

Mehr staatliche Steuerung in der Krankenversicherung?

Möglichkeiten, Vor- und Nachteile einer verstärkten staatlichen Steuerung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (**Papier Nummer 2**)

Im Auftrag des
Schweizerischen Gewerkschaftsbundes (SGB)

Dr. Stefan Spycher

Bern, 22. Dezember 2005

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	II
1 Ausgangslage und Fragestellungen	1
2 Staatliche Steuerung in der Krankenversicherung	2
2.1 Begründungen	2
2.2 Möglichkeiten	2
2.3 Vor- und Nachteile	3
2.4 Fazit	6
3 Ansatzpunkte für staatliche Steuerungsmassnahmen in der Schweiz	6
3.1 Probleme der heutigen Steuerung im KVG	6
3.2 Ausgestaltungen im Ausland	8
3.3 Fazit	10
4 Beschreibung und Beurteilung von sechs Möglichkeiten verstärkter staatlicher Steuerung für die Schweiz	11
4.1 Beschreibung	11
4.2 Beurteilung	16
5 Diskussion	19
6 Literaturverzeichnis	21

Zusammenfassung

Ausgangslage

Der Schweizerische Gewerkschaftsbund (SGB) möchte seine Positionen in der Gesundheitspolitik überprüfen. Dazu liess er im Jahr 2004 vom Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS) eine Auslegeordnung der Gesundheits- und Krankenversicherungspolitik erarbeiten (**Papier Nr. 1**).¹ Das Papier Nr. 1, das im Januar 2005 öffentlich wurde, beinhaltet sowohl eine Analyse- wie auch einen Empfehlungsteil. Für die Empfehlungen gab der SGB die Rahmenbedingung vor, dass sie sich grob im Rahmen des heutigen Krankenversicherungsgesetzes (KVG) bewegen und von Lösungen absehen sollten, die radikalere Veränderungen des KVG in Richtung verstärkter staatlicher Steuerung voraussetzen. Damit wurde das dem KVG zugrunde liegende Konzept des «gelenkten Wettbewerbs» übernommen.

Die Diskussionen des Papiers Nr. 1 im SGB zeigten, dass es für die Erarbeitung einer umfassenden Auslegeordnung als notwendig erachtet wird, dass auch die genannten verstärkten staatlichen Regulierungsmöglichkeiten dargestellt werden, zumal SGB-intern verschiedene Exponent/innen für diesen Weg Präferenzen äusseren. Der SGB gelangte in der Folge wiederum ans Büro BASS, um diesen zweiten Teil der Auslegeordnung erarbeiten zu lassen (**Papier Nr. 2**).

Methodisches Vorgehen

Grundlage für das Papier Nr. 1 war eine breite, auf wissenschaftliche Literatur gestützte Analyse des KVG. Ein analoger Aufwand konnte für das Papier Nr. 2 nicht betrieben werden. Es ging darum, mit einem beschränkten Aufwand verschiedene Varianten funktionstüchtiger staatlich gelenkter Gesundheitssysteme grob zu skizzieren. Es konnte daher keine systematische Übersicht über die Ausgestaltungen und Erfahrungen staatlich gelenkter Gesundheitssysteme erarbeitet werden.

Staatliche Steuerung in der Krankenversicherung

Die Gesundheitsversorgung kann nicht dem Markt alleine überlassen werden. Es braucht staatliche Regelungen. Die Einschätzungen dar-

über, wie viel «Staat» und wie viel «Markt» es braucht, gehen weit auseinander. Sie hängen primär von unterschiedlichen Werthaltungen ab. Liegt das Schwergewicht bei der solidarischen Finanzierung und der fixen Kostenkontrolle, wird man eher zu mehr staatlicher Steuerung neigen. Stellt man stärker die individuelle Eigenverantwortung und die Konsument/innensouveränität in den Vordergrund, wird man sich eher für mehr Markt aussprechen. Die Ausführungen in Kapitel 2 der Arbeit zeigen, dass «mehr Staat» nicht nur Vorteile, sondern auch gewichtige Probleme mit sich bringt.

Sechs konkrete Möglichkeiten staatlicher Steuerung - Beschreibung

Um Ansatzpunkte für staatliche Reformen des KVG zu finden, kann man von den heutigen Problemen des KVG oder von Ausgestaltungen der Gesundheitsversorgung im Ausland ausgehen. Es lassen sich mindestens sechs verschiedene Möglichkeiten staatlicher Steuerung diskutieren (vgl. **Tabelle Z1**).

Möglichkeit 1 (staatliche Preisfestsetzung) und Möglichkeit 2 (staatliche Mengenfestsetzung) gehen vor allem von den heutigen Problemen im KVG im Bereich der Kosten aus und stellen somit Partiallösungen dar. Die Möglichkeiten 5 (Globalbudgetsystem mit Versicherern) und 6 (Globalbudgetsystem ohne Versicherer) stellen demgegenüber umfassendere Lösungen dar, die Probleme in den Bereichen Solidarität, Qualität und Kosten aufnehmen. Die Optionen 3 (staatliche Leistungserbringung) und 4 (staatliche Einheitskasse) stellen Zwischenlösungen dar, in dem sie auf dem Markt zwischen Versicherern und Leistungserbringer/innen eingreifen und mal die eine und mal die andere Seite verstaatlichen. Die diskutierten Möglichkeiten lassen sich untereinander (teilweise) auch kombinieren.

Neben den in den sechs Möglichkeiten aufgenommenen Aspekten gibt es aber auch übergreifende Punkte:

■ **Kostenbeteiligung der Versicherten:** Zur Verhinderung des «Moralischen Risikos» (übergebührliche Inanspruchnahme der Leistungserbringer/innen durch die Patient/innen) sollen nach wie vor und bei allen Möglichkeiten Kostenbeteiligungen der Versicherten bzw. der Bevölkerung zur Anwendung kommen.

■ **Versorgungsstrukturen / Netze:** Aufgrund der Erfahrungen rund um die Evidence Based Medicine sowie mit den Managed-Care-Instrumenten (Case-Management etc.) und –modellen (HMO etc.) muss man davon ausgehen, dass sich die heutigen Versorgungsstrukturen anpassen können und müssen, um die Ziele

¹ Spycher Stefan (2004): Gesundheits- und Krankenversicherungspolitik in der Schweiz: Eine Auslegeordnung (www.sgb.ch und www.buerobass.ch/studienverz_d.html#Krankenversicherung).

Tabelle Z1: Übersicht über die sechs Möglichkeiten verstärkter staatlicher Steuerung

Möglichkeit	Kurzbeschreibung	Nehmen Probleme des KVG in folgenden Bereichen auf ...
1. Staatliche Preisfestsetzung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Die Kantone bzw. der Bund bestimmt den Taxpunktwert bzw. die Höhe der Fallkostenpauschalen 	Kosten
2. Staatliche Mengenfestsetzung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Die Kantone bzw. der Bund fixieren für jede/n Leistungserbringer/in die maximale Menge der erbringbaren Leistungen 	Kosten
3. Staatliche Leistungserbringung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Die stationären und ambulanten Leistungen werden von staatlichen Institutionen erbracht ■ Zwei Varianten: <ul style="list-style-type: none"> a) ohne Aufhebung des Kontrahierungszwangs b) mit Aufhebung des Kontrahierungszwangs 	Kosten und Qualität
4. Staatliche Einheitskasse	<ul style="list-style-type: none"> ■ Die Vielfalt der Versicherer wird zugunsten einer staatlichen Einheitskasse aufgegeben ■ Zwei Varianten: <ul style="list-style-type: none"> a) ohne Aufhebung des Kontrahierungszwangs b) mit Aufhebung des Kontrahierungszwangs 	Kosten, Qualität und Solidarität
5. Globalbudgets mit Versicherern (analog Niederlande, Belgien etc.)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Steuerfinanzierung eines Globalbudgets ■ Verteilung des Budgets auf die Versicherer nach Massgabe der Morbidität der Versicherten ■ Wettbewerb zwischen den Versicherern und zwischen den Leistungserbringer/innen; Aufhebung des Kontrahierungszwangs ■ Zwei Varianten: <ul style="list-style-type: none"> a) Nationale Festlegung des Globalbudgets b) Festlegung auf der Ebene der Versorgungsregionen (bspw. der Kantone) 	Kosten, Qualität und Solidarität
6. Globalbudget ohne Versicherer (analog Grossbritannien, Kanada etc.)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Steuerfinanzierung eines Globalbudgets ■ Verteilung des Budgets auf Versorgungsregionen (ev. Kantone) nach Massgabe der Morbidität der Bevölkerung ■ Verteilung des (kantonalen) Budgets auf den stationären und ambulanten Bereich durch die Zuständigen der Versorgungsregion ■ Leistungsaufträge mit den Leistungserbringer/innen ■ Qualitätskontrolle durch die Versorgungsregion ■ Zwei Varianten: <ul style="list-style-type: none"> a) Nationale Festlegung des Globalbudgets b) Festlegung auf der Ebene der Versorgungsregionen (bspw. der Kantone) 	Kosten, Qualität und Solidarität

Quelle: Eigene Darstellung

der hohen qualitativen Versorgung bei gleichzeitig massvollen Kosten besser zu erreichen. Wie bereits erwähnt ist es umstritten, welcher Weg zum Ziel führen soll. Soll man darauf setzen, den Leistungserbringer/innen geeignete Anreize zu setzen, damit sich die neuen Strukturen von selbst ergeben, oder soll man über staatliche Rahmenbedingungen die Versorgungsstrukturen festlegen? Für beide Ansätze gibt es gute Argumente. Den einen oder anderen Weg muss man aber gehen.

■ **Koordination:** Überall, wo dies sinnvoll ist, soll eine übergeordnete und verstärkte Makro- und Mikro-Koordination der Versorgungsstrukturen bzw. der Leistungserbringer/innen stattfinden, um Doppelspurigkeiten zu verhindern und die Qualität zu erhöhen (bspw. durch höhere Fallzahlen in den einzelnen Institutionen).

Sechs konkrete Möglichkeiten staatlicher Steuerung – Beurteilung

Die Würdigung der Vor- und Nachteile der verschiedenen Möglichkeiten führte zu folgender Beurteilung:

■ Die Wirksamkeit der beiden **Möglichkeiten 1 und 2** muss stark in Frage gestellt werden, weil sie bei der Kostengleichung «Menge x Preis» jeweils nur beim einen der beiden Ansatzpunkte zugreifen. Dadurch sind die Kosten zu beeinflussen, aber nicht zu kontrollieren. Zudem sind aber wesentliche negative Nebeneffekte zu erwarten. Bei der Preiskontrolle sind Mengenausdehnungen zu befürchten, bei der Mengenkontrolle Preistreibereien und hohe zusätzliche administrative Aufwendungen. Die beiden Modelle scheinen daher keine ernsthaften Alternativen darzustellen.

■ Der grösste Vorteil der staatlichen Leistungserbringung (**Möglichkeit 3**) dürfte bei der Qualitätsstandardisierung und der Chance der Umsetzung von effizienten Versorgungsstrukturen

Zusammenfassung

liegen. Interessant ist sicherlich auch die Verhinderung von Doppelspurigkeiten (bei der Spitzenmedizin, den Apparaturen, aber auch bei der Leistungserbringung im Einzelfall (Abkehr vom Anreiz zur Mengenausdehnung, die vom Einzelleistungstarif ausgeht)). Auf der anderen Seite sind die Anreizstrukturen in staatlichen Betrieben generell schwächer ausgestaltet als bei privaten. Dieser Nachteil ist etwas zu relativieren, weil der Kontrahierungszwang aufgehoben würde. Es bleibt aber zu befürchten, dass die Leistungen ineffizienter erbracht werden und dass ein beträchtlicher staatlicher Verwaltungsapparat aufgebaut werden muss.

■ Eine staatliche Einheitskasse (**Möglichkeit 4**) könnte in allen drei Dimensionen des KVG positive Wirkungen erzielen (Solidarität, Kosten und Qualität), vor allem wenn auch noch der Kontrahierungszwang aufgelöst würde. Gleichzeitig sind aber auch verschiedene Gefahren zu beachten:

- Wie bei der staatlichen Fixierung der Preise (**Möglichkeit 1**) dürften die Leistungserbringer/innen mit Mengenausdehnungen auf die neu eingeführten Beschränkungen reagieren (wenn der Kontrahierungszwang bestehen bleibt).

- Weiter besteht auch die Gefahr, dass sich eine ineffiziente und bürokratische Organisationsstruktur entwickelt.

- Der medizinische Fortschritt dürfte weniger rasch Einzug in die Versorgung haben, weil die Einheitskasse hier mit ihren u.U. schwerfälligen Bewilligungsmechanismen als Filter wirkt.

- Die Einheitskasse steht nicht in Konkurrenz zu anderen Kassen und somit nicht unter Druck. Dies könnte zur Folge haben, dass sich ihre Dienstleistungen nur unzureichend an den Präferenzen der Versicherten orientieren.

- Ganz generell muss die Frage aufgeworfen werden, warum die Einheitskasse die Leistungserbringer/innen «besser» sollte auswählen können als die privaten Versicherer.

■ Die beiden **Möglichkeiten 5** (Globalbudget mit Versicherern) und **6** (Globalbudget ohne Versicherer) unterscheiden sich im wesentlichen nur dadurch, dass bei der Option 5 nach wie vor Versicherer mit Handlungsspielräumen existieren. Man stellt daher darauf ab, dass es den Versicherern besser gelingt als einer staatlichen Verwaltungseinheit, gute Verträge mit den (staatlichen und privaten) Leistungserbringer/innen auszuhandeln. Bei den Vorteilen fällt die Erhöhung der Solidarität (Steuerfinanzierung) und die vollständige Kontrolle der Kosten bei beiden Modellen ins Gewicht. Möglichkeit 6 (ohne Versicherer) eröffnet gegenüber heute zudem wie die Möglichkeiten 3 (staatliche Leistungserbringung) und 4 (staatliche Einheitskasse)

die Option, einheitlichen Qualitätsmessungen und –bewertungen zum Durchbruch zu verhelfen.

