

Gesundheits- und Krankenversicherungspolitik in der Schweiz: Eine Auslegeordnung

Avec un résumé et un avant-propos en français

Im Auftrag des
Schweizerischen Gewerkschaftsbundes SGB

Dr. Stefan Spycher
Bern, September 2004

Vorwort

Steigende Krankenkassenprämien, die Sicherung einer guten Gesundheitsversorgung für alle Menschen unabhängig von ihrem Portemonnaie, Befürchtungen um die Qualität der Angebote, die Anliegen der Beschäftigten im Gesundheitssektor. Diese Fragen und viele mehr beschäftigen die Gewerkschaftsmitglieder stark. Die Gesundheits- und Krankenversicherungspolitik ist eine sozial- und gewerkschaftspolitisch wichtige Frage und auch Bestandteil des Service public.

Das Krankenversicherungsgesetz befindet sich in Revision. Aber bisher sind trotz mehreren Anläufen kaum grundlegende Verbesserungen in Sicht. Um eine Einschätzung der Situation, aber auch Reformvorschläge für die Zukunft machen zu können, hat der SGB beim Gesundheits-Ökonom Stefan Spycher eine Studie in Auftrag gegeben, welche Reformvorschläge im Rahmen des heutigen Krankenversicherungsgesetzes aufzeigen soll. In seiner Studie „Gesundheits- und Krankenversicherungspolitik in der Schweiz: Eine Auslegung“ kommt der Autor zum Schluss, dass im heutigen Krankenversicherungsgesetz das Konzept des „gelenkten Wettbewerbs“ zu wenig konsequent umgesetzt wird. Die Solidarität müsse gestärkt, der Risikoausgleich zwischen den Kassen verbessert und im Gegenzug den Kassen ein grösserer Handlungsspielraum gewährt werden (kein Kontrahierungszwang im ambulanten Bereich), damit die Kosten und die Qualität einer Kontrolle unterstehen. Zudem schlägt er eine breitere Diskussion einer solidarischen Gesundheitspolitik vor, welche die Auswirkungen der sozialen Ungleichheit auf den Gesundheitszustand thematisiert (Belastung am Arbeitsplatz, Prävention und Gesundheitsförderung; Gefährdung spezieller Gruppen wie Migrant/innen etc.).

Die vorliegende Studie bietet eine fundierte Analyse und macht konkrete Vorschläge für Veränderungen innerhalb des bisherigen Systems. Damit soll innerhalb und ausserhalb der Gewerkschaften eine vertiefte Diskussion der Problemen und von Lösungsansätzen ausgelöst werden.

Die Problemanalyse zeigt, dass das bisherige System an Grenzen stösst. Zudem steht mit der Volksinitiative für eine soziale Einheitskrankenkasse ein konkreter Vorschlag auf der politischen Traktandenliste, der in eine andere Richtung geht als die in der Studie gemachten Vorschläge. Deshalb will der SGB auch Modelle prüfen, welche von einer anderen Perspektive als dem gelenkten Wettbewerb ausgehen. Bevor der SGB zu dieser Studie Stellung bezieht, sollen deshalb noch andere Vorschläge eingeholt werden. Insbesondere will der SGB auch Vorschläge prüfen, wie das Gesundheitswesen stärker staatlich gesteuert werden kann. Auf der Basis der beiden Studien sollen dann politische Folgerungen diskutiert werden.

Der Anfang zur Diskussion ist jedoch bereits mit der vorliegenden Studie gemacht.

Bern, Dezember 2004

SCHWEIZERISCHER GEWERKSCHAFTSBUND

Natalie Imboden

Avant-propos

Hausse des primes de caisse-maladie, garantie de soins de santé pour toutes les personnes quel que soit leur revenu, craintes quant à la qualité de l'offre de ces soins, revendications du personnel de la santé, toutes ces questions et beaucoup d'autres encore préoccupent profondément les membres des syndicats. La politique de la santé et de l'assurance-maladie est un aspect important de la politique sociale et de la politique syndicale. Elle s'inscrit par ailleurs dans le domaine des services publics.

Bien que la loi sur l'assurance-maladie se trouve en révision, aucune amélioration fondamentale n'est en vue à ce jour. Ce ne sont pourtant pas les tentatives qui manquent. Pour évaluer la situation et aussi pour pouvoir proposer des réformes, l'USS a chargé l'économiste de la santé Stefan Spycher de réaliser une étude permettant de dégager les réformes possibles dans le cadre de la loi actuelle. Dans son étude « Politique de la santé et de l'assurance-maladie en Suisse : état des lieux » le spécialiste conclut que la notion de « concurrence dirigée » n'est pas systématiquement appliquée en Suisse dans le cadre de la loi actuelle. L'auteur estime qu'il faut renforcer la solidarité, améliorer la compensation des risques entre les caisses et octroyer en contrepartie à celles-ci une plus grande marge de manœuvre (pas d'obligation de contracter dans les soins ambulatoires), pour qu'un contrôle soit exercé sur les coûts et la qualité. En outre, il propose un vaste débat sur une politique solidaire de la santé, débat qui porterait sur les conséquences des inégalités sociales sur la santé (atteintes à la santé au travail, prévention et promotion de la santé, risques encourus par certaines catégories, comme les migrant(e)s, etc.).

L'étude de Stefan Spycher propose une analyse approfondie de la situation et avance des propositions concrètes de modification qui s'inscrivent dans le régime actuel. Son but est de susciter, tant dans les syndicats qu'en dehors, un débat approfondi sur les problèmes et leurs solutions possibles.

L'analyse montre que le système actuel atteint ses limites. Par ailleurs, l'initiative populaire « Pour une caisse-maladie unique et sociale » lance dans le débat politique une idée concrète qui va dans une autre direction que les propositions de l'auteur. Pour cette raison, l'USS entend aussi étudier des modèles qui ne s'inspirent pas de la notion de concurrence dirigée. Dès lors, elle demandera d'autres propositions avant de prendre position sur la présente étude et s'intéressera en particulier à des modèles où l'État exerce sur la santé une influence plus forte. Elle tirera ensuite des conclusions politiques fondées sur les deux études.

Néanmoins, le débat sur la politique de la santé est d'ores et déjà lancé.

Berne, décembre 2004

UNION SYNDICALE SUISSE

Natalie Imboden

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	I
Avant-propos	III
Inhaltsverzeichnis	V
Zusammenfassung	VII
Résumé	XI
1 Ausgangslage	1
2 Grundsätzliche Überlegungen	1
2.1 Gesundheits- und Krankenversicherungspolitik	1
2.2 Staat oder Markt in der Krankenversicherung?	3
2.3 Solidarität	10
2.4 Zur Tragbarkeit der Kostenentwicklung	14
2.5 Das Menschenbild	16
3 Die heutige Krankenversicherung	17
3.1 Ziele und Konzept des KVG	17
3.2 Wirkungen und Problembereiche	19
3.3 Reformvorschläge	20
3.3.1 Vorschläge zur Verbesserung der Wirksamkeit des KVG	20
3.3.2 Vorschläge, die über das Konzept des KVG hinausgehen	31
3.4 Fazit zur Situation des heutigen KVG	34
4 Umrisse einer solidarischen Gesundheitspolitik	35
4.1 Krankheitsvermeidung	35
4.2 Krankheitsbekämpfung	37
4.3 Auswirkungen von Krankheiten bekämpfen	40
4.4 Eingehen auf besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen	41
4.5 Eingehen auf Personen mit gravierenden Krankheiten	41

5	Die laufende zweite Revision des KVG (Stand September 2004)	41
5.1	Prämienverbilligung	42
5.2	Kostenbeteiligungen	44
5.3	Kontrahierungszwang im ambulanten Bereich	45
5.4	Risikoausgleich	46
5.5	Managed Care	47
5.6	Spitalfinanzierung	48
5.7	Pflegefinanzierung	50
5.8	Fazit zur laufenden KVG-Revision	51
6	Gedanken zur strategischen Positionierung des SGB	52
7	Anhang	55
7.1	Zur Kostenentwicklung	55
7.2	Wirkung der Prämienverbilligung	58
7.3	Die WHO-Ziele	59
8	Literaturverzeichnis	61

Zusammenfassung

Ausgangslage

Der Schweizerische Gewerkschaftsbund (SGB) möchte in der Gesundheitspolitik verstärkt aktiv werden. Daher beschloss er, seine zukünftigen Aktivitäten durch eine entsprechende, wissenschaftlich basierte Auslegeordnung abzustützen. Sie soll sich im Rahmen des durch das heutige Krankenversicherungsgesetz (KVG) abgesteckten Rahmens bewegen und nicht grundsätzliche Alternativen dazu evaluieren (bspw. den Übergang zu einem nationalen Gesundheitsdienst).

Grundsätzliche Überlegungen

Um die Konzeption und die Wirkungen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) einordnen zu können, werden zuerst einige grundsätzliche Überlegungen angestellt.

■ Zu Unrecht wird die öffentliche Diskussion um die **Gesundheitspolitik** auf eine Diskussion rund um die Krankenversicherung reduziert. Es finden sich immer mehr Hinweise dafür, dass in Zukunft die grössten Fortschritte für die Volksgesundheit durch mehr soziale Gleichheit, mehr Gesundheitsförderung und mehr Krankheitsverhütung erzielt werden können.

■ Die oft polarisierende Diskussion um **«Staat» oder «Markt»** im Gesundheitswesen greift zu kurz. Beide Organisationsformen sind möglich, allerdings stehen jeweils andere Ziele im Vordergrund. Bei einem eher staatlich ausgestalteten Gesundheitssystem steht der für alle sozialen Schichten garantierte Zugang zu den Leistungserbringer/innen sowie die Kostenkontrolle im Zentrum. In einem Gesundheitssystem, das mehr auf wettbewerbliche Elemente setzt, steht die Wahlfreiheit der Versicherten sowie die effiziente Erbringung der Leistungen im Vordergrund. Der Marktmechanismus kann, wie in vielen anderen Bereichen, auch im Gesundheitswesen nutzbringend eingesetzt werden. Allerdings braucht es dazu starke und klare staatliche Rahmenbedingungen.

■ Im Gesundheitswesen spielt die **Solidarität** eine zentrale Rolle. Oft wird aber zu wenig unterschieden, wer mit wem und warum solidarisch sein soll. Im Zentrum steht sowohl die Solidarität zwischen «Gesund» und «Krank» wie auch zwischen «Reich» und «Arm». Diese Solidaritäten können durch eine entsprechende Gesundheitspolitik, die die soziale sowie die gesundheitliche Ungleichheit bekämpft, durch eine Solidarität bei den Leistungen der Krankenversicherung (breiter Grundleistungskatalog; gesicherter Zugang) sowie durch eine Solidarität bei der Finanzierung der Krankenversicherung erreicht werden.

■ Die **Kostenentwicklung** wird zurecht als besorgniserregend bezeichnet, weil die Zunahme seit Jahren über derjenigen der Löhne und Preise liegt. Ein genaueres Hinschauen zeigt aber, dass weniger die Kostenentwicklung selbst, sondern die Finanzierung der Kosten problematisch ist. Letztere wird für einkommensschwache Haushalte immer schwieriger; dies vor allem auch deshalb, weil die Prämienverbilligungen noch nicht ausreichend wirksam sind. Die Kostenentwicklung ihrerseits steht vor allem auch für den medizinisch-technischen Fortschritt und für die immer besseren Leistungen der Medizin. Dies ist nicht zu beklagen. Aus ökonomischer Sicht ist allerdings zu kritisieren, dass dieselben Leistungen wesentlich billiger zu haben sein dürften, wenn die Anreize für verschiedene Akteur/innen richtig gesetzt würden.

■ Im Bereich der Gesundheitspolitik spielen verschiedene wissenschaftliche Disziplinen eine Rolle. Sie unterscheiden sich nicht zuletzt aufgrund ihres **Menschenbildes**. Im vorliegenden Rahmen gehen wir von einem erweiterten ökonomischen Ansatz aus. Damit nehmen wir an, dass sich Menschen stark von Anreizen leiten lassen. Wenn man diese Anreize ändert, dann kann man auch das Verhalten der davon betroffenen Menschen beeinflussen. Für die Reformvorschläge bedeutet dies, dass diese sich stark auf Anreizänderungen konzentrieren, ohne die vorhandenen Institutionen zu vernachlässigen und das Sozialkapital zu schmälern.

Die heutige Krankenversicherung

Die Analyse der heutigen Krankenversicherung zeigt folgendes:

■ Dem KVG liegt das ökonomische Konzept des **«gelenkten Wettbewerbs»** zu Grunde. Dies bedeutet, dass man Wettbewerb zwischen den Versicherern und den Leistungserbringer/innen innerhalb von klaren staatlichen Rahmenbedingungen will. Die wichtigsten Eckpunkte sind dabei: Obligatorium mit Aufnahmepflicht für die Versicherer, Mindestanforderungen an die Qualifikationen der Leistungserbringer/innen, abschliessende Definition des Grundleistungspakets, Mindestversorgungsvorschriften, Prämienverbilligung etc.). Allerdings wurde dieses Konzept nicht in Reinkultur umgesetzt, sondern an verschiedenen Stellen vom Gesetzgeber entscheidend modifiziert.

■ Die vom Bundesamt für Sozialversicherung (heute: Bundesamt für Gesundheit) durchgeführte **Wirkungsevaluation** des KVG kommt zum Schluss, dass im Bereich der Solidarität und der Qualität des KVG die Ziele weitgehend, aber keineswegs vollständig erreicht worden sind. Unerfüllt blieben die Erwartungen im Bereich der Kostendämpfung.

■ Die Analyse der Probleme des KVG zeigt, dass sie schwergewichtig mit der **unvollständigen Umsetzung** des Konzeptes des «gelenkten Wettbewerbs» zu tun hat. In der Folge liegen die notwendigen Reformschritte bei der konsequenteren Umsetzung des Konzeptes und nicht bei der Abkehr vom Konzept.

Es werden im Bericht eine Vielzahl von **Reformen** diskutiert. Im Vordergrund stehen folgende Schritte:

■ **Verstärkung der Solidarität:** Verbesserung der Prämienverbilligung; Prüfung der Erhöhung des steuerfinanzierten Anteils, der aber nicht für die Finanzierung des stationären Bereichs eingesetzt werden soll (Abkehr von der Objektfinanzierung).

■ **Kostendämpfung:** Aufhebung des Kontrahierungszwangs im ambulanten und stationären Bereich; Übergang zur monistischen Finanzierung (Einspeisung der kantonalen Subventionen über die Versicherer); Förderung von Managed-Care-Modellen; Verbesserung des Risikoausgleichs zwischen den Krankenversicherern; Prüfung des Verbotes des Angebotes von Zusatzversicherungen; einkommensabhängige Kostenbeteiligungen; gezielte und bessere Information der Versicherten (Guide santé); Erleichterung von Kassenwechseln; Bildung von Versorgungsregionen; Prüfung der Aufteilung in Grossrisiken und Normalrisiken; Förderung der Prävention und der Gesundheitsförderung.

■ **Erhöhung der Qualität:** Messung der Qualität; gezielte und breite Einführung des Qualitätsmanagements im ambulanten und stationären Bereich.

Umriss einer solidarischen Gesundheitspolitik

Soziale Ungleichheit wirkt sich über unterschiedliche gesundheitliche Belastungen, über unterschiedliche gesundheitliche Ressourcen, die für die Bewältigung der Belastungen zur Verfügung stehen, über unterschiedliche Versorgungen bei Krankheit sowie über unterschiedliche Lebensstile auf die gesundheitliche Ungleichheit aus. Eine solidarische Gesundheitspolitik muss daher an fünf Stellen zugreifen:

■ **Soziale Ungleichheit reduzieren:** Soziale Ungleichheit kann stark durch die Bildungs-, Gleichstellungs- und Integrationspolitik beeinflusst werden. In all diesen Bereichen müssen Massnahmen ergriffen werden, um mehr soziale Gleichheit zu erreichen. Mehr soziale Gleichheit wirkt sich selbstverständlich nicht nur im gesundheitlichen Bereich, sondern auch noch in vielen anderen Bereichen positiv aus.

■ **Gesundheitliche Belastungen reduzieren:** Eine nachhaltige Umwelt- und Verkehrspolitik kann die gesundheitlichen Belastungen ganz

generell reduzieren. Darüber hinaus sind aber vor allem in der Arbeitswelt die gesundheitlichen Belastungen weiter zu verringern (Arbeitszeitpolitik, Gesundheitsschutz, Unfallverhütung etc.). Im Gesundheitswesen selbst gibt es – sowohl bei den Ärzt/innen wie auch bei den Pflegenden – ebenfalls vielerlei Belastungen, die reduziert werden sollten.

■ **Gesundheitliche Ressourcen erhöhen:** Bei den persönlichen Ressourcen ist sowohl an eine geeignete Bildungs-, Lohn-, Gleichstellungs- und Integrationspolitik zu denken. Darüber hinaus können gezielte Massnahmen eingesetzt werden, um die Versicherten in der Bewältigung von Krankheiten zu stärken. Ressourcen sind aber nicht nur persönlich, sondern haben auch mit dem sozialen Umfeld zu tun. Eine entsprechende Gesellschaftspolitik (bspw. auch Familien- und Sozialpolitik) soll dazu führen, dass das Sozialkapital der Gesellschaft erhalten und erhöht wird. Insbesondere ist für eine ausgewogene Verteilung von Einkommen und Vermögen zu sorgen.

■ **Gesundheitsbewussteres Verhalten ermöglichen und fördern:** Durch entsprechende Anstrengungen im Bereich der Gesundheitsaufklärung aber auch der Gesundheitserziehung soll gezielt auf das Gesundheitsverhalten Einfluss genommen werden. Ungebrochen wichtig ist darüber hinaus aber auch ein guter KonsumentInnenenschutz, um die Versicherten vor Gesundheitsbelastungen zu schützen.

■ **Solidarischere Gesundheitsversorgung:** Der fünfte und letzte Ansatzpunkt besteht im System der Krankenversicherung selbst. Es soll eine ausreichende Solidarität zwischen «Gesund» und «Krank» bzw. zwischen «Reich» und «Arm» angestrebt werden.

Die laufende 2. Teilrevision des KVG

Die vom Bundesrat im Frühjahr 2004 gemachten Vorschläge für die 2. Teilrevision des KVG gehen – ganz grob beurteilt – mehr oder weniger in die richtige Richtung, wenn sie auch insgesamt zu wenig weit reichen und sowohl in Einzelheiten wie teilweise auch in grundsätzlichen Aspekten noch angepasst werden sollten. Darüber hinaus werden verschiedene Reformen, die ebenfalls notwendig wären, nicht angegangen (bspw. beim Risikoausgleich). Abzulehnen sind die bundesrätlichen Vorschläge im Bereich der Kostenbeteiligungen (Erhöhung des Selbstbehaltes von 10 Prozent auf 20 Prozent), da sie vor allem den unteren und mittleren Mittelstand belasten.

Gedanken zur strategischen Positionierung des SGB

Das vorliegende Papier gibt einige Hinweise für die strategische Positionierung des SGB:

■ Aus **wissenschaftlich-ökonomischer Sicht** liegt es nahe, den vom Bundesrat in der 2. Teil-

revision des KVG eingeschlagenen Weg – mit einigen wesentlichen Korrekturen und Erweiterungen – weiter zu verfolgen. Dies ist nicht spekulär, aus einer pragmatischen Sichtweise aber sinnvoll. Es gibt im Moment keine überzeugende grundsätzliche Alternative zum eingeschlagenen Weg. Allerdings lohnt es sich, in Bereichen, die dem SGB besonders wichtig sind, besonders darauf zu achten, dass die Entwicklung in die richtige Richtung geht.

Dann ist es aus wissenschaftlich-ökonomischer Sicht ebenfalls ganz wichtig, den Blick über das KVG hinaus auf die generelle Gesundheitspolitik auszuweiten. Übereinstimmend sind viele Autor/innen der Ansicht, dass im Bereich der Prävention und der Gesundheitsförderung besondere Anstrengungen notwendig und sinnvoll sind.

■ Aus der **Sichtweise einer solidarischen Gesundheitspolitik** drängen sich verschiedene Massnahmenbereiche auf:

a) Der SGB kann mit seinen bisher bereits betriebenen Aktivitäten – vor allem auch im Rahmen der GAV-Verhandlungen – dazu beitragen, dass soziale Ungleichheiten und gesundheitliche Belastungen reduziert sowie gleichzeitig die Ressourcen für die Bewältigung der gesundheitlichen Belastungen erhöht werden.

b) Der SGB könnte sich aber auch ganz bewusst stärker im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung engagieren.

c) Der SGB kann sich noch mehr als bisher für die Integration gefährdeter Gruppen (bspw. von Teilinvaliden, Migrant/innen etc.) in den Erwerbsprozess einsetzen. Die Integration dürfte bei diesen Gruppen förderlich für die (psychische) Gesundheit sein.

d) Es drängt sich auf, dass sich der SGB (wiederum) für die Einführung einer obligatorischen Krankentaggeldversicherung einsetzt, um die Ungleichheiten beim krankheitsbedingten Lohnausfall auszugleichen. Dadurch werden indirekt die Ressourcen zur Bewältigung von Krankheiten erhöht.

e) Der SGB kann sich ganz gezielt in der Prävention von Krankheiten bei seinen Mitgliedern engagieren. Dazu gehören vor allem Massnahmen im Bereich der Information und der Bildung.

■ Mit **Blick auf die Beschäftigten im Gesundheitswesen** drängt es sich für den SGB auf, sich für möglichst gute Arbeitsbedingungen einzusetzen. Insbesondere muss darauf geachtet werden, dass sich der zunehmende Druck auf die Ärzt/innen nicht negativ auf die Pflegenden auswirkt.

■ Mit **Blick auf besonders gefährdete Gruppen** drängt es sich auf, dass sich der SGB vor allem für diejenigen Gruppen einsetzt, die sich in seinem Tätigkeitsfeld bewegen. Dazu gehören

sicher die ausländischen Erwerbstätigen. Hierbei ist besonders darauf zu achten, dass die Ausländer/innen das Gesundheitssystem verstehen, sich darin bewegen können und die Leistungen in Anspruch nehmen, auf die sie ein Anrecht haben.

Weiter drängt es sich aber auch auf, dass sich der SGB für diejenigen Mitglieder besonders einsetzt, die höheren gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt sind und auch mit höheren Risiken der Invalidisierung leben. Hier eröffnet sich das ganze Spektrum von Möglichkeiten: Bildung, Information, Präventionsmassnahmen, Gesundheitsförderungsmassnahmen, Lohnpolitik etc.

Eine weitere Gruppe, die die Aufmerksamkeit des SGB verlangt, sind die working poor. Gerade bei dieser Gruppe kann vermutet werden, dass die Ressourcen zur Bewältigung von Krankheiten nicht sehr gross sind. Existenzsichernde Löhne sind hier sicher eine ganz zentrale Massnahme, um die Situation der working poor zu verbessern.

■ Mit **Blick auf die Frauen** sollte darauf geachtet werden, dass die bereits erkämpften Errungenschaften nicht in Frage gestellt werden. Dazu gehört bspw. die Prämienungleichheit zwischen Männern und Frauen in den Grundversicherung. Dann könnte daran gedacht werden, auch bei den Zusatzversicherungen die Prämienungleichheit zwischen den Geschlechtern einzuführen.

■ Dann wäre auch zu überlegen, ob der SGB nicht ganz direkt ein **Akteur im Gesundheitswesen** werden möchte. Dies könnte über verschiedene Wege erfolgen, beispielsweise:

a) Es könnte daran gedacht werden, eine eigene, neue Krankenversicherung zu gründen. Dies geschieht heute immer wieder. Mit einer eigenen Versicherung könnte man auf allen Ebenen versuchen, einer solidarischen Gesundheitspolitik Ausdruck zu geben. Beispielsweise über die Einrichtung von Managed-Care-Organisationen, über die Einrichtung von Zusatzversicherungen, die besonders solidarisch ausgestaltet sind, über Qualitätsförderungsprogramme, welche mit kooperationswilligen Leistungserbringer/innen zusammen entwickelt würden, etc.

b) Es könnte eine eigene HMO gegründet werden, die sich besonders der qualitativ hochwertigen Versorgung verschreibt.

c) Es könnte eine Stiftung eingerichtet werden, die sich ganz bewusst der betrieblichen Gesundheitsförderung widmet.

Résumé

Introduction

Souhaitant intervenir plus activement dans la politique de la santé, l'Union syndicale suisse (USS) a décidé de fonder ses activités futures dans le domaine sur un état des lieux dressé selon des critères scientifiques. Cet état des lieux doit s'inscrire dans les limites de la loi sur l'assurance maladie (LAMal) actuelle et ne pas évaluer d'autres systèmes de santé (comme le passage à un service national de la santé).

Considérations de principe

Afin de pouvoir placer la conception et les effets de la LAMal dans la perspective correcte, il convient au préalable de présenter quelques considérations de principe.

■ À tort, le débat public sur la **politique de la santé** se réduit à une discussion sur l'assurance maladie. Les indices s'accumulent qui laissent penser que, à l'avenir, les plus grands progrès de la santé de la population se réaliseront grâce à plus de justice sociale, grâce à la promotion de la santé et grâce à la prévention des maladies.

■ Souvent polarisé autour de l'« État » et du « marché », le débat reste trop superficiel. Les deux formes d'organisation sont possibles, même si elles accordent la priorité à des objectifs différents. Ainsi, un système de santé plutôt public donne la préférence à l'accès de tous et toutes aux prestataires, ainsi qu'au contrôle des coûts. En revanche, un système de santé qui mise plus sur la concurrence fait la part belle au libre choix des assuré(e)s et à la fourniture efficace des prestations. Comme dans de nombreux autres secteurs, le marché peut aussi être utilisé à bon escient dans la santé. Toutefois, il faut que l'État fixe des conditions claires et strictes.

■ Dans la santé, la **solidarité** joue un rôle crucial. Cependant, l'on n'étudie en général guère ou trop peu qui doit être solidaire avec qui et pourquoi. Or, la solidarité peut jouer tant entre les « bien portants » et les « malades » qu'entre les « riches » et les « pauvres ». L'on peut faire jouer la solidarité par le biais d'une politique de la santé qui lutte contre l'inégalité sociale et contre l'inégalité devant la santé, par le biais d'une solidarité en matière de prestations de assurance maladie (catalogue de prestations de base plus étoffé, accès garanti) et par le biais du financement solidaire de celle-ci.

■ À bon droit, l'on qualifie de préoccupante **l'évolution des coûts**, car elle est supérieure, depuis des années, à la progression des salaires et des prix. Toutefois, une analyse plus attentive montre que ce n'est pas tant l'évolution en soi que le financement des coûts qui pose pro-

blème. En effet, ce second aspect est de plus en plus inabordable pour les bas revenus, surtout parce que les réductions de prime ne sont pas encore assez efficaces. De son côté, l'évolution des coûts est aussi fonction des progrès de la médecine et des soins, et ce n'est pas à déplorer. Du point de vue économique, il faut cependant critiquer le fait que nous pourrions disposer des mêmes prestations à un prix nettement inférieur si les incitations étaient correctement définies pour les différentes parties prenantes.

■ Dans la politique de la santé, différentes disciplines scientifiques ont leur mot à dire et elles se distinguent les unes des autres notamment par leur **conception de l'être humain**. Dans le cadre actuel, c'est la conception économique au sens large qui domine et nous supposons donc que les personnes sont fortement sensibles aux incitations. Aussi, si nous modifions ces incitations, nous pourrions modifier le comportement des personnes. Pour les projets de réforme, cela signifie qu'ils doivent fortement se concentrer sur la modification des incitations, sans négliger les institutions existantes ni faire fondre le capital social.

assurance maladie aujourd'hui

L'analyse de assurance maladie aujourd'hui aboutit aux conclusions suivantes :

■ La LAMal se fonde sur la théorie économique de la « **concurrence dirigée** ». En d'autres termes, la concurrence entre les assureurs et les prestataires est subordonnée à des conditions du droit public claires, dont les principales sont les suivantes : assurance obligatoire avec obligation d'admission pour les assureurs, qualifications minimales des prestataires, définition exhaustive des prestations de base, prescriptions en matière de soins minimaux, réduction des primes, etc. Toutefois, ce système n'est pas « chimiquement pur » et a été profondément modifié en plusieurs endroits par le législateur.

