



Abstimmung vom 9. Februar 2003: „Assura-Referendum“

Seit Bestehen des neuen Krankenversicherungsgesetzes 1996 sind die Kantone und die Versicherungen bezüglich der Kostenübernahme von halbprivat und privat versicherten Patienten im Streit. Im November 2001 hat das eidgenössische Versicherungsgericht entschieden, dass die Kantone Beiträge an Zusatzversicherte zu leisten haben. Die vollständige Kostenübernahme aber halten die Kantone finanziell für ihren Haushalt und die Steuerpflichtigen als untragbar. Eine mildernde Umsetzung dazu bringt das dringliche Bundesgesetz (BG über die Anpassung der kantonalen Beiträge). Das Gesetz gelangt am 9. Februar 2003 zur Abstimmung, weil die Versicherung Assura dagegen das Referendum ergriffen hat. Unabhängig vom Ausgang der Abstimmung werden tief greifende Reformen im Gesundheitssektor notwendig, um den starken Ausgabenzuwachs in den Griff zu bekommen.

Wieviel Kantonssubventionen für Zusatzversicherte?

Dringliches Bundesgesetz über die Anpassung der kantonalen Beiträge für innerkantonale stationäre Behandlungen

Brigitte Lengwiler

Die Kantone müssen künftig ebenfalls Beiträge an die Kosten der obligatorisch versicherten Leistungen von Zusatzversicherten entrichten. Dies hat das eidgenössische Versicherungsgericht am 30. November 2001 entschieden. Das zur Abstimmung stehende Bundesgesetz über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung setzt diesen Entscheid um; allerdings sollen die Zusatzversicherten in Etappen von den kantonalen Subventionen profitieren. Aus Rücksicht auf die kantonalen Finanzen und deren Steuerzahler werden die Kantone nicht zur Übernahme der vollständigen Kosten verpflichtet. Eine vollständige Kostenübernahme würde den Kantonen Mehrkosten von geschätzten 700 Mio. Franken verursachen und die kantonalen Budgets überfordern.

Die Gesetzesvorlage ist ein Kompromiss, der den Kantonen entgegenkommt. Laut Gerichtsurteil wäre diese Spitalfinanzierung nämlich seit Inkrafttreten des geltenden Krankenversicherungsgesetzes Anfang 1996 anwendbar. Die Kantone haben bisher aber nur Subventionen an Grundversicherte in der allgemeinen Spitalabteilung geleistet. Bundesrat und Parlament haben dem dringlichen Bundesgesetz zugestimmt. Die Versicherung Assura hat dagegen das Referendum ergriffen.

Der Erlass der eidgenössischen Räte wurde rückwirkend auf den 1. Januar 2002 in Kraft gesetzt. Wird die Vorlage abgelehnt (Nein zum Gesetz), so wird das dringliche Bundesgesetz am 21. Juni 2003 ausser Kraft gesetzt.

Der Dschungel Spitalfinanzierung

Die Leistungen der Spitäler werden durch mehrere Quellen finanziert. Seit dem 1996 geltenden Krankenversicherungsgesetz muss die obligatorische Krankenpflegeversicherung (Grundversicherung) höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Betriebskosten in der allgemeinen Abteilung von öffentlichen bzw. öffentlich subventionierten Spitälern übernehmen. Die restlichen Betriebskosten werden durch den Kanton oder durch die Gemeinde getragen. Umstritten zwischen Kantonen und den Versicherungen blieb die Beitragspflicht der Kantone an die Behandlung der Halbprivat- und Privatversicherten in öffentlichen bzw.

öffentlich subventionierten Spitälern. Gegenwärtig verfügt noch rund ein Viertel der Bevölkerung über eine Spitalzuzusatzversicherung in der halbprivaten oder privaten Abteilung (siehe Grafik Seite 3).

