

Mehr staatliche Steuerung in der Krankenversicherung?

Mehr staatliche Steuerung in der Krankenversicherung?

Spycher Stefan (2005): Mehr staatliche Steuerung in der Krankenversicherung? Möglichkeiten, Vor- und Nachteile einer verstärkten staatlichen Steuerung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Im Auftrag des Schweizerischen Gewerkschaftsbunds

Inhaltsübersicht

1. Ausgangslage und Fragestellungen
2. Staatliche Steuerung in der Krankenversicherung
3. Ansatzpunkte für staatliche Steuerungsmassnahmen in der Schweiz
4. Beschreibung und Beurteilung von sechs Möglichkeiten verstärkter staatlicher Steuerung für die Schweiz
5. Diskussion
6. Literaturverzeichnis

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 voraussetzten. Damit wurde das dem KVG zugrunde liegende Konzept des «gelenkten Wettbewerbs» übernommen.

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

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 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 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 Partillösungen dar. Die Möglichkeiten 5 (Glo-

Mehr staatliche Steuerung in der Krankenversicherung?

balbudgetsystem 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» (übergebürliche 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 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.

Tabelle Z1: 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

Mehr staatliche Steuerung in der Krankenversicherung?

■ **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 Preistreiberien 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. 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 existie-

Mehr staatliche Steuerung in der Krankenversicherung?

renden 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 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 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 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» verän-

dern 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.