



^b
**UNIVERSITÄT
BERN**

Wirtschafts- und
Sozialwissenschaftliche Fakultät
Volkswirtschaftliches Institut
**Abteilung für angewandte
Wirtschaftsforschung und
Wirtschaftspolitik**

Ein alternatives Modell: Patient und Qualität im Mittelpunkt

Robert E. Leu

Bern

November 2006

Ein alternatives Modell: Patient und Qualität im Mittelpunkt

Ein wesentliches Element im Entwurf des Bundesrates ebenso wie in der Version des Ständerates ist der weitere Ausbau der Spitalplanung. Dies erstaunt insofern, als die kantonale Spitalplanung in verschiedener Hinsicht als Misserfolg bezeichnet werden muss (Biersack 2005; Sommer und Biersack 2002). Gerade in diesem Bereich ist das Kostenwachstum am grössten; Bettendichte, Aufenthaltsdauer, Höhe der Spitalkosten und Anteil der Spitalkosten an den gesamten Gesundheitskosten erreichen weltweit Spitzenwerte (OECD 2001). Umgekehrt hinkt die Schweiz bezüglich Qualitätskontrolle im stationären Bereich deutlich hinter anderen Ländern her (OECD 2006). Die kantonale Spitalplanung ist auch eine der zentralen Ursachen für die Segmentierung und Aufsplitterung des Gesundheitswesens sowie den interkantonalen Aufrüstungswettbewerb. Dieser desolate Leistungsausweis der kantonalen Spitalplanung ruft dringend nach einer Neuorientierung. Dabei geht es einerseits darum, verstärkt wettbewerbliche Elemente ins Gesundheitswesen zu integrieren. Andererseits ist aber auch die Aufgabenverteilung zwischen Bund und Kantonen zu überprüfen.¹ Das Parlament steht bei dieser Teilrevision vor einer Richtungsentscheid zwischen mehr Wettbewerb oder mehr staatliche Planung im Gesundheitswesen. Übernimmt es die Vorlage des Ständerates, macht es einen klaren Schritt in Richtung eines noch stärker planwirtschaftlich ausgerichteten Spitalsektors. Problematisch ist neben dem weiteren Ausbau der kantonalen Spitalplanung insbesondere auch, dass keinerlei Anreize für Qualitätswettbewerb eingebaut werden. Hier setzt ein von unabhängigen Experten und Parlamentariern entwickeltes Alternativmodell an, das zwar die duale Spitalfinanzierung beibehält,

¹ Die Ansicht „Wenn schon Spitalplanung, dann auf Bundes- und nicht auf Kantonsebene“ wird von vielen Ökonomen geteilt.

aber stärker auf wettbewerbliche Elemente als auf Planung setzt (Leu/Poledna 2006). Es weist folgende Elemente auf:

(1) Regulator auf Bundesebene

Der Regulator (eidgenössische Krankenversicherungskommission, im folgenden Kommission) besteht aus sieben vom Bundesrat gewählten Sachverständigen, welche sich aus Vertreterinnen und Vertretern der Kantone, Versicherer, Versicherten, der öffentlichen und privaten Trägerschaften sowie des Bundes zusammensetzen. Die Kommission lehnt sich von der Idee her eng an die Regulierungsbehörde im Telekommunikationsbereich (ComCom) an. Sie hat im wesentlichen vier Aufgaben. Erstens regelt und überwacht sie die Grundversorgung mit stationären Leistungen und legt hierzu den regional und überregional abzudeckenden Mindestbedarf fest. Sie kann die Versicherer zwingen, zur Bedarfsabdeckung Verträge mit Spitälern abzuschliessen. Zweitens erarbeitet sie zusammen mit den ärztlichen Fachgesellschaften Indikatoren für die Qualität der Leistungserbringung. Basierend auf diesen Qualitätsindikatoren und den in Einführung begriffenen diagnosespezifischen Fallpauschalen führt sie drittens einen landesweiten veröffentlichten Qualitäts- und Kostenvergleich der Spitalabteilungen durch. Viertens kann sie Streitigkeiten zwischen Versicherern und Spitälern über Abschluss und Inhalt von Verträgen regeln, gegen Beseitigungen oder Einschränkungen des Wettbewerbs einschreiten (unter vorgängiger Konsultation der Wettbewerbskommission), Daten von Bundesbehörden, Krankenversicherern und Leistungserbringern einverlangen, prüfen und auswerten sowie eigene Untersuchungen führen. Die Kommission ist nicht weisungsgebunden, verfügt über ein eigenes Sekretariat und kann Verfügungen und Verordnungen erlassen.

