 Allgemeine Leistungen bei Krankheit

1 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen.

2 Diese Leistungen umfassen:

a. die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden von:

1. Ärzten oder Ärztinnen,

2. Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen,

3. Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen;

b. die ärztlich oder unter den vom Bundesrat bestimmten Voraussetzungen von Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen verordneten Analysen, Arzneimittel und der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände;

c. einen Beitrag an die Kosten von ärztlich angeordneten Badekuren;

d. die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation;

e. den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Spitals;

f. den Aufenthalt in einer teilstationären Einrichtung;

g. einen Beitrag an die medizinisch notwendigen Transportkosten sowie an die Rettungskosten.

**h. die Leistung der Apotheker und Apothekerinnen bei der Abgabe von nach Buchstabe b verordneten Arzneimitteln.**

### Ziele der Massnahme

Durch die Schaffung der gesetzlichen Grundlage zur Zulassung der Apotheker als Leistungserbringer auch im Beratungsbereich wird eine Trennung der Vergütung des Medikaments und der Dienstleistung ermöglicht. „Das bisherige Margensystem, welches auf einem festen Prozentsatz der Medikamentenpreise basiert, bietet keinen Anreiz zum Kostensparen.“<sup>78</sup> Im Gegenteil, es belohne die Leistungserbringer (Apotheker, selbstdispensierende Ärzte), wenn sie grosse Mengen oder besonders teure Arzneimittel abgeben würden.

Vom neuen Abgeltungsmodell für Medikamente erhofft man sich „mittel- bis langfristig einen dämpfenden Effekt auf die Medikamentenkosten“<sup>79</sup>.

<sup>77</sup> Die Bestimmung wurde im Rahmen der 1. Teilrevision ins KVG aufgenommen und zwar im Verlauf der parlamentarischen Beratungen. Weder im Vorentwurf noch in der Botschaft war eine solche Regelung vorgesehen.

<sup>78</sup> Bundesamt für Sozialversicherung: Medienmitteilung vom 18. Sept. 2000, Mediene dokumentation ‚Änderungen im KVG‘.

<sup>79</sup> Bundesamt für Sozialversicherung: Medienmitteilung vom 6. Okt. 2000: Krankenversicherung: neues Abgeltungsmodell für Medikamente tritt auf 2001 in Kraft.

<b>Wirkungsmechanismus</b>	Massnahme zur Beeinflussung der Versicherer und der Leistungserbringer
<b>Adressaten</b>	Leistungserbringer (Apotheker und selbstdispensierende Ärzte)
<b>Instrument</b>	nicht klassifizierbar
<b>Träger</b>	Apotheker und selbstdispensierende Ärzte, Versicherer

### 3 Zusammenstellung der Ergebnisse der Häufigkeitsanalyse

<b>Wirkungsmechanismus</b>	<b>Kostendämpfungs- massnahmen</b>
Einschränkung des Angebots	18
Einschränkung der Nachfrage	6
Massnahmen zur Beeinflussung der Leistungserbringer und der Versicherer	17
Nicht klassifizierbar	3
<b>Total</b>	<b>44</b>

<b>Adressaten</b>	<b>Kostendämpfungs- massnahmen</b>
Leistungserbringer stationär	15
Leistungserbringer ambulant (ärztlich)	17
Leistungserbringer ambulant (pharmazeutisch)	12
Leistungserbringer Hersteller (von Arzneimitteln etc.)	3
Tarifpartner (Leistungserbringer und Versicherer)	9
Versicherte	10
Versicherer	3
Bundesrat	1
Kantone	2
<b>Total</b>	<b>72</b>

<b>Instrument</b>	<b>Kostendämpfungs- massnahmen</b>
Regulativ	20
Finanzieller Anreiz	18
Persuasiv	2
Nicht klassifizierbar	4
<b>Total</b>	<b>44</b>

<b>Träger</b>	<b>Kostendämpfungs- massnahmen</b>
Bundesrat: Handlungspflicht	17
Bundesrat: Handlungsmöglichkeit	11
Bundesrat: subsidiär	4
Bundesrat: Beschwerdeinstanz	4
Bundesrat: Aufsichtsorgan	1
Departement (EDI)	5
Bundesamt (BSV)	4
Kantone	13
kantonale Schiedsgerichte	2
Tarifpartner (Versicherer und Leistungserbringer stationär)	11
Tarifpartner (Versicherer und Leistungserbringer ambulant)	6
Versicherer	14
Leistungserbringer (stationär)	3
Leistungserbringer ambulant (ärztlich)	5
Leistungserbringer ambulant (pharmazeutisch)	4
Versicherte	4
Fachkommissionen (gemäss Art. 37a KVV)	4
Berufsverbände oder andere Einrichtungen	1
Preisüberwacher	1
Institution (Stiftung 19)	1
<b>Total</b>	<b>115</b>



## Anhang 2: „Rangliste“ der Kostendämpfungsmassnahmen<sup>80 81</sup>

	Modus	1. Quartil <sup>82</sup>	Median <sup>83</sup>	3. Quartil <sup>84</sup>	„Schwerpunkt“ der Verteilung	„Rang“
1.8 Alternative Versicherungsangebote mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer	4	3	4	5	4.00	1
-- Spitalfinanzierung	3	3	3.5	5	3.83	2
1.10 Spitalplanung	4	3	4	4	3.67	3
1.11.8 Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit von Leistungen als Voraussetzung zur Kostenübernahme	4	2.25	4	4.75	3.67	3
1.12 „Sicherheitsriegel“	3 u. 4	3	3	4	3.33	5
1.14.8 Kündigung der Tarifverträge mit Spitälern und Pflegeheimen bei überzogenen Kosten	3	3	3	4	3.33	5
1.16 Kostenkontrolle	4	3	3	4	3.33	5
1.5 Globalbudgetierung für Spitäler und Pflegeheime	4	2.5	3	4	3.17	8

<sup>80</sup> Da die Massnahme 1.21 (Verhinderung von Wettbewerbseinschränkungen im Tarifbereich) erst nach Abschluss der Redaktion der Botschaft auf Grund einer Intervention der Kartellkommission ins Gesetz aufgenommen wurde, fehlte sie in unserer ersten Version der Programmanalyse und wurde entsprechend auch nicht in der Expertenbefragung ausgewiesen. Damit reduziert sich die Zahl der von den Experten bewerteten Massnahmen auf 45.

<sup>81</sup> Um die Massnahmen in eine Rangfolge nach ihrem Kostendämpfungspotential einreihen zu können, haben wir den Durchschnitt aus dem Median und den beiden Quartilen berechnet (die Definitionen dieser statistischen Messgrössen finden sich in den folgenden Fussnoten). Damit erhalten wir eine Information über den „Schwerpunkt“ der Verteilung innerhalb der mittleren 50 Prozent aller Beobachtungen. Als „wichtig“ bezeichnen wir diejenigen Massnahmen, deren „Schwerpunkt“ höher als 3, also etwas über der Kategorie „mittleres Potential“, liegt. Streng genommen ist der Durchschnitt für Rangdaten nicht berechenbar, da wir aber diesen nicht für die Originaldaten, sondern nur für die statistischen Masszahlen berechnen und auch nicht weiter interpretieren, scheint uns dies vertretbar. Darüber hinaus erhalten wir aus den offenen Fragen weiteren Aufschluss zu den fünf Massnahmen, die die Experten individuell als die wichtigsten betrachten. Die Zusammenführung der von den Experten insgesamt in diesem Teil genannten Massnahmen ergibt einen weiteren, unabhängigen Hinweis auf die Wichtigkeit der einzelnen Massnahmen.

<sup>82</sup> Das 1. Quartil ist derjenige Wert, unter dem 25 Prozent der Beobachtungsfälle liegen.

<sup>83</sup> Der Median (oder auch 2. Quartil) ist derjenige Wert, der eine Verteilung halbiert, das heisst, je die Hälfte (50 Prozent) der Beobachtungsfälle liegt unter bzw. über diesem Wert.