Auf der Seite der Nachteile schlagen ebenfalls verschiedene Aspekte zu Buche: Sollte das Budget – wie bspw. in Grossbritannien – nicht gross genug sein, dann ist mit Rationierungen, Warteschlangen und in der Folge mit einer Zweiklassenmedizin zu rechnen. Wie bei der staatlichen Leistungserbringung (**Möglichkeit 3**) ist zu befürchten, dass die Leistungserbringer/innen zu wenig Anreize für eine effiziente Leistungserbringung haben. Insgesamt dürften Globalbudgets auch dazu führen, dass der medizinisch-technische Fortschritt weniger rasch Einzug hält. Eine grosse Gefahr besteht überdies, dass die Leistungserbringer/innen bei Globalbudgets bei der Qualität sparen. Möglichkeit 6 bringt zudem die Schwierigkeit, dass das bundesstaatliche Globalbudget mit einem sinnvollen Schlüssel auf Versorgungsregionen heruntergebrochen werden muss.

Diskussion

■ Es gibt nicht eine einzige «richtige» Ausgestaltung des Gesundheitswesens, die alle Probleme löst. Vielmehr unterscheiden sich die real existierenden Gesundheitswesen, aber auch die dahinterliegenden Konzepte, wesentlich in ihren Werthaltungen, die sie als prioritär betrachten. Es gibt Systeme, die den einheitlichen Zugang und die Solidarität zwischen «Gesund» und «Krank» sowie zwischen «Reich» und «Arm» betonen. Für andere Entwürfe steht die Kostenkontrolle im Vordergrund: Es soll nur ein bestimmtes Budget ausgegeben werden. Im Rahmen dieses Budgets erhofft man sich aber das Maximum an Leistungen und Qualität. Wieder andere Systeme betonen stärker die individuellen Wahlmöglichkeiten in der Gesundheitsversorgung und die Eigenverantwortung der Einzelnen. Bei den beiden ersten Typen von Gesundheitssystemen werden zur Zielerreichung mehr staatliche Massnahmen, bei der dritten Kategorie mehr wettbewerbliche Instrumente eingesetzt. Die Entscheidung für «mehr Staat» oder «mehr Markt» hat somit mit Prioritätensetzungen zu tun.

■ Ganz explizit gilt es festzuhalten, dass wettbewerbliche Anreizstrukturen im Gesundheitswesen ihren Platz haben können und inzwischen in allen Gesundheitssystemen auf der Welt auch effektiv haben. Es ist nicht so, dass das Gut «Gesundheit» so speziell wäre, dass nur und ausschliesslich staatliche Regulierungen zur Anwendung kommen müssten. Gegen den Markt sollte man sich daher nicht mit Argumenten von angeblichen Marktversagen zu Wehr setzen. Zwar können solche tatsächlich existieren, es gibt aber

Zusammenfassung

zu ihrer Vermeidung gute Ansätze. Wenn man sich für ein verstärktes staatliches Engagement ausspricht, so sollte sich die Argumentation auf die spezifischen Vorteile stützen, die durch staatliche Regulierungen erreicht werden können.

■ Es gibt drei Wege, wie sich mehr staatliche Aktivitäten im Gesundheitswesen entfalten können: Mehr geeignete Rahmenbedingungen, vermehrte staatliche Finanzierung von privat erbrachten Dienstleistungen sowie die Produktion der Leistungen durch den Staat selbst. Alle Optionen sind grundsätzlich denkbar und realisierbar. Für alle Varianten gibt es Beispiele in der Realität.

■ Die einzelnen Möglichkeiten der verstärkten staatlichen Steuerung haben Vor- und Nachteile. Es gibt keine einzige Variante, die nur vorteilhaft wäre. Dies bedeutet, dass zwischen Vor- und Nachteilen abgewogen werden muss.

■ Innerhalb der sechs vorgestellten staatlichen Eingriffsmöglichkeiten scheint die Einführung eines Modells mit Globalbudget und Versicherern (Möglichkeit 5) das beste Verhältnis zwischen Vor- und Nachteilen aufzuweisen.

Ausblick

Welcher Weg soll nun eingeschlagen werden: eine verstärkte staatliche Steuerung wie sie im vorliegenden Papier 2 diskutiert wurde oder eine konsequentere Umsetzung des KVGs wie sie in Papier 1 erörtert wurde? Ganz offensichtlich hängt die Beantwortung dieser Frage, wie erwähnt, von der Beurteilung der Vor- und Nachteile der einzelnen Varianten und somit auch von den Werthaltungen der Beurteilenden ab. Weiter spielt auch die Beantwortung der Frage eine Rolle, inwiefern sich heute in der Gesundheitspolitik Mehrheiten finden lassen, um wesentliche Weichenstellungen anders vorzunehmen. Wird die politische Realisierbarkeit als Kriterium beigezogen, dann sehen wir folgende Abstufung des Vorgehens:

■ Im Vordergrund steht für uns die in Papier Nr. 1 vorgeschlagene konsequente Umsetzung des Konzeptes des «gelenkten» Wettbewerbs. Die zur Zeit laufenden Reformdiskussionen zielen ganz grob in diese Richtung, auch wenn sie im Detail wesentlich von der Linie der notwendigen Lösungen abweichen. Namentlich gilt es:

- die Prämienverbilligung substanziell zu verbessern (ergänzt u.U. durch eine Erhöhung des steuerfinanzierten Anteils),
- den Risikoausgleich anzupassen,
- den Kontrahierungszwang aufzulösen,
- die monetarische Finanzierung einzuführen
- Managed-Care-Modelle substanziell zu fördern
- einkommensabhängige Franchisen einzuführen

- die Qualitätsmessung im ambulanten und stationären Bereich u.U. mit Hilfe von staatlichen Eingriffen substanziell voranzutreiben

- die Versicherten besser und gezielter zu informieren (guide santé)

- Prävention und Gesundheitsförderung stärker zu betonen und

- eine umfassendere Gesundheitspolitik zu betreiben.

■ Wie soll weitergegangen werden, wenn es aufgrund der politischen Konstellationen nicht gelingt, die zentralen Funktionsmängel des KVG zu beheben?

Die Ausführungen von Papier Nr. 2 legen es nahe, die Möglichkeit 5 (Globalbudget mit Versicherern) ernsthaft zu prüfen. Die staatliche Steuerung wird dadurch verstärkt, es besteht aber noch immer eine grosse Vielfalt an Versicherern und Leistungserbringer/innen, die über Anreize gesteuert werden. In den Niederlanden wird dieses Modell bereits mit Erfolg umgesetzt.

■ Wir können noch einen Schritt weitergehen und fragen, was geschehen sollte, wenn sich aufgrund politischer Widerstände das heutige KVG weder in Richtung «konsequente Umsetzung des gelenkten Wettbewerbs» noch in Richtung «Globalbudget mit Versicherern» verändern liesse? In dieser Situation könnte die Möglichkeit 4 (staatliche Einheitskasse) attraktiv werden.

Man darf sich nicht der Illusion hingeben, dass sich mit einem Entscheid auf der Systemebene alle Probleme mit einem Schlag lösen lassen. Zu denken ist daher auch an andere, ergänzende Strategien, um die Gesundheitspolitik zu verbessern. Dazu können insbesondere zwei Schritte gehören: Zum einen die Stärkung der Konsument/innensouveränität (Empowerment, bessere Informationen etc.), die aus dem Gesundheitssystem heraus zu einer Veränderung der Strukturen führen kann. Zum anderen die Initiierung von (lokalen) Pilotprojekten, die eine «andere und bessere» Gesundheitsversorgung erproben. So können sich neue Erfahrungen ergeben, die sich später über die ideologischen Grenzen hinweg verallgemeinern lassen.

Im vorliegenden zweiten Papier haben wir uns stark auf staatliche Reformmöglichkeiten des KVG konzentriert. Wir möchten an dieser Stelle nochmals auf die Ausführungen zu einer umfassenderen Gesundheitspolitik im ersten Papier hinweisen. Gesundheitspolitik ist mehr als die Bekämpfung von Krankheiten. Eine solidarische Gesundheitspolitik reduziert die sozialen Ungleichheiten, die gesundheitlichen Belastungen, erhöht die Ressourcen zur Bewältigung von Krankheiten und fördert/ermöglicht gesundheitsbewussteres Verhalten.

1 Ausgangslage und Fragestellungen

Der Schweizerische Gewerkschaftsbund (SGB) möchte seine Positionen in der Gesundheitspolitik überprüfen. Dazu liess er im Jahr 2004 vom Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS) eine Auslegeordnung der Gesundheits- und Krankenversicherungspolitik erarbeiten (**Papier 1**).² Das Papier 1, das im Januar 2005 öffentlich wurde, beinhaltete sowohl einen Analyse- wie auch einen Empfehlungsteil. Für die Empfehlungen gab der SGB die Rahmenbedingung vor, dass sie sich grob im Rahmen des heutigen Krankenversicherungsgesetzes (KVG) bewegen und von Lösungen absehen sollten, die radikalere Veränderungen des KVG in Richtung verstärkter staatlicher Steuerung voraussetzten. Damit wurde das dem KVG zugrunde liegende Konzept des «gelenkten Wettbewerbs» übernommen.

Die Diskussionen des Papiers 1 im SGB zeigten, dass es für die Erarbeitung einer umfassenden Auslegeordnung als notwendig erachtet wird, dass auch die genannten verstärkten staatlichen Regulierungsmöglichkeiten dargestellt werden, zumal SGB-intern verschiedene Exponent/innen für diesen Weg Präferenzen äusserten. Der SGB gelangte in der Folge wiederum ans Büro BASS, um diesen zweiten Teil der Auslegeordnung erarbeiten zu lassen.³ Konkret macht der SGB für das vorliegende **Papier 2** folgende Vorgaben:

„In einem Bericht ist dazulegen wie ein stärker staatlich gelenktes Gesundheitssystem Schweiz aussehen kann/soll? (Ziele: qualitativ hochstehende Versorgung für alle; Basis bisheriger Leistungskatalog; effiziente Erbringung; öffentliche Kontrolle). **Ziel** ist ein konkretes Modell, welches mittelfristig in der Schweiz umgesetzt werden könnte. Es geht nicht um die Erarbeitung theoretischer, idealtypischer Modelle. U.a. **Fragen** sind zu klären (nicht abschliessend):

- Wie wird die ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung organisiert?
- Verhältnis dezentrale Grundversorgung – SpezialistInnen („Gate-keeping“)?
- Was sind Eckpunkte und Rahmenbedingungen eines neuen Modells?
- Steuerungsmechanismen? Finanzierung?
- Wie funktionieren Kostenkontrolle, Qualitätssicherung?
- «Verwaltung»: Option Kassenvielfalt und Option Einheitskasse gemäss Volksinitiative
- Föderalismus: künftige Rollen Bund / Kantone / Gemeinden?
- Verhältnis öffentliche Versorgung zu Privatspitälern? Verhältnis zu den Zusatzversicherungen?“

Zum methodischen Vorgehen

Grundlage für das Papier 1 war eine breite, auf wissenschaftliche Literatur gestützte Analyse des KVG. Ein analoger Aufwand konnte für das Papier 2 nicht betrieben werden. Es ging darum, mit einem beschränkten Aufwand verschiedene Varianten funktionstüchtiger staatlich gelenkter Gesundheitssysteme grob zu skizzieren. Es konnte daher keine systematische Übersicht über die Ausgestaltungen und Erfahrungen staatlich gelenkter Gesundheitssysteme erarbeitet werden.

Aufbau

Das Papier 2 ist wie folgt aufgebaut. Im **zweiten Kapitel** werden nochmals die Gründe erörtert, die dazu führen, mehr staatliche Regulierungen in der Gesundheitsversorgung zu prüfen. Ebenfalls werden kurz die Vor- und Nachteile einer verstärkten staatlichen Steuerung vorgestellt. Im **dritten Kapitel** leiten wir An-

² Spycher Stefan (2004): Gesundheits- und Krankenversicherungspolitik in der Schweiz: Eine Auslegeordnung (www.sgb.ch und www.buerobass.ch/studienverz_d.html#Krankenversicherung).

³ Ich danke Matthias Wächter und Beat Baumann für viele hilfreiche Hinweise.

2 Staatliche Steuerung in der Krankenversicherung

satzpunkte her, wo eine verstärkte staatliche Regulierung zugreifen könnte. Dazu gehen wir einerseits von den bestehenden Problemen im KVG, andererseits von den Regulierungen in anderen Ländern aus. Im **vierten Kapitel** beschreiben wir anschliessend verschiedene Möglichkeiten, wie eine verstärkte staatliche Steuerung der Gesundheitsversorgung in der Schweiz konkret aussehen könnte. Es werden ebenfalls die Vor- und Nachteile erörtert. Im abschliessenden **fünften Kapitel** diskutieren wir die Ergebnisse des Papiers 2 vor dem Hintergrund der Erkenntnisse aus dem Papier 1.

2 Staatliche Steuerung in der Krankenversicherung

Es gibt auf der Welt kein Land, das auf eine staatliche Steuerung in der Gesundheitsversorgung verzichtet. Die staatlichen Rahmenbedingungen und Eingriffe reichen aber unterschiedlich weit. Selbst in den USA verzichtet man nicht auf staatliche Massnahmen, gibt es doch für benachteiligte Gruppen spezifische staatliche Programme (Medicare und Medicaid). Die Frage ist somit nicht «ob», sondern «wie» staatlich gesteuert werden soll.