■ **L'évaluation des effets de la LAMal** effectuée par l'Office fédéral des assurances sociales (l'Office fédéral de la santé publique, actuellement) conclut que, en matière de solidarité et de qualité de la LAMal, les objectifs sont atteints en grande partie mais pas totalement. En revanche, les attentes en matière de maîtrise des coûts n'ont pas été comblées.

■ L'analyse des problèmes de la LAMal montre qu'ils sont dus en grande partie à **l'application incomplète** du principe de la « concurrence dirigée ». En conséquence, les réformes nécessaires doivent porter sur la mise en œuvre systématique du principe plutôt que sur son abandon.

Le rapport analyse un grand nombre de **réformes**, les principales étant les suivantes :

■ **Renforcement de la solidarité** : amélioration des réductions de primes ; examen du relèvement de la part financée par l'impôt qui ne doit toutefois pas être affectée au financement du secteur hospitalier (abandon de l'aide à l'objet).

■ **Maîtrise des coûts** : suppression de l'obligation de contracter dans les secteurs hospitalier et ambulatoire ; passage au financement moniste (versement des subventions cantonales via les assureurs) ; promotion des modèles de réseau de soins intégrés « managed care » ; amélioration de la compensation des risques entre les assureurs ; examen de l'interdiction des assurances complémentaires ; participation aux frais en fonction du revenu ; information meilleure et ciblée des assuré(e)s (guide santé) ; changement de caisses facilité ; création de régions de soins ; examen de la classification entre grands risques et risques normaux ; encouragement de la prévention et de la promotion de la santé.

■ **Amélioration de la qualité** : mesure de la qualité ; généralisation large et ciblée de la gestion de la qualité dans les secteurs hospitalier et ambulatoire.

Esquisse d'une politique de la santé solidaire

L'inégalité sociale se traduit en inégalité devant la santé par différents effets : différences dans les atteintes à la santé, dans les ressources disponibles pour remédier à ces atteintes, dans les soins dispensés en cas de maladie et dans les styles de vie. Pour cette raison, une politique de la santé solidaire doit agir sur cinq plans :

■ **Réduire l'inégalité sociale** : la politique en matière de formation, d'égalité et d'intégration peut fortement réduire l'inégalité sociale. Dans tous ces domaines, il faut prendre des mesures pour parvenir à davantage d'égalité sociale. Bien entendu, de tels progrès n'ont pas seulement un effet bénéfique sur la santé, mais aussi dans de nombreux autres secteurs.

■ **Réduire les atteintes à la santé** : une politique durable en matière d'écologie et de transports peut réduire de façon générale les atteintes à la santé. De surcroît, il y a lieu de continuer à diminuer les atteintes à la santé surtout dans le monde du travail (politique du temps de travail, protection de la santé, prévention des accidents, etc.). Dans la santé proprement dite, il y a aussi de nombreuses atteintes à la santé qui devraient être atténuées, tant pour les médecins que pour le personnel soignant.

■ **Augmenter les ressources sanitaires** : pour ce qui est des ressources personnelles, il faut songer à une politique appropriée en matière de formation, de salaire, d'égalité et d'intégration. En outre, l'on peut adopter des mesures judi-

cieuses pour renforcer la position des assuré(e)s malades. Toutefois, les ressources ne sont pas seulement personnelles mais aussi sociales. La politique sociale (y compris la politique familiale) doit garantir le maintien et le développement de notre capital social. Il faut en particulier veiller à une distribution équilibrée du revenu et de la fortune.

■ **Rendre possible et favoriser un style de vie sain** : des efforts doivent être consentis en matière d'information et d'éducation à la santé pour influencer le comportement en matière de santé. De surcroît, la protection des consommateurs et consommatrices est tout aussi importante, pour protéger les assuré(e)s des atteintes à leur santé.

■ **Soins de santé solidaires** : le cinquième et dernier plan est celui de assurance maladie proprement dite. Il faut s'efforcer d'établir une solidarité satisfaisante entre « bien portants » et « malades » ainsi qu'entre « riches » et « pauvres ».

Deuxième révision partielle de la LAMal

Grosso modo, les propositions que le Conseil fédéral a avancées au printemps 2004 pour la 2e révision partielle de la LAMal vont plus ou moins dans la bonne direction, même si elles ne vont pas assez loin dans l'ensemble et qu'il faille encore en modifier tant des détails que des aspects fondamentaux. De surcroît, diverses réformes qui seraient aussi nécessaires ne sont pas mises en chantier (comme la compensation des risques). Il convient de rejeter les propositions du Conseil fédéral en matière de participation aux frais (hausse de la quote-part de 10 à 20 pour cent) car elles constituent une charge en particulier pour les bas et moyens revenus.

Considérations relatives à l'orientation stratégique de l'USS

Le présent document propose quelques pistes pour l'orientation stratégique de l'USS :

■ Dans une **perspective scientifique et économique**, il est évident qu'il faut poursuivre la voie empruntée par le Conseil fédéral avec la 2e révision partielle de la LAMal, en y introduisant quelques corrections et extensions de poids. Cela n'a rien de spectaculaire mais est raisonnable dans une perspective pragmatique. Actuellement, il n'y a pas d'autre solution convaincante. Néanmoins, il vaut la peine, dans les domaines où l'USS est particulièrement important, de veiller à ce que la situation évolue dans la bonne direction.

En effet, il est tout aussi important, dans une perspective scientifique et économique, de prendre du recul par rapport à la LAMal et de

prendre en considération l'ensemble de la politique de la santé. De nombreux auteurs s'accordent à penser que des efforts particuliers sont nécessaires et utiles dans la prévention et dans la promotion de la santé.

■ Dans la **perspective d'une politique de la santé solidaire**, plusieurs ensembles de mesures s'imposent :

a) Avec les activités qu'elle mène déjà, notamment dans la négociation collective, l'USS peut contribuer à réduire les inégalités sociales et les atteintes à la santé, tout en augmentant les ressources dont les assuré(e)s disposent pour surmonter ces atteintes.

b) L'USS pourrait aussi s'engager plus énergiquement dans la promotion de la santé en entreprise.

c) L'USS peut s'engager davantage en faveur de l'insertion professionnelle de certains groupes à risque (invalides partiels, migrant(e)s, etc.). Pour ces groupes, l'insertion aurait des effets positifs sur la santé (psychique).

d) Il est nécessaire que l'USS s'engage (à nouveau) en faveur d'une assurance indemnités journalières obligatoire pour compenser les inégalités en cas de perte de salaire due à la maladie. De la sorte, les ressources pour surmonter les maladies s'en trouvent augmentées.

e) L'USS peut pratiquer la prévention des maladies auprès de ses membres. Il s'agit surtout de mesures d'information et de formation.

■ Dans la **perspective du personnel de la santé**, il est urgent pour l'USS de s'engager pour des conditions de travail aussi bonnes que possible. Il faut en particulier veiller à ce que les pressions croissantes qui s'exercent sur les médecins n'aient pas un effet indésirable sur le personnel soignant.

■ Dans la **perspective des groupes à risque**, l'USS doit s'engager avant tout en faveur des groupes qui se meuvent dans son champ d'action. Il s'agit sûrement au moins des travailleurs et travailleuses étrangers. Il faut en particulier veiller à ce que ces personnes comprennent le fonctionnement de notre système de santé, s'y orientent et mettent à contribution les prestations auxquelles ils ont droit.

Par ailleurs, il faut aussi que l'USS agisse en faveur des membres qui sont particulièrement exposés aux atteintes à la santé et présentent un risque plus élevé de devenir invalides. La gamme des mesures est ici vaste : formation, information, prévention, promotion de la santé, politique salariale, etc.

Les travailleurs et travailleuses paupérisés (« working poor ») sont un autre groupe qui mérite l'attention de l'USS. Il est logique de supposer qu'ils ne disposent guère de ressources pour surmonter les problèmes de santé. Dans ce

contexte, des salaires suffisant à couvrir les besoins vitaux sont certainement d'une très grande importance pour améliorer la situation de cette catégorie.

■ Dans la **perspective des femmes**, il faut éviter que les acquis soient remis en question. L'on songe en particulier à l'égalité des primes dans l'assurance de base pour les hommes et pour les femmes. L'on pourrait aussi songer à introduire cette égalité dans les assurances complémentaires.

■ Il faudrait aussi réfléchir à la possibilité pour l'USS de devenir **partie prenante** dans la santé. Il y aurait plusieurs façons de procéder :

a) L'on pourrait songer à fonder une nouvelle assurance-maladie, un fait fréquent de nos jours. Avec une caisse syndicale, il serait possible de donner un élan à une politique de la santé solidaire à tous les niveaux, en créant par exemple des réseaux de soins intégrés, en lançant des assurances complémentaires au caractère particulièrement solidaire, en élaborant des programmes de gestion de la qualité avec des prestataires disposés à collaborer, etc.

b) L'USS pourrait fonder sa HMO qui se spécialiserait dans les soins de qualité.

c) L'USS pourrait créer une fondation spécialement consacrée à la promotion de la santé en entreprise.

1 Ausgangslage

Der Schweizerische Gewerkschaftsbund (SGB) möchte in der Gesundheitspolitik verstärkt aktiv werden. Daher beschloss er, seine zukünftigen Aktivitäten durch eine entsprechende, wissenschaftlich basierte Auslegeordnung abzustützen. Sie soll sich im Rahmen des durch das heutige Krankenversicherungsgesetz (KVG) abgesteckten Rahmens bewegen und nicht grundsätzliche Alternativen dazu evaluieren (bspw. den Übergang zu einem nationalen Gesundheitsdienst). Obschon ein kurzes Papier erwartet wird, soll es dennoch umfassend sein, indem sowohl grundsätzliche Aspekte der Krankenversicherung wie auch die aktuellen Themen der 2. Teilrevision des KVG diskutiert werden.

Das Papier ist daher wie folgt aufgebaut: In **Abschnitt 2** werden verschiedene grundsätzliche Fragen, die miteinander nur indirekt verbunden sind, diskutiert. Dadurch sollen gewisse Aspekte geklärt werden, die dann später in der vertieften Diskussion des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) wieder eine Rolle spielen. Es geht dabei erstens um das Verhältnis zwischen der übergeordneten Gesundheitspolitik einerseits und der Krankenversicherung andererseits. Zweitens wird die Grundfrage «Markt oder Staat?» behandelt. Im dritten Teil geht es um das Thema Solidarität. Was wird darunter verstanden, welche Konsequenzen haben verschiedene Vorstellungen? Viertens gehen wir auf die Frage ein, ob und wo es Grenzen der Tragbarkeit der Kosten gibt.

In **Abschnitt 3** wird das heutige System der Krankenversicherung eingeführt, die wichtigsten Probleme und Reformvorschläge werden benannt. In **Abschnitt 4** skizzieren wir die Umriss einer solidarischen Gesundheitspolitik. Die Ergebnisse des zweiten, dritten und vierten Abschnittes erlauben es uns anschliessend in **Abschnitt 5**, die vom Bundesrat nach dem Vernehmlassungsverfahren im Mai 2004 vorgelegten Reformschritte in der 2. Teilrevision des KVG zu beurteilen. **Abschnitt 6** schliesst das Papier ab, in dem einige Hinweise zusammengetragen werden, wie sich der SGB in der Diskussion strategisch positionieren könnte.¹

2 Grundsätzliche Überlegungen

2.1 Gesundheits- und Krankenversicherungspolitik

Die Diskussion rund um die Schweizerische Gesundheitspolitik wird stark durch jene um die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) dominiert. Dies ist verständlich und problematisch zugleich. Verständlich ist es, weil eine umfassende Gesundheitspolitik (noch) nicht formuliert ist² und die in den letzten 10 Jahren stark zunehmende Prämienbelastung den Fokus der Versicherten zurecht auf die OKP gelenkt hat. Problematisch ist diese Fokussierung der Diskussion, weil sie den Stellenwert der Krankenversicherung überbetont – die OKP macht knapp 50 Prozent aller Ausgaben im Gesundheitswesen aus³ – und somit wichtige Bereiche der Beeinflussung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung nicht thematisiert.

Das Ziel einer Gesundheitspolitik ist die Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung durch die Minderung krankheitsbedingter Einschränkungen der Lebensqualität und des vorzeitigen Todes.⁴ Die Gesundheitspolitik wirkt daher ein auf die Gesundheitsförderung, die Krankheitsverhütung (Primärprävention), die Früherkennung von Krankheiten (Sekundärprävention) sowie die medizinische Behandlung,

¹ Ich möchte verschiedenen Gesprächspartner/innen ganz herzlich für ihre Kommentare zu einer ersten Version des Berichtes danken (Zwischenbericht per 28. Mai 2004). Selbstverständlich bin ich für die vorliegende Version vollständig und alleine verantwortlich.

² Das Projekt «Nationale Gesundheitspolitik» wird ev. dereinst dazu führen (vgl. Ita/Lehmann 2002).

³ Vgl. den **Anhang** für eine kurze Übersicht über die Kostenentwicklung.

⁴ Rosenbrock/Gerlinger (2004, 13).

Betreuung und Rehabilitation, wenn eine Krankheit eingetreten ist. Die Krankenversicherung kümmert sich vor allem um den zweiten Teil dieser Kette. Ebenso wichtig ist aber die Verhinderung des Auftretens von Krankheiten. Dies umso mehr, weil die Wahrscheinlichkeit, krank zu werden, sehr ungleich auf die sozialen Schichten verteilt ist: Menschen aus tieferen sozialen Schichten werden häufiger krank und sterben früher.⁵

Dass die Gesundheitspolitik nicht nur auf die Krankenversicherung beschränkt werden kann, belegen auch die im **Anhang** aufgeführten 21 Ziele der WHO für Europa.⁶ Nur drei Ziele beziehen sich direkt auf die kurative Medizin und das Gesundheitswesen. Die übrigen Ziele haben die Gesundheitsunterschiede zwischen den sozialen Schichten, den Gesundheitszustand bestimmter Bevölkerungsgruppen, die Prävention bei Infektionskrankheiten, das Gesundheitsverhalten, die Umweltbedingungen, die Verteilung der Finanzierungslast, die Gesundheitsforschung sowie die Arbeitskräfte im Gesundheitswesen zum Gegenstand.

Verschiedene Autor/innen weisen darauf hin, dass in der Schweiz das Verhältnis zwischen den Gesundheitskosten und dem dadurch ausgelösten Nutzen kritischer zu beurteilen ist als für andere Länder.

■ Domenighetti/Quaglia (2001, 72) vergleichen die Zufriedenheit der Bevölkerung mit der Krankenversorgung, die Säuglingssterblichkeit, die Müttersterblichkeit und die vermeidbare Mortalität zwischen verschiedenen Ländern und kommen zum Schluss, dass das „Schweizer Gesundheitssystem nicht als ‚leistungsfähig‘ betrachtet werden kann, da Länder mit Pro-Kopf-Ausgaben, die um 50% niedriger sind als die unseren, besser Gesundheitsindikatoren und eine grössere Zufriedenheit der Bevölkerung ausweisen.“

■ Sommer (1999, 75) folgert, dass für die Hebung der Volksgesundheit Strategien zur Gesundheitsförderung (Öffentlichkeitsarbeit, neue Gesundheitsleitbilder, systematische Gesundheitserziehung und –beratung sowie die Verbesserung der Umweltqualität) effektiver sein dürften als der stetige Weiterausbau der medizinischen Versorgung.⁷

■ Rosenbrock/Gerlinger (2004, 264f.) kommen in einer Analyse der Leistungen für die Gesundheitsförderung und die Prävention zum Schluss, dass die Schweiz noch sehr weit von den von der WHO verankerten Vorstellungen entfernt ist. Dass eine derart magere Bilanz gezogen werden muss, verweist gemäss den Autoren auf die hartnäckige Dominanz kurativ-medizinischen Denkens und Handelns.

Da Gesundheit umfassend als physische, psychische und soziale Gesundheit definiert ist, darf sich die Gesundheitsförderung nicht nur auf die physische und psychische Gesundheit beschränken. Letztlich muss mit der Bildungs-, Sozial-, Arbeits- und Umweltpolitik darauf hingearbeitet werden, dass sich die Lebens- und Arbeitsbedingungen so verändern, dass sich dies auf die Gesundheit der Menschen positiv auswirkt.⁸

Das Krankenversicherungsgesetz sieht im obligatorischen Krankenpflegebereich vor allem Leistungen für die Diagnose und die Behandlung von Krankheiten vor (Artikel 25 KVG). Unter bestimmten Umständen werden auch Leistungen für die Prävention, bei Geburtsgebrechen, bei Unfällen, bei Mutterschaft sowie bei zahnärztlichen Behandlungen ausgerichtet. Die Krankentaggeldversicherung ist freiwillig. Somit gibt es auch innerhalb der Krankenversicherung ganz wichtige Einschränkung, indem nur Teile der Kuration,

⁵ Vgl. dazu die neuen Publikationen von Bisig/Gutzwiler (2004a,b). Interessant sind auch Künzler/Knöpfel (2002) und Caritas (2003).

⁶ WHO (1999).

⁷ Auch Abel (2002) kommt zum Schluss: „Das Verhältnis der Investition in Kuration im Vergleich zur Prävention entspricht nicht dem derzeit immer noch anhaltenden Wandel im Krankheitsspektrum und bedarf der Anpassung“. Abel ist weiter der Ansicht, dass die Vernachlässigung sozialer Einflussfaktoren auf Entstehung, Verlauf, Behandlung und Vorbeugung von Krankheiten zu gravierenden Defiziten in der medizinischen Versorgung führt. Die Konsequenzen dieser Defizite würden sowohl die individuelle PatientInnenversorgung wie auch wichtige Teile der Versorgungsstruktur betreffen.

⁸ Dies fordern insbesondere Schmitthener/Urban (2002, 194). Auch Wächter (2004) weist darauf hin.

2 Grundsätzliche Überlegungen

nicht aber alle medizinisch notwendigen Massnahmen (bspw. bei der Zahnbehandlung) oder der entgangene Lohn obligatorisch versichert ist.

Fazit zur Gesundheits- und Krankenversicherungspolitik: Auch wenn sich die nachfolgenden Ausführungen stark mit dem Brennpunkt der politischen Diskussion, dem Krankenversicherungsgesetz, befassen, so müssen wir bei den Schlussfolgerungen auf die Bedeutung der umfassenderen Gesundheitspolitik zurückkommen. Im Zentrum steht letztlich der Gesundheitszustand der Bevölkerung.

2.2 Staat oder Markt in der Krankenversicherung?

Über die Rollenverteilung zwischen Staat und Markt lässt sich ganz grundsätzlich und in allen Politikbereichen trefflich streiten. Nicht anders ist dies in der Krankenversicherung. Sehr oft haben die Argumente mehr mit Unterschieden in Werthaltungen zu tun als mit der Frage, was eine sachgerechte Lösung sein könnte. Es ist daher wichtig, kurz einige grundlegende Prinzipien der Krankenversicherung anzusprechen. Die nachfolgende Argumentation geht gedanklich davon aus, dass eine Krankenversicherung ohne historische Randbedingungen neu eingerichtet werden könnte. Wie könnte bzw. wie müsste sie ausgestaltet sein? Welche Rolle würde der Markt, welche der Staat spielen?

Warum eine (Sozial-) Versicherung?

Müsste jeder und jede alleine für den Krankheitsfall vorsorgen, so müssten alle individuell viel Geld sparen, um die Heilungs- sowie die Lohnausfallkosten zu decken. Vielen würde dieses Geld nicht zur Verfügung stehen. Daher ist die Versicherungsidee sinnvoll: Man schliesst sich zu einer Gemeinschaft zusammen. Da nicht alle gleichzeitig krank werden, muss die Gemeinschaft als Ganzes weniger Geld bereit stellen als es die Summe der einzelnen Vorsorgebeträge wäre. Für den einzelnen ist es daher billiger, sich einer Versicherung anzuschließen als selbst vorzusorgen. Da die Versicherungsidee grundsätzlich sinnvoll ist, wird sie für verschiedenste Zwecke auch durch ein marktwirtschaftliches System hervorgebracht. Ob dies auch für die Krankenversicherung gilt, wird im nächsten Abschnitt untersucht. Gehen wir vorerst einmal davon aus, dass es einen freien Krankenversicherungsmarkt gäbe. Wie müsste man sich ihn vorstellen?⁹

Wenn die Versicherer über Gesundheitsfragebogen den Gesundheitszustand der zu versichernden Personen herausfinden könnten, dann würde sich ein System mit risikogerechten Prämien herausbilden: Personen mit einer guten Gesundheit würden tiefe Prämien, Menschen mit einem schlechteren Gesundheitszustand höhere Prämien zahlen. Derart differenzierte Prämien werden in vielen Gesellschaften als ungerecht empfunden. Daher wird in der einen oder anderen Art staatlich in die freie Prämienbildung eingegriffen, indem bspw. eine Einheitsprämie verlangt wird oder die Prämien nicht proportional zum Gesundheitsrisiko, sondern zur wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit sind (bspw. durch einkommensabhängige Prämien). Mit der Modifikation des Äquivalenzprinzips zwischen Risiko und Prämie wird aus einer «normalen» Versicherung eine Sozialversicherung, wenn gleichzeitig ein teilweises oder vollständiges Obligatorium gilt.

Der staatliche Eingriff in die Prämienbildung hat Konsequenzen für das Verhalten der Versicherer: Bei einer Einheitsprämie ist es für die Versicherer interessant, gesunde Versicherte anzuziehen, weil sie dann eine tiefere Einheitsprämie anbieten können. Die Versicherer beginnen daher, Versicherte mit hohen Gesundheitsrisiken zu meiden (Risikoselektion). Zur Verhinderung des Risikoselektionsverhaltens der Versicherer braucht es daher eine weitere staatliche Korrekturmassnahme, den Risikoausgleich zwischen den Versicherern. Bei einkommensabhängigen Prämien ist dies genau gleich.

⁹ Vgl. dazu Breyer/Zweifel (1999, Kapitel 6).

Kann ein Krankenversicherungsmarkt überhaupt funktionieren?

Die Krankenpflege wird im Zusammenspiel von drei Akteursgruppen erbracht (Versicherte, Versicherer und Leistungserbringer/innen). Die Frage nach der möglichen Funktionstüchtigkeit eines Marktes muss sich daher auf die Beziehungen zwischen diesen Gruppen beziehen.

■ **Versicherte und Versicherer:** Ein Krankenversicherungsmarkt kann funktionieren, hat aber mindestens zwei Probleme zu lösen. Das eine Problem ist unter dem Titel «**Moralisches Risiko**» (Moral hazard) bekannt:¹⁰ Versicherte können nach Abschluss des Versicherungsvertrages die Wahrscheinlichkeit des Eintritts einer Krankheit (bspw. durch das Unterlassen von Präventionsmassnahmen) sowie die Schadenshöhe nach Eintritt der Krankheit durch ihr Verhalten beeinflussen. Im Extremfall könnte dies zur Insolvenz der Versicherung führen. Kostenbeteiligungen der Versicherten werden als hauptsächliche Korrekturmassnahme zur Reduzierung des moralischen Risikos gesehen. Zu denken ist aber auch an Anreize, damit die Versicherten ausreichende Präventionsanstrengungen unternehmen.¹¹

Das zweite Problem ist die «**Adverse Selektion**».¹² Zwischen Versicherer und Versicherten besteht meistens eine Asymmetrie bei der Information über den Gesundheitszustand. Der/die Versicherte weiss über sich besser Bescheid als der Versicherer. Dies kann in einem vollständig freien Markt dazu führen, dass der Versicherer den «schlechteren» Risiken, die ihren Gesundheitszustand aber teilweise nicht offen legen, zu gute Prämienbedingungen bietet oder umgekehrt den «guten» Risiken zu hohe Prämien abverlangt. «Gute» Risiken werden daher abwandern, und am Ende bleiben dem Versicherer nur noch «schlechte» Risiken oder im Extremfall gar keine Versicherten mehr übrig. Die «guten» Risiken hätten keinen oder einen stark reduzierten Versicherungsschutz. Als Korrekturmassnahme für die Verhinderung der «Adversen Selektion» wird vorgeschlagen, dass die Krankenversicherung für ein einheitliches Grundleistungspaket obligatorisch erklärt wird. So können die «guten» Risiken nicht abwandern, und gleichzeitig kann ein voller Versicherungsschutz für alle garantiert werden.

■ **Versicherte und Leistungserbringer/innen:** In der Beziehung zwischen Versicherten und Leistungserbringer/innen wird immer wieder darauf hingewiesen, dass es den Versicherten nicht möglich sei, die Qualität der Leistungserbringer/innen kompetent zu vergleichen und dass ihnen dies insbesondere im Krankheitsfall auch nicht zugemutet werden könne (Problem der eingeschränkten KonsumentInnensouveränität).¹³ Dies ist richtig und wird daher auch nicht verlangt. Der/die Versicherte soll (im gesunden Zustand) zwischen verschiedenen Versicherungsverträgen wählen können. Die Versicherer übernehmen für ihn/sie die Aufgabe, die Leistungserbringer/innen hinsichtlich Qualität und Effizienz zu beurteilen. Die Versicherungsverträge unterscheiden sich nach der Anzahl, der Qualität und der Effizienz der Leistungserbringer, zu denen die Versicherten Zugang haben. Dies bedeutet aber, dass man annimmt, dass die Versicherer diese Aufgabe lösen können und dass sie dazu den gesetzlichen Spielraum bekommen. Anders als bspw. beim Coiffeur kann man bei den medizinischen Leistungserbringer/innen höchstens teilweise durch das Erproben der Dienstleistung Informationen über die Qualität derselben in Erfahrung bringen (Problem der mangelnden Markttransparenz). Dies ist besonders bei lebenswichtigen Interventionen ein ernsthaftes Problem. Daher muss über Mindestvorschriften dafür gesorgt werden, dass die Versicherer nicht mit Leistungserbringer/innen kontrahieren, die eine minimale Qualität nicht erfüllen.

Es gibt bestimmte Gesundheitsleistungen, die aus individueller Sicht zu wenig nachgefragt würden. Dies

¹⁰ Vgl. dazu Zweifel et al. (1996, 92ff.), Sommer (1999, 106f.) und Breyer/Zweifel (1999, 175ff.)

¹¹ Studer (1996, 373ff.) schlägt bspw. vor, dass alle Versicherte regelmässig einen Gesundheitstest machen müssen. Dieser Test gibt an, ob genügend Präventionsmassnahmen ergriffen worden sind. Studer schlägt dann die Bildung von zwei Prämiengruppen vor: Höhere Prämien für Personen ohne ausreichenden Präventionsmassnahmen, tiefere Prämien für Personen mit ausreichende Präventionsmassnahmen. Vgl. für eine kurze Diskussion des Vorschlags Abschnitt 3.3.1.1.

¹² Vgl. dazu Sommer (1999, 105f.), Zweifel et al. (1996, 86f.) und Breyer/Zweifel (1999, 149f.)

¹³ Vgl. dazu Sommer (1999, 98ff.) und Breyer/Zweifel (1999, 144ff.)

2 Grundsätzliche Überlegungen

ist bspw. bei den Impfungen der Fall (Problem des Kollektivgutes). Zwar profitiert jeder und jede, wenn sich die anderen impfen. Sich selbst zu impfen, bringt vorerst aber nur Kosten und nutzt vielen anderen, die sich an diesen Kosten nicht beteiligen. Daher macht es bei solchen Dienstleistungen Sinn, dass sie öffentlich finanziert werden (nicht unbedingt, dass sie auch öffentlich erbracht werden).

■ **Versicherer und Leistungserbringer/innen:** Die Beziehung zwischen Versicherern und Leistungserbringer/innen kann unterschiedlich geregelt werden. Sie können als getrennte Akteur/innen handeln oder aber auch aneinander beteiligt sein (wie bspw. in Managed-Care-Organisationen in den USA, in denen die Versicherungsfunktion und die Leistungserbringung verschmelzen). Wenn sie getrennt sind, dann handelt es sich um eine Beziehung wie zwischen Auftraggeber/in und Auftragnehmer/in.¹⁴ Die Versicherer haben ein Interesse daran, dass die Leistungserbringer/innen die ihnen gestellten Aufgaben gut lösen. «Gut lösen» heisst, dass sie Methoden einsetzen, die wirksam und effizient sind, und dass sie nicht unnötige Leistungen erbringen. Die Versicherer erreichen dies durch eine geeignete Ausgestaltung der Abgeltung der Leistungserbringer/innen. Die Palette reicht hier von der Einzelleistungsvergütung über die Fallpauschale bis zu komplizierten Kombinationen. Die Lösung des Problems ist nicht einfach, aber in vielen Märkten allgegenwärtig.