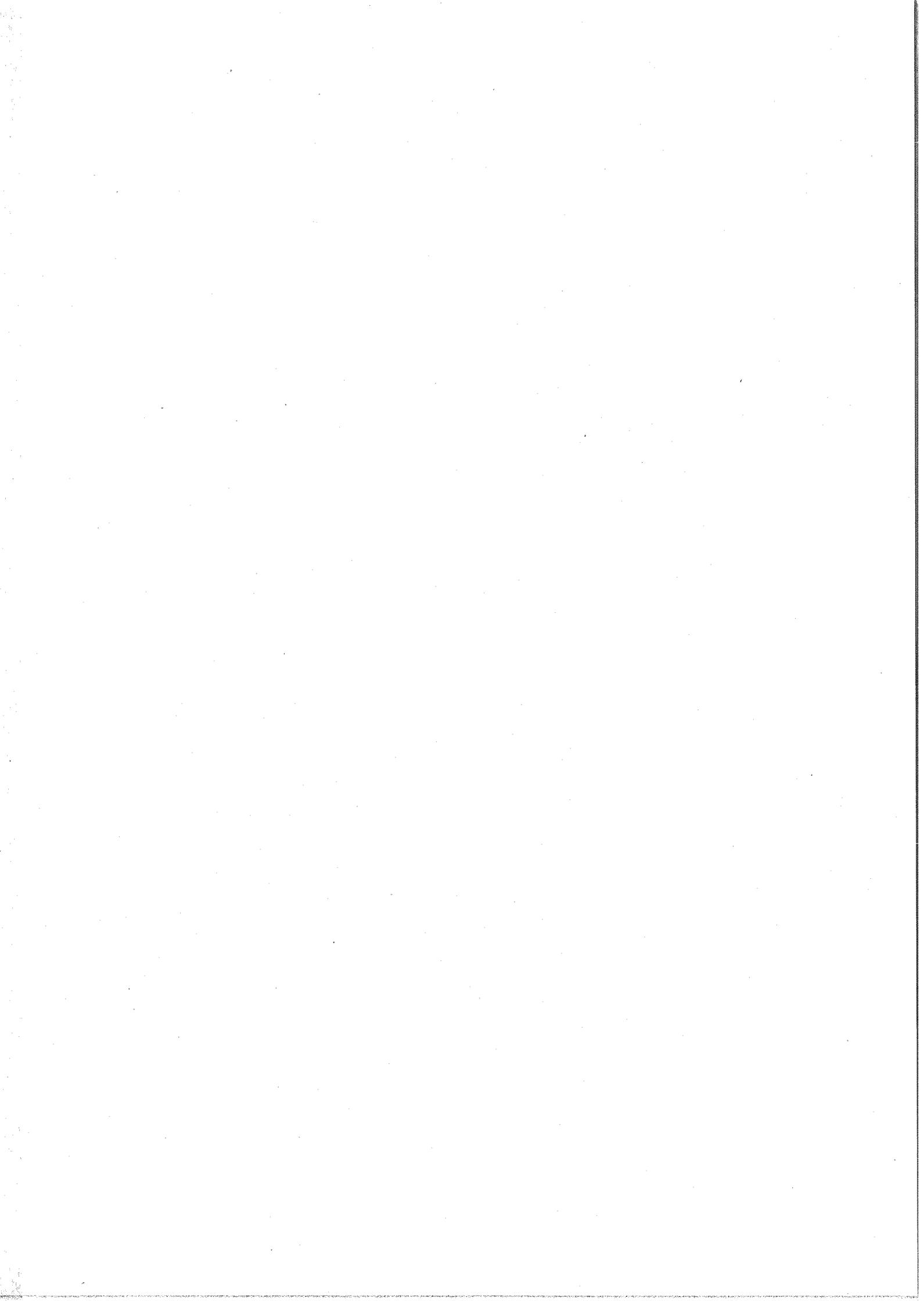
<sup>84</sup> Das 3. Quartil ist derjenige Wert, unter dem 75 Prozent der Beobachtungsfälle liegen.

	Modus	1. Quartil	Median	3. Quartil	„Schwerpunkt“ der Verteilung	„Rang“
1.6.2 Vereinbarung von Pauschalen	3 u. 4	2.5	3	4	3.17	8
1.17 Statistische Durchleuchtung der Kostenentwicklung	3	2.25	3	4	3.08	10
2.1 Einschränkung der Zulassung zulasten der Krankenversicherung	3	2.25	3	4	3.08	10
1.2 Wählbare Kostenbeteiligung	3	2	3	4	3.00	12
1.4 Keine volle Vergütung von Leistungen in bestimmten Fällen	3	2	3	4	3.00	12
1.7 Festbeträge für einzelne Leistung	3 u. 2	2	3	4	3.00	12
1.11.5 Wirtschaftlichkeitsgebot; Rückerstattungspflicht bei unwirtschaftlicher Behandlung	3	2	3	4	3.00	12
1.13 Volle Freizügigkeit	3	2	3	4	3.00	12
1.14.1 Pauschal- und Zeittarif	4	2	3	4	3.00	12
1.14.5 Möglichkeit der Einflussnahme auf die Tarifgestaltung durch den Bundesrat	4	2	3	4	3.00	12
1.14.7 Kein Ausschluss des Preisüberwachers vor der Genehmigung der Tarifverträge	3	2.25	3	3.75	3.00	12
1.15 Tariffestsetzung durch die Genehmigungsbehörde	4	2	3	4	3.00	12
1.20 Förderung der Gesundheit	3	2	3	4	3.00	12
1.11.4 Transparente Rechnungsstellung	3	2	3	3.5	2.83	22
2.2 Substitutionsrecht	2 u. 3	2	3	3.5	2.83	22
1.11.6 Kontrollen zur Sicherung der Qualität der Leistungen	1 u. 3	1.25	3	4	2.75	24
1.11.1 System der Vertrauensärzte	3	2	3	3	2.67	25
1.11.2 Auskunftspflicht der Leistungserbringer	3	2	3	3	2.67	25
1.14.4 Grundsätze der Tarifierung	1	1	3	4	2.67	25
1.14.10 Erlass einer Analysenliste mit Tarif etc.	2	2	3	3	2.67	25

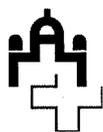
	Modus	1. Quartil	Median	3. Quartil	„Schwerpunkt“ der Verteilung	„Rang“
-- Aufhebung des Kontrahierungszwangs im ambulanten Bereich (>65)	1	1	3	4	2.67	25
1.14.6 Prüfung und Genehmigung der Tarifverträge	2	2	2	3.75	2.58	30
1.1 Obligatorische Kostenbeteiligung	2 u. 3	2	2	3	2.33	31
1.6.3 Ermittlung der anrechenbaren Kosten bei Vertragsabschluss	2	2	2	3	2.33	31
1.9.2 Beschränkung der Selbstdispensation von Medikamenten durch Ärzte	2	2	2	3	2.33	31
1.11.3 System des Tiers garant	3	2	2	3	2.33	31
1.14.2 Dezentrale Festlegung der Taxpunktwerte	2	1.75	2	3.25	2.33	31
1.14.3 Vereinbarung einheitlicher Tarifstrukturen für die Schweiz	2	1.75	2	3.25	2.33	31
1.14.9 Regelung des vertragslosen Zustands	2	2	2	3	2.33	31
1.3 Bonusversicherung	2	1.5	2	3	2.17	38
1.11.7 Ausschluss von Leistungserbringern, die krass gegen ihre Pflichten verstossen	1, 2 u. 3	1.25	2	3	2.08	39
1.18 Eindämmung der Verwaltungskosten	1, 2 u. 3	1.25	2	3	2.08	39
1.6.1 50-Prozent-Kostendeckungsregel	1	1	2	3	2.00	41
1.9.1 Anerkannte Weiterbildung von Ärzten und Apothekern als Zulassungsvoraussetzung	2 u. 1	1	2	3	2.00	41
1.19 Koordination und Lastenausgleich zwischen den Kantonen	1	1	2	3	2.00	41
2.3 Neues Abgeltungsmodell für Apothekerleistungen	1 u. 3	1	2	3	2.00	41

	Modus	1. Quartil	Median	3. Quartil	„Schwerpunkt“ der Verteilung	“Rang”
1.6.4 Möglichkeit, besondere Leistungen oder diagnost. Massnahmen ausserhalb der Pauschalen in Rechnung zu stellen	2	1	2	2.75	1.92	45

## **Anhang 3: Fragebogen**



# FRAGEBOGEN



Parlamentarische  
 Verwaltungskontrollstelle  
 CH-3003 Bern

## Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Zutreffendes bitte ankreuzen, Ergänzungen und Bemerkungen in die dafür vorgesehenen Felder eintragen.

**Rücksendetermin: 2. Februar 2001**

## A Beurteilung des Kostendämpfungspotentials verschiedener Massnahmen im KVG

Die nachfolgende Liste enthält sämtliche Massnahmen/Instrumente, welche in amtlichen Schriften (Botschaften etc.) **explizit** zum Kostendämpfungsziel des KVG in Bezug gesetzt werden. Die Reihenfolge und Einreihung der Massnahmen orientieren sich an einer entsprechenden Liste der Botschaft zum KVG von 1991.

Die Liste ist zweigeteilt: Ein erster Teil umfasst alle diejenigen Kostendämpfungsmassnahmen, wie sie das KVG in seiner ursprünglichen Form vorgesehen hat. Der zweite Teil enthält Massnahmen, welche per 1.1.2001 in Kraft gesetzt wurden resp. sich in Planung befinden (1. und 2. Teilrevision KVG).

Unter **Kostendämpfungspotential** einer Massnahme verstehen wir eine vom Gesetz vorgegebene **Möglichkeit** zur Kostendämpfung, unabhängig davon, ob und wie diese Möglichkeit bisher genutzt wurde.

**Bitte beurteilen Sie das Kostendämpfungspotential der nachstehenden Massnahmen/Instrumente.**

Massnahmen/Instrumente: ursprüngliches KVG	Gross	eher gross	mittel	eher klein	klein	weiss nicht
1 Obligatorische Kostenbeteiligung (Jahresfranchise; Selbstbehalt: Art. 64)	π	π	π	π	π	π
2 Wählbare Kostenbeteiligung (stärkere Kostenbeteiligung gegen Prämienermässigung)	π	π	π	π	π	π

gung: Art. 62 Abs. 2 Bst. a)