2.1 Begründungen

Staatliche Eingriffe in die Gesundheitsversorgung werden unterschiedlich begründet. Im wesentlichen können drei Argumentationsstränge auseinandergehalten werden.

- Erstens wird bei der Begründung auf eine egalitäre Gerechtigkeitsvorstellung Bezug genommen. Demgemäss soll die Gesundheitsversorgung so organisiert sein, dass allen Bürger/innen unabhängig von ihrer Zahlungswilligkeit und –fähigkeit der Zugang zu einer guten medizinischen Versorgung gewährleistet wird.⁴ Viele Länder gehen von einer solchen Prämisse aus und organisieren die Gesundheitsversorgung als steuerfinanzierten Nationalen Gesundheitsdienst (bspw. Grossbritannien, Irland, Italien, Spanien etc.).
- Zweitens wird darauf hingewiesen, dass in der Gesundheitsversorgung spezifische Gegebenheiten vorkommen, so dass ein «normaler» Markt nicht funktionieren kann. Aus diesen potenziellen Marktversagen⁵ werden staatliche Regulierungen abgeleitet, die das konkrete Auftreten der Marktversagen verhindern sollen. Länder, die sich einer derartigen Sichtweise anschliessen, gehen eher von einem Konzept des «staatlich gelenkten Wettbewerbs» aus.⁶ Dazu gehören bspw. die Schweiz und Deutschland.
- Drittens schliesslich werden real auftretende Probleme einer historisch gewachsenen Gesundheitsversorgung als Ausgangspunkt genommen, um die Wirkung der marktwirtschaftlichen Steuerung in Frage zu stellen und eine stärkere staatliche Steuerung zu fordern. Dies dürfte die Situation in Ländern wie Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz sein, die alle recht substantielle marktwirtschaftliche Rahmenbedingungen in der Gesundheitsversorgung kennen.

2.2 Möglichkeiten

Welche Möglichkeiten staatlicher Einflussnahme bestehen grundsätzlich? Wir unterscheiden drei Aspekte:

- **Rahmenbedingungen:** Der Staat regelt die Rahmenbedingungen, innerhalb derer die Gesundheitsversorgung durchgeführt wird. Diese Regeln können lediglich grobe Eckwerte darstellen oder aber auch sehr detailliert den Akteur/innen im Einzelnen den Handlungsspielraum vorschreiben. Weiter kann zwischen Regulierungen (bspw. Versicherungsobligatorium) und Steuerung (bspw. Definition des Grundleistungskatalogs) unterschieden werden. In der Schweiz ist im Zusammenhang mit den Rahmenbedingungen bspw.

⁴ Vgl. Sommer (1999, 84ff).

⁵ Es handelt sich insbesondere um das Marktversagen des Moralischen Risikos und der Adversen Selektion (vgl. Spycher 2004, 4f.)

⁶ Vgl. Enthoven (1978, 1988).

2 Staatliche Steuerung in der Krankenversicherung

an folgende Regulierungen zu denken: Die Definition eines Grundleistungspaketes, das Versicherungssobligatorium, das Vorschreiben von Vertragsdauern und Versicherungsverträgen, die Vorschrift zur Einheitsprämie, der Risikoausgleich etc.

■ **Finanzierung von (privaten) Angeboten:** Der Staat kann Leistungserbringer/innen für ihre Dienstleistungen direkt oder indirekt über die Versicherer finanziell abgelden. Die Trägerschaft der Leistungserbringung/innen kann dabei auch privat sein. Hilfreich und in vielen Fällen sogar notwendig ist für die Finanzierung der Angebote eine Versorgungsplanung. Der Staat sollte im Voraus wissen, wie viele und welche Art von Leistungserbringer/innen er finanzieren will. Normalerweise geht dies dann auch mit der Ausarbeitung von Leistungsaufträgen einher. In der Schweiz würde dies nach der Einführung der dual-fixen Spitalfinanzierung bei den Angeboten der Privatspitäler der Fall sein.

■ **Bereitstellung von Angeboten:** Der Staat kann selbst Leistungserbringer sein. In der Schweiz ist dies vor allem im stationären Bereich verbreitet der Fall. Denkbar ist ein staatliches Angebot natürlich auch im ambulanten Bereich.

2.3 Vor- und Nachteile

Wie erwähnt kann die Gesundheitsversorgung ohne gewisse staatliche **Rahmenbedingungen** gar nicht sinnvoll erbracht werden. Somit kann im Zusammenhang im Rahmenbedingungen nicht von Vor- und Nachteilen, sondern nur von einer Notwendigkeit gesprochen werden. Folgende Regeln müssen in diesem Sinne so oder so festgelegt werden:

- Umfang und Verbindlichkeit des Grundleistungspaketes
- Definition des Versichertenkreises (ein Teil der Bevölkerung oder die ganze Bevölkerung)
- Verbindlichkeit der Versicherung für den Versichertenkreis (freiwillig oder Obligatorium)
- Notwendige Qualifikationen der Leistungserbringer/innen

Weitergehende Rahmenbedingungen unterscheiden sich dann danach, ob eher ein staatliches oder eher ein marktwirtschaftliches System angestrebt wird.

Vorteile

Die **staatliche Finanzierung** von Angeboten bietet folgende Vorteile:

- Das Ziel der solidarischen Finanzierung (zwischen «Reich» und «Arm») kann sehr direkt umgesetzt werden. In Deutschland wird an Stelle einer staatlichen Finanzierung eine solche über einkommensabhängige Lohnbeiträge gewählt. Am Beispiel von Deutschland zeigen sich eindrücklich die Nachteile einer solchen Lösung gegenüber der staatlichen Steuerfinanzierung, weil die Arbeitskosten höher werden.
- Die Kosten der Gesundheitsversorgung können direkt kontrolliert werden. Der Staat bestimmt über die Finanzierung das Ausmass der Mittel, die für die Gesundheitsversorgung eingesetzt werden sollen.
- Kostenverlagerungen zwischen einzelnen Bereichen der Gesundheitsversorgung werden schwieriger, weil die Leistungsverträge und das damit verbundene Verhalten der Leistungserbringer/innen detaillierter kontrolliert wird.
- Leistungserbringer/innen müssen ihren finanziellen Mittelbedarf explizit und detailliert begründen.

Die **staatliche Produktion** von gesundheitlichen Dienstleistungen hat folgende Vorteile:

- Die Produktionsbedingungen, insbesondere die Arbeitsbedingungen (Löhne etc.) sowie die Qualität der Leistungen, können direkt bestimmt und kontrolliert werden.
- Doppelpurigkeiten im Bereich der Investitionsgüter (bspw. bei den Anschaffungen von MRI etc.) können besser verhindert werden, weil die Koordination einfacher ist.

2 Staatliche Steuerung in der Krankenversicherung

■ Wenn der Staat die Dienstleistungen (unter dem Regime eines Globalbudgets) selbst produziert, dann wird von der Einzelleistungsvergütung abgekehrt. Dies führt dazu, dass die Leistungserbringer/innen (die Angestellten) kaum mehr Anreize zur «unnötigen» Leistungsausdehnung haben.

Sowohl bei der staatlichen Finanzierung wie auch bei der staatlichen Produktion kommt es darauf an, welche Staatsebenen beteiligt sind. Es stellt einen wesentlichen Unterschied dar, ob zentral finanziert bzw. produziert wird oder ob verschiedene föderale Ebenen beteiligt sind. Der Föderalismus ist ein wichtiges Element der Kontrolle.

Nachteile

Es werden generelle und spezifische Nachteile eines zu starken staatlichen Engagements vorgebracht. Folgende drei **generellen Vorbehalte** werden in der Literatur beim Vergleich zwischen den Leistungen privater Betriebe und staatlicher Verwaltungen immer wieder genannt:⁷

■ Manager/innen privater Firmen sind den Zielen der Eigentümer/innen der Firmen stärker verpflichtet als Staatsangestellte den Bürger/innen, weil beim Staat weniger Sanktionsmöglichkeiten bestehen oder diese weniger oft angewendet werden. In der Folge könne die Eigeninteressen der Verwaltung eine beträchtliche Rolle spielen (bspw. die Budgetmaximierung etc.) und die Leistungen werden oft weniger effizient erbracht. Dieser Vorbehalt richtet sich gegen die staatliche Erbringung von Angeboten, nicht aber gegen deren Finanzierung. Die Entwicklungen in den vergangenen Jahren – einerseits in der Privatwirtschaft die sehr hohen Managerlöhne, andererseits im öffentlichen Sektor die Einführung der Methoden der Neuen Verwaltungsführung – zeigt, dass sich der genannte Nachteil auch sehr differenziert zeigen kann.

■ Die unternehmerische Freiheit staatlicher Betriebe ist oft stark durch verschiedenartigste Vorschriften eingeschränkt, die private Betriebe nicht im selben Ausmass berücksichtigen müssen. Das Management kann daher weniger gezielt und effizient auf die Herausforderungen reagieren. Auch dieser Vorbehalt richtet sich gegen die staatliche Erbringung von Angeboten und nicht gegen deren Finanzierung.

■ Generell wird staatlichen Betrieben vorgeworfen, dass sie sich weniger um die Interessen der Kund/innen kümmern, weil sie keine Sanktionen zu befürchten haben (solange es keine konkurrierende Angebote gibt können die Kund/innen nicht den Anbieter wechseln).

Im Zusammenhang mit der **staatlichen Finanzierung** der Gesundheitsversorgung werden weitere Nachteile erwähnt:

■ Die staatliche Finanzierung setzt die Fixierung einer Budgethöhe voraus. Um diese festzulegen, können verschiedene Wege beschritten werden. Das Budget kann als Anteil an einer anderen Grösse festgelegt werden (bspw. als Anteil des Bruttoinlandproduktes oder als Anteil an den Staatsausgaben) oder systematisch hergeleitet werden (über die Häufigkeit der Erkrankungen und die notwendigen Ressourcen zu deren Behandlung). Der erste Weg ist recht willkürlich, weil es keine Hinweise gibt, welches der «richtige» Anteil ist. Der zweite Weg ist aufgrund mangelnder Datengrundlagen und der komplexen Beziehungen in der Leistungserbringung nicht vernünftig lösbar. Im heutigen System ergeben sich die Kosten von alleine durch die Multiplikation der in Anspruch genommenen Leistungen mit deren Preisen. Das Kostenvolumen – wenn es effizient erbracht wurde – entspricht somit recht gut den Präferenzen der Versicherten bzw. der Patient/innen. Dies muss bei einem fixierten Budget nicht mehr der Fall sein. Die politische Behörde, die das Budget festlegt, muss eine Einschätzung des medizinischen Bedarfs hinsichtlich seiner Höhe und seiner Struktur vornehmen. Normalerweise dürfte dies eher im Ausnahmefall genau mit den Präferenzen der Bevölkerung übereinstimmen, weil die notwendigen Informationen zur optimalen Lösung dieses Prob-

⁷ Vgl. Leu et al. (1993, 37f.).

lems gar nicht vorliegen. Problematisch ist weiter auch die Bestimmung der Auswirkungen des technologischen Fortschrittes bzw. der demographischen Verschiebungen auf die Budgethöhe.

Ein zu geringes Budget im Vergleich zum Bedarf führt zwangsläufig zu Rationierungen (nicht alle Patient/innen können versorgt werden) und in der Folge zu Warteschlangen. Wohlhabende Versicherte können über Privatversicherungen die Warteschlangen umgehen (Zweiklassenmedizin). Folge eines zu geringen Budgets ist auch eine Reduktion der Attraktivität der Berufe im Gesundheitswesen. Dies muss nicht zwingend negativ sein, wenn die Einschätzung vorherrscht, dass Leistungserbringer/innen relativ zu anderen Berufsgruppen heute «zu viel» verdienen. Dennoch kann die Reduktion der Attraktivität kurz- und mittelfristig zu Engpässen und/oder Qualitätsreduktionen führen.

Ein zu grosszügiges Budget im Vergleich zum Bedarf führt zu grösseren Ineffizienzen, weil die finanzierten Leistungserbringer/innen kaum bereit sein werden, die nicht benötigten Budgetmittel zurückzugeben.

■ Ist die Budgethöhe einmal fixiert, gilt es das Budget auf die verschiedenen Leistungserbringer/innen zu verteilen. Auch hierfür sind verschiedene Wege denkbar. In verschiedenen Ländern werden die Budgets bspw. aufgrund von Informationen über die Morbidität der Bevölkerung auf Versorgungsregionen heruntergebrochen. Diese sind dann für die Ausarbeitung von Leistungsverträgen bzw. direkt für die Erbringung der Dienstleistungen zuständig. In Belgien und Grossbritannien ist die Verteilungsformel unter starkem Beschuss und in dauernder Diskussion, weil sich gewisse Regionen benachteiligt fühlen. Es scheint daher keine einfache und allseits akzeptierte Lösung für die Verteilungsformel zu geben (analog zur Bestimmung der Risikoausgleichsformel in der Schweiz).⁸

Auf der regionalen Ebene sind darüber hinaus detaillierte Vorstellungen über die «richtige» Versorgung notwendig (nicht über die «Mindestversorgung»). Die betrifft sowohl den Leistungsumfang wie auch die Verteilung der Leistungen auf die einzelnen Erbringer/innen. Heute verfügen die Kantone lediglich über rudimentäre Vorstellung im stationären Bereich. Im ambulanten Bereich gibt es noch keine Vorstellungen über die richtige Versorgung.

■ Die Fixierung eines Budgets und dessen Verteilung auf die Leistungserbringer/innen nach einem bestimmten Schlüssel wirkt tendenziell strukturerhaltend. Das System wird dazu tendieren, den Status Quo fortzusetzen. Neuerungen einzuführen wird schwieriger werden. Überkommene Strukturen werden sich weniger rasch verändern lassen.