Fazit zur Funktionsfähigkeit von Krankenversicherungsmärkten: Die Beziehungen zwischen den Versicherten, den Versicherern und den Leistungserbringer/innen können über Märkte organisiert werden. Es handelt sich aber nicht um «gewöhnliche» Märkte, so dass staatliche Rahmenbedingungen unbedingt notwendig sind. Dies sagt allerdings noch nichts darüber aus, ob wir – insbesondere mit Blick auf eine gerechte Finanzierung der Leistungen – auch mit den Ergebnissen eines sinnvoll funktionierenden Marktes zufrieden sind. Der Marktmechanismus ist lediglich ein Instrument dazu, gewisse Ergebnisse effizient zu erbringen. Gerechtigkeitsüberlegungen fliessen dabei nicht automatisch ein.

«Service Public» oder nicht?

Staatliche Aufgaben leiten sich in der ökonomischen Sichtweise – neben den «Ur»-Staatsaufgaben wie der Garantierung der Rechtsstaatlichkeit oder der Herstellung von innerer und äusserer Sicherheit – aus Marktversagen ab. Märkte können versagen, wenn – wie bei der Krankenversicherung – asymmetrische Informationsverteilungen zwischen den Marktteilnehmer/innen vorliegen. Weitere Gründe für Marktversagen sind Externalitäten¹⁵ (bspw. im Umweltschutz), öffentliche Güter¹⁶ (bspw. bei der Sicherheit) und zunehmende Skalenerträge¹⁷ (bspw. im Elektrizitätsmarkt). Im politischen Umfeld spricht man generell von

¹⁴ In der wissenschaftlichen Literatur wird eine solche Beziehung unter dem Stichwort «Principal-Agent» diskutiert (vgl. dazu Breyer/Zweifel 1999, Kapitel 7, 223ff.)

¹⁵ Auf einem Wettbewerbsmarkt geht man davon aus, dass die beteiligten Marktpartner die einzigen sind, welche vom geplanten Handel profitieren. So kann der Preismechanismus spielen und Angebot und Nachfrage ins Gleichgewicht bringen. **Externalitäten** liegen dann vor, wenn „ausstehende“ Wirtschaftssubjekte positiv oder negativ vom Handel beeinflusst werden und dies im geplanten Geschäft unberücksichtigt bleibt. Wenn bspw. eine Unternehmung durch ihre Produktion die Umwelt belastet und sie dies kostenlos machen kann, dann liegt eine negative Externalität vor. Die Gesellschaft wird durch die Reduktion der Umweltqualität geschädigt. Würde die Unternehmung für die Verschmutzung einen Preis zahlen müssen, dann würden die Kosten ihres Produktes steigen. Steigende Kosten reduzieren die Nachfrage. Letztlich würde bei einem höheren Preis weniger verkauft und produziert. Bei positiven Externalitäten verhält es sich gerade umgekehrt: Hier wird zu wenig produziert und konsumiert, weil die positiven Auswirkungen auf andere Wirtschaftssubjekte nicht berücksichtigt werden.

¹⁶ Bei einem **öffentlichen Gut** besteht die Problematik darin, dass zum einen niemand vom Konsum des Gutes ausgeschlossen werden kann (bspw. veröffentlichte Forschungsergebnisse). Zum anderen können mehrere Personen gleichzeitig das Gut konsumieren (keine Rivalität im Konsum). Dies ist bei „normalen“ Gütern und Dienstleistungen nicht der Fall. Hat ein Gut den Charakter eines öffentlichen Gutes, dann wird es nicht oder in zu geringer Menge angeboten, weil die anbietende Unternehmung viele Konsument/innen nicht dazu bringen kann, einen Preis zu bezahlen (Trittbrettfahrer/innen-Problem).

¹⁷ Bei den **zunehmenden Skalenerträgen** liegt das Problem darin, dass eine Erhöhung der Produktion nicht – wie üblicherweise – zu einer Erhöhung der Produktionskosten führt (mehr Personal, mehr Materialien etc.), sondern zu einer Senkung der Kosten. Dies

«Service Public», wenn man davon ausgeht, dass die entsprechenden Dienstleitungen und Güter von der Privatwirtschaft nicht, nicht in ausreichendem Ausmass oder nicht in genügender Qualität bereitgestellt würden. In diesem Sinne handelt es sich auch bei der Krankenversicherung um einen Bereich des Service Public, weil über die Adverse Selektion¹⁸ bzw. über Externalitäten ein Grund für Marktversagen vorliegt. Die notwendige staatliche Aktivität besteht aber nicht darin, dass die Krankenversicherung staatlich angeboten werden muss. Vielmehr kann bereits mit der richtigen Ausgestaltung der Rahmenbedingungen für die privaten Versicherer erreicht werden, dass der Krankenversicherungsmarkt funktioniert. Insbesondere kann mit dem Obligatorium der Krankenversicherung und dem damit zum Ausdruck kommenden Interesse des Staates an der Krankenversicherung nicht abgeleitet werden, dass die Leitungen der Krankenversicherung einkommensproportional finanziert werden müssen. Dazu braucht es weitere Begründungen.

Wann eher Markt, wann eher Staat?

Märkte können im Gesundheitswesen existieren und ihre «üblichen» Leistungen erbringen. Wenn man sich gegen Märkte entscheidet, dann hat dies weniger mit der Funktionstüchtigkeit von Märkten zu tun, sondern mit Werthaltungen, die mit dem Ergebnis von Marktlösungen nicht einverstanden sind, oder mit der Unmöglichkeit in der Praxis (bspw. durch die Einflussnahme von Interessengruppen), Märkte so zu installieren, dass sie auch tatsächlich funktionieren können.

Für staatliche Lösungen im Gesundheitswesen werden verschiedene Argumente angeführt. Im Vordergrund steht ein Gerechtigkeitsargument: Allen Bürger/innen soll – unabhängig von ihrer Zahlungswilligkeit und –fähigkeit – der Zugang zu einer (bspw. von Expert/innen) definierten und von der Gesellschaft akzeptierten medizinischen Versorgung garantiert werden.¹⁹ Dabei soll die medizinische Versorgung gemäss dem individuellen Bedarf erfolgen, wobei unter «Bedarf» verschiedenes gemeint werden kann.²⁰ In zweiter Linie werden auch Effizienzargumente angeführt: Wettbewerbliche Systeme würden zu immer höheren Kosten führen. Daher sei mittels staatlicher Budgetierung dafür zu sorgen, dass die Kosten bewusst gesteuert werden. Auch wird darauf hingewiesen, dass es viele unnötige Doppelspurigkeiten geben würde, die nur über planerische Massnahmen verhindert werden könnten.

Für marktwirtschaftliche Lösungen im Gesundheitswesen werden dieselben Argumente angeführt wie sie auch in anderen Bereichen verwendet werden. Es wird darauf hingewiesen, dass es für die effiziente Erbringung von Leistungen, die von den Konsument/innen frei gewählt werden, nichts besseres gebe als den Marktmechanismus. Sozial unerwünschte Marktergebnisse sollen gemäss dieser Haltung über gezielte Unterstützung von einkommensschwachen Haushalten vermieden werden.

Mit Blick auf die Vielfalt der Entscheidung zwischen Markt und Staat in vielen Ländern wird gerne darauf verwiesen, dass es „wohl keine eindeutige Lösung gebe, weil eine enorme Vielfalt festzustellen sei“. Auch wird erwähnt, dass „es eine Konvergenz der Systeme gebe und es daher nicht so stark darauf ankäme, für was man sich entscheide“. Dazu gilt es folgendes festzuhalten:

kann dann der Fall sein, wenn sehr hohe Investitionen vorgenommen werden müssen (bspw. bei der Stromproduktion). Eine Erhöhung der Produktion führt dann zu einer besseren Verteilung der hohen Fixkosten.

¹⁸ Vgl. dazu den vorangegangenen Abschnitt.

¹⁹ Vgl. für einen Vergleich der verschiedenen möglichen Werthaltungen Sommer (1999, 84f.). Die Wahl eines (weitgehend) staatlichen Systems wird bspw. von Pflaum (2001, 50) für Australien wie folgt begründet: „Governments plan and intervene (...) with the objective of ensuring access by the whole community to quality medical services. This objective is central to our health care system, and enjoys consistent community support“.

²⁰ Bei gleichem Bedarf kann gefordert werden, dass (a) gleich viele Ressourcen aufgewendet werden, dass (b) gleich viele Leistungen in Anspruch genommen werden sollen/dürfen oder dass (c) der gleiche Zugang zu Leistungen bestehen muss.

2 Grundsätzliche Überlegungen

■ Konsequenter umgesetzt wurden bisher fast nur staatliche Systeme wie bspw. in Grossbritannien. In diesen Systemen ist heute zu beobachten, dass immer mehr Marktelemente eingeführt werden (und das Budget nach und nach erhöht wird).²¹ Dies wird hauptsächlich mit den ungenügenden Effizienz-Ergebnissen der staatlichen Systeme begründet. Andere Änderungen staatlicher Systeme haben dann mehr mit Gerechtigkeitsüberlegungen zu tun (bspw. bei der Existenz von Warteschlangen und substantiellen Zusatzversicherungsbereichen).

■ Reine marktwirtschaftliche Systeme, die innerhalb klarer staatlicher Regulierungen wirken, sind praktisch nicht zu beobachten. Das amerikanische System entspricht diesen Vorstellungen keineswegs, weil kein Versicherungsobligatorium besteht und auch das Grundleistungspaket unterschiedlich definiert wird. Die meisten Länder, die mehr Richtung wettbewerbliche Elemente gehen (bspw. Niederlande, Deutschland), kommen aus stark staatlich regulierten Umfeldern, die nach und nach gelockert werden. Viele Schwierigkeiten, die in diesen Ländern zu beobachten sind, haben mit einer zu wenig konsequenten Umsetzung des marktwirtschaftlichen Ansatzes zu tun.

■ Die Wahl des Systems ist keineswegs unerheblich. Auch wenn später das eine oder andere Element der anderen Richtung zur Behebung eines spezifischen Problems eingeflochten wird, ist die grundsätzliche Systemwahl entscheidend. Das Gesundheitswesen wird vollständig anders strukturiert.

■ Es ist nicht notwendig, sich aus Gerechtigkeitsüberlegungen für ein staatlich organisiertes Gesundheitssystem zu entscheiden. Es gibt sehr wirkungsvolle Möglichkeiten, Solidarität auch in einem marktwirtschaftlichen System zu garantieren. Es stellte sich allerdings in der Praxis die Frage, inwiefern diese Möglichkeiten auch tatsächlich umgesetzt werden können.

Fazit zur Aufteilung zwischen «Staat» und «Markt»: In der Schweiz hat man sich 1996 sehr explizit für ein wettbewerblich organisiertes Gesundheitswesen entschieden. Gleichzeitig – dies werden die Ausführungen in Abschnitt 3 zeigen – wurde dieser Ansatz nicht konsequent umgesetzt. Ausgehend von einer detaillierten Problemanalyse drängt es sich daher auf, den marktwirtschaftlichen Ansatz innerhalb von klaren Rahmenbedingungen konsequenter umzusetzen. Erst wenn dies nicht gelingen sollte (bspw. aufgrund des Widerstands von Interessengruppen) oder wenn die Ergebnisse gesellschaftlich noch immer nicht befriedigen, sollte an einen Systemwechsel zu einem staatlich gelenkten System nachgedacht werden. Dies müsste aber durch einen radikalen Schritt geschehen und nicht durch punktuelle Massnahmen.

Umrisse eines marktwirtschaftlichen Systems innerhalb staatlicher Rahmenbedingungen

In Abschnitt 3 werden wir das KVG untersuchen und analysieren, welche Probleme heute bestehen. Daher ist es sinnvoll, kurz die wichtigsten Ausgestaltungsmerkmale eines wettbewerblich organisierten Gesundheitssystems innerhalb staatlicher Rahmenbedingungen zu skizzieren. Die nachfolgende Aufzählung entspricht nicht der persönlichen Meinung des Autors, sondern entspricht den Darstellungen in der wissenschaftlichen Literatur.²² Zentrale Elemente sind:

■ Es wird zwischen Versicherten, Versicherern und Leistungserbringern ein marktwirtschaftliches System etabliert. Zum Ausgleich der teilweise zu hohen Prämienbelastungen wird ein staatliches Transfersystem aufgebaut. Die beiden Systeme sind strikt getrennt, weil die Autor/innen dieses Ansatzes der Ansicht sind, dass Allokations- und Umverteilungsfunktionen getrennt werden sollten.

²¹ Vgl. Meldung in der NZZ vom 25. Juni 2004 (Seite 25).

²² Die folgenden Ausführungen stützen sich auf Leu (1993) und Sommer (1999, 115ff.). Diese Autoren stützten sich stark auf den von Enthoven (1978, 1988) entwickelten Ansatz der «managed competition», des gelenkten Wettbewerbs.

■ Im Krankenversicherungsmarkt herrscht vollständige Freiheit bei der Prämienbildung, was zu risikogerechten Prämien führt. Zugelassen sind auch private und gewinnorientierte Versicherer. Die Versicherer haben einen Aufnahmepflicht bei den Versicherten (volle Freizügigkeit), die Versicherten müssen sich versichern (Obligatorium). Versichert wird ein vorgeschriebenes einheitliches Grundleistungspaket. Allerdings kann dies in sehr unterschiedlicher Art und Weise versichert werden (mit Franchisen, Selbstbehalten, eingeschränkter Wahl von Leistungserbringer/innen etc.). Die Versicherer sind verpflichtet, eine Rückversicherung abzuschliessen, um das Problem der Insolvenz zu umgehen. Die Versicherer haben die Möglichkeit, den Versicherten Versicherungsangebote zu machen, die über die Grundversicherung hinausgehen (Zusatzversicherungen).

Die Prämien werden mit einkommens- und vermögensabhängigen staatlichen Beiträgen verbilligt. Dies ist das einzige finanzielle Engagement der öffentlichen Hand. Insbesondere engagiert sich die öffentliche Hand nicht bei Leistungserbringer/innen (keine Subventionen oder Beteiligungen). Die Versicherten tragen Kostenbeteiligungen, um das Problem des «Moralischen Risikos» zu reduzieren. Sie haben darüber hinaus die Möglichkeit, den Versicherungsvertrag periodisch zu kündigen und einen neuen abzuschliessen. Durch entsprechende Informationen der Versicherten soll garantiert werden, dass sie eine informierte Wahl treffen können.

■ Auf dem Markt der Gesundheitsleistungen gibt es freie Kontrahierungsmöglichkeiten zwischen Versicherern und Leistungserbringer/innen. Ebenso existiert eine volle Tariffreiheit. Gleichzeitig besteht ein Verbot von Absprachen und Kartellen sowie eine präventive Fusionskontrolle.

■ Es herrscht sowohl im Krankenversicherungsmarkt sowie auch auf dem Markt für Gesundheitsleistungen freier Marktzutritt (keine Barrieren). Die Leistungserbringer/innen müssen bestimmte Qualitätsanforderungen erfüllen, damit sie zugelassen werden können.

Wesentlich an den eben skizzierten Umrissen eines wettbewerblichen Modells sind auch die **Aspekte, die nicht genannt werden:**

■ Über die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer/innen wird wenig gesagt. Bei der Qualität werden lediglich Minimalstandards verankert (wie bspw. das Staatsexamen und eine Weiterbildung). Beide Aspekte werden letztlich der Beurteilung der Versicherer überlassen. Über die Wahl entsprechender Versicherungspaketen bringen die Versicherten zum Ausdruck, welche Präferenzen sie haben.

■ Die Förderung von Managed-Care-Organisationen ist kein explizites Anliegen. Es wird erwartet, dass der Wettbewerb dazu führt, dass sich solche Organisationen entwickeln und durchsetzen. Es wird nur darauf geachtet, dass die Startbedingungen fair sind (bspw. keine staatliche Subventionierung der einen oder anderen medizinischen Leistung). Diese Argumentation trifft auch auf die Förderung von integrierten Versorgungsmodellen zu.

■ Das Angebot von Zusatzversicherungen wird nicht als problematisch eingestuft, weil die Versicherer auch in der Grundversicherung Gesundheitsprüfungen vornehmen dürfen (um die risikogerechte Prämie bestimmen zu können).

■ Es gibt keine staatlichen Rahmenbedingungen, die dafür sorgen, dass eine Minimalversorgung garantiert wird. Es wird davon ausgegangen, dass es im Interesse der Versicherer ist, ihre Versicherten zufrieden zu stellen und daher entsprechende Angebote bereit stellen.

■ Das Konzept abstrahiert von Gebietskörperschaften wie bspw. dem Bund und den Kantonen. Insbesondere finden sich keine Anhaltspunkte, wie u.U. eine Arbeitsteilung vorgenommen werden könnte. Dies kann implizit dahingehend interpretiert werden, dass eine pointierte Arbeitsteilung zwischen Gebietskörperschaften weder als notwendig noch als sinnvoll erachtet wird.

In allen Krankenversicherungssystemen, auch dem schweizerischen, soll das gewählte System den **Zielen** der Solidarität zwischen «Gesund» und «Krank», der Solidarität zwischen «Reich» und «Arm», der ver-

2 Grundsätzliche Überlegungen

nünftigen Kostenentwicklung sowie der qualitativ guten Versorgung dienen (vgl. Abschnitt 3.1.). Auf welchem Weg werden diese Ziele im Ansatz des gelenkten Wettbewerbs erreicht?

- Die Solidarität zwischen «Gesund» und «Krank» wird auf die versicherungstechnische Solidarität reduziert: In bestimmten Risikoklassen werden einheitliche Prämien bezahlt. Nicht alle in diesen Risikoklassen werden krank werden. Diejenige die krank werden profitieren von den Prämienzahlungen der Gesunden. Höhere Risikoklassen zahlen aber höhere Prämien.
- Die Solidarität «Reich»-«Arm» wird über einen expliziten Umverteilungsmechanismus erreicht, der nach dem Bedarfsprinzip funktioniert. Das Ausmass der Umverteilung wird nicht näher spezifiziert.
- Die Beeinflussung der Kostenentwicklung stellt kein explizites Ziel des gelenkten Wettbewerbs dar. Der Wettbewerb soll dazu führen, dass die Leistungen effizient erbracht werden. Werden aber zunehmend mehr Leistungen nachgefragt, so steigt der Umsatz des Marktes (die Kosten) an.
- Auch bei der Qualität der Versorgung wird auf die Wirkungen des Wettbewerbs vertraut: Die Versicherer sind an der Zufriedenheit der Versicherten interessiert. Daher sind sie darum besorgt, ihren Versicherten qualitativ möglichst gute Leistungserbringer/innen anbieten zu können. Die Versicherer fürchten, dass sie andernfalls mit der Abwanderung der Versicherten konfrontiert würden. Dies wissen auch die Leistungserbringer/innen. Daher erbringen sie qualitativ gute Leistungen, weil sonst die Versicherer mit ihnen nicht mehr kontrahieren.

Wer steuert die Krankenversicherung?

Oft wird in der politischen Diskussion beklagt, dass „niemand das Gesundheitswesen steuern würde und daher die Kosten nicht kontrolliert werden könnten“. Mit dieser Aussage wird eine Gewichtung vorgenommen: Die Kosten stehen im Vordergrund und ein Akteur bzw. eine Akteurin soll die Verantwortung übernehmen, diese Kosten oder zumindest die Kostenzunahme zu limitieren. Weitere Ziele wie bspw. die Solidarität zwischen «Gesund» und «Krank» bzw. zwischen «Reich» und «Arm» sowie die Qualität der Versorgung werden dann kaum mehr erwähnt. Nach welchen Gesichtspunkten würde die Steuerung im System des gelenkten Wettbewerbs funktionieren?

Der Staat würde eine wichtige und zentrale Rolle spielen, in dem er wesentliche Rahmenbedingungen bestimmt (Obligatorium, Einheitsprämie, Mindestanforderungen an die Leistungserbringer/innen, Definition Grundleistungspaket, Definition Vertragsbedingungen, Mindestversorgungsvorschriften, Prämienverbilligung etc.). Innerhalb dieser Bedingungen interagieren die Akteur/innen (Versicherte, Versicherer, Leistungserbringer) auf Märkten miteinander. Es gibt daher keinen weiteren Akteur mehr, der die Marktergebnisse steuert. Vielmehr werden die Marktergebnisse innerhalb der gesetzten Rahmenbedingungen akzeptiert. Es kommt dadurch auch zum Ausdruck, dass der Konsument/innensouveränität ein hoher Wert beigemessen wird.

Wird die Steuerung wie eingangs erwähnt vor allem als Kostenkontrolle verstanden, dann müssen Instrumente eingesetzt werden, die eine derartige Kontrolle erlauben. Es bieten sich in diesem Zusammenhang die Instrumente an, die in staatlichen Gesundheitssystemen verwendet werden (bspw. Globalbudgets). Die Priorisierung der Kostenzielsetzung wird dann üblicherweise mit Einschränkungen bei der Solidarität (Warteschlangen, erhöhte Wichtigkeit der Zusatzversicherungen) sowie bei der Qualität (höhere Qualität bei den Zusatzversicherungen) erkaufte.

Mit Blick auf die Steuerung des Systems wird auch immer wieder die besondere Rolle der Kantone erwähnt. Tatsächlich kommt den Kantonen bei der geltenden Gesetzgebung eine wichtige Rolle zu. Sie sind nicht nur verantwortlich für die Gesundheitsversorgung, sondern bekleiden gleichzeitig viele verschiedene Rollen (bspw. als Finanzierer von Spitälern, als Eigentümer von Spitälern, als Rekursinstanz, als Planungsinstanz etc.). Wie wir in Abschnitt 3 zeigen werden, ergeben sich für die Kantone aus dieser Konstellation

Überforderungen und Rollenwidersprüche. Es erstaunt daher nicht, dass in der Literatur immer wieder darauf hingewiesen wird, dass durch Reformen die Rollen geklärt werden sollen.²³ Aus der Sicht des gelenkten Wettbewerbs gibt es durchaus Aufgaben für die Kantone (bspw. die Sicherung der Mindestversorgung). Generell kommt dem Bund aber ein wesentlich grössere Bedeutung zu als heute.

2.3 Solidarität

Das Thema der Solidarität ist in der Gesundheitspolitik zentral und muss von mindestens drei Seiten angegangen werden:

■ **Solidarische Gesundheitspolitik:** Krankheiten verteilen sich nur teilweise zufällig über die Bevölkerung. Verschiedene Untersuchungen zeigen auch für die Schweiz eindrücklich, wie der Gesundheitszustand mit der Zugehörigkeit zur sozialen Schicht variiert.²⁴ Solidarität kann daher nicht nur bedeuten, sich auf die Ausgestaltung einer solidarischen Krankenversicherung zu konzentrieren. Vielmehr kann durch eine vorgelagerte Gesundheitspolitik versucht werden, mehr Solidarität zwischen den verschiedenen Bevölkerungsgruppen zu erreichen. Diese Sichtweise bekommt unmittelbare Relevanz, wenn darüber entschieden werden soll, ob ein zusätzlicher öffentlicher Finanzbetrag eher in die Prämienverbilligungen in der Krankenversicherung oder eher in eine vorgelagerte solidarische Gesundheitspolitik investiert werden soll.²⁵

■ **Solidarität bei den Leistungen der Krankenversicherung:** Solidarität bei den Leistungen in der Krankenversicherung bedeutet, dass allen Versicherten unabhängig von ihrer Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Schicht der Zugang zu den individuell notwendigen medizinischen Dienstleistungen gewährt werden soll.

■ **Solidarität in der Finanzierung der Krankenversicherung:** Bei der Solidarität auf der Finanzierungsseite der Krankenversicherung geht es darum, dass die Finanzierungslast so auf die Bevölkerung verteilt wird, dass alle Versicherten unabhängig von ihrer Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Schicht die Finanzierungslast tragen können.

Die beiden letztgenannten Aspekte werden nachfolgend erläutert. Dabei muss auf einen zentralen Aspekt hingewiesen werden: Wie bei jeder Sozialversicherung interessiert letztlich auch bei der Krankenversicherung die «Nettoinzidenz», also die Differenz zwischen erhaltenen Leistungen und dem Finanzierungsbeitrag. Für den Bereich der Krankenversicherung würde man hinzufügen, dass zudem die Nettoinzidenz für Personen mit vergleichbarem Gesundheitszustand ausgewiesen werden müsste. Erst die Betrachtung der Nettoinzidenz lässt Aussagen über das Ausmass der Solidarität zu. Zur Zeit fehlen in der Schweiz die Datengrundlagen, um eine derartige Analyse durchzuführen.²⁶

Solidarität bei den Leistungen der Krankenversicherung

Die Solidarität auf der Leistungsseite der Krankenversicherung ist von verschiedenen Aspekten abhängig.

■ Solidarität entsteht nur dann, wenn der **Grundleistungskatalog** ausreichend breit definiert ist. Wenn er sehr eng gefasst wird, dann können sich nur einkommensstarke Versicherte über Zusatzversicherungen den Zugang zu notwendigen Leistungen verschaffen. Zur Zeit wird intensiv darüber diskutiert, ob der

²³ Vgl. Biedermann et al. (1999).

²⁴ Vgl. die Literaturangaben in Fussnote 5.

²⁵ Diese Idee geht auf Wächter (2004) zurück.

²⁶ Notwendig wäre eine Datengrundlage, die folgende Elemente vereint: (1) Angaben zu den in Anspruch genommenen Leistungen (Daten von den Versicherern), (2) soziodemographische Angaben (insbesondere auch über die Haushaltszusammensetzung und das Einkommen/Vermögen), (3) Angaben zum Gesundheitszustand.

2 Grundsätzliche Überlegungen

Grundleistungskatalog zu weit definiert worden ist.²⁷ Dazu sind folgende Gesichtspunkte zu berücksichtigen:

a) Grundsätzlich ist die Diskussion sinnvoll. Nicht alle Menschen gehen sorgfältig mit ihrer Gesundheit um (oder können sorgfältig umgehen). Somit stellt sich die Frage, bei welchen Verhaltensweisen die Gesellschaft solidarisch sein will und bei welchen nicht. Stellt man sich aber bspw. vor, dass den Raucher/innen bestimmte Leistungen nur zur Verfügung gestellt werden, wenn sie deren Kosten selbst übernehmen, dann muss im Einzelfall hieb-und-stichfest geklärt werden können, ob eine bestimmte Massnahme nur und ausschliesslich wegen des Rauchens notwendig wird. Dies dürfte letztlich kaum praktikabel sein. Die Leistungen würden aus medizinischer Notwendigkeit wohl erbracht, nachträglich würde man sich aber sehr oft vor Gericht über die Zahlungsaufteilung streiten. Auch dürfte es nicht so unproblematisch sein, wissenschaftlich nachzuweisen, dass eine gesundheitliche Beeinträchtigung ausschliesslich mit dem Rauchen zu tun hat.

b) Die Leistungen des Grundleistungskatalog müssen medizinisch wirksam sein (evidence based medicine²⁸) und wirtschaftlich erbracht werden können. Dieses Kriterium reicht allerdings nicht aus, um den Katalog namhaft zu reduzieren. Dennoch sollten diese Kriterien unbedingt zu einer wesentlichen Richtschnur werden. Schon heute sind Leistungen im Katalog enthalten, deren Wirksamkeit unter Mediziner/innen umstritten sind.

c) Der Weg über das Ein- und Ausschliessen ganz bestimmter Einzelleistungen, die als nicht wirksam genug betrachtet werden, dürfte in der Praxis kaum sinnvoll realisierbar sein. Die Ärzt/innen müssten sich immer exakt vor Augen halten, welche Detailleistungen bezahlt werden und welche nicht. Dies würde die Praxis sehr erschweren. Eher gangbar wäre das Ein- und Ausschliessen ganzer Gruppen von Leistungen. Letztlich dürfte es im Bereich der Akutmedizin aber kaum Leistungsgruppen geben, die sich klar und einwandfrei ausschliessen lassen, weil ihre medizinische Wirksamkeit nur beschränkt nachgewiesen ist.

d) Allenfalls ausschliessbare Leistungsgruppen gibt es eher bei der Frage, für welche Kosten die Krankenversicherung aufzukommen hat (bspw. im Pflegebereich). Eine Reduktion im Bereich der Krankenversicherung dürfte aber mit einer Erhöhung der Kosten andernorts verbunden sein. Der Unterschied würde dann darin liegen, dass u.U. andernorts die Finanzierungslast anders verteilt wird als in der Krankenversicherung.