Der Gerichtsentscheid vom November 2001 hat eine Mehrbelastung der Kantone und eine Entlastung der Zusatzversicherung zur Folge. Der Kompromissvorschlag stellt eine Übergangslösung dar und wird ergänzt durch die Vereinbarung für 2001 zwischen der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) und den Versicherern. Konkret entstehen den Kantonen folgende Mehrkosten:

Geschätzte Mehrkosten für Kantone:

	in Millionen Franken	in Prozent der geschuldeten Tarife der allgemeinen Abteilung
2001	250	
2002	300	60 Prozent
2003	400	80 Prozent
2004	500	100 Prozent

Die Vorteile des Gesetzes

Der Gesetzesentwurf schafft die dringend notwendige Rechtssicherheit bis zum Inkrafttreten eines revidierten Krankenversicherungsgesetzes. Weil die Regelung eine etappenweise Durchsetzung des Versicherungsgerichtsentscheids vorsieht, nimmt es Rücksicht auf die kantonalen Finanzen. Der Beschluss verhindert, dass die Kantone per sofort eine Mehrbelastung von rund 700 Mio. Franken zu tragen haben. Gleichzeitig regelt er die Zahlungsverpflichtung der Kantone klar und garantiert eine rasche Entlastung der Zusatzversicherungen.

Ungelöste Probleme

Ein Wettbewerbsnachteil und somit eine Diskriminierung der Privatspitäler bleibt mit der Gesetzeslösung bestehen, weil in der Übergangslösung nur öffentliche und öffentlich subventionierte Spitäler berücksichtigt werden. Die kantonalen Subventionen fliessen ausschliesslich an die öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler. Die Ausdeh-

nung auf die Privatspitäler würde die Kantone geschätzte weitere 200 bis 300 Mio. Franken kosten. Damit bestehen weiterhin keine gleich langen Spiesse zwischen öffentlichen bzw. öffentlich subventionierten und privaten Spitälern. Eine wettbewerbsgerechte Lösung und Gleichstellung der Privatspitäler mit den öffentlichen Spitälern soll aber im Rahmen der zweiten KVG-Revision ausgearbeitet werden. Die Privatkliniken erbringen in der ganzen Schweiz rund ein Viertel der gesamten Spitalleistungen.

Die Frage um den Einbezug der Privatspitäler war auch Streitpunkt im Nationalrat. Deren Einbezug wurde jedoch abgelehnt mit dem Argument, dass die Privatspitäler in der laufenden KVG-Revision gleichgestellt werden sollen. Bundesrätin Ruth Dreifuss meinte, dass mit dem Gesetz und der Beschränkung auf die öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler das Terrain für einen grundsätzlichen Umbau der Spitalfinanzierung vorbereitet werde. Mit dem Gesetz soll der Übergang für die Kantone erleichtert werden. Ein weiterer Schwachpunkt sind die Spitalrechnungen, welche bis heute noch immer nicht hinsichtlich grundversicherten und zusatzversicherten Leistungen transparent aufgelistet werden.

Argumente der Assura

Mit dem Kompromissentscheid würden sich die Kantone immer noch davor drücken, sämtliche Versicherten gleich zu behandeln. Die Krankenkassen und speziell die Halbprivat- und Privatversicherten werden dazu verpflichtet, Kosten zu übernehmen, welche die Kantone hätten bezahlen müssen. Zusatzversicherte würden gezwungen, Spitalkosten zu bezahlen, für die sie bereits mit ihren Steuern aufkommen. Diese Ungleichbehandlung von Grund- und Zusatzversicherten bewertet die Assura als unannehmbar und als „gesetzgeberischer Taschenspielertrick“. Immer mehr Personen müssten auf ihre Zusatzversicherung verzichten, so dass die Allgemeinabteilungen stärker beansprucht und somit ausgebaut werden müssten. Die Versicherung Assura hat 310'000 Mitglieder. An der Sammlung der Unterschriften beteiligten sich auch die Privatkliniken. Um ihr Überleben zu sichern, sind sie auf eine rechtsgleiche Behandlung angewiesen.

Die Befürworter des Entscheids

Der Bundesrat befürwortet das Gesetz und bezeichnet es als vernünftige Kompromiss- und Übergangsregelung, welche im Interesse der Zusatzversicherten liege. Das Parlament hat dem Bundesgesetz oppositionslos zugestimmt. Die Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz trägt das dringliche Bundesgesetz zur Spitalfinanzierung mit. Es sei ein hart erarbeiteter politischer Kompromiss und dürfe nicht dem Eigeninteresse eines einzelnen Krankenversicherers geopfert werden. Die SDK ist erbost über das Referen-