■ Werden die Budgets in der Praxis von Leistungserbringer/innen überschritten, dann kann es je nach System vorkommen, dass der Staat die Defizitdeckung übernimmt (wie bspw. teilweise in der öffentlich finanzierten stationären Versorgung der Schweiz). Dies kann besonders nachteilige Folgen für die Anreize der Spitäler haben, weil sie wissen, dass ineffizientes Verhalten keine negativen Auswirkungen hat.

■ Die Abgeltung der einzelnen Leistungserbringer/innen kann verschiedene Formen annehmen (Abgeltung durch einen im Voraus festgelegten risikokorrigierten Pro-Kopf-Beitrag pro Patient/in, Anstellung der Leistungserbringer/innen etc.). Auf jeden Fall muss mit einer staatlichen Finanzierung von der Einzelleistungsvergütung abgekehrt werden, weil sonst das Budget nicht eingehalten werden kann. Damit ergeben sich dieselben Probleme wie sie heute bei der Abgeltung von Managed-Care-Organisationen auftreten können (risikokorrigierte Pro-Kopf-Zahlung im Voraus). Es besteht die Gefahr, dass die Leistungserbringer/innen die Menge der erbrachten Leistungen einschränken, um ihr Budget möglichst wenig auszuschoöpfen. Oder sie schränken die Qualität der Leistungen ein.

Weitere Vorbehalte betreffen die **staatliche Produktion** von Gesundheitsdienstleistungen:

■ Der Effizienzdruck in staatlichen Betrieben ist typischerweise geringer als in privaten Betrieben, weil die Arbeitnehmer/innen weniger mit Sanktionen rechnen müssen.

⁸ Reinhardt (1991) zeigt das komplexe Planungsproblem auf, wenn man die Arbeitskräfte im Gesundheitswesen planen will (vgl. auch die Darstellung bei Spycher 2004b).

3 Ansatzpunkte für staatliche Steuerungsmassnahmen in der Schweiz

■ Neue Technologien dürften weniger rasch eingeführt werden können, weil bei derartigen Beschaffungen in öffentlichen Betrieben anders als in privaten langwierige und komplexe Verfahren zur Anwendung kommen. Dies kann mittel- und langfristig auch zu einer Verlangsamung des medizinischen Fortschritts selbst führen.

2.4 Fazit

Die Gesundheitsversorgung kann nicht dem Markt alleine überlassen werden. Es braucht staatliche Regelungen. Die Einschätzungen darüber, wie viel «Staat» und wie viel «Markt» es braucht, gehen weit auseinander. Sie hängen primär von unterschiedlichen Werthaltungen ab. Liegt das Schwergewicht bei der solidarischen Finanzierung und der fixen Kostenkontrolle, wird man eher zu mehr staatlicher Steuerung neigen. Stellt man stärker die individuelle Eigenverantwortung und die Konsument/Innensouveränität in den Vordergrund, wird man sich eher für mehr Markt aussprechen. Die Ausführungen in Kapitel 2 zeigen, dass «mehr Staat» nicht nur Vorteile, sondern auch gewichtige Probleme mit sich bringt.

3 Ansatzpunkte für staatliche Steuerungsmassnahmen in der Schweiz

Aufgabe des Papiers 2 für den SGB ist es, Wege zu einer verstärkten staatlichen Steuerung der Krankenversicherung aufzuzeigen. Dazu müssen Ansatzpunkte für den staatlichen Zugriff identifiziert werden. Ausgangspunkt könnten dabei die heutigen Probleme des KVG sein (Abschnitt 3.1.) oder die Regulierungen in anderen Ländern (Abschnitt 3.2.).

3.1 Probleme der heutigen Steuerung im KVG

In der ersten Arbeit für den SGB wurden die Probleme der heutigen Steuerung der Krankenversicherung ausführlich erörtert.⁹ **Tabelle 1** fasst die heutigen Probleme nach den drei Zielen des KVG «Solidarität», «massvolle Kostenentwicklung» und «qualitativ gute Versorgung» zusammen.¹⁰

Idee der vorliegenden Arbeit ist es, staatliche Steuerungsmöglichkeiten auszuloten. Welche Ansatzpunkte für staatliche Lösungen ergeben sich, wenn man die heutigen Probleme des KVG in den drei genannten Zielbereichen als Ausgangspunkt nimmt?

Tabelle 1: Probleme der Schweizerischen Krankenversicherung (Stand Juli 2005)

Probleme im Bereich des Ziels «Solidarität»	Probleme im Bereich des Ziels «Massvolle Kostenentwicklung»	Probleme im Bereich des Ziels «qualitativ gute Versorgung»
<ul style="list-style-type: none"> ■ Hohe Belastung tiefer Einkommen durch die Kopfprämien ■ zu wenig wirksame Prämienverbilligungen ■ Benachteiligung einzelner Krankheiten, da das Angebot zu gering ist (bspw. bei psychisch Kranken: zu geringes Angebot an Psychotherapien) <ul style="list-style-type: none"> ■ Mangelhaft funktionierender Risikoausgleich 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hohe Zuwachsraten der Kosten. Dies wird auf verschiedene Gründe zurückgeführt: <ul style="list-style-type: none"> ■ Subventionierung der stationären Behandlung gegenüber der ambulanten ■ Defizitdeckung im stationären Bereich ■ Veraltete Strukturen der Leistungserbringung (zu wenig Netzwerke) ■ Zu wenig Orientierung an der Evidence Based Medicine ■ Kantons Grenzen als Hindernis für die Bildung von Versorgungsregionen ■ Kontrahierungszwang zwischen Versicherern und Leistungserbringern 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Keine verbreitete Qualitätsmessung und -bewertung ■ Auftretende Fehl- und Unterversorgungen

⁹ Vgl. Spycher (2004, Kapitel 3).

¹⁰ Aus gewerkschaftlicher Sicht bestehen weitere Ziele, die der Gesetzgeber nicht explizit erwähnt. Dazu gehört bspw. die Arbeitsplatzsicherheit und die Aushandlung guter Lohn- und Arbeitsbedingungen.

Probleme im Bereich des Ziels «Solidarität»	Probleme im Bereich des Ziels «Massvolle Kostenentwicklung»	Probleme im Bereich des Ziels «qualitativ gute Versorgung»
	<ul style="list-style-type: none"> ■ zu wenig Wettbewerbsparameter für die Versicherer ■ Einzelleistungsvergütung im ambulanten Bereich ■ Zu geringes Angebot an neuen Versicherungsformen (HMO etc.) ■ Zu wenig Prävention ■ Zu geringe Mobilität der Versicherten ■ Zu geringe Ausschöpfung der Tarifautonomie (zu kartellistische Tarifierung) 	

Quelle: Eigene Darstellung, gestützt auf Spycher (2004, Kapitel 3)

Solidarität

Wie bereits im ersten Papier für den SGB erwähnt, können staatliche Regulierungen die Prämienverbilligung verbessern und nachhaltiger machen. Soll aber die Solidarität gemäss der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Individuen und Haushalte ausgestaltet werden, dann gibt es keinen anderen sinnvollen Weg als die staatliche Steuerfinanzierung. Die direkte staatliche Leistungserbringung ist dafür aber nicht notwendig.

Kosten

Bei den Kosten können mehrere Zugangswege unterschieden werden. Gehen wir zuerst einmal davon aus, dass die Strukturen der Leistungserbringer/innen und der Versicherer gleich bleiben wie heute.

Die «Kosten» der Gesundheitsversorgung bestimmten sich als Produkt aus «Preis» und «Menge». Staatliche Regulierungen können daher an allen drei Punkten zugreifen. Erstens ist es möglich, die Preise direkt staatlich zu bestimmen (bspw. über die Festlegung der Taxpunktwerte oder der Fallkostenpauschalen). Allerdings können sich die Mengen noch immer weiter ausdehnen und somit die Kosten ansteigen. Zweitens könnten die Mengen bestimmt werden (bspw. pro Leistungserbringer/in). Dies dürfte nachhaltiger auf die Kosten wirken, aber in der Praxis kaum lösbare inhaltliche Probleme aufwerfen (wie werden die Mengen pro Leistungserbringer/in bestimmt?). Drittens können die Kosten direkt festgelegt werden (bspw. durch die Fixierung eines Globalbudgets für den ambulanten und für den stationären Bereich).

Staatliche Regulierungen können nun aber auch bei den Leistungserbringer/innen und den Versicherern direkt zugreifen, wenn das Ergebnis des Wettbewerbs nicht als befriedigend eingestuft wird.

■ Auf der Seite der Leistungserbringung kann der Staat stärker als Leistungserbringer selbst tätig werden. Dies ist heute im stationären Bereich bereits teilweise der Fall und könnte somit auf den ganzen stationären bzw. ambulanten Bereich ausgedehnt werden. Die Ärzt/innen und die weiteren Berufsgruppen wären dann alle Angestellte des Staates.

■ Auf der Seite der Versicherer könnte der Wettbewerb dadurch eingeschränkt werden, dass die Kassenvielfalt auf eine Einheitskasse reduziert würde (wie dies die am 25. März 2003 eingereichte Initiative «für eine soziale Einheitskasse» verlangt).

Im Bereich der Kosten sind aufgrund der Zersplitterung der heutigen kantonalen Versorgung in gewissen Feldern (bspw. der Spitzenmedizin) Doppelspurigkeiten entstanden, die durch ein verstärkte koordinierende Rolle der Kantone und des Bundes – wie dies heute schon angestrebt wird – entschärft werden können.

Qualität

Die Probleme im Bereich der Qualität können am ehesten durch geeignete staatliche Regulierungen behoben werden. So müsste sich bspw. der Bund stärker in der Qualitätsmessung engagieren und weniger den Leistungserbringer/innen und Versicherern überlassen.¹¹ Auch die Bildung von Versorgungsregionen könnte, so sie dann in Zukunft einmal entwickelt sein werden¹², durch eine entsprechende staatliche Regulierung erreicht werden.

Bei der Bestimmung der Strukturen der Leistungserbringer/innen ist die Bedeutung von staatlichen Regulierungen umstritten. Im Bereich von Managed Care wird heute bspw. argumentiert, dass es für das Gelingen dieser Modelle unabdingbar sei, dass die Leistungserbringer/innen freiwillig und überzeugt mitmachen.¹³ Allerdings kann durch das geschickte Setzen von Anreizen das Interesse der Leistungserbringer/innen an Netzwerken deutlich erhöht werden (bspw. über die Aufhebung des Kontrahierungszwanges). Trotz dieser Bedenken spricht grundsätzlich aufgrund der wissenschaftlichen Literatur nichts dagegen, Strukturen, die sich bewährt haben, staatlich vorzuschreiben. Zu denken ist dabei insbesondere an HausärztInnenmodelle und HMO, die die ganze Behandlungskette abdecken.

3.2 Ausgestaltungen im Ausland

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit konnten die Gesundheitsversorgungen in anderen Ländern nicht detailliert untersucht werden. Die Zusammenstellung in **Tabelle 2** wurde aufgrund einer Sichtung weniger Dokumente erstellt.¹⁴ Verschiedene Aspekte fallen auf:

■ Es gibt kein Land (mehr) mit einer reinen staatlichen Gesundheitsversorgung (staatlich finanziert und staatlich produziert). Selbst in Grossbritannien, dem klassischen Beispiel eines nationalen Gesundheitsdienstes, werden inzwischen private Leistungserbringer/innen zugelassen. Diese werden über Kopf-Pauschalen und Leistungsaufträge gesteuert. Budgetüberschüsse dürfen allerdings nicht zu Gewinnausschüttungen oder Lohnerhöhung, sondern müssen zur Verbesserung der Infrastruktur verwendet werden.

■ Auf der anderen Seite gibt es mit den USA ein Beispiel eines unregulierten Wettbewerbsmodells. Verschiedene Hinweise sind hierzu notwendig.

a) Die USA entsprechen nicht den Vorstellungen eines regulierten Wettbewerbsmodells nach dem Muster

¹¹ In Deutschland wurde bspw. das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) geschaffen, um die Qualität der PatientInnenversorgung in Deutschland zu verbessern. Die Aufgaben des Instituts sind:

■ Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren bei ausgewählten Krankheiten,

■ Erstellung von wissenschaftlichen Ausarbeitungen, Gutachten und Stellungnahmen zu Fragen der Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen unter Berücksichtigung alters-, geschlechts- und lebenslagenspezifischer Besonderheiten,

■ Bewertung evidenzbasierter Leitlinien für die epidemiologisch wichtigsten Erkrankungen,

■ Abgabe von Empfehlungen zu Disease-Management-Programmen,

■ Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln (die ursprünglich geplante Kosten-Nutzen-Bewertung ist im Lauf des Gesetzgebungsprozesses entfallen),

■ Bereitstellung von auch für alle Bürgerinnen und Bürger verständlichen allgemeinen Informationen zur Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung.

Das Institut bearbeitet die Aufgaben im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses, in dem Leistungserbringer und Kostenträger sowie Patientenbeauftragte und Selbsthilfeorganisationen vertreten sind, oder des Bundesgesundheitsministeriums. Es fasst keine Beschlüsse, sondern gibt Empfehlungen ab, die der Gemeinsame Bundesausschuss berücksichtigt. Als beratende Gremien sind ein Kuratorium und ein wissenschaftlicher Beirat vorgesehen.

¹² Im stationären Bereich gibt es einen Vorschlag von Klauss et al. (2005).

¹³ Vgl. Moser (2003).

¹⁴ Vgl. AIM (1999), WJO (1996) und Hillless/Healy (2001).