Fazit zum Grundleistungskatalog: Bei der Frage nach dem Umfang des Grundleistungskatalogs kommt es auch darauf an, welche Leistungen im Katalog enthalten sind. Allerdings zeigt es sich, dass Einschränkungen leicht gefordert sind, aber letztlich nur schwierig umzusetzen sind. Wichtiger ist somit das Verhalten der Ärzt/innen, weil sie diejenigen sind, die über die anzuwendenden Diagnosen und Therapien ent-

²⁷ Gemäss EDI (2002) gibt es im wesentlichen zwei Bereiche des Grundleistungskatalogs zu unterscheiden: (1) Bei den ärztlichen Leistungen wird vom Prinzip eines offenen Leistungskatalogs ausgegangen. Demnach gehören alle von den Ärzt/innen vorgenommenen Untersuchungen grundsätzlich zu den Pflichtleistungen, sofern diese wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. In der Verordnung werden nur explizit jene Leistungen genannt, die nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen übernommen werden. (2) Bei den nicht-ärztlichen Leistungen wird demgegenüber detailliert festgehalten, welche Leistungen übernommen werden.

santésuisse (vormals KSK) (1998) kommt in einer Analyse der Kostenzunahme zwischen 1995 und 1997 von 2.4 Milliarden Franken zum Schluss, dass 50 Prozent der Kostenzunahme (1.2 Milliarden Franken) auf neue Leistungen des im Rahmen des KVG erweiterten Grundleistungskatalogs zurückzuführen sei. 0.7 Milliarden entfielen auf den Bereich «Pflegeheime, Spitex», 0.5 Milliarden auf den Bereich «Logopädie, Zahnärzt/innen, Hebammen, Mittel/Gegenstände, Heilbäder, Transport und Ernährungsberatung». Die registrierten Leistungserbringer/innen haben gemäss santésuisse mit der Einführung des KVG von 21'000 auf 29'000 zugenommen.

In einer Untersuchung kommt das EDI (2002) zum Schluss, dass seit 1996 – also nach Einführung des KVG – die Neuzulassungen von Leistungen nur für eine Kostenzunahme von weniger als einem halben Prämienprozent verantwortlich waren. Nicht untersucht wurde der durch die Einführung des KVG ausgelösten Sprung zwischen 1995 und 1996.

²⁸ Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Medizin keine exakte Wissenschaft darstellt. Vielmehr gibt es für eine bestimmte Symptomlage oft verschiedene diagnostische und therapeutische Vorgehensweisen, die zum Ziel führen können (vgl. Sommer 1999).

scheiden.²⁹ Das heisst, dass es letztlich viel stärker auf die den Ärzt/innen gesetzten Anreize ankommt (bspw. über die Aufhebung des Kontrahierungszwangs) als auf die Breite des Grundleistungskatalogs.

■ Weiter entsteht Solidarität auf der Leistungsseite nur, wenn die Krankenversicherung obligatorisch ist. Sonst besteht die Gefahr, dass einkommenschwächere Versicherte die Versicherung gar nicht abschliessen.

■ Der Zugang ist nur dann in adäquate Leistungen umsetzbar, wenn man sich mit den Leistungserbringer/innen verständigen kann. Dies ist gerade bei Migrant/innen nur teilweise der Fall.³⁰

■ Der Zugang kann auch aus anderen Gründen nicht in Leistungen umsetzbar sein: Bereits heute ist es üblich, dass die Leistungserbringer/innen, wenn sie bspw. im stationären Bereich unter Zeitdruck Triage-Entscheide fällen müssen, medizinische Leistungen rationieren.³¹

■ Leistungen können nur in Anspruch genommen werden, wenn Leistungserbringer/innen mit vernünftigen Aufwand erreichbar sind. Eine minimale Dichte an Leistungserbringer/innen ist daher notwendig.

■ Der Zugang zu den Leistungen sagt noch nichts über mögliche Qualitätsunterschiede bei den Leistungserbringer/innen aus. Daher muss die Qualität gemessen, verglichen und offen gelegt werden.

Solidarität in der Finanzierung der Krankenversicherung

Eine Versicherung stellt immer und automatisch eine Solidarität zwischen denjenigen, die einen Schaden erleiden, und jenen, die schadensfrei waren, her. Im Krankenversicherungsbereich ist dies die grundlegende retrospektive Solidarität zwischen **«Gesund»** und **«Krank»**. Allerdings haben die Versicherten eine unterschiedliche Grunddisposition, krank zu werden. In einem System mit risikogerechten Prämien haben Menschen mit einem höheren Krankheitsrisiko höhere Prämien zu bezahlen, unabhängig davon, ob sie dann auch tatsächlich krank werden. Sehr oft wird daher die retrospektive Solidarität auch auf eine prospektive, die die Unterschiede im Krankheitsrisiko ausgleicht, ausgeweitet. Am weitesten geht man dann, wenn Pro-Kopf-Einheitsprämien vorgeschrieben werden.

Auch auf der Finanzierungsseite könnte man sich vorstellen, die Solidarität zwischen «Gesund» und «Krank» nur auf diejenigen Bereiche zu beschränken, die aus gesellschaftlicher Sicht gerechtfertigt sind. Trifft den Versicherten in irgend einer Form ein Verschulden an seinem Gesundheitszustand, so könnte die Solidarität in Frage gestellt werden. In der Praxis dürfte dies, wie auch schon beim Grundleistungskatalog, zu kaum überwindbaren Umsetzungsproblemen führen.

Neben der Solidarität zwischen «Gesund» und «Krank» wird auf der Seite der Verteilung der Finanzierungslast auch diejenige zwischen **«Reich»** und **«Arm»** bedeutungsvoll. Ausgangspunkt ist die Feststellung, dass eine perfekte Solidarität zwischen «Gesund» und «Krank» (bspw. durch eine einheitliche Pro-Kopf-Prämie) noch nicht garantiert, dass sich alle eine solche Versicherung leisten können. Wenn man «sich leisten können» so operationalisiert, dass niemand wegen der Krankenversicherungsprämie arm sein sollte, dann müsste man die Prämien so verbilligen, dass niemand unter das SKOS-Niveau fällt. Hat jemand nach der Prämienzahlung noch ein Haushaltseinkommen oberhalb des SKOS-Niveaus, so würde es keine Verbilligung geben.

²⁹ Allerdings hängt die Verschreibung nicht nur von den Ärzt/innen ab. Domenighetti/Pipitone (2002) zeigen, dass es neben der Angebotsinduzierung der Nachfrage auch eine beträchtliche Nachfrageinduzierung durch die Patient/innen selbst gibt. Die Autor/innen schätzen, dass 17 Prozent der OKP-Kosten von Patient/innen verursacht wurde, obschon die Ärzt/innen von sich aus diese Leistungen nicht verschrieben hätten.

³⁰ Vgl. Bisig/Gutzwiler (2004a,b) für eine Analyse des Gesundheitszustandes nach Nationalität. Der Bund hat mit der Strategie «Migration und Gesundheit» (www.bag.admin.ch) auf diese Entwicklung gezielt reagiert.

³¹ Im stationären Bereich hat es nicht genügend Kapazitäten, um jederzeit alle gleichberechtigt zu behandeln. Im Spitzenzeiten müssen Triage-Entscheide gefällt werden. Vgl. für eine systematische Diskussion der Rationierung Sommer (2001).

2 Grundsätzliche Überlegungen

Man kann natürlich die Solidarität zwischen «Reich» und «Arm» auch so auffassen, dass damit eine Verteilung der Finanzierungslast nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit gemeint ist. Man würde dann eher zu einkommens- und vermögensabhängigen Prämien gelangen.³² Die Frage nach dem Ausmass der Solidarität zwischen «Reich» und «Arm» kann, sowie auch die Frage nach dem Ausmass der anderen bereits erwähnten Solidaritäten, nicht abstrakt beantwortet werden. Vielmehr muss hierfür eine politische Antwort gefunden werden. Aus der Sicht der Krankenversicherung ist allerdings der Hinweis nützlich, dass ein bestimmtes vorgegebenes Ausmass an Solidarität sowohl mit der Kombination «Kopfprämie + Prämienverbilligung» erreicht werden kann wie auch mit der spezifischen Ausgestaltung von einkommens- und vermögensabhängigen Prämien.³³

Es gibt auch Stimmen, die die Solidarität «Reich»-«Arm» über alle Sozialversicherungen zusammenfassen möchten und diese nicht mehr in den einzelnen Zweigen regeln wollen.³⁴ Gleichzeitig wird dann oft auch vorgeschlagen, die Anzahl der Sozialversicherungszweige zu reduzieren, am besten auf einen einzigen, der verschiedene Risiken abdeckt. An dieser Stelle muss diese Diskussion nicht weiter verfolgt werden, weil eine derartige Reform nicht zur Debatte steht. Allerdings weist die Forderung auf ein wesentlichen Schwachpunkt der Aufteilung der «Reich»-«Arm»-Solidarität auf verschiedene Zweige hin: Am Schluss kann kaum mehr zuverlässig beantwortet werden, wie die Nettoinzidenz aussieht und ob die Solidaritätsziele insgesamt überhaupt erreicht werden.³⁵

Die beiden genannten Solidaritätsdimensionen «Gesund»-«Krank» und «Reich»-«Arm» werden durch die **Kostenbeteiligungen** der Versicherten teilweise aufgehoben. Durch die Kostenbeteiligungen sollen die Versicherten in die Verantwortung für die Menge und Kosten der konsumierten Leistungen eingebunden werden (Verhinderung des Problem des Moral Hazard; vgl. Abschnitt 2.2). Mehrere Arbeiten zeigen für die Schweiz, dass Kostenbeteiligungen zur Kostenreduktionen führen, die über die Beteiligungshöhe hinausgehen. Dies kann nur durch eine Verhaltensänderung erklärt werden: Indem die Versicherten wissen, dass sie im Krankheitsfall einen beträchtlichen Teil der Kosten selbst zu tragen haben werden, versuchen sie, im Rahmen der Möglichkeiten gesünder zu leben bzw. in Bagatellfällen keine Leistungserbringer/innen aufzusuchen.³⁶

Die Einbindung in die Kostenverantwortung funktioniert natürlich nur bei denjenigen Versicherten, die durch ihr Verhalten die Menge der in Anspruch genommen Leistungen beeinflussen können. Bei chronischkranken Menschen ist dies bspw. nicht der Fall. Oft dürfte aber auch bei Nicht-Chroniker/innen der Handlungsspielraum eingeschränkt sein, weil die zu ergreifenden Diagnosen und Therapien von den Entscheidungen der Ärzt/innen abhängen. Kostenbeteiligungen sollten also nicht der Verteilung der Gesundheitskosten zwischen Versicherern und Versicherten dienen, sondern der Beeinflussung des Verhaltens der Versicherten (schonender Umgang mit den Ressourcen). Das Verhalten der einkommensstarken Haushalte dürfte nur dann beeinflussbar sein, wenn die Kostenbeteiligungen einkommensproportional sind.

Die Kostenbeteiligungen sind in der Schweiz (im Unterschied bspw. zu Deutschland) nicht grundsätzlich bestritten. Die Diskussion dreht sich vielmehr um deren Höhe. Die durchschnittliche Kostenbeteiligung beträgt heute rund 31 Prozent oder 930 Franken.³⁷ In der Literatur gilt für die Beurteilung der Kostenbe-

³² An dieser Stelle wollen wir nicht alle Argumente erwähnen, die im Zusammenhang mit der Abstimmung über die Gesundheitsinitiative der SP im Mai 2003 angeführt wurden, wiederholen. Interessant ist allerdings der Hinweis auf die Diskussion in Deutschland, da dort der Übergang von einkommensabhängigen Prämien zu Kopfprämien erwogen wird (vgl. Spycher 2004)

³³ Vgl. dazu Spycher (2003).

³⁴ Vgl. bspw. Zweifel et al. (1996).

³⁵ Dies wird durch Künzi/Schärer (2004) eindrücklich belegt.

³⁶ Vgl. dazu bspw. Werblow/Felder (2003) und Schellhorn (2002).

³⁷ Um eine durchschnittliche Kostenbeteiligung zu berechnen, kann überschlagsmässig kann wie folgt vorgegangen werden:

teiligungen nach wie vor Newhouse (1993) als Referenz, der die Erfahrungen aus einem Versicherungsexperiment zu Beginn der 1980er Jahre in den USA zusammenfasst. Newhouse belegt, dass Kostenbeteiligungen zu beträchtlichen Reduktionen in den Gesundheitskosten führen können. Ein Selbstbehalt von 95 Prozent bis zu 1'000 \$ - das Modell mit dem höchsten Selbstbehalt – führte zu einer Reduktion der Gesundheitskosten zwischen 25 und 30 Prozent, unabhängig vom Leistungsbereich.³⁸ Interessant sind die Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Versicherten. Insgesamt beeinträchtigt die Kostenbeteiligung im genannten Ausmass den Gesundheitszustand der Versicherten nicht. Es werden also wegen der Kostenbeteiligung nicht zu wenig Leistungen in Anspruch genommen. Dies trifft allerdings nicht auf die 6 Prozent Armen zu. Bei ihnen war die Einführung der Kostenbeteiligung mit einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes verbunden.

Aufgrund dieser Ergebnisse erscheint es angezeigt, für die Schweiz zuerst die Auswirkungen der heutigen Kostenbeteiligungen auf den Gesundheitszustand der Ärmsten zu studieren, bevor die Beteiligungen weiter erhöht werden. Allerdings dürften die Ärmsten meistens auch Prämienverbilligungen bekommen. Um das Problem der Auswirkungen der Kostenbeteiligungen bei den Armen auf die Gesundheit zu lösen sowie zu erreichen, dass die Kostenbeteiligungen effektiv das Verhalten beeinflussen, wurde vorgeschlagen, die Kostenbeteiligungen einkommensproportional auszugestalten.³⁹

2.4 Zur Tragbarkeit der Kostenentwicklung

Die Kosten des Gesundheitswesens haben seit 1960 unregelmässig zugenommen (vgl. den **Anhang**). Die Zunahme zwischen 1990 und 2000 betrug nominal 67 Prozent. Der Anteil der Gesundheitskosten am BIP – damit wird auch die Entwicklung der Wirtschaft berücksichtigt - nahm um 26 Prozent zu. In der obligatorischen Krankenpflegeversicherung betrug die nominale Zunahme zwischen 1990 und 2000 55 Prozent. Seit der Einführung des KVG betrug der Anstieg der Prämien in acht Jahren (zwischen 1996 und 2004) 62 Prozent.⁴⁰ Die Kosten der OKP nehmen daher seit Jahren sehr viel stärker zu als diejenigen der Löhne und Preise.

Diese Kostenentwicklung wird oft als besorgniserregend eingestuft. Dies hat verschiedene Gründe, wobei sorgfältig zwischen den Ursachen im Bereich der Kostenentwicklung und in demjenigen der Finanzierung der Kosten zu unterscheiden ist. Bei der Kostenentwicklung werden verschiedene Bedenken angeführt, bspw. die stetige Zunahme der konsumierten Mengen (bspw. bei den Medikamenten) oder die hohen Einkommen gewisser Ärzt/innen (Menge x Preise) oder die im Vergleich zum Ausland als zu hoch eingeschätzten Medikamentenpreise. Auch wird die Besorgnis geäussert, dass die zunehmenden Kosten Ausdruck einer zunehmend kranken Gesellschaft sein könnten. Die hohen und stetig zunehmenden Kosten

Im Jahr 2001 betrug die Durchschnittskosten (es werden nicht alle Rechnungen eingereicht) 2'488 Franken (mit ordentlicher Franchise). Wir gehen für das Jahr 2004 von 2'600 Franken aus. Davon haben die Versicherten 300 Franken (Franchise) und 230 Franken (Selbstbehalt), also insgesamt 530 Franken, zu übernehmen. Im Vergleich zu vielen ausländischen Systemen sind die Zahnpflegekosten in der Schweiz nicht in den Grundleistungskatalog integriert. Wenn wir für eine erwachsene Person von durchschnittlich 400 Franken pro Jahr ausgehen, dann betragen die Gesamtkosten 3'000 Franken (2'600 Franken + 400 Franken) und die selbstgetragenen Kosten 930 Franken (530 Franken + 400 Franken). Die entspricht einem Selbstkostenanteil von 31 Prozent. Dazu kommen natürlich noch die Prämienzahlungen. Sie entsprechen bei einer durchschnittlichen Person in einem Kopfprämien-system genau den von den Versicherern zu tragenden Durchschnittskosten, also 2'070 Franken (2'600 Franken minus die Selbstbeteiligung von 530 Franken). Die von der durchschnittlichen Person zu tragenden Kosten betragen somit genau 3'000 Franken (2'070 Franken Prämie, 530 Franken Selbstbehalt in der OKP, 400 Franken Zahnarztkosten).

³⁸ Newhouse (1993, 338). Verglichen wurden Kostenbeteiligungen von 0 Prozent, 25 Prozent, 50 Prozent und 95 Prozent, kombiniert mit einem maximalen Selbstbehalt von 5 Prozent, 10 Prozent oder 15 Prozent des Familieneinkommens, maximal aber 1'000 \$.

³⁹ Vgl. Leu (1993, 23)

⁴⁰ BAG (2004, 94)

2 Grundsätzliche Überlegungen

führen auf der Seite der Finanzierung zu Sorgen, weil befürchtet wird, dass die Grenze der Finanzierungsbelastung insbesondere von einkommensschwächeren Haushalten erreicht worden sei.⁴¹ Weiter wird befürchtet, dass eine solche Kostenentwicklung generell bald nicht mehr zu finanzieren sei.

Ökonom/innen nehmen oft folgende Haltung ein: Für sie weist die Kostenzunahme zunächst einmal auf die gestiegene Bedeutung der Gesundheit für die Versicherten hin. Sie seien bereit, immer mehr aus ihrem Budget für die Gesundheit auszugeben und immer weniger für andere Güter und Dienstleistungen. Weder die Zunahme der Kosten noch die absolute Kostenhöhe sei daher a-priori als besorgniserregend zu bezeichnen, wenn die Leistungen effizient erbracht würden. Entscheidend ist nun aber für die Ökonom/innen der letzte Zusatz: «Wenn die Leistungen effizient erbracht würden». Die Erfüllung dieser Bedingung wird von den meisten Gesundheitsökonom/innen als nicht gegeben betrachtet. Sie orten starken Reformbedarf. Dieselben Leistungen, die heute nachgefragt werden, könnten zu sehr viel geringeren Kosten erbracht werden. Zudem würden auch zu viele Leistungen erbracht. Die Ökonom/innen äussern sich nicht zur Finanzierungsseite, weil sie hier davon ausgehen, dass über politische Entscheide bestimmt werden muss, was für wen als tragbar gilt.

Ökonom/innen empfehlen, den gelenkten Wettbewerb konsequent umzusetzen. Der erhöhte Wettbewerbsdruck würde dazu führen, dass die gewünschten Leistungen effizient erbracht würden. Dieser Vorschlag dürfte zu einer gewissen Kostensenkung führen, weil davon ausgegangen werden kann, dass heute die Leistungen nicht voll effizient erbracht werden. Gleichzeitig sorgt der gelenkte Wettbewerb selbst aber nicht für eine zukünftige Kostendämpfung. Die Kostenentwicklung wird vielmehr von den in Anspruch genommenen Mengen sowie von den ausgehandelten Preisen abhängen, die ihrerseits stark durch den medizinisch-technischen Fortschritt sowie durch die demographische Alterung bedingt sein werden. Will man die Kosten selbst in ihrer Entwicklung steuern, sind weitergehende Instrumente notwendig. Sie stammen aus dem Umfeld der staatlich organisierten Gesundheitswesen.

Die effektivste Kostenkontrolle besteht in der Verankerung von Globalbudgets. Dadurch wird der maximal verfügbare Betrag von Anfang an limitiert. Die Schwierigkeit besteht darin, das Geld anschliessend wirkungsvoll und effizient auf die zu erbringenden Dienstleistungen zu verteilen. Dies ist das Kernproblem, das in den staatlich gelenkten Gesundheitssystemen zu lösen ist. Globalbudgets dürften zu grossen Verteilungskämpfen führen (bspw. zwischen der Pflege und den Ärzt/innen), in denen die besser organisierten und finanziell potenteren Akteur/innen sich durchsetzen dürften. Wenn Globalbudgets auf breiter Basis eingeführt würden (bspw. im stationären und im ambulanten Bereich), dann würden sich die Beziehungen zwischen den Akteur/innen wesentlich verändern.

Finanzierungsflüsse

Bereits im Abschnitt 2.3 wurde beim Thema «Solidarität» ausgeführt, wie durch entsprechende Finanzierungsinstrumente ein bestimmtes Ausmass an Solidarität zwischen «Reich» und «Arm» erreicht werden kann. An dieser Stelle geht es nun darum, der Frage nachzugehen, wo die einzelnen Finanzierer am besten ins System eingreifen:

■ **Versicherte:** Die Versicherten bezahlen Prämien (Kopfprämien oder einkommensabhängige Prämien) und Kostenbeteiligungen. Sie können ihren Finanzierungsbeitrag direkt den Leistungserbringer/innen, den

⁴¹ Eindrücklich belegen Müller et al. (2002) für die 1990er Jahre, dass das verfügbare Einkommen für die Ärmsten trotz Prämienverbilligungen nicht zuletzt wegen den stark gestiegenen Prämien zurückgegangen ist.

Versicherungen oder einem Fonds (wie bspw. in den Niederlanden) zukommen lassen. Für jede Variante gibt es Vor- und Nachteile.⁴²

■ **Öffentliche Hand:** Für den Weg der finanziellen Beteiligung der öffentlichen Hand gibt es im Rahmen eines wettbewerblichen Systems eine klare Empfehlung. Der Beitrag sollte nicht so ins System fließen, dass die Wettbewerbsfunktionen gestört werden, weil sonst die Leistungen weniger effizient erbracht werden. Konkret sollte sich die öffentliche Hand daher auf die Subjekt- und nicht auf die Objektfinanzierung konzentrieren. Bei der Subjektfinanzierung sind verschiedene Wege möglich: (a) Prämienverbilligung durch Überweisung an die Versicherten, (b) Prämienverbilligung durch Überweisung an die Versicherer (in der Evaluation der Prämienverbilligung empfohlene Variante⁴³) oder (c) die Einrichtung von «Medical Saving Accounts (MSA)». ⁴⁴ Bei den MSA werden die öffentlichen Gelder den Versicherten auf ein Konto überwiesen, das nur für Gesundheitsausgaben verwendet werden darf.

■ **Versicherer:** Die Hauptaufgabe der Versicherer besteht in einem wettbewerblichen System darin, intelligente Verträge mit Leistungserbringer/innen abzuschließen. Es macht daher Sinn, dass sie die Leistungserbringer/innen abgelden. Die Versicherer erhalten ihrerseits das dazu notwendige Geld von den Versicherten bzw. aus einem zentralen Fonds.

Die Finanzwissenschaft empfiehlt grundsätzlich, die Finanzierungs- und Entscheidungsverantwortung zusammen zu legen. Dies wird im System des gelenkten Wettbewerbs bei den Versicherten, den Versicherern sowie den Leistungserbringer/innen umgesetzt. Bei der öffentlichen Hand, insbesondere bei den Kantonen, fällt dies auseinander: Die Kantone bzw. der Bund sollen einerseits nur finanzieren, aber nichts konkret entscheiden. Dies ist konsequent, geht es doch um die retrospektive soziale Abfederung der Marktergebnisse (und bspw. nicht um die Subventionierung von Betrieben). Andererseits kommt Bund und Kantonen als Setzer der Rahmenbedingungen (Prämiengestaltung, Grundleistungspaket etc.) für die verschiedenen Märkte eine zentrale Rolle zu.

2.5 Das Menschenbild

Mit dem Gesundheitswesen und der Gesundheitspolitik beschäftigen sich sehr verschiedene wissenschaftliche Disziplinen, die sich hinsichtlich ihrem Zugang, ihrem methodischen Vorgehen, aber auch hinsichtlich ihren Zielen unterscheiden. Dazu gehört die Humanmedizin, die Soziologie, die Psychologie, die Politikologie, die Ökonomie, die Rechtswissenschaften und natürlich auch die Sozial- und Präventivmedizin. Sehr prägend für die Diskussionen rund um die Krankenversicherung und ihre Reformen sind die Disziplinen Humanmedizin und Ökonomie.⁴⁵ In der Ökonomie stellt es eine zentrale Annahme dar, dass sich das Verhalten von Menschen durch Anreize erklären, aber auch beeinflussen lässt. Wenn also bestimmte Akteur/innen nicht so handeln, wie dies erwartet wird (bspw. die Ärzt/innen), dann empfehlen die Ökonom/innen meistens eine Änderung der Anreize (bspw. die Aufhebung des Kontrahierungszwangs). Nicht dem Mainstream zugehörige Ökonom/innen gehen darüber hinaus und betonen auch die Bedeutung von Institutionen und Vertrauen (Stichwort Sozialkapital) für die individuellen Verhaltensweisen.

Die Ausführungen in der vorliegenden Auslegeordnung sind stark von einer solcherart erweiterten ökonomischen Grundhaltung geprägt, die einerseits Anreize gezielt einsetzen will, andererseits aber auch die Bedeutung von Institutionen und Vertrauen anerkennt. Eine solche Sichtweise steht, wie erwähnt,

⁴² Ein zentraler Vorteil der Fondslösung wäre, dass die Versicherer mit risikokorrigierten Capitation-Zahlungen finanziert werden könnten. Dies würde es erlauben, den heute mangelhaft ausgestalteten Risikoausgleich rasch zu reformieren. Spycher (2004a) führt diese Idee weiter aus.

⁴³ Vgl. Balthasar et al. (2001).

⁴⁴ Vgl. dazu ausführlicher den Abschnitt 3.3.1.2.

⁴⁵ Vgl. Sommer (1999, 2001) für ein nachzeichnen der unterschiedlichen ethischen Standpunkte.

3 Die heutige Krankenversicherung

zwangsläufig mit den Vorstellungen anderer Disziplinen in einem Spannungsfeld. Wenn Anreize eine wichtige Rolle spielen sollen, dann sollte auch klar sein, auf welches Ziel hin die zu setzenden Anreize wirken sollen. Welches Verhalten erwarten wir von den Hauptakteur/innen der Gesundheitspolitik?

■ **Versicherte, Patient/innen:** Die Versicherten sollen – soweit ihnen dies möglich ist und zugemutet werden kann - Sorge zu ihrer eigenen Gesundheit und der Gesundheit der von ihnen abhängigen Menschen tragen. Stellen sich Krankheiten ein, sollen die Patient/innen die notwendigen medizinischen Massnahmen ohne Scheu in Anspruch nehmen, aber auf unnötige Massnahmen – soweit sie dies selbst beurteilen können – verzichten.

■ **Leistungserbringer/innen:** Leistungserbringer/innen sollen dafür sorgen, dass die Patient/innen unabhängig von ihrer Schichtzugehörigkeit und ihrem Gesundheitszustand medizinisch gut versorgt werden. «Gut versorgt» bedeutet, dass alle notwendigen Massnahmen (aber nicht mehr) in guter Qualität (aber nicht in perfekter Qualität) ergriffen werden.

■ **Versicherer:** Versicherer sollen ihren Versicherten unabhängig von ihrer Schichtzugehörigkeit und ihrem Gesundheitszustand die vorgegebene Grundversicherung zu möglichst geringen Prämien und zu möglichst hoher Qualität anbieten.

■ **Öffentliche Hand:** Die öffentliche Hand sorgt dafür, dass die Rahmenbedingungen stimmen, damit alle Akteur/innen die von ihnen erwarteten Verhaltensweisen bzw. Leistungen erbringen können. Sie sorgt insbesondere auch dafür, dass die aus privatwirtschaftlichen Überlegungen nicht erbrachten Leistungen in genügendem Ausmass zu Verfügung stehen (bspw. im Bereich der Präventionsmassnahmen).

Es gibt andere Menschenbilder, die zu dem eben geschilderten in einem Spannungsverhältnis stehen können. Bspw. könnte man auch davon ausgehen, dass alle beteiligten Akteur/innen möglichst gut ausgebildet sein sollten, möglichst viele Informationen zur Verfügung haben sollten sowie nicht von Armut bedroht sein sollten. Man könnte sich dann vorstellen, dass es eine Lösung gibt, die nicht primär auf Anreize, sondern mehr auf Einsicht und Vertrauen baut. So gesehen ist das ökonomische Menschenbild sehr viel pessimistischer.