Stationen der umstrittenen Regelung

- > 1996: Das neue Krankenversicherungsgesetz tritt in Kraft. Demnach soll die obligatorische Krankenversicherung höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Betriebskosten in der allgemeinen Abteilung von öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern übernehmen. Die restlichen Betriebskosten werden durch den Kanton oder die Gemeinde getragen. Für Zusatzversicherte gilt, dass die Versicherung für die zusätzlichen Aufwendungen beim Aufenthalt einer versicherten Person in der Halbprivat- oder Privatabteilung aufkommt, ebenso für die Betreuung durch den Chefarzt bzw. die freie Arztwahl. Nach Inkrafttreten des KVG war umstritten, wie die Beitragspflicht der Kantone an Zusatzversicherte zu interpretieren sei.
- > 1997: Entscheid des EVG, dass Kantone bei medizinisch bedingtem ausserkantonalem Spitalaufenthalt beitragspflichtig sind. Dies unabhängig von der Art der Abteilung eines öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals.
- > 1998: Stillhalteabkommen zwischen der SDK und dem Konkordat der Krankenversicherer (heute: santésuisse). Danach verzichteten die Versicherer auf die Kantonsbeiträge, längstens bis zum 31. Dezember 2000.
- > September 2000: Verabschiedung der Botschaft zur zweiten Teilrevision des KVG. In der Folge sind die Versicherer nicht mehr bereit, das Stillhalteabkommen zu verlängern.
- > 30. November 2001: Entscheid des EVG, dass sich die Kantone auch bei innerkantonalem Spitalaufenthalt an den Kosten der stationären Behandlung von Privat- und Halbprivatpatienten in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern zu beteiligen haben. Folge: Mehrbelastung der Kantone und eine Entlastung der Zusatzversicherung. Die Zusatzkosten für die Kantone werden auf mindestens 700 Mio. Franken geschätzt. Aufgrund der bedeutenden Zusatzlast für die Kantone schlägt die ständerätliche Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit eine abgedämpfte Mitfinanzierungsvariante als Übergangsregelung bis zum Inkrafttreten des revidierten KVG vor.

dum. Das Gesetz garantiere einen massvollen und geordneten Übergang zur Neuregelung der Spitalfinanzierung im neuen KVG. Eine Ablehnung des Bundesgesetzes würde die Steuerzahlenden massiv mehr belasten und zu einem Vollzugschaos führen.

santésuisse unterstützt das dringliche Bundesgesetz. Es sei eine für alle Seiten tragbare Lösung zur Umsetzung des Gerichtsentscheids. Es erlaube eine rasche, praktikable und für die ganze Schweiz einheitliche Umsetzung des Entscheids des Eidg. Versicherungsgerichts. Auch für halbprivat- und privat Versicherte wird eine sofortige und spürbare Entlastung erwartet. Dank dem dringlichen Bundesgesetz könnten jahrelange Streitereien über die richtige Höhe der Sockelbeiträge vermieden werden. Schliesslich ermögliche das Gesetz auch einen geordneten Übergang zur 2. KVG-Revision, in welcher die Finanzierung der Spitalbehandlung neu geregelt werden soll.

monistischen Finanzierung, Aufhebung des Kontrahierungszwangs, Förderung von Instrumenten zum Abbau von Überkapazitäten durch Spitalverbund, Fusion.

Folgen der Ablehnung der 2. KVG-Revision

Blosse Lastenverschiebungen von Bund auf Kantone oder von Kantonen auf Krankenkassen bzw. umgekehrt genügen nicht. Die Neuregelung der Spitalfinanzierung bildet einen Schwerpunkt der 2. KVG-Revision. Der Nationalrat hat die Vorlage nun als Ganzes in der Wintersession abgelehnt, weil die Revision kostendämpfenden Elementen zu wenig Rechnung trug. Mit der nun notwendigen Überarbeitung eröffnen sich neue Perspektiven, um das Gesundheitswesen im Sinne einer Kostendämpfung zu reformieren, sofern auch die voraussichtlich im Mai zur Abstimmung stehende SP-Gesundheitsinitiative mit einkommensabhängigen bzw. mit zusätzlichen durch Mehrwertsteuerprozent finanzierte Prämien abgelehnt wird.

Für eine echte Reform im Gesundheitssystem hat economiesuisse im Rahmen des Ausgabenkonzepts eine Reihe von ganz konkreten Vorschlägen ausgearbeitet. Dazu zählen: Erweiterung des Bonussystems, Erhöhung und Abstufung des Selbstbehalts und der Grundfranchise statt genereller Prämienanstieg, konsequente Entflechtung zwischen Bund und Kantonen für die Finanzierung der Prämienverbilligung, gleichmässiger Finanzierungsmodus bei allen obligatorischen Leistungen, Systemwechsel in Richtung einer