3 Ansatzpunkte für staatliche Steuerungsmassnahmen in der Schweiz

des KVG. Es gibt kein Versicherungsobligatorium und jeder Arbeitgeber versichert seine Angestellten individuell (unterschiedliche Leistungspakete), sofern er einen Vertrag mit einem Versicherungsunternehmen bekommt.

b) in den USA gibt es auch steuerfinanzierte staatliche Programme (für die Älteren – Medicare – und für Handicapierete und Sozialhilfebezügler/innen – Medicaid).

Tabelle 2: Kategorisierung der Länder

Ausgestaltung		Beispiele
Nationaler Gesundheitsdienst (= System nach Beveridge)	ohne private Anbieter, ohne Versicherer	-
	mit privaten Anbietern, ohne Versicherer	<ul style="list-style-type: none"> ■ Grossbritannien ■ Spanien ■ Italien ■ Irland ■ Portugal ■ Australien ■ Kanada
Sozialversicherung mit Beiträgen der Versicherten (= System nach Bismarck)	einkommensproportionale Finanzierung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Deutschland ■ Slowakei ■ Tschechien ■ Luxemburg
	Kopfprämien	<ul style="list-style-type: none"> ■ Schweiz
Mischsysteme zwischen Nationalem Gesundheitsdienst und Sozialversicherungssystem	mit 1. Versicherer	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dänemark
	mit mehreren Versicherern	<ul style="list-style-type: none"> ■ Belgien ■ Holland ■ Israel ■ Frankreich ■ USA (Medicare und Medicaid)
Unreguliertes Wettbewerbsmodell		<ul style="list-style-type: none"> ■ USA (ohne Medicare und Medicaid)

Quelle: Eigene Darstellung, gestützt auf AIM (1999)

- Verschiedene Länder kennen wie die Schweiz ein Sozialversicherungssystem, das auf Beiträgen der Versicherten basieren (wie bspw. Deutschland, die Slowakei, Tschechien und Luxemburg).
- Interessanterweise gibt es aber auch Länder, die sich für ein Mischsystem entschieden haben. In diesen Ländern werden die Kosten der Gesundheitsversorgung (meist nahezu vollständig) steuerfinanziert. Gleichwohl existieren Versicherer. Darunter gibt es Länder mit einem einzigen Versicherer (Dänemark) und mit mehreren Versicherern, die im Wettbewerb zueinander stehen (übrige Länder). Diese werden vom Staat mit einer risikokorrigierten Pro-Kopf-Pauschale im Voraus abgegolten. Anschliessend liegt es an den Versicherern, möglichst gute Verträge mit den (staatlichen und privaten) Leistungserbringer/innen auszuhandeln. Das finanzielle Risiko der Versorgung tragen somit die Versicherer. In verschiedenen Ländern wird dieses allerdings durch weitere Massnahmen abgedämpft (bspw. in den Niederlanden).

Wenn wir die Ausgestaltungen in den anderen Ländern als Ausgangspunkt für staatlich inspirierte Reformen für die Schweiz nehmen, so würde ein schrittweises Vorgehen auf der Hand liegen. Ein **erster Schritt** könnte darin bestehen, in Richtung eines Mischsystems zwischen Nationalem Gesundheitsdienst und Sozialversicherung zu gehen wie dies bspw. die Niederlande, Belgien und Israel kennen. Dies würde im wesentlichen bedeuten:

- Steuerfinanzierung und damit Einführung eines Globalbudgets,
- Verteilung der finanziellen Mitteln auf die in Wettbewerb stehenden Kassen mit einem Schlüssel, der die Morbidität der Versicherten berücksichtigt,
- Vorgabe von ambulanten und stationären Versorgungszielen, die die Versicherer für ihre Versicherten zu erreichen haben. Es ist dann den Versicherern überlassen, diese Versorgungsziele mit möglichst guten Leistungsverträgen mit den Leistungserbringer/innen zu erreichen. Dazu muss auch der Kontrahierungszwang aufgehoben werden.

3 Ansatzpunkte für staatliche Steuerungsmassnahmen in der Schweiz

■ Abgeltung der Leistungserbringer/innen mit einem System, welches diese zu einem möglichst effizienten Verhalten anhält. Dazu eignen sich Pro-Kopf-Pauschalen und Fallkostenpauschalen. Die Verwendung von Budgetüberschüssen sowie von Budgetüberschreitungen muss geregelt werden.

Diese Ausgestaltungsvariante wäre im Rahmen der Änderungen der Bundesverfassung, die die Volksinitiative «Gesundheit muss bezahlbar bleiben (Gesundheitsinitiative)» (Ablehnung im Mai 2003) vorgeschlagen hatte, möglich gewesen.

Ein **zweiter Schritt** kann darin bestehen, zu einem Nationalen Gesundheitsdienst überzugehen wie ihn verschiedene Länder kennen. Dies würde im einzelnen bedeuten:

- Steuerfinanzierung und damit Einführung eines Globalbudgets,
- Verteilung der finanziellen Mittel auf Versorgungsregionen mit einem Schlüssel, der die Morbidität der Bevölkerung berücksichtigt,
- Die Versorgungsregionen entwickeln (allenfalls im Rahmen von Bundesvorgaben) regionale Versorgungsziele, die sie durch den Abschluss von Leistungsverträgen mit den Leistungserbringer/innen zu erreichen suchen. Auch hierfür muss der Kontrahierungszwang aufgehoben werden, damit die Regionen frei sind, die ihnen passenden Leistungserbringer/innen auswählen zu können.
- Abgeltung der Leistungserbringer/innen mit einem System, welches diese zu einem möglichst effizienten Verhalten anhält. Dazu eignen sich Pro-Kopf-Pauschalen und Fallkostenpauschalen. Die Verwendung von Budgetüberschüssen sowie von Budgetüberschreitungen muss geregelt werden.

Zwischen dem ersten und zweiten Schritt gibt es somit eine wesentliche Differenz: Beim ersten Schritt (Mischsystem) erhofft man sich vom Wettbewerb unter den Versicherern positive Auswirkungen auf die Aushandlung von qualitativ möglichst guten und gleichzeitig günstigen Verträgen mit den Leistungserbringer/innen. Im zweiten Schritt (Nationaler Gesundheitsdienst) wird diese Aufgabe an eine zentrale staatliche Stelle delegiert.

3.3 Fazit

Um Ansatzpunkte für staatliche Reformen des KVG zu finden, kann man von den heutigen Problemen des KVG oder von Ausgestaltungen der Gesundheitsversorgung im Ausland ausgehen. Im wesentlichen kristallisieren sich dadurch folgende Elemente heraus:

- Substanzielle Verbesserung der Prämienverbilligung bzw. Einführung einer Steuerfinanzierung um das Solidaritätsdefizit zu lösen.
- Einführung einer staatlichen Preiskontrolle, um die Kostenentwicklung zu beeinflussen.
- Einführung einer staatlichen Mengenkontrolle, um die Kostenentwicklung zu beeinflussen.
- Einführung von steuerfinanzierten Globalbudgets, um die Kostenentwicklung vollständig zu kontrollieren.
- Vollständige Leistungserbringung durch den Staat, um die mangelhaften Ergebnisse des Wettbewerbs zwischen den Leistungserbringer/innen zu verbessern,
- Staatliche Einheitskasse, um die mangelhaften Ergebnisse des Wettbewerbs zwischen den Versicherern zu verbessern,
- Vorgabe von Versorgungsstrukturen (Hausarztmodelle, HMO, Versorgungsnetze etc.), um die Qualität der Versorgung zu verbessern,
- Stärkere Koordination durch Kantone und den Bund, um Doppelspurigkeiten zu verhindern,
- Übergang zu einem Mischsystem (Steuerfinanzierung von Versicherern) wie in den Niederlanden, Belgien und Israel,

■ Übergang zu einem Nationalen Gesundheitsdienst (Steuerfinanzierung von staatlichen Versorgungsregionen; private Leistungserbringer/innen zugelassen), um nicht nur durch punktuelle staatliche Massnahmen, sondern um mit einem neuen Gesamtmodell auf Mängel des heutigen Systems zu reagieren.

4 Beschreibung und Beurteilung von sechs Möglichkeiten verstärkter staatlicher Steuerung für die Schweiz

In Kapitel 4 werden gestützt auf die Ausführungen in Kapitel 3 sechs Möglichkeiten von staatlichen Lösungen – nur solche sollen gemäss Auftraggeber im vorliegenden Papier diskutiert werden – für die heutigen Probleme in der Gesundheitsversorgung vorgeschlagen. Die Möglichkeiten unterscheiden sich nach der Eingriffsbreite und –tiefe. Möglichkeit 1 stellt dabei den «schwächsten», Möglichkeit 6 den «stärksten und umfassendsten» staatlichen Eingriff dar. In Abschnitt 4.1. werden die Möglichkeiten vorgestellt und in Abschnitt 4.2. vergleichend beurteilt.

4.1 Beschreibung

Nachfolgend diskutieren wir sechs Vorschläge. Möglichkeit 1 (staatliche Preisfestsetzung) und Möglichkeit 2 (staatliche Mengenfestsetzung) gehen vor allem von den heutigen Problemen im KVG im Bereich der Kosten aus und stellen somit Partillösungen dar. Die Möglichkeiten 5 (Globalbudgetsystem mit Versicherern) und 6 (Globalbudgetsystem ohne Versicherer) stellen demgegenüber umfassendere Lösungen dar, die Probleme in den Bereichen Solidarität, Qualität und Kosten aufnehmen. Die Optionen 3 (staatliche Leistungserbringung) und 4 (staatliche Einheitskasse) stellen Zwischenlösungen dar, in dem sie auf dem Markt zwischen Versicherern und Leistungserbringer/innen eingreifen und mal die eine und mal die andere Seite verstaatlichen. **Tabelle 3** gibt eine Übersicht über die diskutierten Möglichkeiten, die sich untereinander (teilweise) auch kombinieren lassen.¹⁵

Neben den in den sechs Möglichkeiten aufgenommenen Aspekten gibt es aber auch übergreifende Punkte. Da wir nachfolgend auf diese Aspekte nicht mehr eingehen werden, seien sie vor der Beschreibung der sechs Möglichkeiten kurz erwähnt:

■ **Kostenbeteiligung der Versicherten:** Zur Verhinderung des «Moralischen Risikos» (übergebürliche Inanspruchnahme der Leistungserbringer/innen durch die Patient/innen) sollen nach wie vor und bei allen nachfolgend geschilderten Möglichkeiten Kostenbeteiligungen der Versicherten bzw. der Bevölkerung zur Anwendung kommen.

■ **Versorgungsstrukturen / Netze:** Aufgrund der Erfahrungen rund um die Evidence Based Medicine sowie mit den Managed-Care-Instrumenten (Case-Management etc.) und –modellen (HMO etc.)¹⁶ muss man davon ausgehen, dass sich die heutigen Versorgungsstrukturen anpassen können und müssen, um die Ziele der hohen qualitativen Versorgung bei gleichzeitig massvollen Kosten besser zu erreichen. Wie bereits erwähnt ist es umstritten, welcher Weg zum Ziel führen soll. Soll man darauf setzen, den Leistungserbringer/innen geeignete Anreize zu setzen, damit sich die neuen Strukturen von selbst ergeben,

¹⁵ Nachfolgend werden die Kombinationsmöglichkeiten aufgeführt, ohne aber das Zusammenwirken zu analysieren:

■ Möglichkeit 1 (staatliche Preisfestsetzung) lässt sich mit folgender Option kombinieren: Möglichkeit 4 (staatliche Einheitskasse)

■ Möglichkeit 2 (staatliche Mengenfestsetzung) lässt sich mit folgender Option kombinieren: Möglichkeit 3 (staatliche Leistungserbringung).

■ Möglichkeit 3 (staatliche Leistungserbringung) lässt sich mit folgender Option kombinieren: Möglichkeit 2 (staatliche Leistungserbringung).

¹⁶ Vgl. Berchtold/Hess (2005).

4 Beschreibung und Beurteilung von sechs Möglichkeiten verstärkter staatlicher Steuerung für die Schweiz

oder soll man über staatliche Rahmenbedingungen die Versorgungsstrukturen festlegen? Für beide Ansätze gibt es gute Argumente. Den einen oder anderen Weg muss man aber gehen.

■ **Koordination:** Überall, wo dies sinnvoll ist, soll eine übergeordnete und verstärkte Makro- und Mikro-Koordination der Versorgungsstrukturen bzw. der Leistungserbringer/innen stattfinden, um Doppelspurigkeiten zu verhindern und die Qualität zu erhöhen (bspw. durch höhere Fallzahlen in den einzelnen Institutionen).