3 Die heutige Krankenversicherung

3.1 Ziele und Konzept des KVG

Das heute geltende Recht wurde 1996 im Rahmen einer Totalrevision eingeführt. Allerdings wurde dabei nicht eine vollständige Neuordnung der Krankenversicherung etabliert. Vielmehr übernahm das KVG viele Elemente des alten Gesetzes (bspw. die Kopfprämien) und reagierte stark auf Missstände, die Ende der 1980er Jahre zunehmend virulent wurden. Es ist daher sinnvoll, kurz die wesentlichsten Missstände in Erinnerung zu rufen (Bundesrat 1991, 11f.):

■ Beklagt wurde eine Entsolidarisierung zwischen «Gesund» und «Krank». Die Krankenversicherer durften im alten Gesetz die Prämien nach dem Eintrittsalter (und bis 1993 nach Geschlecht) abstufen und gesundheitliche Vorbehalte anbringen. Dies führte dazu, dass ältere und/oder kränkere Personen kaum mehr die Versicherung wechseln konnten. Neu auftretende Billigkassen warben die jungen und gesunden Versicherten an. In der Folge stiegen die Prämien in den älteren Kassen für die kränkeren Versicherten stark an, während junge und gesunde Versicherte von ausgesprochen günstigen Prämien profitieren konnten.

■ Weiter wurde auch auf die zunehmend stossendere Entsolidarisierung zwischen «Reich» und «Arm» hingewiesen, weil die Kopfprämien bei steigenden Gesundheitskosten die untersten Einkommensschichten immer mehr belasteten.

■ Die Freiwilligkeit der Krankenversicherung wurde als Problem erkannt, weil schlecht informierte Menschen oder Personen, die der Sprache zu wenig mächtig sind, überproportional häufig keine Krankenversicherung abschlossen.

■ Schliesslich wurde darauf hingewiesen, dass es im Leistungskatalog wichtige Lücken hat und dass zu wenig für die Kostendämpfung unternommen würde.

Der Bundesrat (1991) stellte in Reaktion auf die genannten Entwicklungen folgende Leitlinien ins Zentrum der Revision des alten Gesetzes:

■ **Solidarität:** Die Solidarität zwischen «Gesund» und «Krank» sowie zwischen «Reich» und «Arm» sollte gestärkt werden. Dazu wurde ein Obligatorium der Versicherung, die volle Freizügigkeit, ein Risikoausgleich zwischen den Versicherern, eine individuelle Prämienverbilligung sowie die Abschaffung der Prämien differenzierung bei den Erwachsenen nach Alter und Geschlecht vorgeschlagen.

■ **Kostendämpfung:** Verschiedene Massnahmen sollten den Akteur/innen Möglichkeiten geben, die Kostenzunahme einzudämmen.⁴⁶ Dazu gehören: (a) Mehr Möglichkeiten bei der Tarifbildung (Einzelleistungsvergütung, Zeittarife, Pauschaltarife), um die Leistungserbringer/innen über eine Budgetverantwortung mehr in die Verantwortung einzubeziehen, (b) mehr Möglichkeiten für die Versicherer, neue Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer/innen anzubieten, (c) mehr Möglichkeiten für die Versicherer, bei mangelnder Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer/innen Sanktionen zu ergreifen, (d) Möglichkeiten für die Kantone, mit der Planung der Spitalkapazitäten auf die Entwicklung der Kosten im stationären Bereich einzuwirken, (e) die Möglichkeit für die Kantone, auf Antrag der Versicherer Globalbudgets für den stationären Bereich zu verankern bzw. einen Tarif- und Preisstopp zu verfügen, sowie (f) mit der Vorschrift, einheitliche Kostenstellenrechnungen zu entwickeln und somit die Voraussetzung zu schaffen, die Wirtschaftlichkeit im Sinne eines Benchmarkings überhaupt prüfen zu können.⁴⁷

■ **Schliessung von Lücken:** Der Grundleistungskatalog sollte ausgedehnt werden, weil er gemäss der Ansicht des Bundesrates wesentliche Lücken aufwies (neu aufgenommen wurde: Präventionsleistungen, eine unbegrenzte Leistungsdauer bei stationären Behandlungen, Massnahmen der Alternativmedizin, ärztlich verordnete Therapien etc.⁴⁸).

Welches Grundkonzept steht nun aber hinter der heutigen Ausgestaltung der Krankenversicherung? Das KVG spiegelt eindeutig den Ansatz der «managed competition», des gelenkten Wettbewerbs. Die wesentlichen Elemente dieses Konzeptes wurden bereits in Abschnitt 2.2. skizziert. Es basiert im Kern darauf, dass zwischen den Versicherern und zwischen den Leistungserbringern starker Wettbewerb herrscht. Dieser soll sowohl zu einer effizienten Erbringung der Leistungen wie auch zu einer hohen Qualität führen. Die Versicherten sollen diesen Wettbewerb verstärken, in dem sie häufig sowie unkompliziert den Versicherer wechseln können. Die Rolle der öffentlichen Hand beschränkt sich auf die Subventionierung der Prämien.

Vergleicht man das Konzept des gelenkten Wettbewerbs mit der Ausgestaltung des KVG, so fallen verschiedene Abweichungen des KVGs auf:

■ Zwischen den Leistungserbringern und den Versicherern besteht keine Vertragsfreiheit.

⁴⁶ Der Bundesrat (1991, 34) verankerte explizit das Ziel, dass die Kostenzunahme im Gesundheitswesen nur noch derjenigen der Lohn- und Preisentwicklung entsprechen soll.

⁴⁷ Interessanterweise wird in der Botschaft auch darauf hingewiesen, dass es aus Sicht der Krankenversicherung legitim sei, die Kosten an andere Kostenträger zu verschieben, zumal andernorts sozialere Finanzierungen zum tragen kämen. So wird bspw. die Subventionierung des stationären Bereichs durch die öffentliche Hand begründet.

⁴⁸ Vgl. dazu Widmer/Wolffers (1997) und EDI (1994).

3 Die heutige Krankenversicherung

- Der stationäre Bereich wird anders als der ambulante Bereich behandelt (Spitalplanung, Subventionierung des Baus und des Betriebs durch die öffentliche Hand). Dadurch ist bspw. auch der freie Marktzutritt im stationären Bereich nicht gegeben
- In der Grundversicherung herrscht ein Gewinnverbot.
- Die Versicherten bezahlen keine risikogerechten Prämien. Die gewählte Lösung mit Einheitsprämien und Risikoausgleich kommt allerdings für den Wettbewerb auf das gleiche heraus, wenn der Risikoausgleich richtig ausgestaltet ist (was er heute nicht ist). Es soll erreicht werden, dass sich die Versicherer nicht in der Risikoselektion engagieren, sondern im Management der Gesundheitskosten. Dies ist bei risikogerechten Prämien der Fall, weil die Versicherer diejenige Prämie verlangen können, die dem Risiko angemessen ist. Bei Einheitsprämien haben die Versicherer ein Interesse an den gesunden Versicherten, weil sie so die Einheitsprämie tief halten können. Der Risikoausgleich stellt hierfür das konzeptionell richtige Korrekturinstrument dar.⁴⁹

3.2 Wirkungen und Problembereiche

Das KVG wurde im Rahmen einer Wirkungsanalyse, die eine grosse Zahl von Studien auslöste, eingehend untersucht.⁵⁰ Dabei kamen die Autor/innen hinsichtlich der Zielerreichung zu folgenden Einschätzungen, die im vorliegenden Zusammenhang nicht alle geteilt werden (vgl. dazu den Abschnitte 3.3.):

- **Solidarität:** Mit Einschränkungen wurde konstatiert, dass das Solidaritätsziel, das sich der Bundesrat gesteckt hatte, erreicht worden ist. Die Einschränkung bezieht sich auf den nur ungenügend funktionierenden Risikoausgleich zwischen den Versicherern, der die Solidarität «Gesund»-«Krank» untergräbt, und auf die in gewissen Kantonen ungenügende Wirksamkeit der Prämienverbilligung.
- **Qualitativ hochstehende Leistungen:** Auch hier ist die Einschätzung der Autor/innen grundsätzlich positiv, indem auf geschlossene Lücken im Grundleistungskatalog verwiesen wird (bspw. in den Bereichen «Pflege zu Hause und in Pflegeheimen» und «uneingeschränkte Leistungspflicht bei Spitalaufenthalten»). Gleichzeitig wird aber auch auf Mängel hingewiesen. So habe sich die Qualitätssicherung generell noch wenig entwickelt. Die Kantone hätten sich zudem teilweise aus der Finanzierung von Präventionskampagnen zurückgezogen. Schliesslich wird auch festgehalten, dass die Eidg. Leistungskommission bei ihren Entscheiden zur Neuaufnahme von Leistungen in den Grundleistungskatalog die Kostenfolgen zuwenig berücksichtigen würde.
- **Kostenentwicklung:** In diesem Bereich orten die Autor/innen ein Versagen des KVG, weil weder ein namhafter Einfluss auf die Entwicklung der Kosten noch auf das Wettbewerbsverhalten der Akteur/innen ausgemacht werden konnte.

Insgesamt wird von den Autor/innen die Einschätzung geäussert, dass sich die hinter dem KVG stehende konzeptionelle Grundidee bewährt habe. Die Realisierung des KVG sei aber nicht konsequent erfolgt und so würden sich heute in verschiedenen Bereichen Probleme zeigen. Beispielsweise hätten verschiedene Akteur/innen die ihnen zugeordneten Rollen noch nicht so ausgefüllt wie dies vorgesehen war und in der Folge von den im KVG zur Verfügung gestellten Instrumenten nur zögerlich Gebrauch gemacht.

- **Versicherer:** Die Versicherer haben von den Möglichkeiten bei den verschiedenen Tarifmodellen sowie bei der Einrichtung neuer Versicherungsmodelle nur ungenügend Gebrauch gemacht. Dies wird darauf zurückgeführt, dass die ambulanten Leistungserbringer/innen im Rahmen des Kontrahierungszwangs nur wenig Anreize haben, neue Versicherungs- und Versorgungsformen zu entwickeln. Weiter reduziert die

⁴⁹ Vgl. für den Risikoausgleich in der Schweiz Spycher (2002), für eine internationale Übersicht van de Ven et al (2003), für eine ausgezeichnete Übersicht über die theoretischen Grundlagen Van de Ven/Ellis (2000).

⁵⁰ Vgl. BSV (2001).

Subventionierung der stationären Aufenthalte durch die öffentliche Hand die Einsparmöglichkeiten der neuen Versicherungsmodelle. Letztlich spielt der ungenügend ausgestaltete Risikoausgleich eine zentrale Rolle: Er lenkt die Interessen der Versicherer hin zu einer für sie günstigen Risikoselektion statt auf das aktive Management der Gesundheitskosten.

■ **Leistungserbringer:** Im ambulanten Bereich gab es nur wenig mehr Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern, da der Kontrahierungszwang nicht aufgehoben wurde. In der Folge mussten sie sich nur wenig anpassen. Im stationären Bereich setzten Änderungen ein als die Kantone etwas restriktivere Spitalplanungen durchzusetzen begannen.

■ **Versicherte:** Die Versicherten machen von ihren Möglichkeiten, den Versicherer zu wechseln, nur ungenügend Gebrauch. Dies wird auf verschiedene Gründe zurückgeführt: Mangelnde Informationen, Bindungen über die Zusatzversicherungen, noch zu wenig grosse Prämienbelastung etc. Weiter wählten sie auch selten neue Versicherungsformen mit eingeschränkter ÄrztInnenwahl. Dies wird darauf zurückgeführt, dass die Prämienunterschiede zur Normalversicherung zu gering sind und daher zu wenig Anreiz besteht, auf die freie ÄrztInnenwahl zu verzichten.

Die Evaluation des KVG beinhaltete nicht ein umfassendere Evaluation der Gesundheitspolitik. Insbesondere wurde nicht untersucht, wie die Akteur/innen des KVG auf die grösseren Entwicklungslinien reagieren. Dazu gehören bspw. die Entwicklungen bei der Morbidität (zunehmende Bedeutung der chronischen Krankheiten), aber auch die soziale Ungleichheit als auslösendes Element von Krankheiten. Ebenfalls nicht thematisiert wurden die Entwicklungen in und um die Schulmedizin (zunehmende Bedeutung alternativer Diagnose- und Therapieverfahren) sowie das sich verändernde Verhältnis zwischen Diagnose/Behandlung einerseits und Pflege andererseits (zunehmende Bedeutung der Pflege für die Gesundheit).

3.3 Reformvorschläge

Die Meinungen über die notwendigen Reformen gehen stark auseinander. Dies hängt vor allem damit zusammen, dass von den einen Autor/innen die Konzeption des KVG grundsätzlich in Frage gestellt wird, während andere Expert/innen sich mit ihren Reformvorschlägen innerhalb des bestehenden Konzeptes bewegen. Dann hat es aber auch damit zu tun, dass unterschiedliche Werthaltungen eine Rolle spielen. Wenn die Solidarität und Gerechtigkeit im Vordergrund steht, dann kommt man zu anderen Reformvorschlägen als wenn man vor allem die Kostenentwicklung beeinflussen möchte. Nachfolgend beginnen wir mit den Vorschlägen im Rahmen des heutigen Konzeptes und kommen anschliessend zu denjenigen, die darüber hinaus gehen. **Tabelle 1** zeigt eine Übersicht über die diskutierten Reformvorschläge.

3.3.1 Vorschläge zur Verbesserung der Wirksamkeit des KVG

Die verschiedenen Autor/innen machten im Rahmen der Wirkungsevaluation in verschiedenen Bereichen Vorschläge, um die Wirksamkeit der Konzeption des KVG zu erhöhen.⁵¹ Nachfolgend werden diese Vorschläge kurz skizziert, ergänzt mit denjenigen anderer Autor/innen⁵² sowie eigener Überlegungen.

⁵¹ Vgl. BSV (2001)

⁵² Leu/Hill (2002), Sommer (1999, 163ff.), Zweifel/Breuer (2001), Felder (2001), Leu (1993).

3 Die heutige Krankenversicherung

Tabelle 1: Übersicht über die vorgebrachten Reformvorschläge

Hauptsächlich betroffene/r Akteur/in	Ziel 1: Erhöhung der Solidarität	Ziel 2: Dämpfung der Kostenentwicklung	Ziel 3: Erhöhung der Qualität
Reformvorschläge im Rahmen des Konzeptes des gelenkten Wettbewerbs			
Versicherte	<ul style="list-style-type: none"> ■ Verbesserung der Wirksamkeit der Prämienverbilligung ■ Einführung von risikogerechteren Prämien, abgestuft nach Alter ■ Abstufung der Prämien nach dem Ausmass der ergriffenen Präventionsmassnahmen ■ Befreiung der Kinder bzw. Jugendlichen von Prämienzahlungen 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Erhöhung der Kostenbeteiligungen ■ Einführung von Medical Saving Accounts ■ Erhöhung der Mobilität der Versicherten ■ Bessere Information der Versicherten (Empowerment; Guide santé) 	
Versicherer		<ul style="list-style-type: none"> ■ Verbesserung des Risikoausgleichs ■ Aufhebung des Gewinnverbotes ■ Abschaffung der Möglichkeit, Zusatzversicherungen anzubieten ■ Mehr Wettbewerbsmöglichkeiten 	
Leistungserbringer/innen		<ul style="list-style-type: none"> ■ Aufhebung des Kontrahierungszwangs im ambulanten Bereich ■ Aufhebung des Kontrahierungszwangs im stationären Bereich ■ Förderung von Managed Care Modellen ■ Förderung von integrierten Versorgungsstrukturen ■ Übergang zur monistischen Finanzierung im stationären Bereich 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Einführung systematischer Qualitätsmessungen bei allen Leistungserbringer/innen ■ Förderung des Qualitätsmanagements
Öffentliche Hand	<ul style="list-style-type: none"> ■ Erhöhung des steuerfinanzierten Anteils 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rückzug der öffentlichen Hand aus der Tarif- und Preispolitik ■ Aufhebung der Kantons Grenzen bei der Definition von Versorgungsregionen 	
Änderung der Rahmenbedingungen		<ul style="list-style-type: none"> ■ Reduktion des Grundleistungskatalogs ■ Verbesserung der Datengrundlagen ■ Einführung eines Pilotartikels 	
Reformvorschläge, die über den Rahmen des Konzeptes des gelenkten Wettbewerbs hinausgehen			
Versicherte	<ul style="list-style-type: none"> ■ Einführung von einkommensabhängigen Prämien 		
Versicherer		<ul style="list-style-type: none"> ■ Einführung einer Einheitskasse ■ Einführung von Globalbudgets 	
Änderung der Rahmenbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Einführung eines nationalen Gesundheitsdienstes ■ Einführung einer Unterteilung in Gross- und Normalrisiken 		

Quelle: Eigene Darstellung

3.3.1.1 Solidarität

■ Die **Prämienverbilligung** ist heute nicht in allen Kantonen und nicht für alle Haushaltstypen wirksam sowie zum Teil zu wenig zielgerichtet.⁵³ Dies hat mit den kantonalen Unterschieden in der Ausgestaltung und dem Vollzug, einer fehlenden und durchsetzbaren Zielgrösse (Sozialziel) sowie der Anbindung an das Steuersystem zu tun (damit handelt man sich alle Probleme ein, die mit den Steuerabzügen verbunden sind). Notwendig ist daher eine Vereinheitlichung der kantonalen Vielfalt, klar verankerte Zielgrössen sowie genügend finanzielle Mittel, um die Ziele zu erreichen. Zu erwähnen sind aber zwei grundsätzliche Aspekte, die in diesem Zusammenhang oft vergessen gehen:

a) Die oft diskutierte Zielgrösse des Sozialziels – maximale Prämienbelastung von 8 Prozent des steuerbaren Einkommens – stammt aus Berechnungen der Bundesverwaltung in der bundesrätlichen Botschaft von

⁵³ Künzi/Schärer (2004) zeigen, dass auch in den höchsten Einkommensquintilen Prämienverbilligungen ausgeschüttet worden sind. Vgl. dazu die Tabellen im **Anhang**.

1991. Sie wurde nie systematisch hergeleitet und zwar in zweierlei Hinsicht: Zum einen muss begründet werden, warum die Ausgaben für eine bestimmte Güter- und Dienstleistungskategorie nur einen bestimmten Anteil am Einkommen ausmachen darf. Naheliegender wäre bspw. die Forderung, dass die Prämien nicht zu Armut oder Armutsgefährdung führen dürfen. Zum anderen ist der Wert von 8 Prozent zufällig entstanden. Hier müsste systematisch begründet werden, wie man zu bestimmten Werten kommt (bspw. zusammen mit Budgetberatungsstellen).

Die Tabellen im **Anhang** zeigen, dass die durchschnittliche Belastung im Jahr 1998 unter Berücksichtigung der Prämienverbilligungen gemessen am Haushaltseinkommen (nicht am steuerbaren Einkommen) 4.8 Prozent betrug. Dieser Wert dürfte nach den starken Prämien erhöhungen der letzten Jahre deutlich höher liegen. Interessant ist auch, dass die Belastung nach Haushaltstyp schwankt. Am höchsten ist sie bei den Haushalten mit erwerbslosen Personen (9.4%).

b) Die Prämienverbilligung reiht sich ein in die föderalistische Ausgestaltung vieler Finanzhilfen und des Steuersystems. Jüngst zeigte eine Untersuchung, dass der Föderalismus zu kaum mehr nachvollziehbaren Unterschieden der Leistungen bei identisch zusammengesetzten Haushalten mit gleichem Einkommen führt.⁵⁴

Trotz dieser Vorbehalte kommen wir in Abschnitt 5.1. zum Schluss, dass die vom Bundesrat vorgeschlagenen Reformen einen Schritt in die richtige Richtung darstellen.

■ Der **Risikoausgleich** zwischen den Versicherern ist mangelhaft ausgestaltet, da er nur auf den Kriterien Alter, Geschlecht und Kanton beruht und daher die Unterschiede im Gesundheitszustand nur ungenügend berücksichtigt. Die Hauptaufgabe des Risikoausgleichs ist die Verstärkung der Wettbewerbsanreize zwischen den Versicherern. Er hat aber auch Auswirkungen auf die Solidarität «Gesund»-«Krank», wenn die Mobilität der Versicherten eingeschränkt ist.⁵⁵ Dann zahlen vor allem ältere und in der Tendenz kränkere Personen höhere Prämien, weil sie diejenigen sind, die eine geringe Mobilität haben. Allerdings muss in diesem Zusammenhang sicher auch die Frage des Verhältnisses zwischen Selbstverantwortung und staatlichem Eingriff diskutiert werden.

■ Verschiedene Autoren schlagen im Sinne einer konsequenten Umsetzung des Konzepts des gelenkten Wettbewerbs die Einführung von **risikogerechte Prämien** vor.⁵⁶ Begründet wird dies mit der Schwierigkeit, einen sinnvollen Risikoausgleich zu finden und ihn dann auch umzusetzen. Da es den Risikoausgleich nur bei Einheitsprämien brauche, schlagen diese Autoren einen Übergang zu risikogerechten Prämien vor. Dies würde aber einer massiven Einschränkung der Solidarität «Gesund»-«Krank» entsprechen. Zur Zeit gibt es keine Hinweise, dass dies dem Wunsch der überwiegenden Mehrheit der Bevölkerung entsprechen würde.

In die gleiche Richtung zielt der Vorschlag, die Prämien nach dem **Alter** abzustufen.⁵⁷ Da statistisch ein Zusammenhang zwischen den Gesundheitskosten und dem Lebensalter besteht (trifft nicht in jedem Einzelfall zu), wird auch hier die Solidarität zwischen «Gesund» und «Krank» aufgebrochen. Die Motivation hinter diesem Vorschlag ist allerdings eine etwas andere. Es wird davon ausgegangen das ältere Menschen tendenziell auch wohlhabender sind, weil sie durchschnittlich über ein grösseres Vermögen verfügen als jüngere Menschen. Im Prinzip zielt der Vorschlag auf eine höhere Kostenbeteiligung von Versicherten ab, die mehr Geld zu Verfügung haben. Dieser Vorschlag ist durchaus bedenkenswert. Allerdings ist das Kriterium «Alter» hierfür zu grob, weil es auch gesunde sowie arme Alte gibt. Wenn man das Einkommen bei der Kostenbeteiligung beiziehen will, sollte man dies direkt machen (vgl. dazu die Ausführ-

⁵⁴ Vgl. Wyss/Knupfer (2003).

⁵⁵ Der Risikoausgleich wurde ursprünglich in einem dringlichen Bundesbeschluss «Gegen die Entsolidarisierung» eingeführt. Auch in der Botschaft des Bundesrates (1991) wurde so argumentiert.

⁵⁶ Leu (1993), Zweifel/Breuer (2001), Felder (2001).

⁵⁷ Dieser Vorschlag wurde von Bundesrat Couchepin eingebracht als er noch Vorsteher des EVD war.

3 Die heutige Krankenversicherung

rungen weiter unten).

Ein weiterer Vorschlag will die Prämien nach dem Umstand differenzieren, ob die Versicherten genügend **Präventionsmassnahmen** ergriffen haben.⁵⁸ Dazu wird regelmässige ein Gesundheitstest durchgeführt, der die vier Elemente Normalgewicht, körperliche Fitness, Entspannungsfähigkeit und Suchtmittelfreiheit abbildet. Wenn weniger als drei der vier Bedingungen erfüllt sind, werden die Prämien erhöht. Ganz offensichtlich wirft dieser Vorschlag die Frage nach der Verantwortung für den eigenen Gesundheitszustand auf. Wenn davon ausgegangen wird, dass diese Verantwortung nicht bei allen Versicherten bejaht werden kann (bspw. bei gewissen chronischen Krankheiten), dann müsste es in einem solchen System die Möglichkeit geben, Ausnahmen zu machen. Konsequenter weitergedacht wirft ein Ausnahmensystem aber grosse praktische Schwierigkeiten auf, so dass von einem solchen Weg wohl eher abgesehen werden muss.

■ Um die einkommensschwächeren Familien von der zunehmenden Prämienbelastung teilweise zu entlasten wurde vorgeschlagen, allen Familien die **Prämien der Kinder bzw. Jugendlichen in Ausbildung** teilweise oder ganz zu erlassen. Bei diesem Vorschlag gibt es mehrere Aspekte zu berücksichtigen: (a) Ordnungspolitisch gesehen gehören familienpolitische Massnahmen in den Bereich der Familienpolitik. Wenn Familienpolitik in jeder anderen Spezialpolitik betrieben wird, dann reduziert sich die Steuerbarkeit und Berechenbarkeit der Familienpolitik selbst sowie die Transparenz der Wirkungen aller familienpolitischen Massnahmen. (b) Wenn die Reduktion der Prämien für alle Familien durchgeführt wird, dann werden auch einkommensstarke Familien begünstigt. Es kann dann argumentiert werden, dass auch reiche Familien familiäre Leistungen erbringen und somit eine Anerkennung verdient hätten (so wird oft bei den Kinderzulagen argumentiert). Finanzpolitisch ist dies aber nicht sinnvoll und auch nicht berechtigt. (c) Wenn die Finanzierung der erlassenen Kinderprämien über die Erwachsenenprämien erfolgt, dann werden die Eltern der einkommensschwachen Familien nur teilweise entlastet. Es würde sich dann schon eher eine Finanzierung über Steuern aufdrängen. (d) Für arme Haushalte sind die Prämien bereits heute vollständig verbilligt. Für diese Haushalte bringt der Prämienentlass für Kinder und Jugendliche in Ausbildung keinen zusätzlichen Nutzen.

Wenn trotz dieser Bedenken eine Prämienbefreiung durchgeführt werden soll, dann sollte man sie unbedingt auf einkommensschwache Haushalte, die trotz Prämienverbilligungen noch Kinderprämien bezahlen, beschränken.

■ Um die Solidarität zwischen «Reich» und «Arm» zu erhöhen, wird oft auch vorgeschlagen, den **steuerfinanzierten Anteil** (heute in der OKP ca. 1/3) zu erhöhen. In diesem Zusammenhang stellen sich (mindestens) drei Fragen: (a) Auf welchem Weg fliessen die Steuergelder ins Gesundheitswesen? Der heute verwendete Weg – die Subventionierung der stationären Aufenthalte – ist falsch, weil er einzelne Leistungsarten gegenüber anderen bevorteilt. Dadurch werden zu viele stationäre Leistungen erbracht und die neuen Versicherungsformen in ihrer Ausbreitung gehindert (vgl. dazu die nachfolgenden Abschnitte). Dies bedeutet, dass zuerst ein neuer Weg gefunden werden muss, wie die kantonalen öffentlichen Gelder ins System einfliessen können. Der geeignetste Weg ist die Pro-Kopf-Verteilung an die Versicherer, wenn gleichzeitig der Risikoausgleich reformiert wird.⁵⁹ (b) Wie können die Kostensparanreize bewahrt werden? Die zusätzlichen Steuergelder müssen so in das System einfliessen, dass die verschiedenen Akteur/innen Anreize zur wirtschaftlichen Erbringung ihrer Leistungen haben. Dies kann vor allem mit dem Instrument der prospektiven und risikokorrigierten Pauschalzahlung erreicht werden. (c) Heisst steuerfinanziert gleichzeitig auch gerecht? Es ist zu beachten, dass durch die vielfältigen Steuerabzüge wohlhabendere Personen mehr Möglichkeiten haben, ihr steuerbares Einkommen zu reduzieren. Die resultierende Steuerbelastung

⁵⁸ Vgl. Studer (1996, 373ff.).

⁵⁹ Vgl. dazu Leu (2004).

dürfte noch immer progressiv sein, aber weniger stark als dies bspw. der Tarif der direkten Bundessteuer suggeriert. Allerdings gibt es keine brauchbare Alternative zur Steuerfinanzierung, die gerechter und solidarischer wäre. Dies weist darauf hin, dass mit Reformen bei der Steuererhebung angesetzt werden müsste.

3.3.1.2 Kostendämpfung

Bei den Vorschlägen, die in der mittleren oder längeren Frist einen Einfluss auf die Kosten haben sollen, unterscheiden wir zwischen verschiedenen Ansatzpunkten.