	Gross	eher gross	mittel	eher klein	klein	weiss nicht
3 Bonusversicherung (Prämienhöhe richtet sich danach, ob Versicherte während einer bestimmten Zeit Leistungen in Anspruch genommen haben oder nicht: Art. 62 Abs. 2 Bst. b)	π	π	π	π	π	π
4 Keine volle Vergütung von Leistungen in bestimmten Fällen (Beitrag an Badekuren; Höchstbetrag für Transport- und Rettungskosten; Begrenzung der Kostenübernahme für Präventivmassnahmen, bei Aufenthalt im Pflegeheim, bei medizinisch nicht mehr gerechtfertigtem Spitalaufenthalt, auf den wohnorts- bzw. arbeitsortsnahen Tarif, wenn ohne zwingenden Grund ein auswärtiger Leistungserbringer beansprucht wird sowie für im Ausland erbrachte Leistungen: Art. 25 Abs. 2 Abs. c und g sowie Art. 26 in Verbindung mit Art. 33 Abs. 2, Art. 50, Art. 49 Abs. 3, Art. 41 Abs. 1, Art. 34 Abs. 2)	π	π	π	π	π	π
5 Globalbudgetierung für Spitäler und Pflegeheime (als finanzielles Steuerungsinstrument resp. ausserordentliche Kostendämpfungsmassnahme: Art. 51, 53 und 54)	π	π	π	π	π	π
6 Beschränkte Deckung der Kosten (Spitalbereich)						
61 50% Kostendeckungsregel (bei öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern deckt die Krankenversicherung höchstens 50% der anrechenbaren Kosten je Patient oder Versichertengruppe in der allgemeinen Abteilung: Art. 49 Abs. 1)	π	π	π	π	π	π
62 Vereinbarung von Pauschalen (Art. 49 Abs. 1)	π	π	π	π	π	π
63 Ermittlung der anrechenbaren Kosten bei Vertragsabschluss (Art. 49 Abs. 1)	π	π	π	π	π	π
64 Möglichkeit, besondere Leistungen oder diagnostische Massnahmen ausserhalb der Pauschalen in Rechnung zu stellen (Art. 49 Abs. 2)	π	π	π	π	π	π
7 Festbeträge für einzelne Leistung (Festsetzung von Leistungspflicht und Vergütungsumfang im Sinne von Festpreisen für Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen: Art. 52 Abs. 1 Bst. a Ziff. 3)	π	π	π	π	π	π
8 Alternative Versicherungsangebote mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer (Art. 41 Abs. 4, Art. 62 Abs. 1 und 3)	π	π	π	π	π	π

	Gross	eher gross	mittel	eher klein	klein	weiss nicht
9 Beschränkung der Zulassung der Leistungserbringer						
91 Anerkannte Weiterbildung von Ärzten und Apothekern als Zulassungsvoraussetzung (Art. 36 und 37)	π	π	π	π	π	π
92 Beschränkung der Selbstdispensation von Medikamenten durch Ärzte (Art. 37 Abs. 3)	π	π	π	π	π	π
10 Spitalplanung (Zulassung von Spitälern und anderen Einrichtungen zulasten der Krankenversicherung davon abhängig, ob sie der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Versorgung entsprechen und ob sie auf einer kantonalen Spitalliste enthalten sind: Art. 39 Abs. 1 Bst. d und e)	π	π	π	π	π	π
11 Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen						
111 System der Vertrauensärzte (Art. 42 Abs. 5, Art. 57)	π	π	π	π	π	π
112 Auskunftspflicht der Leistungserbringer (Art. 42 Abs. 4 und 5)	π	π	π	π	π	π
113 System des Tiers garant (Art. 42 Abs. 1)	π	π	π	π	π	π
114 Transparente Rechnungsstellung (Art. 42 Abs. 3)	π	π	π	π	π	π
115 Wirtschaftlichkeitsgebot; Rückerstattungspflicht bei unwirtschaftlicher Behandlung (Art. 56)	π	π	π	π	π	π
116 Kontrollen zur Sicherung der Qualität der Leistungen (Art. 58)	π	π	π	π	π	π
117 Ausschluss von Leistungserbringern, die krass gegen ihre Pflichten verstossen (Art. 59)	π	π	π	π	π	π
118 Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit von Leistungen als Voraussetzungen zur Kostenübernahme (Art. 32 Abs. 1 und 2)	π	π	π	π	π	π
12 „Sicherheitsriegel“ in Bezug auf die Erweiterung des Leistungskatalogs (Bezeichnung von Leistungen durch Verordnung mit Ausnahme der Leistungen von Ärzten und Chiropraktoren; dreifache Voraussetzung für eine Leistungsübernahme)	π	π	π	π	π	π

nach Artikel 32; periodische Überprüfung der Technologien, damit nicht für überholte Methoden bezahlt wird: Art. 33 Abs. 1 – 5)

	Gross	eher gross	mittel	eher klein	klein	weiss nicht
13 Volle Freizügigkeit (freie Wahl und freier Wechsel des Versicherers: Art. 4 Abs. 1, Art. 7)	π	π	π	π	π	π
14 Tarifgestaltung und –kontrolle:						
141 Pauschal- und Zeittarif (Art. 43 Abs. 2 Bst. a und c)	π	π	π	π	π	π
142 Dezentrale Festlegung der Taxpunktswerte (Art. 43 Abs. 2 Bst. b)	π	π	π	π	π	π
143 Vereinbarung einheitlicher Tarifstrukturen für die ganze Schweiz im Falle von Einzelleistungstarifen (Art. 43 Abs. 5)	π	π	π	π	π	π
144 Grundsätze der Tarifierung (Art. 43 Abs. 6)	π	π	π	π	π	π
145 Möglichkeit der Einflussnahme auf die Tarifgestaltung durch Bundesrat (Art. 43 Abs. 7)	π	π	π	π	π	π
146 Prüfung und Genehmigung der Tarifverträge durch die Kantonsregierung, bei gesamtschweizerischen Verträgen durch den Bundesrat (Art. 46 Abs. 4)	π	π	π	π	π	π
147 Kein Ausschluss des Preisüberwachers vor der Genehmigung der Tarifverträge (Art. 46 Abs. 4 und 47-50; 52 und 53 in Verbindung mit Art. 14 Preisüberwachergesetz)	π	π	π	π	π	π
148 Kündigung der Tarifverträge mit Spitälern und Pflegeheimen bei überzogenen Kosten (Art. 49 Abs. 7, Art. 50 und 53)	π	π	π	π	π	π
149 Regelung des vertragslosen Zustandes (Art. 47 und 48)	π	π	π	π	π	π
150 Erlass einer Analysenliste mit Tarif sowie einer Liste der in der Rezeptur verwendeten Präparate, Wirk- und Hilfsstoffe mit Tarif durch EDI, Erstellen einer Liste mit pharmazeutischen Spezialitäten und konfektionierten Arzneimittel mit Preisen (Spezialitätenliste) durch das BSV (Art. 52)	π	π	π	π	π	π
15 Tariffestsetzung durch die Genehmigungsbehörde (als ausserordentliche Massnahme zur Kosteneindämmung bei einem mehr als doppelt so stark wie die allgemeine Preis- und Lohnentwicklung steigendem Verlauf der Kosten in der Krankenpflegeversi-	π	π	π	π	π	π

cherung: Art. 55)

	Gross	eher gross	mittel	eher klein	klein	weiss nicht
16 <b>Kostenkontrolle</b> (Einheitliche Kostenermittlung und Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime sowie Anordnung von Betriebsvergleichen: Art. 49 Abs. 6 und 7, Art. 50)	π	π	π	π	π	π
17 <b>Statistische Durchleuchtung der Kostenentwicklung und ihrer Ursachen</b> (Erlass von Bestimmungen über Erstellung, Auswertung und Veröffentlichung notwendiger Statistiken durch den Bundesrat: Art. 23)	π	π	π	π	π	π
18 <b>Eindämmung der Verwaltungskosten</b> (Möglichkeit der Begrenzung der Verwaltungskosten der Versicherer: Art. 22)	π	π	π	π	π	π
19 <b>Koordination und Lastenausgleich zwischen den Kantonen</b> (Art. 41 Abs. 3)	π	π	π	π	π	π
20 <b>Förderung der Gesundheit</b> (Art. 19 und 20)	π	π	π	π	π	π

**Massnahmen/Instrumente: Am 1.1.2001 in Kraft getreten bzw. geplant (1. und 2. Teilrevision des KVG)**

	Gross	eher gross	mittel	eher klein	klein	weiss nicht
21 <b>Einschränkung der Zulassung zur Tätigkeit zuzulasten der Krankenversicherung</b> (Art. 55a, in Kraft seit 1.1.2001)	π	π	π	π	π	π
22 <b>Substitutionsrecht</b> (Art. 52a; in Kraft seit 1.1.2001)	π	π	π	π	π	π
23 <b>Spitalfinanzierung</b> (Leistungsfinanzierung statt Kostendeckung/Objektfinanzierung: Art. 49–51: Botschaft betreffend die Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. Sept. 2000)	π	π	π	π	π	π
24 <b>Aufhebung des Kontrahierungszwanges im ambulanten Bereich</b> (für Leistungserbringer, die mehr als 65 Jahre alt sind: Art. 35 Abs. 1 und 2 Bst. i: Botschaft betreffend die Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. Sept. 2000)	π	π	π	π	π	π
25 <b>Neues Abgeltungsmodell für Apothekerleistungen</b> (Zulassung der Apotheker als Leistungserbringer auch im Beratungsbereich: Art. 25 Abs. 2 Bst. h: Amtliches Bulletin Ständerat, Frühjahrssession (15. März 1999), S. 166 und Amtliches Bulletin Nationalrat, Aprilsession 1999 (22. April 1999), S. 751)	π	π	π	π	π	π

## **B Offene Fragen**

*Bitte wählen Sie diejenigen fünf Massnahmen aus, die Ihrer Ansicht nach das grösste Kostendämpfungspotential haben.*

### **1 Welche Bedingungen müssen erfüllt sein, damit die von Ihnen ausgewählten Massnahmen ihr Potential entfalten können?**

*Gemeint sind Bedingungen in verschiedenster Hinsicht (z.B. politische, institutionelle, organisatorische etc.)*

**Massnahme:**.....

**Bedingungen für Potentialentfaltung:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Massnahme:**.....

**Bedingungen für Potentialentfaltung:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Massnahme:**.....

**Bedingungen für Potentialentfaltung:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Massnahme:**.....

**Bedingungen für Potentialentfaltung:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Massnahme:**.....

**Bedingungen für Potentialentfaltung:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**2 In welchem Ausmass ist bei den fünf von Ihnen als besonders wichtig eingeschätzten Massnahmen das *Kostendämpfungspotential ausgeschöpft*?**

*Diese Frage muss für geplante oder erst seit dem 1.1.2001 in Kraft getretene Massnahmen nicht beantwortet werden.*

**Massnahme:**.....

**Grad der Ausschöpfung des Potentials:**

$\pi$  sehr gross  $\pi$  eher gross  $\pi$  eher gering  $\pi$  sehr gering

**Falls das Potential eher gering oder sehr gering ausgeschöpft wird, was sind die Ursachen für diese geringe Ausschöpfung des Potentials?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Massnahme:** .....