Tabelle 3: Übersicht über die sechs Möglichkeiten verstärkter staatlicher Steuerung

Möglichkeit	Kurzbeschreibung	Nehmen Probleme des KVG in folgenden Bereichen auf ...
1. Staatliche Preisfestsetzung	■ Die Kantone bzw. der Bund bestimmt den Taxpunktwert bzw. die Höhe der Fallkostenpauschalen	Kosten
2. Staatliche Mengenfestsetzung	■ Die Kantone bzw. der Bund fixieren für jede/n Leistungserbringer/in die maximale Menge der erbringbaren Leistungen	Kosten
3. Staatliche Leistungserbringung	■ Die stationären und ambulanten Leistungen werden von staatlichen Institutionen erbracht ■ Zwei Varianten: a) ohne Aufhebung des Kontrahierungszwangs b) mit Aufhebung des Kontrahierungszwangs	Kosten und Qualität
4. Staatliche Einheitskasse	■ Die Vielfalt der Versicherer wird zugunsten einer staatlichen Einheitskasse aufgegeben ■ Zwei Varianten: a) ohne Aufhebung des Kontrahierungszwangs b) mit Aufhebung des Kontrahierungszwangs	Kosten, Qualität und Solidarität
5. Globalbudgets mit Versicherern (analog Niederlande, Belgien etc.)	■ Steuerfinanzierung eines Globalbudgets ■ Verteilung des Budgets auf die Versicherer nach Massgabe der Morbidität der Versicherten ■ Wettbewerb zwischen den Versicherern und zwischen den Leistungserbringer/innen; Aufhebung des Kontrahierungszwangs ■ Zwei Varianten: a) Nationale Festlegung des Globalbudgets b) Festlegung auf der Ebene der Versorgungsregionen (bspw. der Kantone)	Kosten, Qualität und Solidarität
6. Globalbudget ohne Versicherer (analog Grossbritannien, Kanada etc.)	■ Steuerfinanzierung eines Globalbudgets ■ Verteilung des Budgets auf Versorgungsregionen (ev. Kantone) nach Massgabe der Morbidität der Bevölkerung ■ Verteilung des (kantonalen) Budgets auf den stationären und ambulanten Bereich durch die Zuständigen der Versorgungsregion ■ Leistungsaufträge mit den Leistungserbringer/innen ■ Qualitätskontrolle durch die Versorgungsregion ■ Zwei Varianten: a) Nationale Festlegung des Globalbudgets b) Festlegung auf der Ebene der Versorgungsregionen (bspw. der Kantone)	Kosten, Qualität und Solidarität

Quelle: Eigene Darstellung

Ebenfalls eine Spezialstellung nimmt die Frage der **Finanzierung** ein. Jedes Modell, auch das heutige, kann mit einer Steuerfinanzierung versehen werden, um die Solidarität zwischen «Reich» und «Arm» zu erhöhen. Die Wahl «Kopfprämienfinanzierung» funktioniert aber nur bei den ersten vier Möglichkeiten. Die Möglichkeiten 5 bis 6 basieren zwingend auf einer Steuerfinanzierung.

Nachfolgend beschreiben wir die sechs genannten Optionen mit ihren Untervarianten.

■ **Möglichkeit 1 - Preiskontrollen:** Heute verhandeln die Versicherer mit den ambulanten Leistungserbringer/innen – fast in allen Fällen übernehmen dies die jeweiligen Verbände – über den Taxpunktwert. Neu soll dieser von den Kantonen bzw. vom Bund festgelegt werden. Im stationären Bereich wird mit der 2. Teilrevision des KVG (sehr wahrscheinlich) vom heutigen Defizitdeckungssystem zur Leistungsabgeltung

übergegangen (dual-fixe Spitalfinanzierung¹⁷). In einem solchen System sollen in Zukunft die Versicherer die Struktur der Fallkostenpauschalen inhaltlich aushandeln, die Kantone fixieren die Preise (Taxpunktwerte).

■ **Möglichkeit 2 – Mengenkontrollen:** Heute sind die ambulanten und stationären Leistungserbringer/innen weitgehend frei in ihren Entscheidungen, welche Mengen an Leistungen sie erbringen. Selbstverständlich müssen sie mit den Patient/innen abgesprochen sein. Darüber hinaus aber werden eigentlich alle Leistungen übernommen (Prinzip des Einzelleistungstarifs). Dies dürfte sich mit der dual-fixen Spitalfinanzierung im stationären Bereich etwas ändern (Übergang zur Leistungsabgeltung). In Zukunft könnte man für Möglichkeit 2 vorsehen, jedem/er Leistungserbringer/in ein bestimmtes Mengenkontingent vorzugeben. Die Preisfestsetzung (Taxpunktwerte) wäre nach wie vor Verhandlungsgegenstand der Versicherer und der Leistungserbringer/innen. Würden die Leistungserbringer/innen die Mengengrenze erreichen, dann dürften sie keine weiteren Leistungen mehr erbringen.

■ **Möglichkeit 3 – Staatliche Leistungserbringung:** Heute werden viele stationäre Leistungen in Institutionen erbracht, die in staatlicher Hand sind oder staatlich finanziert werden. Die private stationäre Leistungserbringung spielt in der Grundversorgung eine untergeordnete Rolle. Denkbar wäre, dass die staatliche Leistungserbringung ganz konsequent auf den ganzen stationären sowie auf den ganzen ambulanten Bereich ausgedehnt wird. Die vollständige staatliche Leistungserbringung würde es bspw. erlauben, einheitliche Qualitätsstandards umzusetzen. Auf der anderen Seite würden nach wie vor private Versicherer stehen, mit denen Tarife und Leistungsmodelle zu vereinbaren wären. Man könnte bspw. eine minimale Versorgung festlegen. Die Versicherer wären dann frei, den Versicherten verschiedenen Versicherungspakete anzubieten, die über diese minimale Versorgung hinausgehen würden. Würde die Leistungserbringung kantonal erfolgen, so stünden die verschiedenen Versicherer in jedem Kanton genau einem (staatlichen) Leistungserbringer gegenüber, der alle stationären und ambulanten Leistungen produzieren würde. Möglichkeit 3 kann daher weiter danach unterschieden werden, ob der Kontrahierungszwang aufgelöst würde oder nicht:

a) Mit Kontrahierungszwang: Wenn der Kontrahierungszwang nach wie vor gelten würde, dann würde der staatliche Leistungserbringer seine Strukturen und den Preis selbst bestimmen. Die Versicherer müssten die Verträge akzeptieren. Eine Versicherungsvielfalt würde so kaum Sinn machen.

b) Ohne Kontrahierungszwang: Bei Möglichkeit 3 müsste daher sinnvollerweise der Kontrahierungszwang aufgelöst werden und die Versicherer könnten unterschiedliche Versicherungsmodelle und –versorgungsniveaus mit dem staatlichen Leistungserbringer aushandeln (mit der Vorgabe von minimalen Versorgungsstandards).

Es bleibt zu erwähnen, dass unseres Wissens die Möglichkeit 3 bisher noch in keinem Land umgesetzt worden ist.

■ **Möglichkeit 4 – Staatliche Einheitskasse:** Der Wettbewerb unter den Versicherern spielt heute noch nicht in dem Ausmass, wie dies bei der Einführung des KVG erhofft wurde.¹⁸ Die Versicherer konzentrieren sich auf die Risikoselektion statt auf das Management der Gesundheitskosten. Auf dieses Problem könnte mit der Einführung einer staatlichen Einheitskasse reagiert werden. Gleichzeitig kann die Finanzierung der Leistungen der Einheitskasse, so wie dies die eingereichte Initiative vorschlägt, nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit abgestuft werden (dies ist aber nicht zwingend; auch eine Kopfprämienfinanzierung wäre möglich). Die staatliche Einheitskasse verhandelt mit den staatlichen und privaten Leistungserbringer/innen über Tarife und Formen der Leistungserbringung (Versicherungsmodelle). Die zu-

¹⁷ Dabei ist der Verteilungsschlüssel der Kostenaufteilung zwischen Kantonen und Versicherern noch umstritten.

¹⁸ In Papier 1 haben wir ausgeführt, dass dieser Mangel primär mit dem mangelhaft ausgestalteten Risikoausgleich und dem Kontrahierungszwang zu tun hat (vgl. Spycher 2004, 33).

ständigen staatlichen Stellen bei der Einheitskasse müssen daher Vorstellungen über die konkrete Ausgestaltung von Versicherungsmodellen entwickeln. Da alle Leistungserbringer/innen bei der gleichen Kasse unter Vertrag wären, könnten einheitliche Instrumente zur Qualitätsbemessung und –bewertung sowie zur Effizienzkontrolle durchgesetzt werden. Möglichkeit 4 kann weiter danach unterschieden werden, ob der Kontrahierungszwang aufgelöst würde oder nicht:

a) Mit Kontrahierungszwang: Heute verhandelt auf kantonaler Ebene der Verband der Versicherer (santésuisse) mit dem Verband der Ärzt/innen über den Wert der Taxpunkte. Würde der Kontrahierungszwang bestehen bleiben, dann würde in diesen Verhandlungen santésuisse durch die Einheitskasse ersetzt. Der staatliche Versicherungsmonopolist hätte in diesen Verhandlungen natürlich eine sehr starke Position und könnte durch die Tarifgestaltung den Kontrahierungszwang praktisch unterlaufen und «unerwünschten» Leistungserbringer/innen tiefe Taxpunktswerte anbieten. Es würde somit ein Verfahren benötigt, welches im Nicht-Einigungsfall zur Anwendung käme.

b) Ohne Kontrahierungszwang: Wenn der Kontrahierungszwang aufgelöst würde, dann hätte die staatliche Einheitskasse Vorstellungen über die «richtige» Versorgung zu entwickeln, weil sie ja letztlich entscheiden muss, wo sie welche und wie viele Leistungserbringer/innen unter Vertrag nimmt. Die Verhandlungsposition der Einheitskasse wäre in Variante 4b) natürlich noch viel stärker als in Variante 4a).

■ **Möglichkeit 5 – Globalbudgets mit mehreren Versicherern:** Bei der Möglichkeit des Globalbudgets mit Versicherern gibt es zwei organisatorische Varianten.

a) Bundesbudget: Das steuerfinanzierte Globalbudget für die Grundversicherung wird vom Bund festgelegt und unter Berücksichtigung der Morbidität der Versicherten auf die Versicherer verteilt. Basis für die Festlegung der Budgethöhe und ihrer Verteilung auf die Versicherer muss eine explizite Vorstellung über die anzustrebende Versorgung in der Schweiz sein. Diese wird den Versicherern für Versorgungsregionen (ev. für Kantone) weitergegeben (bspw. hinsichtlich der regionalen Verteilung der Leistungserbringer/innen, ihrer Zusammensetzung etc.). Die Versicherer versuchen, für das ihnen zugeteilte Budget qualitativ hochstehende und wirtschaftliche Leistungen einzukaufen (bspw. bei Managed-Care-Organisationen). Der Kontrahierungszwang müsste dazu aufgelöst werden. Da die Versicherer zueinander in Konkurrenz stehen wird dies dazu führen, dass sie den Wettbewerbsdruck an die Leistungserbringer/innen weitergeben. Eine nachhaltige Qualitätskontrolle wäre daher unabdingbar, um zu verhindern, dass die Leistungserbringer/innen die Qualität reduzieren.

Wenn die effektiv entstandenen Kosten des Versicherungskollektivs am Ende des Jahres geringer sind als das zugewiesene Budget, dann stellt sich die Frage nach dem Umgang mit dem Überschuss. Dazu gibt es verschiedene Möglichkeiten: Pro-Kopf-Auszahlung an die Versicherten des Versicherers, Verwendung für die Qualitätsverbesserung der Versorgung, Reservenbildung, Gewinnbildung oder die Rückgabe an den Staat. Damit die Konkurrenz zwischen den Versicherern wirklich funktioniert, brauchen sie entsprechende Anreize. Daher stehen die Möglichkeiten «Pro-Kopf-Auszahlung an die Versicherten», «Verbesserung der Versorgungsqualität» und «Gewinnbildung» im Vordergrund. Wenn die effektiv entstandenen Kosten das zugewiesene Budget überschreiten, muss der Versicherer den Verlust tragen.

Die Versicherer können nach wie vor Zusatzversicherungen anbieten. Sie sind daher sehr daran interessiert, möglichst viele und zufriedenen Kund/innen in der Grundversicherung zu haben. Es könnte allerdings auch darüber nachgedacht werden, ob diese Möglichkeit nicht mehr bestehen soll. Die Anreize der Grundversicherer würden dadurch etwas abgeschwächt und umgelenkt.¹⁹

b) Kantonale Budgets: Denkbar ist natürlich auch, dass jeder Kanton für sich selbst das steuerfinanzierte

¹⁹ In Deutschland ist es bspw. nicht möglich, Zusatzversicherungen anzubieten. Dies führt dazu, dass der Hauptanreiz der Versicherer darin liegt, Überschüsse zu erzielen, um den Versicherungsangestellten möglichst gute Arbeitsbedingungen zu bieten (bürokratische Anreize).

4 Beschreibung und Beurteilung von sechs Möglichkeiten verstärkter staatlicher Steuerung für die Schweiz

Globalbudget bestimmt und auf die lokalen Versicherer verteilt. Dies kann zur Folge haben, dass sich die Versorgung mengenmässig und qualitativ zwischen den Kantonen stark unterscheidet.

■ **Möglichkeit 6 – Globalbudgets ohne Versicherer:** Bei der Möglichkeit des steuerfinanzierten Globalbudgets ohne Versicherer gibt es ebenfalls zwei organisatorische Varianten.

a) Bundesbudget: Das Globalbudget für die Grundversicherung wird vom Bund festgelegt und unter Berücksichtigung der Morbidität der Bevölkerung auf neu zu bildende Versorgungsregionen verteilt. Basis für die Festlegung der Budgethöhe und ihrer Verteilung auf die Versorgungsregionen muss eine explizite Vorstellung über die anzustrebende Versorgung in der Schweiz sein. Im politischen Prozess wahrscheinlich ist die Gleichsetzung von Kantonen mit Versorgungsregionen. Daher gehen wir im folgenden von den Kantonen als Gebietseinheiten aus. Die Kantone weisen das ihnen zugeteilte Globalbudget dem stationären und dem ambulanten Bereich zu. Globalbudgets können grundsätzlich nach zwei Varianten auf die Leistungserbringer/innen verteilt werden: (Option 1) Die Leistungen werden mit Taxpunkten versehen (ähnlich wie beim TARMED). Am Ende des Kalenderjahres wird das Globalbudget durch die Summe der Taxpunkte dividiert, und es ergibt sich dadurch der Preis der Leistungen. (Option 2) Der Preis der Leistungen wird festgelegt. Anschliessend wird im Leistungsauftrag mit jedem/er Leistungserbringer/in vereinbart, wie viele Leistungen er/sie zu den festgelegten Kosten pro Leistung erbringen kann. Wenn das Budget ausgeschöpft ist, können keine weiteren Leistungen mehr erbracht werden. Das kantonale Globalbudget wird nach der einen oder anderen Option innerhalb des stationären und des ambulanten Bereichs verteilt. Gemeinwirtschaftliche Leistungen (Forschung + Lehre, Notfalldienste, Präventionsanstrengungen etc.) müssen separat abgegolten werden. Die Kantone sind darüber hinaus auch für die Qualitätskontrolle zuständig.

b) Kantonale Budgets: Denkbar ist natürlich auch, dass jeder Kanton für sich selbst das Globalbudget bestimmt. Dies kann zur Folge haben, dass sich die Versorgung mengenmässig und qualitativ zwischen den Kantonen stark unterscheidet.