Ansatzpunkt: Versicherer

Zuerst betrachten wir die Vorschläge, welche die Versicherer betreffen. Hier geht es vor allem um Vorschläge, die den Wettbewerbsdruck zwischen den Versicherern erhöhen sollen, weil unterstellt wird, dass mehr Wettbewerbsdruck die Versicherer dazu bringt, die Gesundheitskosten stärker zu managen.

■ Der **Risikoausgleich** ist, wie erwähnt, mangelhaft ausgestaltet. Dies stellt heute ein zentrales Hindernis für einen wirksamen Wettbewerb zwischen den Versicherern dar. Wenn man an den Einheitsprämien festhält, dann braucht es als Korrektur dazu auch einen gut ausgestalteten Risikoausgleich. Wird dies unterlassen, dann ist es für die Versicherer attraktiver, sich auf die Selektion guter Risiken zu konzentrieren als ernsthaft in das Management der Gesundheitskosten zu investieren. Letzteres ist allerdings nur möglich, wenn die Versicherer dazu entsprechende Handlungsspielräume haben. Zentral wichtig ist in diesem Zusammenhang die Aufhebung des Kontrahierungszwangs, weil dieser Schritt die Versicherer und die Leistungserbringer/innen zu wirklichen Vertragspartner/innen macht.

■ Weiter wird die **Aufhebung des Gewinnverbotes** in der Grundversicherung vorgeschlagen. Dadurch hätten die Versicherer mehr Motivation, ernsthaft das Management der Gesundheitskosten anzugehen. Auch wenn über diesen Punkt ernsthaft nachgedacht werden kann, so dürfte er in der Praxis doch von untergeordneter Bedeutung sein. Die Versicherer sind heute vor allem an der Grundversicherung interessiert, weil sie dadurch potentielle Versicherte für die Zusatzversicherungen anwerben können. Im Bereich der Zusatzversicherungen gilt kein Gewinnverbot. So dürfte die Aufhebung des Gewinnverbotes in der Grundversicherung nur wenig Auswirkungen haben. Einen wichtigen Nebeneffekt hätte allerdings die Aufhebung des Gewinnverbotes: Die Prämien genehmigung durch das BAG würde hinfällig. Diese ist seit langem umstritten, weil dem BAG (ehemals BSV) vorgeworfen wurde, dass die Genehmigung mehr unter politischen statt unter betriebswirtschaftlichen Aspekten erfolgt.⁶⁰ Wenn man auf den Wettbewerb zwischen den Versicherern vertraut, dann macht die Institution der Prämien genehmigung keinen Sinn. Sie ist nur dann sinnvoll, wenn man befürchtet, dass sich die Versicherer absprechen, überhöhte Prämien verlangen und diese dann als Gewinn einstreichen.

Gegen die Aufhebung des Gewinnverbotes wird angeführt, dass es sich um eine Sozialversicherung handeln würde. Es sei nicht gerechtfertigt, dass sich die Versicherer auf dem Rücken der Versicherten bereichern. Dieser Argumentation kann wiederum nur dann zugestimmt werden, wenn das Misstrauen gegenüber dem Wettbewerb zwischen den Versicherern berechtigt ist. An sich könnte mit dieser Argumentation auf jedem Markt ein Gewinnverbot vertreten werden.

■ Die Grund- und Zusatzversicherungen sind eng verquickt. Im Bereich der **Zusatzversicherungen** sind im Gegensatz zur Grundversicherung Gesundheitsprüfungen möglich. Dies nutzen viele Versicherer dazu, um schlechten Risiken auch den Abschluss der Grundversicherung «auszureden». Umgekehrt hindert der bereits erfolgte Abschluss einer Zusatzversicherung viele Versicherte, die Grundversicherung zu wechseln

⁶⁰ Vgl. Schmid (1997) und Kägi et al. (2003)

3 Die heutige Krankenversicherung

(obschon dies rechtlich möglich wäre). Es wurde daher die Abschaffung der Möglichkeit für das Angebot von Zusatzversicherungen gefordert. In Deutschland ist dies heute so realisiert, wird aber zunehmend in Frage gestellt. Der Schritt muss sicherlich ernsthaft geprüft werden, weil die Abschaffung die Möglichkeiten der Risikoselektion für die Versicherer stark erschweren würde. Andere Länder zeigen, dass die Privatversicherungen deshalb noch immer weiter existieren. Für die Versicherten ergäbe dies gewisse Erschwernisse, weil sie Rechnungen von Leistungserbringer/innen zwei verschiedenen Versicherern einsenden müssten.

■ Damit mehr Wettbewerb zwischen den Versicherern auch tatsächlich kostendämpfende Wirkungen entfaltet, müssen die Versicherer auch Möglichkeiten haben, den **Wettbewerb tatsächlich zu praktizieren**. Im heutigen System haben sie folgende Möglichkeiten: die Bestimmung der Prämienhöhe, die Kontrolle der eigenen Verwaltungskosten, das Angebot an neuen Versicherungsmodellen sowie die Durchsetzung neuer Tarifmodelle. Die Prämienhöhe ist dabei sicher der wichtigste Wettbewerbsparameter. Die Prämien werden vor allem durch die Zusammensetzung des Versichertenkollektivs und durch das Verhalten der Leistungserbringer bestimmt. Letzteres kann aber nur wirkungsvoll beeinflusst werden, wenn der Kontrahierungszwang aufgehoben wird (-> vgl. dazu die nachfolgenden Ausführungen).

Ansatzpunkt: Das Verhältnis zwischen Versicherern und Leistungserbringer/innen

Die nachfolgenden Vorschläge betreffen das Verhältnis zwischen Versicherer und Leistungserbringer/innen. Der Wettbewerb zwischen Versicherern kann sich nur dann voll entfalten, wenn der Wettbewerbsdruck aus dem Versicherungsmarkt auf die Leistungserbringer/innen im Gesundheitsleistungsmarkt weitergegeben werden kann.

■ Im Zentrum steht hier sicher die Forderung nach der Aufhebung des **Kontrahierungszwangs im ambulanten Bereich**. Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs ist ein absolut vordringliches Anliegen. Nur so haben die Leistungserbringer/innen – und dort vor allem die Ärzt/innen – ein ernsthaftes Interesse daran, wirtschaftlich und qualitativ gut zu arbeiten sowie sich auf neue Versorgungsformen einzulassen (bspw. auf HMOs mit festen Einkommen). Wichtig ist, dass durch die Aufhebung nicht nur die Wirtschaftlichkeit, sondern auch die Qualität zunehmen dürfte. Die Leistungserbringer/innen werden neu Rechenschaft über ihre Arbeit abzugeben haben.⁶¹ Dies wird insbesondere auch dazu führen, dass sie ein Interesse daran haben, ihre Arbeit qualitativ zu dokumentieren, weil die Versicherer an der Zusammenarbeit mit guten Leistungserbringer/innen interessiert sind. Heute besteht weder Transparenz über die Qualität noch wird sie ernsthaft gemessen.

Auswirkungen auf die Kosten sollte die Aufhebung des Kontrahierungszwangs auf mindestens vier Wegen haben: Erstens wird sich jeder Arzt und jede Ärztin mehr Gedanken darüber machen, welche diagnostischen und therapeutischen Massnahmen wirklich notwendig sind, weil die Ärzt/innen befürchten, dass sie sonst zu teuer werden und ev. keinen Vertrag mehr bekommen. Dies bedingt, dass die Versicherer die Wirtschaftlichkeit beurteilen können. Dies ist nur dann möglich, wenn ausreichend Informationen über die Versicherten vorliegen (insbes. Diagnosedaten). Zweitens besteht heute ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der ÄrztlInnen-Dichte und der Häufigkeit der verschriebenen Leistungen. Wenn weniger Leistungserbringer/innen unter Vertrag genommen werden, dann sollte sich dies auch auf die Kosten auswirken. Allerdings muss darauf hingewiesen werden, dass der genannte Zusammenhang

⁶¹ Heute haben die Versicherer auch schon die Möglichkeit, gegen unwirtschaftlich arbeitende Leistungserbringer/innen vorzugehen (Artikel 58 KVG). Das angewendete Verfahren ist mehrstufig und setzt mehr auf Partnerschaft als auf Konfrontation. Gleichzeitig stützt es sich aber auf statistische Grundlagen, die eine ernsthafte Beurteilung der Wirtschaftlichkeit einer/s Leistungserbringer/in nicht erlauben (vgl. dazu Schaffhauser/Kieser 2001).

vor allem in Systemen mit Einzelleistungsvergütungen und deskriptiv-statistisch untersucht worden ist.⁶² Drittens schliesslich spielt die Form der Vergütung der Leistungserbringer/innen eine zentrale Rolle. Sie muss so gewählt werden, dass die Ärzt/innen Budgetverantwortung⁶³ tragen. Dies wäre an sich schon nach dem geltenden Gesetz möglich. Der schlecht ausgestaltete Risikoausgleich führt aber dazu, dass sich die Versicherer weniger auf diesen Bereich und mehr auf die Risikoselektion konzentrieren. Viertens schliesslich dürfte die Aufhebung des Kontrahierungszwangs auch eine «generell-präventive» Wirkung haben. Viele Leistungserbringer/innen werden weniger Leistungen erbringen, weil sie nicht als «zu teuer» eingeschätzt werden möchten.

Es ist nicht zu erwarten, dass die Versicherer nur noch mit ganz wenigen und zudem mit den billigsten Leistungserbringer/innen kontrahieren werden, da sie an der Zufriedenstellung ihrer Versicherten interessiert sind.⁶⁴ Es ist aber verständlich, dass man hinsichtlich der Versorgungssicherheit Bedenken hat. Vorübergehend könnten daher Mindestzahlen für die ambulante Versorgung verankert werden. Allerdings zeigt eine neue Publikation, dass dies mit grossen methodischen und inhaltlichen Problemen verbunden ist.⁶⁵ Es könnte auch daran gedacht werden, ein Monitoringsystem aufzubauen. Hier würde das Problem bestehen, dass unklar wäre, wer wann einzugreifen hätte.

Auch die Bedenken gegenüber den Versicherern, dass sie die Qualität der Leistungserbringer/innen nur ungenügend beurteilen können, ist nachvollziehbar.⁶⁶ Allerdings ist die Beurteilung der Qualität auch in vielen anderen Märkten ein Problem (bspw. bei den Rechtsanwält/innen), ohne dass damit gleich der Markt als solcher in Frage gestellt würde. Es würde vor allem an den Leistungserbringer/innen liegen, adäquate Informationssysteme, die die Qualität der Arbeit abbilden, zu entwickeln.

Ganz wichtig ist die Anpassung des Risikoausgleichs bevor der Kontrahierungszwang aufgelöst wird. Wenn der Risikoausgleich nicht vorher angepasst wird, dann können die Versicherer das selektive Kontrahieren mit Leistungserbringer/innen zur Risikoselektion nutzen (bspw. würde mit Ärzt/innen, die viele Chronischkranke haben, nicht mehr kontrahiert).⁶⁷

■ Für den stationären Bereich wird aus mehreren Gründen gefordert, dass die **Subventionierung durch die öffentliche Hand** gestrichen werden soll:⁶⁸ (a) Die Subventionierung verzerrt das Verhältnis zwischen ambulanten und stationären Leistungen. Da insbesondere die HMOs ihre Kosten durch eingesparte Spitalaufenthalte senken können, resultieren heute zu geringe Prämienreduktionen, da die Einsparungen nur auf der Hälfte der Kosten vorgenommen werden können.⁶⁹ (b) Die Subventionierung bringt die Kantone

⁶² Vgl. zum Thema folgende Beiträge: Crivelli et al. (2003) und Rüfli/Vatter (2001) für eine multivariate Analyse der interkantonalen Unterschiede, wobei auch das medizinische Angebot berücksichtigt wird. Vgl. Horisberger/Schmid (2004) für eine kritische Analyse mit bivariaten Analysen. Vgl. Cassel/Wilke (2000) für eine kritische Analyse der Angebotsinduzierung in Deutschland.

⁶³ «Budgetverantwortung» bedeutet, dass die Leistungserbringer/innen wie Unternehmen funktionieren: Sie können Gewinne und Verluste machen, tragen also ein finanzielles Risiko. Im heutigen System ist dies nur sehr reduziert der Fall, weil alle entstehenden Kosten, unabhängig von ihrer Berechtigung, weitergewälzt werden können. Allerdings sei an dieser Stelle nochmals darauf hingewiesen, dass die Budgetverantwortung auch eine Veränderung insbesondere der ärztlichen Ethik mit sich bringt. Neu werden die Ärzt/innen Kosten und Nutzen von diagnostischen und therapeutischen Massnahmen abzuwägen haben. Dies kann im Unterschied zu heute dazu führen, dass nicht mehr jede medizinisch sinnvolle Massnahme auch tatsächlich erbracht wird (wenn die Kosten dafür zu hoch sind).

⁶⁴ Domenighetti/Crivelli (2001) zeigen, dass die Zufriedenheit der Bevölkerung sowie die Anzahl vermeidbarer Todesfälle in Regionen mit einer wesentlich höheren Dichte von Leistungserbringern nicht höher ist. Allerdings wenden die Autoren nur deskriptiv-statistische Analysen an.

⁶⁵ Vgl. Spycher (2004b).

⁶⁶ Vgl. Eisenring/Hess (2004) für eine gute Übersicht über die heute praktizierten Methoden zur Messung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität.

⁶⁷ Vgl. dazu Spycher (2004d).

⁶⁸ Vgl. Leu et al. (1999).

⁶⁹ In den USA gibt es seit 30 Jahren eine grosse wissenschaftliche Literatur zu den möglichen Einsparungen von Managed-Care-Modellen. In der Schweiz gibt es inzwischen auch einige Untersuchungen. Sie sind aber nicht mit den amerikanischen Arbeiten

3 Die heutige Krankenversicherung

in kaum auflösbare Rollenkonflikte: Als Betreiber von Spitälern sind sie an hohen Tarifen und Auslastungen interessiert, als Subventionsgeber an möglichst tiefen Kosten. (c) Die Subventionierung benachteiligt die Privatspitäler, weil die Prämien der Zusatzversicherungen die vollen Kapital- und Betriebskosten abdecken müssen.

Vorgeschlagen wird, dass inskünftig die Versicherer alle Kosten selbst tragen (monistische Finanzierung). Gleichzeitig herrscht Einigkeit darüber, dass die bisher in den Bau und die Subventionierung der stationären Einrichtung geflossenen öffentlichen Gelder weiterhin in die Krankenversicherung einfließen sollen. Dafür gibt es mehrere Wege.⁷⁰ Im Vordergrund steht eine Pro-Kopf-Verteilung der Gelder auf die Versicherer. Notwendige Voraussetzung dafür ist aber die vorgängige Revision des Risikoausgleichs, weil sonst wiederum diejenigen Versicherer benachteiligt würden, die viele schlechte Risiken haben. Gleichzeitig müsste garantiert werden, dass sich die Kantone nicht aus der Finanzierung zurückziehen. Dies könnte dadurch erreicht werden, dass die von den Kantonen aufzubringende Summe in Prozent der kantonalen Kosten festgelegt wird (bspw. 30 Prozent). Die Kantone würden in einem solchen System zu den Finanzierer gehören, selbst aber weniger als heute steuern. Verbleibende Steuerungsbereiche wären die Festlegung der Mindestversorgungsvorschriften bzw. die Aushandlung von Leistungsaufträgen.

■ Weiter wird die Aufhebung des **Kontrahierungszwangs im stationären Bereich** gefordert. Aus der Sicht des Konzeptes des gelenkten Wettbewerbs spricht auch hier nichts dagegen, dass der Kontrahierungszwang aufgehoben wird. Ausgehend vom geltenden System wären aber einige Modifikationen notwendig, damit die Aufhebung des Kontrahierungszwangs Wirkungen entfalten könnte: (a) Die Spitalplanung sollte aufgehoben werden. Zur Garantierung der Versorgungssicherheit wären von den Kantonen Mindestversorgungsrichtlinien, die auch die Notfalldienste umfassen, festzulegen. Wenn die Spitalplanung beibehalten würde – dies wäre grundsätzlich möglich –, dann wären weniger grosse Kostenersparnisse zu erwarten. (b) Die Spitäler müssen rechtlich eigenständige Einheiten darstellen, die auf dem Markt selbstständig auftreten und Verträge abschliessen können. (c) Die Abgeltung der Ausbildungs- und Forschungsleistungen (heute öffentlicher bzw. öffentlich subventionierter Spitäler) muss sinnvoll geregelt werden, damit derartige Leitungen überhaupt noch erbracht werden und im Wettbewerb keinen Nachteil darstellen. (d) Es müssen die Voraussetzungen geschaffen werden, dass das Kartellrecht angewendet werden kann (Aufhebung der Möglichkeiten für Verbandstarife sowie Schaffung von Spitälern mit eigenen Rechtspersönlichkeiten).

Die Form der Abgeltung der Spitalleistungen wäre den Vertragspartner/innen überlassen. Es ist zu erwarten, dass sie auf Fallkostenpauschalen beruhen werden. Vorgeschrieben werden müsste, dass die Pauschalen sowohl die Investitions- wie auch die Betriebskosten decken müssen (Vollkostenrechnung). Die monistische Finanzierung stellt somit eine weitere Voraussetzung für die Aufhebung des Kontrahierungszwangs im stationären Bereich dar (oder die privaten Spitäler würden in demselben Ausmass öffentlich finanziert wie die öffentlichen bzw. öffentlich finanzierten Spitäler).

■ Vielerorts wird vorgeschlagen, die **Managed-Care-Modelle** zu fördern. Drei Massnahmen, die bereits erwähnt wurden, dürften hierfür sehr wirksam sein. Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs im ambulanten Bereich dürfte dazu führen, dass die Ärzt/innen überhaupt erst ein Interesse an diesen Versorgungsformen entwickeln. Die Anpassung des Risikoausgleichs würde nicht nur darin bestehen, dass ein zusätzliches Kriterium in die Ausgleichsformel einzufügen wäre, sondern auch in der Gewichtung der

vergleichbar, weil die Managed-Care-Modelle in der Schweiz noch nicht so funktionieren, wie dies zu wünschen wäre (vgl. BSV 2001, 59ff.). Dennoch werden auch für die Schweiz Kostenersparnisse nachgewiesen (korrigiert für den unterschiedlichen Gesundheitszustand der Versicherten): 10 bis 20 Prozent bei Hausarztmodellen (Mathis/Herren 1998), bis zu 40 Prozent bei HMOs (Lehmann 2003).

⁷⁰ Vgl. Leu (2004).

Versicherten mit ihren Prämienreduktionen.⁷¹ Dadurch könnten MC-Modelle gefördert werden. Schliesslich werden durch die Einführung der monistischen Spitalfinanzierung bzw. durch die Aufhebung der Subventionierung der stationären Aufenthalte die Grundlagen dafür geschaffen, dass die MC-Modelle ihre vollen Ersparnisse erwirtschaften können. Weitere Massnahmen sind nicht notwendig.

■ Es wird vorgeschlagen, dass sich der Bund und die Kantone vollständig aus der **Tarif- und Preispolitik** zurückziehen soll. Dies bezieht sich sowohl auf die Kontrolle von Tarifen wie aber auch auf die Festschreibung von maximalen Prämienrabatten bei Wahlfranchisen und neuen Versicherungsmodellen. Alles soll den Vertragspartner/innen überlassen werden. Dem kann grundsätzlich zugestimmt werden. Allerdings wissen wir aus verschiedenen Studien, dass bspw. die Wahlfranchisen vor allem auch von gesünderen Versicherten gewählt werden.⁷² Wenn nun – im Extremfall – alle Gesunden eine hohe und alle Kranken eine tiefe Franchise wählen, dann ergibt sich eine gewisse Entsolidarisierung zwischen «Gesund» und «Krank», wenn die Prämientarife nicht nur die Kostenersparnis, sondern auch noch den unterschiedlichen Gesundheitszustand spiegeln. Dies spricht eher für die Verankerung von Maximalrabatten.

Sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich bekämen die **Versicherer** eine viel zentralere Rolle zugewiesen als heute. Dies löst bei vielen Beobachter/innen **Skepsis** aus, weil den Versicherern die Wahrnehmung dieser wichtigen Rolle nicht zugetraut wird. Weiter wird auch befürchtet, dass die Versicherer nicht nach den «richtigen» Kriterien entscheiden würden. Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass sich heute viele Versicherer in einer Umbruchphase befinden. Früher waren sie reine Zahlstellen zwischen Leistungserbringer/innen und Versicherten, heute sollen sie sich als verantwortungsbewusste Unternehmen verhalten. Dieser Übergang ist im Gange und bei den grösseren Versicherungen sicher schon wesentlich weiter fortgeschritten als bei den kleinen Kassen. Die Frage ist daher berechtigt, ob bereits heute den Versicherern die vorgesehene zentralere Rolle zugewiesen werden kann. Im Rahmen des gelenkten Wettbewerbs ist es aber klar, dass die Versicherer diese Rolle früher oder später übernehmen müssen. Es kann sich daher nur darum handeln, den Übergang sinnvoll und schrittweise zu gestalten. Wenn aber ganz grundsätzlich daran gezweifelt wird, dass die Versicherer die vorgesehenen Aufgaben je erfüllen werden können bzw. dass sich das Misstrauen den Versicherern gegenüber deutlich verringern wird, dann muss im Kern das Konzept des gelenkten Wettbewerbs verworfen und zu einem Ansatz des staatlichen Gesundheitswesens übergegangen werden. Oder anders gesprochen: Will man am Konzept festhalten, dann wäre sehr aktiv dafür zu sorgen, dass sich das Image der Versicherer in der Öffentlichkeit ändert.

Ansatzpunkt: Versicherte

Bei den Versicherten stehen Massnahmen im Vordergrund, die die Eigenverantwortung stärken und so zu einer Kostendämpfung führen sollen.

■ Auf Seiten der Versicherten steht der Vorschlag im Vordergrund, die **Kostenbeteiligung** zu erhöhen. Die Kostenbeteiligung ist heute bereits beträchtlich.⁷³ Gleichzeitig zeigt die Literatur, dass sich eine Erhöhung der Beteiligung vor allem für die untersten Einkommen negativ auf die Gesundheit auswirkt. Weiter ist auch daran zu erinnern, dass die Kostenbeteiligungen nicht primär dazu dienen, den Anstieg der Prämien zu dämpfen. Sie sollen vielmehr das Problem des moralischen Risikos lösen. Kostenbeteiligungen machen also nur dann Sinn, wenn sie das Verhalten beeinflussen können (dies ist bei Chronischkranken

⁷¹ Vgl. dazu Beck/Keller (1997).

⁷² Vgl. bspw. Werblow/Felder (2003)

⁷³ Vgl. die Bemerkungen in Fussnote 37.

sowie bei den hohen Einkommen nicht der Fall).⁷⁴ Daher ist vor allem auch über eine einkommensabhängige Ausgestaltung der Kostenbeteiligung nachzudenken.

■ Es wird vorgeschlagen, die Prämienverbilligung abzulösen und mit **Medical Saving Accounts (MSA)** abzulösen.⁷⁵ In diesem Modell würde die Krankenversicherung nur für Grossrisiken einen Schutz bieten. Ausgaben für normale Risiken müssten von den Versicherten selbst getragen werden. Dazu müssen sie ein MSA, ein Sparkonto, einrichten. Das MSA würde steuerlich begünstigt. Dadurch hätten die Versicherten einen Anreiz, das Konto möglichst zu äufnen und sparsam mit den Geldern umzugehen. Denkbar wäre auch, dass bspw. die Kantone ihre Spitalsubventionen umlenken und gleichmässig auf die MSA-Konten der Versicherten überweisen.

Die Idee der MSA basiert darauf, dass das Problem des moralischen Risikos durch höhere Kostenbeteiligungen und Selbstverantwortung der Einzelnen reduziert werden soll. Die Idee kann nicht generell abgelehnt werden; es kommt stark auf die Ausgestaltung im Einzelnen an. Allerdings gelten dieselben Vorbehalte wie auch bei den Kostenbeteiligungen generell: Die MSA müssen das individuelle Verhalten beeinflussen können und dürfen gleichzeitig bei den einkommensschwachen Haushalten nicht dazu führen, dass sie zuwenig oft die Ärzteschaft aufsuchen. Jede Erhöhung der Kostenbeteiligung senkt zudem die Solidarität zwischen «Gesund» und «Krank» (die Kranken müssen höhere Kosten übernehmen) sowie zwischen «Reich» und «Arm» (die einkommensstarken Haushalte können problemlos die höheren Kostenbeteiligungen übernehmen).

■ In der Wirkungsanalyse des KVG wurde darauf hingewiesen, dass die Versicherten über viele Aspekte des KVG schlecht **informiert** sind und sich in der Folge nicht so verhalten, wie dies hätte erwartet werden können (Stichwort: Empowerment). Zum einen hängt dies damit zusammen, dass die vorhandenen Informationen zu wenig gut kommuniziert werden. Zum anderen fehlen aber auch viele Informationen, die für die Versicherten relevant wären. Dazu gehören bspw. Angaben über die Qualität der Versicherer und der Leistungserbringer/innen. Ein umfassender «Führer» (Guide santé) wäre sicher zu begrüssen.

■ Um die **Mobilität** der Versicherten zu erhöhen, wird vorgeschlagen, den Kassenwechsel stark zu vereinfachen, indem nur noch dem BAG mitgeteilt werden muss, von welchem Versicherer zu welchem Versicherer man wechseln möchte.⁷⁶ Das BAG würde dann den Versicherern die Wechsel mitteilen. Damit würden die Versicherten auch vor gewissen Risikoselektionspraktiken geschützt.⁷⁷ Der Vorschlag ist sicher zu bedenken.

Weitere Vorschläge

Dann gibt es auch noch Vorschläge, die sich keinem/er Akteur/in klar zuordnen lassen. Dazu gehört bspw. der Vorschlag, möglichst viele **Leistungen**, die im hohen Alter entstehen, aus der Krankenversicherung **auszugliedern**.⁷⁸ Dies würde tatsächlich die Kosten senken, andernorts aber erhöhen. Letztlich macht eine solche Verschiebung nur dann Sinn, wenn entweder andernorts die Leistungen im Unterschied zur KV in einer Art und Weise finanziert werden, wie es der Mehrheit der Bevölkerung mehr entspricht (bspw. stärker mit öffentlichen Geldern; Solidaritätsargument), oder wenn andernorts Anreize bestehen, die genannten Leistungen effizienter zu erbringen (Effizienzargument).

⁷⁴ Die Voraussetzung für die Wahrnehmung der Eigenverantwortung sind: Handlungsspielräume, die von der individuellen Freiheit und einer entsprechenden materiellen Grundlage abhängen, Wissen, Fähigkeiten sowie der Wille, mit den Handlungsspielräumen verantwortungsvoll umzugehen (vgl. NZZ 2004). Nicht alle Menschen verfügen über diese Voraussetzungen.

⁷⁵ Vgl. santésuisse (2003) und Eisenring (2004). Konkrete Erfahrungen mit MSA sind in den USA sowie in Singapur gesammelt worden.

⁷⁶ Beck (1997).

⁷⁷ Bspw. werden viele Versicherte bereits am Telefon abgewimmelt oder man antwortet weder auf schriftliche noch auf mündliche Anfragen.

⁷⁸ Vgl. bspw. Breyer (2004) für einen Vorschlag zu einem Kapitaldeckungsverfahren für Personen im hohen Alter.

Ein weiterer Vorschlag geht dahin, die **Kantonsgrenzen** in der Gesundheitsversorgung aufzulösen und bspw. Versorgungsregionen⁷⁹ und/oder Versorgungsnetze⁸⁰ zu bilden. Diese Vorschläge sind sicher prüfenswert, aufgrund der Verfassungsmässigkeit der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen kurzfristig aber nicht spruchreif. Das Konzept des gelenkten Wettbewerbs sieht für die Kantone ganz grundsätzlich eine viel weniger wichtige Rolle vor als heute.

3.3.1.3 Qualität der Versorgung

Dem schweizerischen Gesundheitswesen wird immer wieder eine hohe Qualität attestiert.⁸¹ Dies mag aufgrund recht grober Indikatoren zutreffen, systematisch überprüfen lässt sich dies aber kaum. Dazu fehlen die entsprechenden **Informationen**, obschon das Gesetz in Artikel 58 vorsieht, dass der Bund die Qualität messen bzw. die Berufsverbände damit beauftragen kann. Expert/innen fordern daher eine aktivere Rolle des Bundes. Inzwischen hat sich vor allem im stationären Bereich einiges bewegt, indem der Verein Outcome in verschiedenen Kantonen in ausgewählten Spitälern Ergebnismessungen vornimmt bzw. die Koordinations- und Informationsstelle für Qualitätssicherung Befragungen im stationären Bereich durchführt. Dies sind allerdings erst Anfänge. Mit aller Konsequenz müssen diese Bestrebungen vorangetrieben werden. Die Aufhebung des Kontrahierungszwanges dürfte hierfür sehr hilfreich sein.