Verfügungen der Kommission unterstehen der Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht.

(2) Selektiver Kontrahierungszwang

Die Zulassung von Spitälern oder deren Abteilungen setzt in jedem Fall eine kantonale Bewilligung gemäss Art. 39, Bst. a-c voraus. Es handelt sich dabei im wesentlichen um eine gesundheitspolizeiliche Vorschrift. Dem Kontrahierungszwang² unterliegen neu diejenigen Spitäler bzw. Spitalabteilungen, welche im von der Kommission durchgeführten Leistungsvergleich landesweit zu den qualitativ besten und kostengünstigen Leistungserbringern zählen. Der Bundesrat legt jährlich den prozentualen Anteil der Spitäler fest, die nach diesem kumulativen Kriterium (Qualität **und** Kostengünstigkeit) dem Vertragszwang unterstellt werden. Dieser Schwellenwert soll zwischen 75 und 100 Prozent liegen. Vorstellbar ist beispielsweise, dass man im ersten Jahr mit 100 Prozent beginnt, dann den Schwellenwert auf 98 oder 95 Prozent reduziert, bis die erwünschte Strukturbereinigung stattgefunden hat. Anschliessend kann der Schwellenwert wieder hochgefahren werden. Auf diese Weise kann die Spitalkapazität mittelfristig abgesenkt werden, ohne auf willkürliche Entscheide zurückzugreifen. Gleichzeitig wird für die Leistungserbringer ein starker Anreiz zur Sicherung und Erhöhung der Leistungsqualität geschaffen, der letztlich den Patientinnen und Patienten zugute kommt. Spitäler oder deren Abteilungen, die nach diesem kumulativen Kriterium nicht zu der Gruppe der besten Spitäler gehören, können trotzdem dem Kontrahierungszwang unterstellt werden, wenn sie zur Deckung der von der

² Der Begriff „Kontrahierungszwang“ ist an sich nicht korrekt, hat sich aber mit dem KVG eingebürgert. Kontrahierungszwang im Sinne des KVG Sinn bedeutet im wesentlichen, dass die Spitäler die Patientinnen und Patienten aller anerkannten Krankenversicherer mit Wohnsitz im Kanton aufnehmen und behandeln müssen; umgekehrt müssen Kantone und Versicherer anteilig für die Vergütung der erbrachten Leistungen aufkommen. Die ausserkantonale Hospitalisation wird dabei separat geregelt.

Kommission vorgegebenen Mindestversorgung unabdingbar sind. Für alle übrigen Spitalabteilungen gilt die Vertragsfreiheit. Diese sind darauf angewiesen, dass ein Krankenversicherer einen Vertrag mit ihnen abschliesst, der Inhalt und Umfang der Zulassung regelt. Das beschriebene Zulassungssystem löst die kantonale Spitalplanung mittels Spitallisten ab.

(3) Binnenmarkt

Patientinnen und Patienten können schweizweit unter den qualitativ und kostenmässig günstigsten Spitälern wählen, sofern diese dem Vertragszwang unterstehen. Die kantonalen Grenzen fallen. Dank der durch den veröffentlichten Leistungsvergleich verbesserten Information wird eine echte Wahl zwischen Spitalabteilungen möglich. Die Einführung des Binnenmarktes ist auch eine Voraussetzung für die Aufhebung des Territorialprinzips, das im Moment ja auf Projektbasis ansatzweise gelockert wird.

(4) Dual-fixe Finanzierung

Die Art der Finanzierung steht in diesem Model nicht im Vordergrund. Weil eine monistische Finanzierung zum jetzigen Zeitpunkt am Widerstand der Kantone scheitert, wird die dual-fixe Finanzierung beibehalten. Ob sich die Vorgabe des Ständerates oder die Vorstellungen der Kantone durchsetzen, ist für das beschriebene Modell ohne Bedeutung.

Gewinner einer solchen Reform wären in erster Linie die Patientinnen und Patienten. Die neu geschaffene Transparenz würde ihnen eine echte Wahl zwischen Spital(-abteilungen) ermöglichen und die Leistungsanbieter zur Qualitätssteigerung anhalten. Einführung und Verbreitung neuer Technologien würden gefördert. Der doppelte Leistungswettbewerb und die damit verbundene Gleichbehandlung aller

kantonalen und ausserkantonalen sowie öffentlichen und privaten Spitäler würde deren unternehmerische Freiheit stärken, zu einer Strukturbereinigung führen und eine qualitätssteigernde und kostensenkende Spezialisierung fördern.