In **Tabelle 4** werden wichtige Ausgestaltungsmerkmale der einzelnen Modelle zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 4: Detailliertere Beschreibung der sechs Möglichkeiten verstärkter staatlicher Steuerung

	Möglichkeit 1 – Preiskontrolle	Möglichkeit 2 – Mengenkontrolle	Möglichkeit 3 – Staatliche Leistungserbringung	Möglichkeit 4 – Staatliche Einheitskasse	Möglichkeit 5 – Globalbudget mit Versicherern	Möglichkeit 6 – Globalbudget ohne Versicherer
Finanzierung	Prämienfinanzierung oder Steuerfinanzierung möglich			Nur Steuerfinanzierung möglich		
Kostenbeteiligung	Wie heute					
Versorgungsregionen	Müssen nicht speziell gebildet werden			Müssen speziell gebildet werden; sehr wahrscheinlich sind aber die Kantone die Regionen		
Stationäre Leistungserbringung	Die Preise werden nicht mehr zwischen Versicherern und Spitälern verhandelt, sondern vom Bund bzw. von den Kantonen in ihrer Höhe fix vorgegeben	Bund bzw. Kantone legen für jede/n Leistungserbringer/in die maximal erbringbaren Leistungen fest	<ul style="list-style-type: none"> ■ Die Leistungen werden alle staatlich erbracht ■ Der Kontrahierungszwang wird aufgehoben 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Der Kontrahierungszwang wird nicht aufgehoben (Variante a) oder aufgehoben (Variante b) ■ sonst wie heute 	Die Versicherer müssen einen Versorgungsauftrag erfüllen; beim Einkauf der Leistungen sind sie aber frei (kein Kontrahierungszwang).	Die Versorgungsregionen schliessen Leistungsaufträge mit den Spitälern ab und geben ein Globalbudget vor.

	Möglichkeit 1 – Preiskontrolle	Möglichkeit 2 – Mengenkontrolle	Möglichkeit 3 – Staatliche Leistungserbringung	Möglichkeit 4 – Staatliche Einheitskasse	Möglichkeit 5 – Globalbudget mit Versicherern	Möglichkeit 6 – Globalbudget ohne Versicherer
Ambulante Leistungserbringung	Die Preise werden nicht mehr zwischen Versicherern und Spitälern verhandelt, sondern vom Bund bzw. von den Kantonen in ihrer Höhe fix vorgegeben	Bund bzw. Kantone legen für jede/n Leistungserbringer/in die maximal erbringbaren Leistungen fest	<ul style="list-style-type: none"> Die Leistungen werden alle staatlich erbracht Der Kontrahierungszwang wird aufgehoben 	<ul style="list-style-type: none"> Der Kontrahierungszwang wird nicht aufgehoben (Variante a) oder aufgehoben (Variante b) sonst wie heute 	Die Versicherer müssen einen Versorgungsauftrag erfüllen; beim Einkauf der Leistungen sind sie aber frei (kein Kontrahierungszwang).	Die Versorgungsregionen schliessen Leistungsaufträge mit den Leistungserbringer/innen ab und zahlen diese morbiditätskorrigiert pro Kopf der Versicherten.
Versicherer; Versicherungsmodelle	Versicherer verhandeln nur noch die Tarifstruktur	Wie heute	Wie heute, aber ohne Kontrahierungszwang	Der staatliche Versicherungsmonopolist handelt Tarife und Versicherungsmodelle aus	Versicherer müssen vom Einzelleistungstarif abkehren und zu Pauschalzahlungen übergehen	Es gibt keine Versicherer mehr
Qualitätsmessung und -beurteilung	Wie heute		Der staatliche Leistungserbringer kann Qualitätsmessungen und –bewertungen einheitlich durchsetzen	Der staatliche Versicherungsmonopolist kann Qualitätsmessungen und –bewertungen einheitlich durchsetzen	Das Qualitätscontrolling muss zwingend verstärkt werden	
Zusatzversicherungen	Wie heute oder Abschaffung der Möglichkeit, Zusatzversicherungen anbieten zu können			Angebot möglich, aber kein Datenfluss zwischen Grund- und Zusatzversicherungen mehr möglich	Wie heute oder Abschaffung der Möglichkeit, Zusatzversicherungen anbieten zu können	Angebot möglich, aber kein Datenfluss zwischen Grund- und Zusatzversicherungen mehr möglich

Quelle: Eigene Darstellung

4.2 Beurteilung

In diesem Abschnitt wollen wir die sechs vorgestellten Möglichkeiten kurz beurteilen. Als Kriterium ziehen wir die drei Ziele des KVG im Bereich der Solidarität, der Kosten und der Qualität der Versorgung bei. Um nicht nur die sechs Modelle untereinander zu vergleichen, wird auch die in Papier 1 vorgeschlagene Option integriert. Diese setzt auf eine stärkere Umsetzung des Konzepts des gelenkten Wettbewerbs und damit auf eine grössere Rolle von Anreizen für die beteiligten Akteur/innen. **Tabelle 5** stellt die Vor- und Nachteile zusammen.

Tabelle 5: Beurteilung der sechs Möglichkeiten verstärkter staatlicher Steuerung

	Vorteile / Chancen			Nachteile / Risiken		
	Solidarität	Kosten	Qualität	Solidarität	Kosten	Qualität
Optimiertes heutiges Modell gemäss Papier 1	Erhöhung der Solidarität <ul style="list-style-type: none"> durch eine Verbesserung der Prämienverbilligungen durch Verbesserungen beim Risikoausgleich 	Kostendämpfende Wirkungen <ul style="list-style-type: none"> der Aufhebung des Kontrahierungszwangs der monistischen Spitalfinanzierung der Verbesserung des Risikoausgleichs 	Erhöhung der Qualität und Schaffung von Transparenz durch die Aufhebung des Kontrahierungszwangs	-	Bei zunehmender Nachfrage nehmen die Kosten weiter zu	Gefahr des erhöhten Drucks auf die Qualität durch die Aufhebung des Kontrahierungszwangs

4 Beschreibung und Beurteilung von sechs Möglichkeiten verstärkter staatlicher Steuerung für die Schweiz

	Vorteile / Chancen			Nachteile / Risiken		
	Solidarität	Kosten	Qualität	Solidarität	Kosten	Qualität
Möglichkeit 1 - Preiskontrollen	-	Die Kosten können über die Tarife beeinflusst, wenn auch nicht kontrolliert werden	-	-	Bei gegebenen Preisen – vor allem, wenn sie tiefer als heute sind – haben die LE Anreize, möglichst viel Menge zu produzieren	-
Möglichkeit 2 – Mengenkontrollen	-	Die Kosten können beeinflusst, wenn auch nicht kontrolliert werden	-	-	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bei gegebenen Mengen haben die LE Anreize, möglichst hohe Preise zu vereinbaren ■ Die Zuteilung von fixen Mengen zu allen LE dürfte grosse inhaltliche und administrative Probleme bringen 	-
Möglichkeit 3 – Staatliche Leistungserbringung (ohne Kontrahierungszwang)	-	<ul style="list-style-type: none"> ■ Die Kosten können beeinflusst werden, indem die Löhne reguliert und indem Doppelspurigkeiten verhindert werden ■ Möglichkeit zur Durchsetzung einheitlicher Lohn- und Arbeitsbedingungen 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bessere Möglichkeiten zur Durchsetzung von Qualitätsmessungen und –bewertungen ■ Chance zur besseren Durchsetzung von modernen Versorgungsstrukturen 	-	Schwache Anreize für eine effiziente Leistungserbringung	Risiko der Strukturhaltung
Möglichkeit 4 – Staatliche Einheitskasse	<ul style="list-style-type: none"> ■ Deutliche Erhöhung der Solidarität durch die Steuerfinanzierung ■ Keine Risiko-selektionen der einzelnen Versicherer mehr 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Die Kosten können über die Tarife beeinflusst, wenn auch nicht kontrolliert werden (bei der Aufhebung des Kontrahierungszwangs nachhaltiger) ■ Einsparung von Administrationskosten (bspw. Werbung) 	Bessere Möglichkeiten zur Durchsetzung von Qualitätsmessungen und -bewertungen	-	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bei gegebenen Preisen – vor allem, wenn sie tiefer als heute sind – haben die LE Anreize, möglichst viel Menge zu produzieren (reduzierte Gefahr, wenn der Kontrahierungszwang aufgelöst wird) ■ Gefahr der ineffizienten Struktur der Einheitskasse (keine Kontrolle) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gefahr, dass sich die Versicherungsmodelle weniger an den Präferenzen der Versicherten orientieren ■ Strukturertrend ■ U.U. problematische Auswahl von Leistungserbringer/innen (bei der Aufhebung des Kontrahierungszwangs)
Möglichkeit 5 – Globalbudget mit Versicherern	Deutliche Erhöhung der Solidarität durch die Steuerfinanzierung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vollständige Kontrolle über die Kosten ■ Bei den Versicherern und den LE bleiben die Wettbewerbsanreize erhalten 	Chance für gezieltere und effizientere Versorgungsstrukturen, weil die Versicherer für ihre Risiken korrekt abgegolten werden	Mögliche Entwicklung zur Zweiklassenmedizin, wenn das Budget nicht gross genug ist (Rationierung)	-	<ul style="list-style-type: none"> ■ Entwicklung von Warteschlangen, wenn das Budget nicht gross genug ist ■ Strukturertrend ■ Gefahr, dass bei der Qualität gespart wird

	Vorteile / Chancen			Nachteile / Risiken		
	Solidarität	Kosten	Qualität	Solidarität	Kosten	Qualität
Möglichkeit 6 – Globalbudget ohne Versicherer	Deutliche Erhöhung der Solidarität durch die Steuerfinanzierung	Vollständige Kontrolle über die Kosten	Bessere Möglichkeiten zur Durchsetzung von Qualitätsmessungen und -bewertungen	Mögliche Entwicklung zur Zweiklassenmedizin, wenn das Budget nicht gross genug ist (Rationierung)	Schwache Anreize für eine effiziente Leistungserbringung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Entwicklung von Warteschlangen, wenn das Budget nicht gross genug ist ■ Grosse technische Probleme bei der Verteilung der Budgets auf die Regionen und die LE ■ Strukturertalend ■ Gefahr, dass bei der Qualität gespart wird

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 5 macht verschiedenes deutlich:

■ Die Wirksamkeit der beiden **Möglichkeiten 1 und 2** muss stark in Frage gestellt werden, weil sie bei der Kostengleichung «Menge x Preis» jeweils nur beim einen der beiden Ansatzpunkte zugreifen. Dadurch sind die Kosten zu beeinflussen, aber nicht zu kontrollieren. Zudem sind aber wesentliche negative Nebeneffekte zu erwarten. Bei der Preiskontrolle sind Mengenausdehnungen zu befürchten, bei der Mengenkontrolle Preistreibereien und hohe zusätzliche administrative Aufwendungen. Die beiden Modelle scheinen daher keine ernsthaften Alternativen darzustellen.

■ Der grösste Vorteil der staatlichen Leistungserbringung (**Möglichkeit 3**) dürfte bei der Qualitätsstandardisierung und der Chance der Umsetzung von effizienten Versorgungsstrukturen liegen. Interessant ist sicherlich auch die Verhinderung von Doppelspurigkeiten (bei der Spitzenmedizin, den Apparaturen, aber auch bei der Leistungserbringung im Einzelfall (Abkehr vom Anreiz zur Mengenausdehnung, die vom Einzelleistungstarif ausgeht)). Auf der anderen Seite sind die Anreizstrukturen in staatlichen Betrieben generell schwächer ausgestaltet als bei privaten. Dieser Nachteil ist etwas zu relativieren, weil der Kontrahierungszwang aufgehoben würde. Es bleibt aber zu befürchten, dass die Leistungen ineffizienter erbracht werden und dass ein beträchtlicher staatlicher Verwaltungsapparat aufgebaut werden muss.

■ Eine staatliche Einheitskasse (**Möglichkeit 4**) könnte in allen drei Dimensionen des KVG positive Wirkungen erzielen (Solidarität, Kosten und Qualität), vor allem wenn auch noch der Kontrahierungszwang aufgelöst würde.²⁰ Gleichzeitig sind aber auch verschiedene Gefahren zu beachten:

- Wie bei der staatlichen Fixierung der Preise (Möglichkeit 1) dürften die Leistungserbringer/innen mit Mengenausdehnungen auf die neu eingeführten Beschränkungen reagieren (wenn der Kontrahierungszwang bestehen bleibt).
- Weiter besteht auch die Gefahr, dass sich eine ineffiziente und bürokratische Organisationsstruktur entwickelt.
- Der medizinische Fortschritt dürfte weniger rasch Einzug in die Versorgung haben, weil die Einheitskasse hier mit ihren u.U. schwerfälligen Bewilligungsmechanismen als Filter wirkt.
- Die Einheitskasse steht nicht in Konkurrenz zu anderen Kassen und somit nicht unter Druck. Dies könnte zur Folge haben, dass sich ihre Dienstleistungen nur unzureichend an den Präferenzen der Versicherten orientieren.