Sowohl in (ausgewählten) Spitälern wie auch in Managed-Care-Organisationen werden heute schon grössere Anstrengungen für ein systematisches **Qualitätsmanagement** durchgeführt.⁸² In weiten Bereichen fehlen solche Bemühungen aber noch (vor allem bei den niedergelassenen Ärzt/innen). Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs dürfte auch hier dazu führen, dass die entsprechenden Bemühungen aufgenommen bzw. intensiviert werden.

Allerdings ist offen, ob sich auch **integrierte Versorgungsstrukturen** «von selbst» bilden werden. Solche Versorgungsnetze würden alle Aspekte der Versorgung umfassen (von der Primärversorgung bis zur stationären Versorgung)⁸³. Unter Umständen ist es notwendig, zusätzliche Förderungsinstrumente vorzusehen.

3.3.1.4 Weitere Reformbereiche

Die Wirkungsanalyse des KVG hat auch gezeigt, dass in vielen Teilen die **Datengrundlagen** fehlen, um die aufgeworfenen Fragen zielgerichtet zu untersuchen. Insbesondere fehlt eine Haushaltsbefragung, die mit den Krankenversicherungsdaten sowie ärztlichen Diagnosestellungen zusammengebracht werden können. Hier müsste mit einer Stichprobe von Haushalten eine neue Datengrundlage geschaffen werden, die über die Jahre hin verfolgt würde (Panel).

Ganz zentral ist darüber hinaus, dass im ambulanten und stationären Bereich **Diagnosedaten** erhoben werden, die an die Versicherer weitergeleitet werden. Aus Datenschutzgründen bestehen heute Befürchtungen gegenüber dieser Weiterleitung. Man hat Angst davor, dass die Versicherer Versicherte mit bestimmten Krankheiten explizit benachteiligen könnten. Diese Angst ist heute berechtigt, hat jedoch nur wenig mit den Datengrundlagen zu tun. Die Benachteiligung findet auch ohne diese Daten statt, weil der Risikoausgleich mangelhaft ausgestaltet ist und den Versicherern der Anreiz zur Risikoselektion nicht nimmt. Wenn also der Risikoausgleich reformiert würde, dann könnte man auch gut die Diagnosedaten

⁷⁹ Vgl. bspw. Biedermann et al. (1999).

⁸⁰ Vgl. Berchtold/Michel-Alder (2003).

⁸¹ Vgl. European Observatory (2000).

⁸² Vgl. dazu bspw. Eisenring/Hess (2004).

⁸³ Vgl. dazu bspw. Berchtold/Michel-Alder (2003), Braun (2004) und Preuss et al. (2002).

3 Die heutige Krankenversicherung

übermitteln. Würden die Versicherer über diese Diagnosen verfügen, dann wäre die Möglichkeiten für die Wirtschaftlichkeits- und Qualitätskontrolle wesentlich besser.

Weiter wäre es sicher von Vorteil, wenn – wie bei der Arbeitslosenversicherung – ein **Pilotartikel** im Gesetz verankert werden könnte. Dies würde die Grundlage dafür schaffen, mit neuen Ansätzen (bspw. Kostenbeteiligungsmodellen) im Rahmen ganz klar definierter Regeln zu experimentieren.

3.3.1.5 Fazit zu den Vorschlägen im Rahmen des KVG

Die Reformvorschläge zeigen deutlich, dass das Konzept des KVG nicht konsequent umgesetzt worden ist und dass es daher noch ein beträchtliches Verbesserungspotential gibt. Überblickt man alle gemachten Vorschläge, so fällt auf, dass sie sich stark auf den Bereich der Kostendämpfung konzentrieren. Dies ist aus mehreren Gründen nachvollziehbar. Im Bereich der Kosten zeigte sich das KVG bisher am wenigsten wirksam. Gleichzeitig nahm die Prämienbelastung für die einkommensschwachen Haushalte sehr substantiell zu, ohne dass die Prämienverbilligungen diesen Anstieg hätten voll kompensieren können. Auch wenn man ganz innerhalb des Konzeptes des gelenkten Wettbewerbs argumentiert ergeben sich doch einige Bedenken gegenüber einer zu starken bzw. einer ausschliesslichen Fokussierung auf die Kostenseite:

- In den Bereichen «Solidarität» sowie «Qualität» gibt es ebenfalls erhebliche Defizite.
- Bestimmte Massnahmen können zwar einen Beitrag zum Ziel «Kostendämpfung» leisten (bspw. die Erhöhung der Kostenbeteiligungen) haben gleichzeitig aber in anderen Zielbereichen negative Auswirkungen (bspw. auf die Solidarität). Hier ist eine Güterabwägung notwendig.
- Die Fokussierung auf die Kosten ist, wie erwähnt, nachvollziehbar. Allerdings wurde auch schon argumentiert, dass es kein «richtiger» Anteil der Kosten am Bruttoinlandprodukt gibt. Die Bemühungen sollten sich daher darauf konzentrieren, die Leistungen effizienter (und in besserer Qualität) zu erbringen sowie auf die Einhaltung der Solidarität «Reich»-«Arm» zu achten, so dass sich auch die Ärmsten die Krankenversicherung leisten können.
- Bei der Fokussierung auf die Kosten in der Krankenversicherung sollte nicht vergessen werden, dass Massnahmen der Gesundheitsförderung unter Umständen auf die Kosten in der Krankenversicherung ebenso grosse Auswirkungen haben.

3.3.2 Vorschläge, die über das Konzept des KVG hinausgehen

Bisher haben wir Vorschläge diskutiert, die sich innerhalb des Rahmens des KVG und des Konzeptes des gelenkten Wettbewerbs bewegen. Nun gehen wir einen Schritt darüber hinaus. Auch hier sind verschiedene Kategorien von Vorschlägen auseinander zu halten.

Fundamentaltorschläge

Es gibt verschiedene Ideen, wie vollständig vom System des gelenkten Wettbewerbs abgekehrt werden könnte. Im Vordergrund steht ein **Nationaler Gesundheitsdienst** wie er bspw. in Grossbritannien oder auch in Australien zur Anwendung kommt. Bereits in Abschnitt 2.2. wurde ausgeführt, dass es verschiedene Überlegungen gibt, die zu einem eher wettbewerblichen oder zu einem eher staatlichen System führen können. An dieser Stelle sei kurz auf einige zentralen Annahmen eines staatlich gelenkten Systems hingewiesen:⁸⁴

⁸⁴ Vgl. Sommer (1999, 178ff.)

- Es wird angenommen, dass das Parlament in der Lage ist den «richtigen» Höhe des Gesundheitsbudgets zu bestimmen.
- Der garantierte Zugang zu einer Einheitsversorgung wiegt die stark eingeschränkten Freiheiten des/der Einzelnen mehr als auf.
- Die Bevölkerung sucht trotz «Gratis»-Behandlungen die Ärzteschaft nicht wegen Bagatellen auf und beharrt nicht auf aus medizinischer Sicht unnötigen Überweisungen zu Spezialist/innen.
- Die Allgemeinpraktiker/innen überweisen aufwändige Fälle nicht möglichst schnell an Spezialist/innen oder in Krankenhäuser, obschon sie einen finanziellen Anreiz (Pro-Kopf-Pauschalen) dazu hätten.
- Es stellt für die Spezialist/innen eine genügend grosse Motivation dar, im öffentlichen Dienst ein wesentlich tieferes Salär als heute zu beziehen, um ihre Patient/innen sowohl qualitativ hochstehend als auch so kostengünstig wie möglich zu behandeln.
- Die Krankenhäuser nutzen konsequent im Rahmen ihrer vorgegebenen Budgets alle Möglichkeiten zur Effizienzsteigerung.

Diese kurze Zusammenstellung zeigt, dass die Wahl eines staatlichen Systems auch von einem anderen Menschenbild ausgeht als dies das Wettbewerbsmodell tut. Weiter steht der garantierte Zugang im Vordergrund.⁸⁵

Solidarität

Das System des gelenkten Wettbewerbs sieht risikogerechte Prämien vor. Wir haben bereits argumentiert, dass für die Funktion des Wettbewerbs Einheitsprämien mit einem gut ausgestalteten Risikoausgleich äquivalent zu risikogerechten Prämien sind. Wichtig ist in diesem Konzept vor allem die konsequente Trennung der Versicherungs- und der Umverteilungsfunktion.

Der Vorschlag, **einkommensabhängige Prämien** zu erheben, geht daher über den Rahmen des gelenkten Wettbewerbs hinaus. Im Zusammenhang mit der SP Gesundheitsinitiative wurden alle Pro- und Contra-Argumente ausführlich diskutiert. Daher wird an dieser Stelle auf eine Wiederholung verzichtet. Allerdings scheinen uns folgende Hinweise wichtig:

- Einkommensabhängige Prämien lassen sich – obschon dies eigentlich nicht vorgesehen ist - in das Konzept des gelenkten Wettbewerbs einfügen. Die Erfahrungen in Deutschland zeigen, dass es klüger ist, nicht erwerbs-einkommensabhängige Prämien an die Versicherer, sondern Steuerabgaben an einen zentralen Fonds einzuführen (wie in den Niederlanden). Von diesem zentralen Fonds aus werden dann die Versicherer mit risikokorrigierten Zahlungen für ihre Leistungen abgegolten. Damit kann verhindert werden, dass die Arbeitskosten belastet werden und sich Nachteile im internationalen Wettbewerb ergeben. Zudem können über die Steuern alle Einkommenskategorien, nicht nur die Erwerbseinkommen, beigezogen werden.
- Mit der Wahl von einkommensabhängigen Prämien kommt insbesondere eine Prioritätensetzung auf der Solidaritätsachse «Reich»-«Arm» zum Ausdruck. Die Solidarität «Gesund»-«Krank» wäre etwas weniger ausgeprägt als heute.⁸⁶ Es muss allerdings auf folgendes hingewiesen werden: Hat die Gesellschaft

⁸⁵ Andere Autoren weisen ganz grundsätzlich auf die **Grenzen der Marktwirtschaft** hin, in dem sie deren Grundlagen in Frage stellen. Insbesondere wird darauf hingewiesen, dass sich die Kosten des Gesundheitswesens erst dann vernünftiger entwickeln werden, wenn sich die Werthaltungen und Einstellungen der Menschen ändern und in der Folge ein anderes Wirtschaftssystem greift. Um diesen Prozess zu beschleunigen und zielgerichtet zu entwickeln, wird bspw. vorgeschlagen, dass ein Höchsteinkommen für natürliche Personen fixiert wird, das dem 7-fachen des Minimaleinkommens entspricht. Unternehmen dürften nicht mehr Gewinn erzielen als das 25-fache des maximalen Einkommens natürlicher Personen (Studer 1996, 310).

⁸⁶ Insbesondere entfielen folgende heute geltenden Solidaritäten: (a) zwischen gesunden Reichen und kranken Reichen, (b) zwischen gesunden Armen und kranken Reichen, (c) zwischen gesunden Armen und kranken Armen.

eine bestimmte Vorstellung über das Ausmass der Solidarität zwischen «Reich» und «Arm», dann kann diese Vorstellung rein technisch sowohl mit einkommensabhängigen Prämien wie auch mit der Kombination von Kopfprämien und entsprechenden Prämienverbilligungen umgesetzt werden. Zwischen den beiden Systemen besteht somit nicht ein grundsätzlicher Gegensatz. Wenn heute über die Einführung von einkommensabhängigen Prämien gestritten wird, dann geht es dabei um die Erhöhung der Solidarität «Reich»-«Arm», die heute als zu gering eingeschätzt wird. Mit dem Entstehen für einkommensabhängige Prämien kommt somit auch zum Ausdruck, dass die Prämienverbilligungen aufgrund politischer Widerstände nicht so ausgestaltet werden können, dass das Ausmass der Solidarität «Reich»-«Arm» als genügend eingeschätzt wird.

■ Kopfprämiensysteme haben Vorteile, die nicht gering zu schätzen sind. Sie sind sehr einfach und transparent. Weiter machen sie die Kostenentwicklung für viele Bevölkerungsschichten unmittelbar und jedes Jahr erlebbar.

Kostendämpfung

Verschiedentlich wurde vorgeschlagen, die Anzahl der Versicherer auf eine (staatliche) **Einheitskasse** zu reduzieren. Inspiriert ist diese Idee weitgehend von den Erfahrungen der SUVA aus der Unfallversicherung. Der Vorschlag geht davon aus, dass es vor allem an den Versicherern liegt, dass die Kostenentwicklung nicht gebremst werden konnte. Die bisherigen Ausführungen haben gezeigt, dass dies höchstens teilweise stimmt. Für die Versicherer sind heute die Anreize falsch gesetzt (mangelhafter Risikoausgleich) und die Handlungsspielräume eingeengt (Kontrahierungszwang). Es ist zu erwarten, dass Korrekturen in den genannten Bereichen dazu führen, dass die Versicherer die in sie gesteckten Hoffnungen besser erfüllen können. Weiter liegt das Hauptproblem auch nicht bei den Verwaltungskosten, die in den letzten Jahren gesunken sind und im Jahr 2002 nur einen Anteil von 5.9 Prozent ausmachten.⁸⁷ Wesentlich bleiben die Gesundheitskosten selbst. Ebenfalls muss darauf hingewiesen werden, dass die Einheitskasse ein Monopolist darstellen würde, der sich ca. 30'000 bis 40'000 Leistungserbringer/innen gegenüber sehen würde. Die Preis- und Tarifgestaltung sowie die Wirtschaftlichkeits- und Qualitätskontrolle wäre einzig von der Beurteilung der Einheitskasse abhängig. Wie dies genau zu erfolgen hätte, ist sehr unklar. Im Moment ist die Einführung einer Einheitskasse daher abzulehnen.⁸⁸

Sollten sich die Versicherer einige Jahre nach den erwähnten Korrekturen noch immer nicht in ihrem Verhalten angepasst haben, so müsste sicher die Frage der Einheitskasse neu beurteilt werden.

Oft wird auch das Instrument des **Globalbudgets** vorgeschlagen. Vorstellbar ist dies sowohl im Rahmen eines Wettbewerbssystems sowie in einem staatlichen System. Bereits heute sieht das KVG als ausserordentliche Massnahme die Möglichkeit vor, dass die Kantone für den stationären (nicht aber für den ambulanten Bereich) Globalbudgets verankern. Wir betrachten an dieser Stelle Globalbudgets in einem wettbewerblichen Rahmen. Man kann sich dies wie folgt vorstellen: Die Leistungen werden in Form von Tarifpunkten fixiert. Am Ende des Jahres wird das Globalbudget durch die Anzahl der erbrachten Taxpunkte dividiert. So errechnen sich retrospektiv die Einnahmen der Leistungserbringer/innen (und die Löhne). Je mehr Leistungen erbracht werden, desto tiefer sind die Löhne. Denkbar wäre auch, dass das Ergebnis der Berechnung des Taxpunktwertes nicht mehr retrospektiv, sondern erst für das kommende Jahr zur Anwendung kommt. Damit würde man das Problem umgehen, dass sich die Lohnhöhe erst nach Ablauf eines Geschäftsjahres definitiv bestimmt.

Bei der Bestimmung der «richtigen» Höhe des Globalbudgets wird man mit denselben Problemen zu kämpfen haben wie bei der «richtigen» Bestimmung der Höhe des Budgets in einem staatlichen System.

⁸⁷ BAG (2004, 64).

⁸⁸ Vgl. zum Thema der Einheitskasse Oggier (1999, 2001).

Es muss insbesondere auch die Frage beantwortet werden, wie sich der technische Fortschritt auf die Kosten auswirken «darf». Weiter ist auch zu erwarten, dass es zu grossen Verteilungskämpfen zwischen Leistungserbringer/innen und Berufsgruppen kommen wird. Obschon die Idee der Globalbudgets durchaus Charme besitzt, weil damit die Kosten sehr effektiv kontrolliert werden können, resultieren daraus dieselben Probleme wie man sie bei einem staatlich gelenkten System hat. Allerdings muss zwischen der Steuerung eines Systems oder eines Teils eines Systems mit einem Globalbudget und der Steuerung einer einzelnen Institution unterschieden werden. Je übersichtlicher und transparenter das zu steuernde Element ist (bspw. ein kleineres Spital), desto eher ist es möglich, ein Globalbudget einzusetzen.

Es wird weiter vorgeschlagen, zwischen **Grossrisiken und Normalrisiken** zu unterscheiden. Der Vorschlag wird unterschiedlich begründet: Zum einen mit der Einschätzung, dass der Wettbewerb nur bei den Normalrisiken, nicht aber bei den Grossrisiken spielen könne.⁸⁹ Bei den Grossrisiken gebe es derart viele medizinische Notwendigkeiten, dass Wettbewerb kein sinnvoller Allokationsprozess sei. Es wird vorgeschlagen, die Grossrisiken über Steuergelder zu finanzieren und die Leistungen in diesem Bereich staatlich kontrolliert zu erbringen. Dieser Vorschlag wird oft auch im Zusammenhang mit der Revision des Risikoausgleichs genannt. Er sollte sicher näher geprüft werden. Die Schwierigkeit dürfte darin liegen, «Grossrisiken» sinnvoll zu definieren.

Zum anderen wird eine Unterteilung in verschiedene Risiken auch mit Blick auf eine mögliche Kostensenkung im Bereich der Krankenversicherung vorgeschlagen.⁹⁰ Hier sind wiederum dieselben Argumente anzuführen wie bei der Reduktion des Grundleistungskatalogs. Eine Verschiebung macht nur dann Sinn, wenn sie im Bereich der Effizienz und/oder der Solidarität und/oder der Qualität Verbesserungen bringt.

Fazit zu den Vorschlägen, die über den Rahmen des KVG hinausgehen

Verschiedene Vorschläge, die über das Konzept des KVG (gelenkter Wettbewerb) hinausgehen, sind durchaus prüfenswert und könnten Verbesserungen bringen (bspw. die Unterscheidung zwischen Gross- und Normalrisiken). Andere Vorschläge lassen sich eher in einem staatlichen Entwurf des Gesundheitswesens verwirklichen (Globalbudgets, Einheitskasse etc.).

3.4 Fazit zur Situation des heutigen KVG

Manchmal bekommt man aufgrund der politischen Diskussionen den Eindruck, dass die schweizerische Krankenversicherung mehr Probleme bietet als Lösungen bringt. Dies ist klar nicht so. Wir verfügen über eine Krankenversicherung, die allen den Zugang zu medizinisch hochwertigen Leistungen ermöglicht. Das Wichtigste also, die kompetente Versorgung im Krankheitsfall, funktioniert gut. Unbestreitbar gibt es aber auch Probleme, die gelöst werden müssen. Insbesondere zwei Fragen sind offen: Ist die Solidarität «Reich»-«Arm» ausreichend (die Solidarität «Gesund»-«Krank» gilt als weitgehend erfüllt)? Ist die in den letzten Jahren zu beobachtende Kostenentwicklung zwingend und vor allem noch tragbar?

Das Ausmass der Solidarität «Reich»-«Arm» muss aufgrund von Werturteilen bewertet werden. Als Minimalbedingung kann sicher festgehalten werden, dass die selbst zu tragenden Kosten nicht dazu führen dürfen, dass ein Haushalt unter die Armutsgrenze rutscht. Im Rahmen des heutigen Systems wäre es problemlos möglich – sofern der politische Wille vorhanden ist –, das Ausmass der Solidarität «Reich»-«Arm» zu erhöhen (über eine entsprechende Anpassung der Prämienverbilligung; über eine Erhöhung des

⁸⁹ Vgl. Berchtold/Michel-Alder (2003).

⁹⁰ Baur (2002, 12) weist bspw. auf die Erfahrungen in Neuseeland hin, wo die Krankenhausleistungen insgesamt solidarisch finanziert sind.

4 Umriss einer solidarischen Gesundheitspolitik

steuerfinanzierten Anteil, wobei dieser nicht mehr über die Subventionierung der stationären Aufenthalte ins System eingeführt werden sollte).

Bei der Kostenentwicklung bietet es sich an, vor dem Ergreifen weiterreichender Massnahmen (wie bspw. der verstärkten staatlichen Planung) die Möglichkeiten des Konzeptes des gelenkten Wettbewerbs auszunützen. Das heutige KVG setzt das Konzept nur teilweise um. Aufgrund der bisher vorliegenden Erfahrungen kann daher noch nicht geschlossen werden, dass sich das Konzept grundsätzlich nicht bewährt hat. Vor allem besteht in der Schweiz die hervorragende Möglichkeit, den gelenkten Wettbewerb mit verhältnismässig kleinen Änderungen «richtig» umzusetzen. Andere Länder haben hierzu viel grundlegendere Schritte zu unternehmen.

4 Umriss einer solidarischen Gesundheitspolitik

Ausgangspunkt für die Entwicklung einer solidarischen Gesundheitspolitik ist die Feststellung, dass die Gesundheitspolitik mindestens aus drei Dimensionen besteht: der Krankheitsvermeidung, der Krankheitsbekämpfung sowie der Dämpfung der Auswirkungen von Krankheiten. Übereinstimmend geben viele Autor/innen an, dass die Volksgesundheit heute vor allem durch Massnahmen im Bereich der Krankheitsvermeidung verbessert werden kann.⁹¹ Daher unterscheiden wir nachfolgend diese drei Dimensionen.

Die bisherigen Ausführungen haben zwischen zwei Solidaritätsaspekten unterschieden (Solidarität «Gesund»-«Krank» sowie Solidarität «Reich»-«Arm»). Es konnte aufgezeigt werden, dass beide Aspekte wichtig sind. Die Solidarität «Gesund»-«Krank» gehört zu den zentralen Vorstellungen über Gerechtigkeit in unserer Gesellschaft: Kranke Menschen sollen für ihre Krankheit nicht bestraft werden. Die Solidarität «Reich»-«Arm» ist ebenfalls gut verankert: Die aus der Bekämpfung der Krankheiten resultierenden Kosten sollen individuell tragbar sein. «Reich» und «Arm» spielen aber auch bei der Krankheitsentstehung eine wichtige Rolle, da Mitglieder von tieferen sozialen Schichten häufiger krank sind und früher sterben.

Unter Berücksichtigung gesundheitsökonomischer Zusammenhänge soll nachfolgend versucht werden, eine solidarische Gesundheitspolitik zu skizzieren. Dabei gehen wir in der Dimension «Gesund»-«Krank» davon aus, dass diese Solidarität möglichst gross sein soll. In der Dimension «Reich»-«Krank» soll im Bereich der Krankheitsvermeidung dafür gesorgt werden, dass die Unterschiede zwischen den sozialen Schichten stark reduziert werden.

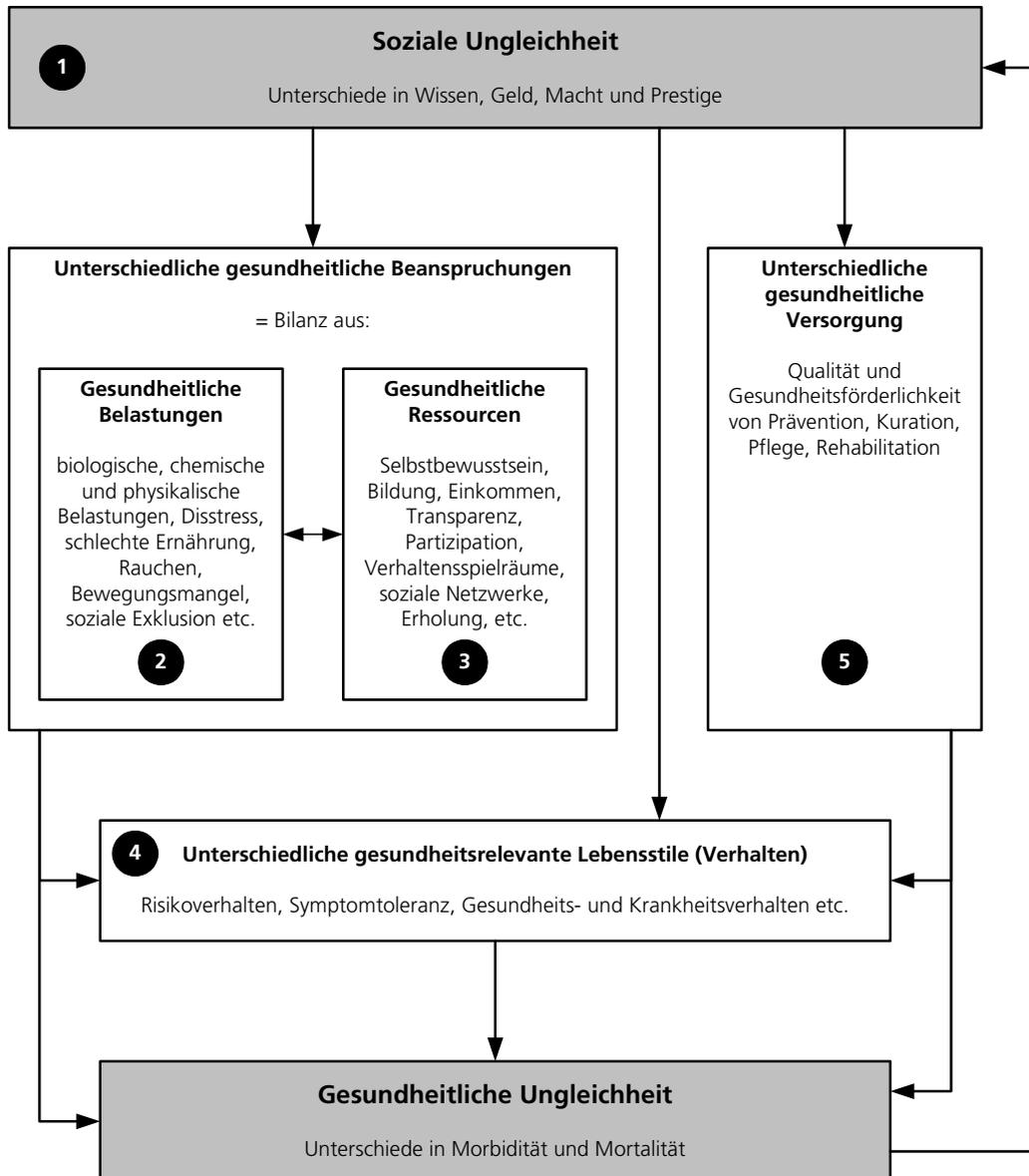
4.1 Krankheitsvermeidung

Abbildung 1 zeigt (vereinfacht) den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und gesundheitlicher Ungleichheit. Gesundheit wird als immer wieder zu erkämpfendes Gleichgewicht zwischen gesundheitlichen Belastungen und den Ressourcen, die einer Person selbst sowie ihrem Umfeld zur Verfügung stehen, verstanden. Diese Sichtweise weist auf die zentrale Bedeutung der Ressourcen in der Bewältigung von Krankheiten hin. Die soziale Ungleichheit beeinflusst dieses Gleichgewicht zwischen Belastungen und Ressourcen, indem sozial tiefer stehende Personen mehr Belastungen zu ertragen haben und weniger Ressourcen für die Bewältigung zur Verfügung haben. Die Versorgung durch das Gesundheitssystem ist ebenfalls durch die soziale Ungleichheit beeinflusst, weil sich einkommensstarke Haushalte mehr Gesundheitsdienstleistungen kaufen können. Die soziale Ungleichheit wirkt sich auch auf die gesundheitlichen Verhaltensweisen aus (bspw. sind Informationen über die Prävention bei AIDS bei höheren Bildungsschichten stärker verbreitet). Alle genannten Elemente interagieren stark miteinander und führen dazu, dass die

⁹¹ Vgl. bspw. Rosenbrock/Gerlinger (2004, 46), Sommer (1999, 75).

soziale Ungleichheit in eine gesundheitliche Ungleichheit übergehen kann. Gleichzeitig bieten die verschiedenen Elemente auch die Anknüpfungspunkte für eine solidarische Gesundheitspolitik.