**Grad der Ausschöpfung des Potentials:**

$\pi$  sehr gross  $\pi$  eher gross  $\pi$  eher gering  $\pi$  sehr gering

**Ursachen für geringe Ausschöpfung des Potentials:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Massnahme:** .....

**Grad der Ausschöpfung des Potentials:**

$\pi$  sehr gross  $\pi$  eher gross  $\pi$  eher gering  $\pi$  sehr gering

**Ursachen für geringe Ausschöpfung des Potentials:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Massnahme:** .....

**Grad der Ausschöpfung des Potentials:**

$\pi$  sehr gross  $\pi$  eher gross  $\pi$  eher gering  $\pi$  sehr gering

**Ursachen für geringe Ausschöpfung des Potentials:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Massnahme:**.....

**Grad der Ausschöpfung des Potentials:**

$\pi$  sehr gross  $\pi$  eher gross  $\pi$  eher gering  $\pi$  sehr gering

**Ursachen für geringe Ausschöpfung des Potentials:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**3** Bezüglich der von Ihnen unter Frage 2 genannten Massnahmen, deren Kostendämpfungspotential in geringem Masse ausgeschöpft ist: Was könnten die Träger des Bundes im Rahmen ihrer rechtlichen Möglichkeiten tun, um das Potential in grösserem Masse auszuschöpfen?

*Unter "Träger des Bundes" verstehen wir namentlich den Bundesrat, das Eidgenössische Departement des Inneren sowie die Bundesämter für Sozialversicherung, Privatversicherungen und Justiz.*

**Massnahme:**

**Möglichkeiten:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Massnahme:**

**Möglichkeiten:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



**Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!**

**Bitte den Fragebogen bis 2. Februar 2001 mit beiliegendem Rückantwortcouvert resp. per E-Mail an folgende Adresse retournieren:**

Parlamentarische Verwaltungskontrollstelle, 3003 Bern  
[Pvk.opca@pd.admin.ch](mailto:Pvk.opca@pd.admin.ch)

**Für allfällige Rückfragen wenden Sie sich bitte an**

Daniel Janett, Leiter PVK, Tel. 031 323 09 86, E-Mail: [daniel.janett@pd.admin.ch](mailto:daniel.janett@pd.admin.ch)  
Prisca Lanfranchi, Tel. 031 323 09 65, E-Mail: [prisca.lanfranchi@pd.admin.ch](mailto:prisca.lanfranchi@pd.admin.ch)



## Anhang 4: Liste der befragten Experten

- Prof. Dr. Ursula Ackermann-Liebrich, Universität Basel, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, 4051 Basel
- Dr. Rita Baur, Prognos AG, Europäisches Zentrum für Wirtschaftsforschung und Strategieberatung, 4055 Basel
- Hans Bohnenblust, Ernst Basler + Partner AG, 8702 Zollikon
- Prof. Dr. Sandro Cattacin, ausserordentl. Prof. IDHEAP, 1022 Chavannes-près-Renens
- Béatrice Despland, 1217 Meyrin
- Andreas Frei, HealthEcon AG, 4001 Basel
- Pascal-Eric Gaberel, Analyses, 1228 Genève
- Dr. Priska Gisler, ETH Zürich, 8092 Zürich
- Prof. Dr. Felix Gutzwiller, Universität Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, 8001 Zürich
- Stephan Hammer, INFRAS AG, Forschung, Wirtschafts- und Umweltberatung, 8039 Zürich
- Prof. Dr. Alberto Holly, Ecole des Hautes Etudes Commerciales (HEC), Institut d'économie et management de la santé (IEMS), BFSH1, 1015 Lausanne
- PD Dr. Bruno Jeitziner, Universität Fribourg, Wirtschaftspolitik, 1700 Fribourg
- Charles Landert, Sozialforschung Landert Farago Davatz & Partner, Evaluation Beratung Konzepte, 8001 Zürich
- Dr. Heinz Locher, 3006 Bern
- Marc Maugué, Evaluanda, Bureau d'études et d'évaluations, 1205 Genève
- Prof. Dr. Fred Paccaud, Université de Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1005 Lausanne
- Jean-Claude Rey, Directeur de l'Institut de santé et économie, 1005 Lausanne
- Martin Rothenbühler, 3013 Bern
- Dr. Otto Schoch, Büro Dr. Schoch, Dr. Auer & Partner, 9004 St. Gallen
- Prof. Dr. Jürg H. Sommer und Ortrud Biersack, Universität Basel, Forschungsstelle für Gesundheitsökonomie und Sozialpolitik, 4051 Basel
- Stefan Spycher, BASS Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien, 3007 Bern
- Prof. Dr. Milad Zarin-Nejadan, Université de Neuchâtel, Faculté de droit et des sciences économiques, 2000 Neuchâtel
- Dr. Christoph A. Zenger, Universität Bern, Weiterbildungsprogramm Gesundheitswesen, 3012 Bern
- Prof. Dr. Peter Zweifel, Universität Zürich, Wirtschaftswissenschaftliches Institut, 8006 Zürich



## **Anhang 5: Bisher erschienene Studien zu den wichtigen Kostendämpfungsmassnahmen im KVG**

### **Einleitung**

Die folgende Aufzählung enthält eine Auswahl abgeschlossener sowie laufender Untersuchungen zu den 21 laut Expertenbefragung der PVK als bedeutend zu erachtenden Kostendämpfungsmassnahmen im KVG. Im Zentrum des Interesses stehen dabei Studien, die im Rahmen der Wirkungsanalyse KVG im Auftrag des BSV erstellt wurden bzw. werden.

Die Aufzählung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Ihre Funktion bestand vielmehr darin, der zuständigen Subkommission der GPK-S Entscheidhilfe zu bieten bei der Auswahl der im zweiten Untersuchungsschritt vertieft analysierten Massnahmen. Denn: ein wesentliches Auswahlkriterium war es, Bereiche zu evaluieren, die nicht bereits eingehend erforscht worden sind.

Die Massnahmen erscheinen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung gemäss Expertenbefragung. Gewisse Studien enthalten Aussagen zu verschiedenen Massnahmen und werden deshalb mehrfach zitiert.

#### 1.8 Alternative Versicherungsangebote mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer

Baur, Rita/ Ulrike Braun (Prognos AG), 2000: Bestandesaufnahme besonderer Versicherungsformen in der obligatorischen Krankenversicherung. Beiträge zur sozialen Sicherheit. BSV-Forschungsbericht Nr. 15/00. Bern: EDMZ.

Baur, Rita et al. (Prognos AG), 1997: Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung. Synthesebericht. Beiträge zur sozialen Sicherheit. BSV-Forschungsbericht Nr. 1/98. Bern: EDMZ.

Baur, Rita/ Doris Eyett (Prognos AG), 1998: Die Wahl der Versicherungsformen. Untersuchungsbericht 1. Beiträge zur sozialen Sicherheit. BSV-Forschungsbericht Nr. 2/98. Bern: EDMZ.

Baur, Rita/ Doris Eyett (Prognos AG), 1998: Bewertung der ambulanten medizinischen Versorgung durch HMO-Versicherte und traditionell Versicherte. Untersuchungsbericht 2. Beiträge zur sozialen Sicherheit. BSV-Forschungsbericht Nr. 3/98. Bern: EDMZ.

Baur, Rita/ Doris Eyett (Prognos AG), 1998: Selbstgetragene Gesundheitskosten. Untersuchungsbericht 3. Beiträge zur sozialen Sicherheit. BSV-Forschungsbericht Nr. 4/98. Bern: EDMZ.

Baur, Rita et al. (Prognos AG), 1998: Struktur, Verfahren und Kosten der HMO-Praxen. Untersuchungsbericht 4. Beiträge zur sozialen Sicherheit. BSV-Forschungsbericht Nr. 5/98. Bern: EDMZ.

Känzig, Herbert et al., 1998: Neue Formen der Krankenversicherung: Alters- und Kostenverteilungen im Vergleich zu der traditionellen Versicherung. Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung, 2. Teil. Beiträge zur sozialen Sicherheit. BSV-Forschungsbericht Nr. 8/98. Bern: EDMZ.

Schütz, Stefan et al., 1998: Neue Formen der Krankenversicherung: Versicherte, Leistungen, Prämien und Kosten. Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung, 1. Teil. Beiträge zur sozialen Sicherheit. BSV-Forschungsbericht Nr. 7/98. Bern: EDMZ.

Sottas, Gabriel et al., 1998: Données administratives de l'assurance-maladie: Analyse de qualité, statistique élémentaire et base pour les exploitations. Aspects de la sécurité sociale. OFAS: Rapport de recherche n° 9/98. Berne: OCFIM.

Stock, Johannes et al., 1998: Hypertonie-Management. Ein Praxisvergleich zwischen traditionellen Praxen und HMOs. Beiträge zur sozialen Sicherheit. BSV-Forschungsbericht Nr. 6/98. Bern: EDMZ.

### -- Spitalfinanzierung

*Diese Massnahme befindet sich zur Zeit in Revision.*

Leu, Robert E. et al., 1999: Spitalfinanzierung im Umbruch – Probleme und Lösungsmöglichkeiten. Eine Studie des Volkswirtschaftlichen Instituts der Universität Bern, Abteilung für angewandte Wirtschaftsforschung und Wirtschaftspolitik. Basel: Interpharma.