²⁰ Die Prämiengestaltung mit Blick auf die Regionen ist weitgehend offen. Es stellt sich insbesondere die Frage, ob schweizweit Einheitsprämien gelten oder ob eine regionale Differenzierung vorgenommen wird.

- Ganz generell muss die Frage aufgeworfen werden, warum die Einheitskasse die Leistungserbringer/innen «besser» sollte auswählen können als die privaten Versicherer.

■ Die beiden **Möglichkeiten 5** (Globalbudget mit Versicherern) und **6** (Globalbudget ohne Versicherer) unterscheiden sich im wesentlichen nur dadurch, dass bei der Option 5 nach wie vor Versicherer mit Handlungsspielräumen existieren. Man stellt daher darauf ab, dass es den Versicherern besser gelingt als einer staatlichen Verwaltungseinheit, gute Verträge mit den (staatlichen und privaten) Leistungserbringer/innen auszuhandeln. Bei den Vorteilen fällt die Erhöhung der Solidarität (Steuerfinanzierung) und die vollständige Kontrolle der Kosten bei beiden Modellen ins Gewicht. Möglichkeit 6 (ohne Versicherer) eröffnet gegenüber heute zudem wie die Möglichkeiten 3 (staatliche Leistungserbringung) und 4 (staatliche Einheitskasse) die Option, einheitlichen Qualitätsmessungen und –bewertungen zum Durchbruch zu verhelfen.

Auf der Seite der Nachteile schlagen ebenfalls verschiedene Aspekte zu Buche: Sollte das Budget – wie bspw. in Grossbritannien – nicht gross genug sein, dann ist mit Rationierungen, Warteschlangen und in der Folge mit einer Zweiklassenmedizin zu rechnen. Wie bei der staatlichen Leistungserbringung (Möglichkeit 3) ist zu befürchten, dass die Leistungserbringer/innen zuwenig Anreize für eine effiziente Leistungserbringung haben. Insgesamt dürften Globalbudgets auch dazu führen, dass der medizinisch-technische Fortschritt weniger rasch Einzug hält. Eine grosse Gefahr besteht überdies, dass die Leistungserbringer/innen bei Globalbudgets bei der Qualität sparen. Möglichkeit 6 bringt zudem die Schwierigkeit, dass das bundesstaatliche Globalbudget mit einem sinnvollen Schlüssel auf Versorgungsregionen heruntergebrochen werden muss.

5 Diskussion

Der Schweizerische Gewerkschaftsbund will seine Position in der Gesundheitspolitik überprüfen. Dazu liess er beim Büro BASS zwei Grundlagenpapiere mit unterschiedlichen Stossrichtungen ausarbeiten. Das erste Papier²¹ bot vor dem Hintergrund der wissenschaftlichen Literatur eine ausführliche Analyse der heutigen Regelungen im KVG und schlug im Rahmen, der durch das KVG und dessen Konzept des «gelinkten Wettbewerbs» gegeben ist, Verbesserungen vor, um die drei Ziele «Solidarität», «Massvolle Kostenentwicklung» und «Gute Qualität» in einem höheren Grad als heute zu erreichen. Das vorliegende zweite Papier sollte sich hinsichtlich der Empfehlungen und Massnahmen ganz bewusst vom heutigen Rahmen des KVG lösen und ausschliesslich Instrumente der verstärkten staatlichen Steuerung zur Verbesserung der Zielerreichung prüfen.

Die Ausführungen in den vorangegangenen Abschnitten dieses zweiten Papiers machen folgendes deutlich:

■ Es gibt nicht eine einzige «richtige» Ausgestaltung des Gesundheitswesens, die alle Probleme löst. Vielmehr unterscheiden sich die real existierenden Gesundheitswesen, aber auch die dahinterliegenden Konzepte, wesentlich in ihren Werthaltungen, die sie als prioritär betrachten. Es gibt Systeme, die den einheitlichen Zugang und die Solidarität zwischen «Gesund» und «Krank» sowie zwischen «Reich» und «Arm» betonen. Für andere Entwürfe steht die Kostenkontrolle im Vordergrund: Es soll nur ein bestimmtes Budget ausgegeben werden. Im Rahmen dieses Budgets erhofft man sich aber das Maximum an Leistungen und Qualität. Wieder andere Systeme betonen stärker die individuellen Wahlmöglichkeiten in der Gesundheitsversorgung und die Eigenverantwortung der Einzelnen. Bei den beiden ersten Typen von Ge-

²¹ Spycher Stefan (2004): Gesundheits- und Krankenversicherungspolitik in der Schweiz: Eine Auslegeordnung (www.sgb.ch und www.buerobass.ch/studienverz_d.html#Krankenversicherung).

sundheitssystemen werden zur Zielerreichung mehr staatliche Massnahmen, bei der dritten Kategorie mehr wettbewerbliche Instrumente eingesetzt. Die Entscheidung für «mehr Staat» oder «mehr Markt» hat somit mit Prioritätensetzungen zu tun.

■ Ganz explizit gilt es festzuhalten, dass wettbewerbliche Anreizstrukturen im Gesundheitswesen ihren Platz haben können und inzwischen in allen Gesundheitssystemen auf der Welt auch effektiv haben. Es ist nicht so, dass das Gut «Gesundheit» so speziell wäre, dass nur und ausschliesslich staatliche Regulierungen zur Anwendung kommen müssten. Gegen den Markt sollte man sich daher nicht mit Argumenten von angeblichen Marktversagen zu Wehr setzen. Zwar können solche tatsächlich existieren, es gibt aber zu ihrer Vermeidung gute Ansätze. Wenn man sich für ein verstärktes staatliches Engagement ausspricht, so sollte sich die Argumentation auf die spezifischen Vorteile stützen, die durch staatliche Regulierungen erreicht werden können. Insbesondere in den Kapiteln 2 und 4 haben wir diesbezügliche Vorteile herausgearbeitet.

■ Es gibt drei Wege, wie sich mehr staatliche Aktivitäten im Gesundheitswesen entfalten können: Mehr geeignete Rahmenbedingungen, vermehrte staatliche Finanzierung von privat erbrachten Dienstleistungen sowie die Produktion der Leistungen durch den Staat selbst. Alle Optionen sind grundsätzlich denkbar und realisierbar. Für alle Varianten gibt es Beispiele in der Realität.

■ Die einzelnen Möglichkeiten der verstärkten staatlichen Steuerung haben Vor- und Nachteile. Es gibt keine einzige Variante, die nur vorteilhaft wäre. Dies bedeutet, dass zwischen Vor- und Nachteilen abgewogen werden muss.

■ Innerhalb der sechs vorgestellten staatlichen Eingriffsmöglichkeiten scheint die Einführung eines Modells mit Globalbudget und Versicherern (Möglichkeit 5) das beste Verhältnis zwischen Vor- und Nachteilen aufzuweisen.

Welcher Weg soll nun eingeschlagen werden: eine verstärkte staatliche Steuerung wie sie im vorliegenden Papier 2 diskutiert wurde oder eine konsequentere Umsetzung des KVGs wie sie in Papier 1 erörtert wurde? Ganz offensichtlich hängt die Beantwortung dieser Frage, wie erwähnt, von der Beurteilung der Vor- und Nachteile der einzelnen Varianten und somit auch von den Werthaltungen der Beurteilenden ab. Weiter spielt auch die Beantwortung der Frage eine Rolle, inwiefern sich heute in der Gesundheitspolitik Mehrheiten finden lassen, um wesentliche Weichenstellungen anders vorzunehmen. Wird die politische Realisierbarkeit als Kriterium beigezogen, dann sehen wir folgende Abstufung des Vorgehens:

■ Im Vordergrund steht für uns die in Papier 1 vorgeschlagene konsequente Umsetzung des Konzeptes des «gelenkten» Wettbewerbs. Die zur Zeit laufenden Reformdiskussionen zielen ganz grob in diese Richtung, auch wenn sie im Detail wesentlich von der Linie der notwendigen Lösungen abweichen. Namentlich gilt es:

- die Prämienverbilligung substanziell zu verbessern (ergänzt u.U. durch eine Erhöhung des steuerfinanzierten Anteils),
- den Risikoausgleich anzupassen,
- den Kontrahierungszwang aufzulösen,
- die monistische Finanzierung einzuführen
- Managed-Care-Modelle substanziell zu fördern
- einkommensabhängige Franchisen einzuführen
- die Qualitätsmessung im ambulanten und stationären Bereich u.U. mit Hilfe von staatlichen Eingriffen substanziell voranzutreiben
- die Versicherten besser und gezielter zu informieren (guide santé)
- Prävention und Gesundheitsförderung stärker zu betonen und
- eine umfassendere Gesundheitspolitik zu betreiben.

■ Wie soll weitergegangen werden, wenn es aufgrund der politischen Konstellationen nicht gelingt, die zentralen Funktionsmängel des KVG zu beheben?

Die Ausführungen von Papier 2 legen es nahe, die Möglichkeit 5 (Globalbudget mit Versicherern) ernsthaft zu prüfen. Die staatliche Steuerung wird dadurch verstärkt, es besteht aber noch immer eine grosse Vielfalt an Versicherern und Leistungserbringer/innen, die über Anreize gesteuert werden. In den Niederlanden wird dieses Modell bereits mit Erfolg umgesetzt.

■ Wir können noch einen Schritt weitergehen und fragen, was geschehen sollte, wenn sich aufgrund politischer Widerstände das heutige KVG weder in Richtung «konsequente Umsetzung des gelenkten Wettbewerbs» noch in Richtung «Globalbudget mit Versicherern» verändern liesse? In dieser Situation könnte die Möglichkeit 4 (staatliche Einheitskasse) attraktiv werden.

Man darf sich nicht der Illusion hingeben, dass sich mit einem Entscheid auf der Systemebene alle Probleme mit einem Schlag lösen lassen. Zu denken ist daher auch an andere, ergänzende Strategien, um die Gesundheitspolitik zu verbessern. Dazu können insbesondere zwei Schritte gehören: Zum einen die Stärkung der Konsument/innensouveränität (Empowerment, bessere Informationen etc.), die aus dem Gesundheitssystem heraus zu einer Veränderung der Strukturen führen kann. Zum anderen die Initiierung von (lokalen) Pilotprojekten, die eine «andere und bessere» Gesundheitsversorgung erproben. So können sich neue Erfahrungen ergeben, die sich später über die ideologischen Grenzen hinweg verallgemeinern lassen.

Im vorliegenden zweiten Papier haben wir uns stark auf staatliche Reformmöglichkeiten des KVG konzentriert. Wir möchten an dieser Stelle nochmals auf die Ausführungen zu einer umfassenderen Gesundheitspolitik im ersten Papier hinweisen. Gesundheitspolitik ist mehr als die Bekämpfung von Krankheiten. Eine solidarische Gesundheitspolitik reduziert die sozialen Ungleichheiten, die gesundheitlichen Belastungen, erhöht die Ressourcen zur Bewältigung von Krankheiten und fördert/ermöglicht gesundheitsbewusstes Verhalten.

6 Literaturverzeichnis

- Association Internationale de la Mutualité (1999): Sozialschutz und Gesundheitssysteme. Strukturen und Tendenzen in 15 Ländern. Brüssel, Belgien (<http://www.aim-mutual.org/ge/index.htm>).
- Berchtold Peter und Kurt Hess (2005): Evidence für Managed Care. Europäische Literaturanalyse unter besonderer Berücksichtigung der Schweiz: Wirkung von Versorgungssteuerung auf Qualität und Kosteneffektivität. Arbeitsdokument des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums, Neuenburg.
- Enthoven Alain C. (1978): Consumer-Choice Health Plan, *Neu England Journal of Medicine*, 198, 650-658 (part 1) und 709-720 (part 2).
- Enthoven Alain C. (1988): *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*. North Holland, Amsterdam.
- Hilless Melissa and Judith Healy (2001): *Health Care Systems in Transition: Australia*. European Observatory on Health Care Systems.
- Klauss Gunar, André Busato und Daniel Zahnd (2005): Eine gesamtschweizerische Analyse der Versorgungsregionen im stationären Bereich, *Soziale Sicherheit*, 2/2005, 104-109.
- Leu Robert E., Albert Gemperle, Manuel Haas und Stefan Spycher (1993): *Privatisierung auf kantonaler und kommunaler Ebene*. Paul Haupt Verlag, Bern.
- Moser Markus (2003): 3. KVG-Revision. Schlussbericht zum Teilprojekt Managed Care. 2. Mai 2003. Der Bericht ist beim Bundesamt für Gesundheit erhältlich.

Reinhard Uwe E. (1991): Health Manpower Forecasting: The case of Physician Supply, in: E. Ginzberg (ed.) (1991): Health services research, key to health policy, Cambridge: Harvard University Press, 234-288.

Sommer Jürg H. (1999): Gesundheitssysteme zwischen Plan und Markt. Lenzhalde: F.K. Schattauer.

Spycher Stefan (2004): Gesundheits- und Krankenversicherungspolitik in der Schweiz: Eine Auslegeordnung (www.sgb.ch und www.buerobass.ch/studienverz_d.html#Krankenversicherung)

Spycher Stefan (2004b): Prognose und Planung in der ambulanten Gesundheitsversorgung. Literaturanalyse und Expertengespräche zur Prognose und Planung des medizinischen Personals in der Schweiz. Arbeitsdokument Nr. 5. Herausgegeben vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium, Neuenburg.

WHO (1996): Health Care Systems in Transition: Canada. Regional Office for Europe, Copenhagen.