### 1.10 Spitalplanung

Ayer, Ariane, 2000: La planification hospitalière cantonale. Rapport à l'attention de la Conférence romande des affaires sanitaires et sociales. Université de Neuchâtel: Institut de droit de la santé.

Biersack, Ortrud, 2000: Evaluation Spitalplanung und Spitallisten nach Art. 39 KVG. Die Planungsmethoden der Kantone. Bericht zuhanden des Zentralsekretariats der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz SDK. Universität Basel: Wirtschaftswissenschaftliches Zentrum, Abteilung Gesundheitsökonomie und Sozialpolitik.

Rothenbühler, Martin, 1999: Evaluation der Spitalplanung und der Spitallisten nach Artikel 39 KVG. Bericht zuhanden des Zentralsekretariats der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz SDK. Bern.

### 1.11.8 Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit von Leistungen als Voraussetzung zur Kostenübernahme

Ayer, Ariane/ Béatrice Despland/ Dominique Sprumont (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. OFAS: Rapport de recherche n° 14/00. Berne: OCFIM.

Polikowski, Marc et al., 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. OFAS: Rapport de recherche n° 12/00. Berne: OCFIM.

Rossier Markus, Anne, 2000: Health Care Reform and Rationing in Switzerland: The Role of Information in the Formulation of the Basic Benefit Package. Ann Arbor: UMI Dissertation Services.

*Kosten neuer Leistungen (Projekttitle), BSV-Forschungsbericht, erscheint im Laufe des Jahres 2001.*

### 1.12 Sicherheitsriegel

vgl. 1.11.8.

#### 1.14.8 Kündigung der Tarifverträge mit Spitälern und Pflegeheimen bei überzogenen Kosten

Stürmer, Wilhelmine/ Daniela Wendland/ Ulrike Braun (Prognos AG), 1999: Veränderungen im Bereich der Zusatzversicherung aufgrund des KVG. Beiträge zur sozialen Sicherheit. BSV-Forschungsbericht Nr. 4/00. Bern: EDMZ.

#### 1.16 Kostenkontrolle

Hammer, Stephan et al. (INFRAS), 2000: Auswirkungen des KVG im Tarifbereich. Beiträge zur sozialen Sicherheit. BSV-Forschungsbericht Nr. 7/00. Bern: EDMZ.

Stürmer, Wilhelmine/ Daniela Wendland/ Ulrike Braun (Prognos AG), 1999: Veränderungen im Bereich der Zusatzversicherung aufgrund des KVG. Beiträge zur sozialen Sicherheit. BSV-Forschungsbericht Nr. 4/00. Bern: EDMZ.

#### 1.5 Globalbudgetierung für Spitäler und Pflegeheime

Hammer, Stephan et al. (INFRAS), 2000: Auswirkungen des KVG im Tarifbereich. Beiträge zur sozialen Sicherheit. BSV-Forschungsbericht Nr. 7/00. Bern: EDMZ.

#### 1.6.2 Vereinbarung von Pauschalen

Hammer, Stephan et al., 2000: Auswirkungen des KVG im Tarifbereich. Beiträge zur sozialen Sicherheit. BSV-Forschungsbericht Nr. 7/00. Bern: EDMZ.

#### 1.17 Statistische Durchleuchtung der Kostenentwicklung

Vgl. verschiedene amtliche Statistiken: Krankenhausstatistik (jährliche Erhebung des BFS); Krankenversicherungsstatistik (jährliche Erhebung des BSV); Schweizerische Gesundheitsbefragung (fünfjährige Erhebung des BFS); Kosten des Gesundheitswesens/Synthesestatistik (jährliche Bearbeitung des BFS)

#### 2.1 Einschränkung der Zulassung zulasten der Krankenversicherung

Erst seit 1.1.2001 in Kraft.

#### 1.2 Wählbare Kostenbeteiligung

Baur, Rita et al. (Prognos AG), 1997: Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung. Synthesebericht. Beiträge zur sozialen Sicherheit. BSV-Forschungsbericht Nr. 1/98. Bern: EDMZ.

Bundesamt für Sozialversicherung, Sektion Statistik, 2000: Statistik der wählbaren Franchisen in der Krankenversicherung 1999. Statistiken zur sozialen Sicherheit. Bern: EDMZ.

Peters, Matthias/ Verena Müller/ Philipp Luthiger (IPSO), 2001: Auswirkungen des Krankenversicherungsgesetzes auf die Versicherten. Beiträge zur sozialen Sicherheit. BSV-Forschungsbericht Nr. 3/01. Bern: EDMZ.

#### 1.4 Keine volle Vergütung von Leistungen in bestimmten Fällen

*Unterschiedliche Vergütungspraxis der Versicherer (Projekttitle), BSV-Forschungsbericht, erscheint im Laufe des Jahres 2001.*

## 1.7 Festbeträge für einzelne Leistung

--

### 1.11.5 Wirtschaftlichkeitsgebot; Rückerstattungspflicht bei unwirtschaftlicher Behandlung

Hammer, Stephan et al. (INFRAS), 2001: Auswirkungen des KVG auf die Versicherer. Beiträge zur sozialen Sicherheit. BSV-Forschungsbericht Nr. 6/01. Bern: EDMZ.

### 1.13 Volle Freizügigkeit

Peters, Matthias/ Verena Müller/ Philipp Luthiger (IPSO), 2001: Auswirkungen des Krankenversicherungsgesetzes auf die Versicherten. Beiträge zur sozialen Sicherheit. BSV-Forschungsbericht Nr. 3/01. Bern: EDMZ.

Sheldon, Georg: *Die wirtschaftliche Effizienz des schweizerischen Krankenversicherungssystems (laufendes Forschungsprojekt im Rahmen des NFP 45 „Probleme des Sozialstaats“).*

### 1.14.1 Pauschal- und Zeittarif

Hammer, Stephan et al. (INFRAS), 2000: Auswirkungen des KVG im Tarifbereich. Beiträge zur sozialen Sicherheit. BSV-Forschungsbericht Nr. 7/00. Bern: EDMZ.

### 1.14.5 Möglichkeit der Einflussnahme auf die Tarifgestaltung durch den Bundesrat

vgl. 1.14.1.

*(ohne Beurteilung der Auswirkungen im Bereich der ambulanten ärztlichen Leistungen.)*

### 1.14.7 Kein Ausschluss des Preisüberwachers vor der Genehmigung der Tarifverträge

vgl. 1.14.1.

*(ohne Beurteilung der Auswirkungen im Bereich der ambulanten ärztlichen Leistungen.)*

### 1.15 Tariffestsetzung durch die Genehmigungsbehörde

*Massnahme gelangte bisher noch nie zur Anwendung.*

### 1.20 Förderung der Gesundheit

*Auswirkungen des KVG im Bereich Prävention (Projekttitle), BSV-Forschungsbericht, erscheint im Laufe des Jahres 2001.*

## **Anhang 6: Kurzer Abriss zur Kostensteigerungsproblematik im Gesundheitswesen und den Massnahmen zur ihrer Bekämpfung im internationalen Vergleich**

### **Einleitung**

Wie positioniert sich das schweizerische Gesundheitssystem bezüglich seiner Kosten sowie den Massnahmen zu ihrer Bekämpfung im internationalen Vergleich? Ein kurzer Abriss soll gemäss Mandat der GPK-S Aufschluss über diese Frage geben. Die PVK hat zu diesem Zweck einschlägige vergleichende Studien ausgewertet. Eingangs muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass ein internationaler Vergleich auf Grundlage bestehender Untersuchungen höchstens impressionistischer Art sein kann. Verschiedene Gründe sind hierfür verantwortlich:

*Zeitpunkt der Vergleiche:* Die zeitliche Verzögerung zwischen neu eingeführten/veränderten Massnahmen und messbaren, in internationalen Statistiken ausgewiesenen Auswirkungen ist gross. Dies bedeutet, dass sich die Anzahl interessanter Studien beträchtlich reduziert, da in unserem Zusammenhang v.a. Vergleiche interessieren, deren Untersuchungszeiträume sich auf die Zeit nach der Einführung des KVG beziehen.

*Gegenstand der Vergleiche:* Nur äusserst wenige vergleichende Untersuchungen neueren Datums sind auf die Kostendämpfungsproblematik fokussiert. Andere Aspekte stehen im Vordergrund international vergleichender Forschungsbeiträge. So analysiert beispielsweise eine sämtliche 191 Mitgliedstaaten der WHO umfassende Untersuchung die Leistungsfähigkeit verschiedener Gesundheitssysteme in erster Linie hinsichtlich anderer übergeordneter Zielsetzungen (gerechte Finanzierung, verbesserter Gesundheitszustand der Bevölkerung und Versorgung, die den Erwartungen der Bevölkerung entspricht).<sup>1</sup>

*Bei den Vergleichen berücksichtigte Staaten:* Die Vergleichsbasis ist von Untersuchung zu Untersuchung unterschiedlich; viele internationale Beiträge beziehen das schweizerische System nicht mit ein.<sup>2</sup>

*Datenprobleme:* Schliesslich müssen Vergleiche auf Grundlage internationaler Statistiken mit Vorsicht genossen werden, da die Datenerfassung teilweise unterschiedlich erfolgt (z.B. keine einheitliche Einteilung der verschiedenen Leistungserbringer im Gesundheitswesen).

Trotz dieser und weiterer Probleme versuchen wir im Folgenden, einige Hinweise zur Positionierung der Schweiz im internationalen Umfeld zu geben. Das erste Kapitel ist der *Kostenproblematik* gewidmet. Das zweite Kapitel skizziert die wesentlichsten *Systemmerkmale* des schweizerischen Gesundheitssystems. Die möglichen *Ursachen*

<sup>1</sup> World Health Organization, 2000: The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Unter: <http://www.who.int/whr>.

Am Ende dieses Kapitels findet sich eine Rangliste, die das Abschneiden der Schweiz im westeuropäischen Vergleich gemäss dieser Studie aufzeigt.

<sup>2</sup> So beispielsweise Raffel, Marshall W. (Hrsg.), 1997: Health Care and Reform in industrialized countries. University Park, PA: The Pennsylvania State University Press.

des international gesehen hohen Kostenniveaus in der Schweiz sind Gegenstand des dritten Kapitels. Kapitel 4 schliesslich geht auf *Kostendämpfungsmassnahmen* im internationalen Vergleich ein.

## 1 Kostenproblematik im Gesundheitswesen

*Steigende Gesundheitskosten* sind ein verbreitetes *internationales Phänomen*, und zwar ungeachtet der jeweiligen Organisation der Gesundheitssysteme. Dies zeigt eine OECD-Studie aus dem Jahre 1998, die als Ursachen für diese Entwicklung folgende Gründe anführt: demographische Alterung, medizinisch-technischer Fortschritt, wachsender Wohlstand (steigende Versorgungsansprüche), ausgedehntere Versicherungsdeckung, veränderte Praktizierungsmuster sowie Änderungen der Krankheiten (im Vergleich zu früher höherer Anteil chronischer Krankheiten).<sup>3</sup> Auch ein Vergleich über eine längere Zeitperiode (1960-1997) macht deutlich, dass sich der Anteil der öffentlichen und privaten Gesundheitsausgaben am BIP im OECD-Raum vergrössert hat.<sup>4</sup> Die Befunde dieser Studie, die sich mit den Fundamenten der Gesundheitsausgaben beschäftigt, stützen die These, wonach den Gesundheitsausgaben eine *strukturelle Wachstumsdynamik* eigen ist, die finanzielle Konsolidierungsbestrebungen vor schwere Prüfungen stellt. Obwohl die Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen also mit hohen Schranken konfrontiert ist, sieht der Autor Manfred G. Schmidt Spielraum für Gegensteuern – „politischer Wille und politisches Geschick vorausgesetzt“.<sup>5</sup>

Die Schweiz steht mit ihren über die Zeit gestiegenen Gesundheitskosten somit nicht alleine da. Allerdings steht sie im internationalen Vergleich *hinter den USA und Deutschland an der Spitze*, was den *Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP* betrifft. Folgende Tabelle illustriert nicht nur diesen Umstand, sie zeigt ferner, dass die grosse Mehrzahl der berücksichtigten Länder zwischen 1993 und 1997 den Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP reduziert hat (nicht so hingegen die Schweiz und Deutschland).<sup>6</sup> Verwendet man schliesslich einen weiteren Indikator – die *Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit* – steht die Schweiz mit 2611 kaufkraftbereinigten \$ im Jahre 1997 hinter den USA mit 4095 \$ (Kaufkraftparität) gar an zweiter Stelle, noch vor Deutschland (2364 \$, Kaufkraftparität).

<sup>3</sup> Kalisch, David W./ Tetsuya Aman/ Libbie A. Buchele, 1998: Labour Market and Social Policy – occasional papers N° 33: Social and Health Policies in OECD Countries: A survey of current programmes and recent developments. Paris: OECD, 84.

<sup>4</sup> Schmidt, Manfred G., 1999: Warum die Gesundheitsausgaben wachsen. Befunde des Vergleichs demokratisch verfasster Länder. In: Politische Vierteljahresschrift, Heft 2, Juni 1999, 229-245.

<sup>5</sup> Ebd.: 242.

<sup>6</sup> Wie konnte diese Reduktion in den betroffenen Ländern erzielt werden? Zum einen geht sie tatsächlich auf erfolgreiche Anstrengungen beim Abbau von Kapazitäten zurück (z.B. Dänemark mit der Schliessung von Spitälern). Zum anderen hängt die Reduktion des Anteils teilweise auch einfach mit einem im Untersuchungszeitraum stattfindenden Anwachsen des BIP zusammen (z.B. im Falle Finnlands). Vgl. Böcken, Jan et al. (Hrsg.), 2000: Reformen im Gesundheitswesen. Ergebnisse der internationalen Recherche. Carl Bertelsmann Preis 2000. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.

Dass es sich bei den in der Tabelle ausgewiesenen Reduktionen um eigentliche Trendwenden handelt, ist *umstritten*. So ist es laut dem Leiter des Fachdienstes Wirtschaft, Grundlagen, Forschung im BSV weder deregulierten Systemen (als Beispiel erwähnt er die USA) noch staatlich regulierten Systemen (wie Frankreich) gelungen, die Steigerungsraten *längerfristig* zu senken. Vgl. Gärtner, Ludwig, 2001: Das Krankenversicherungsgesetz und die Entwicklung der Gesundheitskosten. In: Die Volkswirtschaft 9-2001, 19-23.

Tabelle: Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP

	1993	1994	1995	1996	1997	Wachstumsrate p.a. 1988-1992 in %	Wachstumsrate p.a. 1993-1997 in %
Dänemark	8,5	8,3	8,1	8,1	8,0	-1,47	-1,50
Deutschland	9,9	10,0	10,4	10,8	10,7	1,30	1,96
Finnland	8,5	7,9	7,7	7,8	7,4	6,24	-3,41
Gross- britannien	6,9	6,9	6,9	6,9	6,8	4,44	-0,36
Kanada	10,1	9,8	9,4	9,3	9,2	4,66	-2,31
Niederlande	9,0	8,8	8,8	8,7	8,5	2,09	-1,42
Schweiz	9,4	9,5	9,6	10,1	10,0	2,88	1,56
USA	14,2	14,1	14,1	14,1	13,9	4,85	-0,53
Durch- schnitt	9,6	9,4	9,4	9,4	9,3	3,13	-0,75

Quelle: Auszug aus einer Tabelle in Böcken 2000, welche ihrerseits auf den OECD Gesundheitsdaten von 1999 basiert.<sup>7</sup>

Es gilt an dieser Stelle herauszustreichen, dass relativ tiefe Gesundheitskosten (z.B. Grossbritannien) nicht bedeuten, dass diese Gesundheitssysteme auch *effizienter* funktionieren. Vielmehr wird die Kostenentwicklung in Grossbritannien und anderen *planwirtschaftlich organisierten Gesundheitssystemen* durch verbindliche Budgetvorgaben und restriktive Planung der Kapazitäten unter Kontrolle gehalten. Dies wird gemäss Sommer 1999 bezahlt mit hohen Kosten in Form von Handlungs-, Freiheits- und Innovationsverlusten für alle Beteiligten (schwerfällige bürokratische Abläufe, lange Wartelisten, geringe Wahlfreiheiten der Patienten etc.). Diese Systeme sind zudem durch eine ausgeprägte Zwei-Klassen-Medizin gekennzeichnet.<sup>8</sup> Demgegenüber verzeichnen teilweise *marktwirtschaftlich organisierte* Gesundheitssysteme (z.B. USA und Schweiz) zwar vergleichsweise hohe Gesundheitsausgaben. Dies kann gemäss Sommer 1999 jedoch nicht als Beweis für das angebliche Versagen der marktwirtschaftlichen Reformstrategie gelten, denn in beiden Ländern seien noch beträchtliche Wettbewerbshindernisse auszumachen.<sup>9</sup> Offensichtlich erhofft sich der Autor von deren Beseitigung somit nicht nur eine effizientere Allokation der Ressourcen, sondern vermutet darin auch ein gewisses Sparpotential.

<sup>7</sup> Böcken 2000: 163.

Dieser internationale Vergleich bildete die Grundlage für die Verleihung des Carl Bertelsmann Preises an die Schweiz im Jahre 2000.

<sup>8</sup> Sommer, Jürg H., 1999: Gesundheitssysteme zwischen Plan und Markt. Stuttgart und New York: Schattauer, 276.

<sup>9</sup> Ebd.: 277-278.

Auch andere Studien bewerten das Kostenniveau ebenfalls nicht isoliert. So stellen verschiedene Untersuchungen die Kosten von Gesundheitssystemen ihren „Erfolgen“ oder Leistungen gegenüber. Gemessen werden die Leistungen dabei etwa mit Hilfe von Angaben zur Zufriedenheit der Bevölkerung oder zur durchschnittlichen Lebenserwartung. Die Schweiz schneidet bei derartigen Vergleichen in der Regel relativ gut ab. Wie beispielsweise Böcken 2000 festhält, ist unser Gesundheitssystem einerseits zwar durch hohe Kosten, andererseits jedoch durch Spitzenresultate bei der Versorgung (Lebenserwartung, Kindersterblichkeit und hohe Zufriedenheit der Bevölkerung) gekennzeichnet.<sup>10</sup> Auch die Tabelle am Schluss des Kapitels bestätigt dieses Bild: Die Schweiz steht an zweiter Stelle der Gesamtheit der 191 WHO-Staaten, was das Erreichen verschiedener Ziele (z.B. Niveau der Gesundheitsversorgung, Gerechtigkeit der Finanzierung) betrifft. Da sie jedoch auch hinsichtlich der Kosten an zweiter Stelle figuriert, schneidet die Schweiz gesamthaft gesehen mit dem 20. Rang weniger gut ab.

In dieser Hinsicht einen kritischen Standpunkt vertritt eine aktuelle Untersuchung von Domenighetti und Quaglia.<sup>11</sup> Sie setzt das Kostenniveau in den 14 EU-Ländern und der Schweiz in Bezug zur *Leistungsfähigkeit* der analysierten Gesundheitssysteme.<sup>12</sup> In diesem Vergleich erzielten Länder wie Schweden, die Niederlande oder Belgien – mit je etwa halb so hohen Kosten pro Einwohner als die Schweiz – auch hinsichtlich ihrer Leistungsfähigkeit bessere Ergebnisse als unser Land. Die Schweiz wird bezüglich Leistungsfähigkeit (mit Ausnahme der Zufriedenheit der Bevölkerung) sogar überrundet von Spanien, welches 1998 europaweit die zweittiefsten Gesundheitskosten pro Einwohner aufweist. Ausgehend von diesen und weiteren Resultaten kommt die Autorenschaft zur *Schlussfolgerung*: „...bei der Betrachtung der gewählten Indikatoren (kann) das schweizerische Gesundheitssystem nicht als „leistungsfähig“ angesehen werden, wenn Länder mit 50 Prozent weniger Kosten pro Einwohner bessere Indikatoren der Gesundheit und der Zufriedenheit ihrer Bevölkerung erzielen.“<sup>13</sup>

## 2 Systemmerkmale des schweizerischen Gesundheitswesens

In der Literatur findet sich eine Reihe von Merkmalen, die das schweizerische Gesundheitswesen aus der Optik des internationalen Vergleichs charakterisieren. Zu den wesentlichsten Strukturelementen gehören gemäss Böcken 2000 (97-100):

Im Vergleich zu anderen europäischen Staaten sind in unserem *Sozialversicherungssystem* Wettbewerbselemente stärker vertreten, während die soziale Komponente in der Finanzierung vergleichsweise nur schwach ausgeprägt ist.

Nebst der Schweiz ist auch das Modell der USA eher marktwirtschaftlich orientiert. Im Gegensatz zum weitgehend deregulierten USA-Modell wird in der Schweiz mit dem KVG jedoch ein Ordnungsrahmen gesetzt, der den *Wettbewerb* zulässt und *reglementiert*, ohne das Postulat der Grundversorgung für alle zu verletzen.

<sup>10</sup> Böcken 2000: 100.

<sup>11</sup> Domenighetti, Gianfranco/ Jacqueline Quaglia, 2001: Analyse der Leistungsfähigkeit des schweizerischen Gesundheitswesens im internationalen Vergleich. In: Die Volkswirtschaft, 9-2001, 9-13.

<sup>12</sup> Gemessen wird die Leistungsfähigkeit mit Hilfe von fünf Indikatoren: Zufriedenheit der Bevölkerung, perinatale Sterblichkeit, 2 Gruppen von medizinisch „vermeidbaren“ Todesfällen sowie Müttersterblichkeit.

<sup>13</sup> Domenighetti/ Quaglia, 2001: 13.

Das schweizerische System ist durch die *freie Wahl der Krankenkassen*, die in Wettbewerb untereinander stehen und erhebliche Gestaltungsspielräume (z.B. Angebot alternativer Versicherungsformen<sup>14</sup>) geniessen, gekennzeichnet. In der Grundversicherung besteht für die Kassen Kontrahierungszwang.

Die Versicherten tragen die Prämien in Form von *Kopfprämien* nach dem Prinzip: gleiche Prämien für die erwachsenen Versicherten innerhalb einer Kasse und einer Region. Im Gegensatz zu verschiedenen europäischen Systemen existiert keine Arbeitgeberbeteiligung. Als sozialpolitisches Korrektiv kommen einkommensschwache Haushalte (es handelt sich zur Zeit um rund einen Viertel der Haushalte) in den Genuss einer *Prämienverbilligung*.

Die obligatorische Krankenversicherung umfasst die Grundversicherung, mit der alle notwendigen medizinischen Leistungen – mit Ausnahme zahnärztlicher Behandlungen – abgedeckt sind. Der *Grundleistungskatalog* umfasst auch Prävention, Pflege und alternative Heilmethoden.

Die Finanzierung erfolgt zu rund je einem Drittel durch Staat, Krankenversicherung und Private. Im europäischen Umfeld weist die Schweiz damit einen der *tiefsten Anteile öffentlicher Finanzierung* der Gesundheitsausgaben auf. Die *private Kostenbeteiligung* hingegen – via Patienten (v.a. im Falle der Zahnarztkosten) und Zusatzversicherungen – ist in der Schweiz im Vergleich zu anderen Staaten *sehr hoch*.

Leistungserbringer sind freie, niedergelassene Allgemein- und Fachärzte, andere Gesundheitsberufe sowie private und öffentliche Krankenhäuser. Eine *Kapazitätssteuerung* existiert nur für den *stationären Bereich*. Der ambulante Sektor hingegen unterliegt keiner Angebotssteuerung.

Es besteht *freie Arztwahl* und freie Spitalwahl unter den Spitälern des Wohnkantons, falls die Versicherten sich – gegen Prämienermässigung – nicht in einem alternativen Modell mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer versichert haben.

### 3 Ursachen des hohen Kostenniveaus in der Schweiz

Was sind die Ursachen für die international gesehen hohen Kosten des schweizerischen Gesundheitssystems? Diese Frage wird in der Literatur zum Teil unterschiedlich beantwortet. Mehr oder weniger einig ist man sich hinsichtlich folgender Gründe:

- *hohes Angebotsniveau* (höchste Spitälerdichte sowie eine der grössten Ärztedichten im europäischen Vergleich, grosszügige Ausstattung mit teurerer Diagnostik, hohe Zahl der Krankenhausbetten und -verweildauer<sup>15</sup> etc.)
- *hohes Nachfrageniveau*, wobei dieses wiederum vom Angebot, gemäss einer WHO-Studie aber auch von kulturellen Faktoren beeinflusst sein soll (als Bei-

<sup>14</sup> N.B. war die Schweiz das erste europäische Land, das die HMOs eingeführt hat.

<sup>15</sup> Zur Illustration: Bei den Akutbetten liegt die Zahl in der Schweiz laut der Bertelsmann-Studie trotz erheblicher Reduktion in den 90er Jahren noch um beinahe 40 Prozent über dem Durchschnitt der untersuchten Länder (nebst der Schweiz handelt es sich um Dänemark, Deutschland, Finnland, Grossbritannien, Kanada, Niederlande und USA). Die Verweildauer übersteigt den Länderdurchschnitt gar um 50 Prozent: Böcken 2000: 99.

spiel erwähnt wird die unterschiedliche Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen in der Romandie und in der Deutschschweiz).<sup>16</sup>

Hierbei handelt es sich allerdings weder um eine abschliessende, noch um eine unumstrittene Aufzählung der Ursachen. So führt beispielsweise die bereits erwähnte Untersuchung von Domenighetti und Quaglia folgende drei hauptsächliche Gründe für die hohe Verfügbarkeit von Mitteln zur Gesundheitsversorgung in der Schweiz an:<sup>17</sup>

- *Komplexität unseres politischen Systems*, die bisher jegliche auf Konsens basierende Planung im Gesundheitswesen verunmöglicht hat (Stichwort: Föderalismus)
- ausschliesslich „*inflationäre*“ *wirtschaftliche Anreize*, die auf unserem Gesundheitsmarkt bestehen (gemeint sind insbesondere die Abgeltung nach erbrachten Leistungen oder auf der Basis der Aufenthaltsdauer)
- sehr *hohes Niveau des BIP*, das bis jetzt die Gesundheitskosten wenig zur Geltung kommen liess.

#### 4 Kostendämpfungsmassnahmen in ausgewählten OECD-Staaten

Angesichts steigender Gesundheitsausgaben haben im Laufe des letzten Jahrzehnts viele Staaten versucht, diese mittels verschiedener Massnahmen einzudämmen. Einen Überblick hierzu bietet die im ersten Kapitel erwähnte *OECD-Untersuchung aus dem Jahre 1998*.<sup>18</sup> Basierend auf einer schriftlichen Umfrage in 29 OECD-Staaten werden darin jüngste Anstrengungen zur Kostendämpfung beschrieben und klassifiziert.

In Anlehnung an eine frühere Analyse der OECD aus dem Jahre 1995 unterscheidet die Studie *drei grundsätzliche Zielsetzungen* der Gesundheitspolitik: Mikroökonomische Effizienz (d.h. Maximierung von Leistungsqualität und Zufriedenheit der Patienten bei Minimierung der Kosten), makroökonomische Kostenkontrolle (d.h. die Gesundheitssysteme sollten einen „angemessenen“ Anteil am BIP beanspruchen), Gerechtigkeit (d.h. Grundversorgung, Behandlung auf Grund von Bedürfnissen und nicht finanziellen Aspekten etc.).<sup>19</sup>

Die befragten Staaten waren aufgefordert, *in jüngerer Zeit implementierte Massnahmen zur Stabilisierung der Gesundheitskosten und zur effizienten Nutzung der Ressourcen* anzugeben. Die Massnahmen wurden in fünf verschiedene Kategorien eingeteilt: Kostenverlagerung in den privaten Sektor, Kontrolle von Angebot und Nachfrage mittels Mengen- und Preiskontrollen, Förderung der effizienten Nutzung von Ressourcen, Reform der öffentlichen Finanzierung sowie Implementierung der Evaluation medizinischer Technologien.

Bei der Betrachtung der Ergebnisse der Studie ist es wichtig, sich zu vergegenwärtigen, dass es sich bei den in der Umfrage abgegebenen Antworten um *Selbstdeklarationen* der befragten Länder handelt. Der Bericht stellt insbesondere *keine Gesamterhebung* des

<sup>16</sup> European Observatory on Health Care Systems, 2000: Health Care Systems in Transition. Switzerland. WHO Regional Office for Europe. Unter: <http://www.observatory.dk/hit/hit.html>.

<sup>17</sup> Domenighetti/ Quaglia, 2001: 11.

<sup>18</sup> Kalisch 1998.

<sup>19</sup> Ebd.: 83.

Kostendämpfungsinstrumentariums im OECD-Raum dar, sondern beschreibt nur in jüngerer Zeit ergriffene Massnahmen. Erschwerend kommt hinzu, dass die befragten Staaten laut der Autorenschaft sehr unterschiedlich geantwortet haben. Trotz dieser „Makel“ gibt die Umfrage dennoch einige interessante Hinweise auf die *Schwerpunktsetzung* der antwortenden Länder.

Wie positioniert sich die Schweiz nun also mit ihren Anstrengungen zur Kosteneindämmung im internationalen Umfeld? Eine grobe Analyse des Musters der Antworten der befragten Länder zeigt:

- Wie der überragende Teil der anderen an der Umfrage teilnehmenden Staaten nennt die Schweiz Massnahmen in den Kategorien '*Reform der öffentlichen Finanzierung/Implementierung der Evaluation medizinischer Technologien*' und '*Förderung der effizienten Nutzung von Ressourcen*'. Aufgeführt wird in der letzten Kategorie insbesondere die Spitalplanung als eine der wichtigsten Massnahmen zur Kostendämpfung im KVG.<sup>20</sup>
- Für viele andere OECD-Länder offensichtlich ebenfalls ein wichtiges Feld zur Kosteneindämmung sind *Massnahmen der Preis- und Mengenkontrolle*. Die Schweiz hingegen hat in der Umfrage keine derartigen Massnahmen angegeben.
- Eine weitere – weniger ausgeprägte – Abweichung zum internationalen Umfeld ergibt sich für die Schweiz bei den Massnahmen zur Kostenverlagerung. Die Mehrzahl der an der Umfrage teilnehmenden Länder vermeldet in dieser Kategorie Anstrengungen, deren Ziel es ist, die *private Kostenbeteiligung* an den Gesundheitskosten zu *erhöhen*. Angesichts dessen, dass unser Land im internationalen Vergleich einen der höchsten Anteile an privater Finanzierung der Gesundheitskosten aufweist (vgl. Kapitel 2), mag es nicht zu erstaunen, dass die Schweiz in der Umfrage keine derartigen Massnahmen genannt hat.

<sup>20</sup> Genannt werden ferner beispielsweise die interkantonale Zusammenarbeit zur Reduzierung der stationären Überversorgung und Anreize für Leistungserbringer, sich in Netzwerke zusammenzuschliessen. In der Kategorie '*Reform der öffentlichen Finanzierung/Implementierung der Evaluation medizinischer Technologien*' wird die Definition des Pflichtleistungskatalogs aufgeführt.

Zusammenfassend kann somit gefolgert werden:

- Auch andere Staaten des OECD-Raumes kennen – unbesehen der jeweiligen Organisation ihres Gesundheitssystems – die Kostenproblematik und haben in den letzten Jahren ebenfalls versucht, mittels verschiedener Massnahmen die Gesundheitskosten einzudämmen.
- Im Gegensatz zu vielen anderen Staaten ist es u.a. der Schweiz allerdings im betrachteten Untersuchungszeitraum (1993-1997) nicht gelungen, den Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP zu reduzieren resp. zu stabilisieren.
- Auf Grund der in einer OECD-Umfrage abgegebenen Antworten ist festzustellen, dass die Schweiz hinsichtlich von zwei Arten von Massnahmen vom tendenziell erkennbaren Muster ihres Umfeldes abweicht: Für unser Land wurden weder Massnahmen der Mengen- und Preiskontrolle, noch Instrumente der Kostenverlagerung in den privaten Bereich genannt. Dieses Ergebnis sollte jedoch nicht überbewertet werden, handelt es sich doch um eine sehr grobe Einbettung der Schweiz im internationalen Umfeld anhand Schwerpunktsetzungen jüngerer Reformmassnahmen durch die befragten Länder.

Extrait du Rapport sur la Santé dans le Monde 2000 (p. 174 – 177)

Tableau 1 de l'annexe: Résultats et performance du système de santé dans l'ensemble des Etats Membres de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), avec les rangs de classement d'après huit mesures, estimations pour 1997

Remarque préliminaire : le tableau ci-dessous présente une partie des 191 états membres de l'OMS. Il comprend la Suisse, plusieurs pays européens, ainsi que les Etats-Unis et le Canada.

Etats Membres	REALISATION DES OBJECTIFS					PERFORMANCE			
	Santé		Réactivité		Equité de la contribution financière	Réalisation globale des objectifs	Dépenses de santé par habitant en dollars internationaux	D'après les effets sur le niveau de santé	Performance globale du système de santé
	Niveau (EVCI)	Distribution	Degré	Distribution					
Allemagne	22	20	5	3 – 38	6 – 7	14	3	41	25
Andorre	10	25	28	39 – 42	33 – 34	17	23	7	4
Autriche	17	8	12 – 13	3 – 38	12 – 15	10	6	15	9
Belgique	16	26	16 – 17	3 – 38	3 – 5	13	15	28	21
Canada	12	18	7 – 8	3 – 38	17 – 19	7	10	35	30
Danemark	28	21	4	3 – 38	3 – 5	20	8	65	34
Espagne	5	11	34	3 – 38	26 – 29	19	24	6	7
Etas-Unis d'Amérique	24	32	1	3 – 38	54 – 55	15	1	72	37
Finlande	20	27	19	3 – 38	8 – 11	22	18	44	31
France	3	12	16 – 17	3 – 38	26 – 29	6	4	4	1
Grèce	7	6	36	3 – 38	41	23	30	11	14
Irlande	27	13	25	3 – 38	6 – 7	25	25	32	19
Islande	19	24	15	3 – 38	12 – 15	16	14	27	15
Italie	6	14	22 – 23	3 – 28	45 – 47	11	11	3	2
Luxembourg	18	22	3	3 – 38	2	5	5	31	16
Malte	21	38	43 – 44	3 – 38	42 – 44	31	37	2	5
Monaco	9	30	14	3 – 38	42 – 44	18	12	12	13
Norvège	15	4	7 – 8	3 – 38	8 – 11	3	16	18	11
Pays-Bas	13	15	9	3 – 38	20 – 22	8	9	19	17
Portugal	29	34	38	53 – 57	58 – 60	32	28	13	12
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	14	2	26 – 27	3 – 38	8 – 11	9	26	24	18
Saint-Marin	11	9	32	3 – 38	30 – 32	21	21	5	3
Suède	4	28	10	3 – 38	12 – 15	4	7	21	23
Suisse	8	10	2	3 – 38	38 – 40	2	2	26	20

## Explications

Description succincte des indicateurs<sup>21</sup>:

- „Santé: Niveau (EVCI)“: Les résultats en termes de niveau de santé moyen de la population sont représentés par l'espérance de vie corrigée de l'incapacité (EVCI). L'EVCI peut se définir simplement comme l'espérance de vie avec l'équivalent d'une pleine santé.
- „Santé: Distribution“: La mesure des résultats en termes de distribution de la santé est basée sur le cadre OMS de mesure des inégalités sanitaires en termes de survie des enfants.

21 Une description détaillée des différents indicateurs est disponible dans le Rapport sur la Santé dans le Monde 2000, Annexe Statistique, Notes Explicatives, p. 165 – 173.

- **“Degré de réactivité”**: La mesure des résultats concernant le degré de réactivité est basée sur une enquête effectuée dans certains pays auprès d’environ 2000 informateurs clés. Ces informateurs clés ont été priés d’évaluer la performance de leur système de santé à l’égard de sept composantes de la réactivité : respect de la dignité, autonomie et confidentialité (réunis dans l’expression respect de la personne), rapidité de la prise en charge, qualité de l’environnement, accès aux réseaux d’aide sociale pendant les soins et choix du prestataire de soins (réunis dans l’expression attention accordée au client).
- **“Distribution de réactivité”**: La mesure des résultats en termes de distribution de la réactivité repose sur une méthode très simple: On a demandé aux personnes interrogées lors de l’enquête auprès d’informateurs clés de désigner les groupes désavantagés sur le plan de la réactivité et utilisé le nombre de fois où un groupe particulier a été désigné comme étant désavantagé pour calculer une note de l’intensité de l’association avec les informateurs clés.
- **„Équité de la contribution financière“**: Pour mesurer les résultats en termes d’équité de la contribution financière, on part de la notion de contribution d’un ménage au financement des systèmes de santé définie comme le rapport des dépenses totales du ménage pour sa santé au montant permanent de son revenu situé au-dessus du minimum de subsistance.
- **„Réalisation globale des objectifs“**: Cette mesure composite des réalisations en matière de niveau de santé, de distribution de santé, de niveau de réactivité, de distribution de la réactivité et d’équité de la contribution financière a été établie sur la base des coefficients de pondération tirés d’une enquête menée auprès d’un millier de praticiens de la santé publique dans plus de 100 pays.
- **„Performance d’après les effets sur le niveau de santé“**: L’indice de performance en matière de niveau de santé indique avec quelle efficacité les systèmes de santé parviennent à convertir leurs dépenses en santé, la mesure de cette dernière étant donnée par l’espérance de vie corrigée de l’incapacité (EVCI).
- **„Performance globale du système de santé“**: La performance globale des systèmes de santé a été mesurée par un procédé similaire qui consiste à rapporter les résultats d’ensemble du système de santé à ses dépenses. On a estimé la réalisation maximum de l’ensemble des objectifs à l’aide d’un modèle de la production de pointe qui rapporte les résultats d’ensemble du système de santé aux dépenses de santé et autres déterminants non sanitaires du système représentés par le degré d’instruction.

## **Durchführung der Untersuchung**

Daniel Janett	Projektleitung, Parlamentarische Verwaltungskontrollstelle
Prisca Lanfranchi	
Claudia Heierli	Projektassistentin
Hedwig Heinis	Sekretariat, Parlamentarische Verwaltungskontrollstelle

*Die PVK dankt den Experten für ihre Bereitschaft zur Teilnahme an der Befragung.*