Abbildung 1: Der Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und gesundheitlicher Ungleichheit



Quelle: Rosenbrock/Gerlinger (2004, 45); ergänzt

■ **1. Soziale Ungleichheit reduzieren:** Soziale Ungleichheit kann stark durch die Bildungs-, Gleichstellungs- und Integrationspolitik beeinflusst werden. In all diesen Bereichen müssen Massnahmen ergriffen werden, um mehr soziale Gleichheit zu erreichen. Mehr soziale Gleichheit wirkt sich selbstverständlich nicht nur im gesundheitlichen Bereich, sondern auch noch in vielen anderen Bereichen positiv aus.⁹²

■ **2. Gesundheitliche Belastungen reduzieren:** Eine nachhaltige Umwelt- und Verkehrspolitik kann die gesundheitlichen Belastungen ganz generell reduzieren. Darüber hinaus sind aber vor allem in der Arbeitswelt die gesundheitlichen Belastungen weiter zu verringern (Arbeitszeitpolitik, Gesundheitsschutz,

⁹² Zweimüller (1999) zeigt bspw., dass weniger Ungleichheit auch zu mehr Wachstum führt.

4 Umriss einer solidarischen Gesundheitspolitik

Unfallverhütung etc.). Im Gesundheitswesen selbst gibt es – sowohl bei den Ärzt/innen⁹³ wie auch bei den Pflegenden⁹⁴ – ebenfalls vielerlei Belastungen, die reduziert werden sollten. Bei der Reduktion der gesundheitlichen Belastungen kommt den Gewerkschaften sicher eine besonders wichtige Rolle zu. Eine neuere Publikation der Hans-Böckler-Stiftung zeigt, dass es im Bereich der betrieblichen Gesundheitspolitik vielfältige Ansätze gibt, die zu verfolgen sich lohnt.⁹⁵

■ **3. Gesundheitliche Ressourcen erhöhen:** Bei den persönlichen Ressourcen ist sowohl an eine geeignete Bildungs-, Lohn-, Gleichstellungs- und Integrationspolitik zu denken. Darüber hinaus können gezielte Massnahmen eingesetzt werden, um die Versicherten sowohl zu befähigen (enabling) wie auch in der Bewältigung von Krankheiten zu stärken (empowerment). Ressourcen sind aber nicht nur persönlich, sondern haben auch mit dem sozialen Umfeld zu tun. Eine entsprechende Gesellschaftspolitik (bspw. auch Familien- und Sozialpolitik) soll dazu führen, dass das Sozialkapital der Gesellschaft erhalten und erhöht wird. Insbesondere ist für eine ausgewogene Verteilung von Einkommen und Vermögen zu sorgen.

■ **4. Gesundheitsbewussteres Verhalten ermöglichen und fördern:** Durch entsprechende Anstrengungen im Bereich der Gesundheitsaufklärung (Information) aber auch der Gesundheitserziehung (Schule) soll gezielt auf das Gesundheitsverhalten Einfluss genommen werden. Ungebrochen wichtig ist darüber hinaus aber auch ein guter KonsumentInnenschutz, um die Versicherten zu schützen.

■ **5. Solidarischere Gesundheitsversorgung:** Der fünfte und letzte Ansatzpunkt besteht im System der Gesundheitsversorgung selbst (vgl. dazu Abschnitt 5.2.). Es soll mehr Solidarität zwischen «Gesund» und «Krank» bzw. zwischen «Reich» und «Arm» angestrebt werden.

4.2 Krankheitsbekämpfung

Bei der Krankheitsbekämpfung sind mindestens zwei Aspekte zu unterscheiden: Das System der Krankenversicherung als solches sowie die praktizierte Medizin.

Ansatzpunkte für eine solidarischere Krankenversicherung

Eine solidarische Krankenversicherung sollte sich an folgenden Gesichtspunkten orientieren:

■ Das **Grundleistungspaket** ist nicht schmal, sondern breit zu definieren. Eine schmale Definition fördert die Entsolidarisierung zwischen «Reich» und «Arm», weil sich vor allem einkommensstarke Haushalte Zusatzversicherungen leisten können. Der Entscheid, welche Diagnose- und Therapiemassnahmen einzusetzen sind, hängt vor allem von den Ärzt/innen ab. Ihnen müssen daher Anreize gesetzt werden, dass sie nicht unnötige Leistungen produzieren.

■ Der **Zugang** zur medizinischen Versorgung soll für alle Bevölkerungsschichten garantiert werden. Dies bedeutet zum einen, dass eine ausreichende Dichte von Leistungserbringer/innen vorhanden sein muss. Heute gibt es stark überversorgte, aber auch unterversorgte Regionen. Zum anderen müssen die Versicherten aber auch in die Lage versetzt werden, die Leistungen in Anspruch nehmen zu können (bspw. müssen Sprachbarrieren abgebaut werden).

■ Es muss verhindert werden, dass **kränkere Menschen** in irgendeiner Form diskriminiert werden. Daher sind die Anreize für alle Akteur/innen so zu setzen, dass sie auch ein Interesse daran haben, kränkere Menschen gut zu versorgen (bspw. durch eine entsprechende Ausgestaltung des Risikoausgleichs, die die Risikoselektionspraktiken unterbindet).

■ Die Solidarität zwischen «Reich» und «Arm» ist einfacher zu erreichen, wenn die **Gesundheitskosten** nicht dauernd mit grossen Wachstumsraten ansteigen. Die Kostendämpfung ist daher im Interesse einer

⁹³ Vgl. Spycher et al. (1999).

⁹⁴ Vgl. Künzi/Schär Moser (2004).

⁹⁵ Vgl. Hans-Böckler-Stiftung (2002).

solidarischen Politik. Es sind Massnahmen zu ergreifen, um die Kostenzunahme zu dämpfen und bestehende Ineffizienzen zu beseitigen. Allerdings werden die Kosten auch in Zukunft stärker zunehmen als die Löhne und Preise, weil die demographischen Verschiebungen sowie der medizinisch-technische Fortschritt dazu führen werden.

Im Zentrum der Kostendämpfung stehen die Ärzt/innen, weil sie diejenige Berufsgruppe sind, die die Kosten massgebend bestimmen. Ihnen «richtige» Anreize setzen bedeutet, sie dazu zu bringen, Kosten und Nutzen von medizinischen Massnahmen abzuwägen. Dies bedeutet eine ganz wesentliche Abkehr von der bisher praktizierten medizinischen Ethik, die vorgab, dass jede Massnahme zu ergreifen ist, wenn sie einen Nutzen stiftet. Aus ökonomischer Sicht ist dies nicht haltbar. Nur in einer Welt ohne Budgetbeschränkungen könnte so argumentiert werden. Sobald aber Zielkonflikte bestehen (bspw. zwischen Gesundheits- und Bildungsausgaben), muss eine Güterabwägung vorgenommen werden.

■ Insgesamt ist eine **sozial ausgewogene Finanzierung** der entstandenen Kosten anzustreben. Der Frage, ob dieses Ziel heute bereits erreicht worden ist, kann man sich von verschiedenen Seiten her annähern:

(a) Es spielt der politische Standpunkt und damit die Vorstellung über das richtige Ausmass der Solidarität «Reich»-«Arm» eine wichtige Rolle.

(b) Die Wirkungen des heutigen KVG können als Ausgangspunkt für die Beurteilung des Solidaritätsmasses genommen werden. Eine neuere Arbeit weist darauf hin, dass das Mindestkriterium - Prämien sollten nicht zu Armut führen – nicht generell als erreicht betrachtet werden kann.⁹⁶ Ausgehend von diesem Befund muss man zum Schluss kommen, dass das heutige Ausmass der Solidarität «Reich»-«Arm» ungenügend ist. Es besteht daher Handlungsbedarf.

(c) Es kann ein Vergleich mit anderen öffentlich finanzierten Aufgaben vorgenommen werden, um das Ausmass der Solidarität «Reich»-«Arm» in einen Rahmen zu stellen. Bildung wird heute bspw. ziemlich unabhängig von der Bildungsstufe weitgehend öffentlich finanziert und auch öffentlich erbracht. Argumentiert wird damit, dass Bildung volkswirtschaftlich gesehen wichtig ist. Ohne staatliche Intervention würde zu wenig Bildung produziert.⁹⁷ Zudem will man allen Bevölkerungsschichten mit Blick auf die Chancengleichheit den Zugang zur Bildung (weitgehend gratis) ermöglichen. Ökonom/innen haben in diesem Zusammenhang immer wieder argumentiert, dass man im Bildungssystem auch Wettbewerb einführen und den Auszubildenden lediglich Gutscheine geben könne. Dieser Weg wurde aus verschiedenen Gründen nicht beschränkt.

Grundsätzlich spricht nichts dagegen, im Gesundheitsbereich analog zum Bildungsbereich vorgehen. Man könnte mit Blick auf die Verantwortung für die eigene Gesundheit argumentieren, dass im Bereich der Grundleistungen davon ausgegangen wird, dass niemand «Schuld» an der eigenen Krankheit ist. Daher sollen alle Leistungen solidarisch finanziert werden, d.h. entsprechend der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Dies schliesst nicht aus, dass über Kostenbeteiligungen die Versicherten in die Verantwortung eingebunden werden. Insbesondere bedeutet dies auch, dass die Hauptverantwortung für die Krankheitsbekämpfung bei den Ärzt/innen verbleibt. Ihnen müssen daher entsprechende Anreize gesetzt werden, Kosten und Nutzen der Interventionen abzuwägen. Eine Finanzierung entsprechend der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit muss daher keineswegs mit einer weiteren Kostensteigerung verbunden sein (so wird oft in Deutschland argumentiert).

Will man die Solidarität «Reich»-«Arm» erhöhen, so sollten vor allem folgende Wege beschränkt werden: Erhöhung der Wirksamkeit der bestehenden Prämienverbilligungen durch Anpassung der Berechnungssysteme bzw. Erhöhung des Budgets, Einführung einer einkommensabhängigen Franchise, Erhöhung des

⁹⁶ Vgl. Müller et al. (2002).

⁹⁷ Die Ursache dafür sind positive Externalitäten von Bildungsinvestitionen (vgl. Wolter 2001).

4 Umriss einer solidarischen Gesundheitspolitik

steuerfinanzierten Anteils (in den Kantonen oder neu auch beim Bund). Von erwerbs-einkommensabhängigen Prämien sollte abgesehen werden, weil sie den Risikoausgleich zwischen den Versicherern stark komplizieren (wie bspw. in Deutschland) und neue Anreize für Risikoselektionen bringen.⁹⁸ Wenn nach der Leistungsfähigkeit Beiträge erhoben werden sollen, dann stehen die direkten Einkommens- und Vermögenssteuern im Vordergrund. Die entsprechenden Abgaben sollten aber nicht direkt an die Versicherer fließen, sondern in einen zentralen Fonds übergeführt werden und von dort aus den Versicherern zugeteilt werden (bspw. wie in den Niederlanden).

■ Die **Eigenverantwortung der Versicherten** soll gestärkt werden. Eigenverantwortung bedeutet, dass man die Verantwortung für die eigene Gesundheit nicht an die Allgemeinheit delegiert, sondern – soweit dies möglich ist – selbst wahrnimmt. Dazu müssen die Versicherten aber in die Lage versetzt werden, diese Verantwortung wahrnehmen zu können (bspw. mit einer entsprechenden Gesundheitsinformation und –erziehung). Eigenverantwortung kann auch mit Kostenbeteiligungen gestärkt werden. Da die Kostenbeteiligungen in der Schweiz aber bereits relativ hoch sind, drängt sich eine rasche Erhöhung der Kostenbeteiligungen zur Zeit nicht auf.

■ Die **Qualität der Versorgung**, sofern sie heute überhaupt beobachtet und gemessen wird, soll hoch sein und sich nicht danach unterscheiden, ob ein/e Versicherte/r einkommensschwach oder –stark ist. Allerdings ist die Qualität auch nicht Selbstzweck. Es ist unrealistisch, in allen Bereichen die höchst mögliche Qualität zu fordern, weil diese für die ganze Bevölkerung nicht finanziert werden kann. Über entsprechende Anreize sollen die Ärzt/innen dazu gebracht werden, auch im Bereich der Qualität Kosten-Nutzen-Überlegungen anzustellen. Dies impliziert eine Abkehr von der heutigen medizinischen Ethik, gemäss der jede Massnahme sinnvoll ist, wenn sie den Patient/innen etwas nutzt. Neu wird dieser Nutzen mit Kosten abzuwägen sein. Dies bedeutet, dass explizit Rationierungen verlangt werden. Damit über die Qualität aber überhaupt sinnvoll diskutiert werden kann, muss unbedingt, rasch und umfassend die Qualität der Leistungserbringer/innen gemessen und publiziert werden. Es muss für alle deutlich werden, was «gute Qualität» heisst und wo man diese bekommt.

Weiterentwicklung der praktizierten Medizin

Verschiedene Autor/innen äussern sich kritisch zur heute praktizierten Medizin. Es wird darauf hingewiesen, (a) dass sich die Medizin zu einseitig auf die Versorgung von Krankheiten und zu wenig auf die Prävention und die Gesundheitserhaltung konzentrieren, (b) dass die Krankenversorgung zu stark auf die Akutmedizin und auf die Ärzt/innen konzentriert sei und zu wenig auf die psychischen und sozialen Ursachen von Krankheiten bzw. auf das Zusammenspiel verschiedener Berufsgruppen in der Bewältigung von Krankheiten und (c) dass eine starke Fragmentierung in medizinische Spezialgebiete besteht und zu wenig koordiniert und abgestimmt wird.⁹⁹ Ebenfalls erwähnt wird, dass die Medizin keineswegs eine exakte Wissenschaft sei und daher bei ihren Entscheiden unter Unsicherheit recht viel Handlungs- und Entscheidungsspielraum bestehen würde.¹⁰⁰ Dies lässt es als angezeigt erscheinen, dass sich die «Schulmedizin» einer kritischeren Diskussion stellt als sie dies bisher getan hat. Andere Autor/innen fordern deshalb, dass auch Leistungserbringer/innen, die in einem kritischen Verhältnis zur Schulmedizin stehen, zur Grundversicherung zugelassen werden, wenn sich ihre angewendeten Verfahren als evidenz-basiert erweisen.¹⁰¹ Sie

⁹⁸ Weitere Probleme liegen darin, dass einkommensabhängige Prämien meist auf das Erwerbseinkommen abstellen und andere Einkommensquellen negieren. Dazu kommt, dass sich dann das Problem stellt, wie man mit den Nichterwerbstätigen umgeht. Daher sollte man eine Steuerfinanzierung vorziehen.

⁹⁹ Rosenbrock/Gerlinger (2004, 46f.).

¹⁰⁰ Sommer (1999, 35ff.).

¹⁰¹ Studer (1996, 334ff.).

erhoffen sich gerade von komplementärmedizinischen Vorgehensweisen, die den Menschen in seiner Ganzheit betrachten, entscheidende Fortschritte bei der Gesundheitserhaltung.

Die verschiedenen Entwicklungen legen es daher nahe, die Aus- und Weiterbildung der Ärzt/innen als wichtigste Leistungserbringer/innen dahingehend anzupassen, dass verschiedene Aspekte eine wichtiger Rolle spielen. Dazu gehört sicher das Krankheits- bzw. Gesundheitsverständnis sowie das ökonomische Gedankengut.¹⁰²

4.3 Auswirkungen von Krankheiten bekämpfen

Zu einer solidarischen Gesundheitspolitik gehört auch die Bekämpfung der Auswirkungen von Krankheiten, die sich über den medizinischen Bereich hinaus erstrecken. Dazu gehören zu aller erst die Auswirkungen der Krankheiten auf das Einkommen. Dann aber auch die Auswirkungen auf das Umfeld der Kranken. Weiter sind die längerfristigen Auswirkungen von Krankheiten zu berücksichtigen (Invalidisierung).

■ **Die Einkommenssicherung:** Die Auswirkungen von Krankheiten auf das Einkommen unterscheidet sich in der Schweiz stark nach Branche und Dauer der Betriebszugehörigkeit, weil es keine obligatorische Krankentaggeldversicherung gibt. Eine Minimalsicherung wird durch die Vorschriften des Obligationenrechtes garantiert. Darüber hinaus regeln in der Privatwirtschaft Gesamtarbeitsverträge weitergehende Regeln. Auch die öffentliche Hand geht in ihren Arbeitsbedingungen meistens über die Minimalansätze des OR hinaus. In der Folge hängen die Konsequenzen einer durch eine Krankheit ausgelösten Einkommenseinbusse stark vom Sektor (öffentlich vs. privat) und von der Branche ab. Wertschöpfungsstarke Branchen (bspw. Versicherungen) können sich grosszügigere Absicherungen leisten. Mit Blick auf eine solidarische Gesundheitspolitik ist dies nicht haltbar. Es ist nicht einzusehen, wieso die Folgen einer Krankheit ungleich behandelt werden sollen, wenn bei der Behandlung der Krankheit von einem solidarischen Konzept ausgegangen wird. Die Einführung einer obligatorischen und solidarisch finanzierten Krankentaggeldversicherung drängt sich daher auf.

■ **Stärkung des sozialen Umfelds:** Krankheiten können besser bewältigt werden, wenn kranke Menschen in ein soziales Netz eingebunden sind, das im Krankheitsfall entsprechende Ressourcen mobilisieren kann (Zeit, Geld und Zuwendung). Alle gesellschaftspolitische Massnahmen, die darauf abzielen, die sozialen Netzwerke zu stärken bzw. den Zugang zu solchen zu ermöglichen, sind daher zu befürworten. Allerdings ist in diesem Zusammenhang auch Vorsicht geboten, weil Netzwerke auch stark mit sozialer Kontrolle verbunden sind. Es darf daher nie einen Zwang zur Integration in ein Netzwerk geben. Für Menschen mit fehlenden und unzureichenden sozialen Netzwerken (bspw. bei alten Menschen), sind entsprechende, menschenwürdige Ersatzlösungen anzubieten.

■ **Verhinderung von Invalidisierungen:** Die häufigste Ursache von Invalidisierungen sind Krankheiten und nicht Unfälle oder Geburtsgebrechen. Invalidität ist neben finanziellen Problemen häufig auch mit einer erhöhten Gefahr der sozialen Ausgrenzung verbunden. Die Invalidisierungswahrscheinlichkeit ist nicht gleichmässig über die Bevölkerung verteilt, sondern hängt stark mit dem Lebensalter und den gesundheitsgefährdenden Erwerbsarbeiten im industriellen Sektor, der Baubranche, aber auch im Dienstleistungssektor (psychische Krankheiten) zusammen. Eine solidarische Gesundheitspolitik muss daher dafür besorgt sein, die von der Erwerbsarbeit ausgehenden Gefahren der Invalidisierungen zu minimieren.

¹⁰² Vgl. Sommer (1999a, 17).

4.4 Eingehen auf besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen

Bisher wurde eine solidarische Gesundheitspolitik unter dem Fokus der Verteilung von Gesundheit auf die Bevölkerung entwickelt. Dabei wurde festgestellt, dass soziale Ungleichheit in mannigfacherweise zu einer ungleichen Verteilung von Gesundheit führen kann. Bei den sozial tiefer gestellten Haushalten handelt es sich nun aber nicht um eine homogene Gruppe von Menschen. Vielmehr sind junge Menschen, Selbständigerwerbende, Nichterwerbstätige, Ausländer/innen, geschiedene Frauen und Paare mit mehreren Kindern übervertreten.¹⁰³ Nicht bei allen Gruppen geht dies einher mit einer höheren Gesundheitsgefährdung (bspw. bei den jungen Menschen), sehr oft aber doch.¹⁰⁴ Eine Bekämpfung der ungleichen Verteilung der Gesundheit muss daher nicht nur generell bei sozial schlechter gestellten Menschen ansetzen, sondern auch spezifische Massnahmen für die einzelnen Gruppen bereitstellen. Daher sind insbesondere Massnahmen im Bereich der Gleichstellung von Frau und Mann, der Familienpolitik sowie der Integration von Ausländer/innen zu verstärken.

4.5 Eingehen auf Personen mit gravierenden Krankheiten

Bisher argumentierten wir, dass sich eine solidarischen Gesundheitspolitik um die Krankheitsvermeidung, die Krankheitsbekämpfung sowie um die Limitierung der Auswirkungen von Krankheiten zu kümmern hat. Bei der Limitierung der Auswirkungen unterschieden wir unsere Sichtweise nicht nach Krankheiten. Dies ist aber notwendig. Menschen mit schweren Krankheiten verdienen in besonderem Masse Solidarität. Es geht insbesondere darum, dass sie gut versorgt werden, gesellschaftlich integriert bleiben und nicht diskriminiert werden. Dazu sind natürlich in ganz verschiedenen Politikbereichen Massnahmen notwendig. Dabei können auch nicht alle Ziele mit politischen Massnahmen erreicht bzw. erzwungen werden. Im Bereich der Gesundheitspolitik ist vor allem die Diskussion aufzunehmen, ob die Versorgung für Schwerkranken nicht aus der Normalversorgung herausgenommen und anders finanziert werden soll. Die Diskussion ist nicht einfach. Eine spezielle Behandlung hat auch immer das Potential einer zusätzlichen Diskriminierung.

5 Die laufende zweite Revision des KVG (Stand September 2004)

Der Bundesrat schlug in seiner Botschaft zur zweiten Teilrevision des KVG im September 2000 neben der Förderung von Managed-Care-Organisationen schwergewichtig eine Reform der Spitalfinanzierung vor, die auf die vom Eidg. Versicherungsgericht gefällten Entscheide im Verhältnis Grundversicherung zu Zusatzversicherung reagierte.¹⁰⁵ Die Kommissionen und das Parlament ergänzten in den Beratungen die Reform mit weiteren Themen, insbesondere im Bereich der Prämienverbilligung und der Auflösung des Kontrahierungszwangs im ambulanten Bereich. Im Dezember 2003 scheiterte schliesslich die gesamte Revision im Nationalrat. Anschliessend teilte der Bundesrat die Revision in verschiedene Teilschritte auf, die im Frühjahr 2004 in die Vernehmlassung geschickt wurden. Definitive Botschaften des Bundesrates liegen per Mitte Juli 2004 zu den Themen Risikoausgleich, Überbrückung bei den Pflgetarifen, Überbrückung bei der Spitalfinanzierung, zur Vertragsfreiheit, zur Prämienverbilligung sowie zur Kostenbeteiligung vor.¹⁰⁶ In den Bereichen Neuordnung der Spitalfinanzierung, Förderung von Managed Care sowie der Neuordnung der Pflegefinanzierung liegen erst die erläuternden Vernehmlassungsberichte vor.¹⁰⁷

¹⁰³ Leu et al. (1997, 126f.).

¹⁰⁴ Vgl. Bisig/Gutzwiler (2004a, b).

¹⁰⁵ Bundesrat (2000). Weiter sah die Vorlage auch vor, den Kontrahierungszwang im ambulanten Bereich ab 65 Jahren aufzulösen.

¹⁰⁶ Bundesrat (2004a, b, c, d).

¹⁰⁷ Bundesrat (2004e, f, g).

Nachfolgend werden die vom Bundesrat in den wichtigsten Bereichen vorgeschlagenen Reformen kurz vorgestellt und im Lichte der Überlegungen des Abschnittes 3 (die heutige Krankenversicherung) sowie des Abschnittes 4 (solidarische Gesundheitspolitik) eingeordnet.

5.1 Prämienverbilligung

Vorschlag des Bundesrates

Der Kern des Vorschlages des Bundesrates besteht darin, ein differenziertes Sozialziel im Gesetz zu verankern. Dazu werden zwei Gruppen unterschieden: Ehepaare mit Kindern und die übrigen Versicherten (also auch Konkubinatspaare mit/ohne Kinder oder Ehepaare ohne Kinder). Der Bund legt für jeden Kanton eine Referenzprämie fest, die unterhalb der Durchschnittsprämie des Kantons liegt. Die Prämienverbilligung bezieht sich dann immer auf diese Referenzprämie. Die Kantone teilen die beiden genannten Gruppen in mindestens vier Subgruppen ein. Bei den Ehepaaren mit Kindern soll neu die Prämienbelastung in der untersten Einkommenskategorie höchstens 2 Prozent des Reineinkommens der direkten Bundessteuer, in der höchsten Einkommenskategorie maximal 10 Prozent ausmachen. Bei den übrigen Versicherten betragen die entsprechenden Prozentsätze 4 Prozent in der untersten und 12 Prozent in der höchsten Kategorie. Die Kantone dürfen Höchstehinkommen festlegen, bis zu denen Anspruch auf Prämienverbilligung besteht.

Ganz grundsätzlich richtet sich bei der Prüfung der Berechtigung der Prämienverbilligung alles nach dem Gesetz zur direkten Bundessteuer.

Einordnung des Vorschlages

Zur Einordnung des Vorschlages des Bundesrates sind verschiedene Gesichtspunkte zu berücksichtigen:¹⁰⁸

- Die Verankerung eines Sozialziels ist grundsätzlich zu begrüßen. Dadurch wird klar festgehalten, wann eine Prämienbelastung als zu hoch einzustufen ist. Dies löst die heutige kantonale Vielfalt und Unübersichtlichkeit ab.
- Die vom Bundesrat vorgeschlagenen Prozentwerte werden nirgends systematisch hergeleitet und begründet. Dies ist ungewöhnlich und zu bedauern. Es kann daher auch kaum argumentiert werden, ob der eine Satz zu hoch oder zu tief ist. Es gibt dafür schlicht keine sinnvollen Anhaltspunkte. Allerdings wird mit den Prozentwerten ein System verankert, das sich in Zukunft weiterentwickeln und justieren lässt.
- Die Möglichkeit der Kantone, ein Höchstehinkommen zu fixieren, bis zu dem Prämienverbilligungen ausgeschüttet werden, beinhaltet die Gefahr, dass gewisse Kantone diese Grenze sehr tief ansetzen werden und damit die Prämienverbilligung unterlaufen können. Es ist daher umgekehrt daran zu denken, dass der Bund eine Bandbreite von Mindestehinkommen fixiert, bis zu denen sicher Prämienverbilligungen ausgeschüttet werden müssen. Die Kantone können dann innerhalb dieser Bandbreite ihr eigenes Mindestehinkommen wählen.
- Das Festlegen einer Referenzprämie ist sinnvoll und der Vorschlag erscheint pragmatisch. Dies führt dazu, dass die Versicherten mit Prämienverbilligungen einen Anreiz haben, einen günstigeren Versicherer aufzusuchen. Man könnte sich sogar vorstellen, die Mindestprämie im Kanton als Referenzprämie zu nehmen. Nachteilig wäre dabei, dass die Versicherten mit Prämienverbilligungen gezwungen wären, jedes Jahr den Versicherer zu wechseln.
- Der Bundesrat schlägt vor, die direkte Bundessteuer als Referenz zu verwenden (heute richten sich die Prämienverbilligungen an den kantonalen Steuersystemen aus). Dies ist sicher zu begrüßen, schafft mehr

¹⁰⁸ Vgl. zu diesen Überlegungen auch Wächter (2004).

Transparenz und Rechtsgleichheit. Zum Reineinkommen sollen 10 Prozent des nach den kantonalen Steuersystemen steuerbaren Vermögens dazu gerechnet werden. Dadurch wird wiederum eine gewisse Heterogenität in Kauf genommen, da sich die kantonalen System stark unterscheiden.

■ Die Finanzierung der Prämienverbilligungen bleibt nach wie vor problematisch. Der Bundesrat legt alle vier Jahre für vier Jahre seinen Finanzrahmen fest. Die Kantone richten ihren Anteil nach dem Bundesbudget. Wenn das Bundesbudget nicht ausreicht, dann werden die Sozialziele nicht erreicht werden können. Oder man passt die Einkommensgruppen so an, dass die Sozialziele zwar formal erreicht, inhaltlich aber ausgehöhlt werden.¹⁰⁹ Dies bedingt daher, dass der Bund entweder genug Geld spricht oder dass ein anderer Finanzierungsansatz gewählt wird.

Ein anderer Finanzierungsansatz würde nicht mehr top-down, sondern bottom-up vorgehen. Dies könnte bspw. wie folgt erreicht werden: Die Kantone würden die Prämienverbilligungen durchführen und das Sozialziel erfüllen. Anschliessend könnten sie die Hälfte der entstandenen Kosten dem Bund in Rechnung stellen.

Was wäre zu tun?

■ Im Rahmen der 2. Teilrevision des KVG war ein recht breiter Konsens für die Einführung des Sozialziels erreicht worden. Obschon einige grundsätzliche Bedenken angebracht werden können, ist es sinnvoll, auf diesen Vorschlag einzusteigen und ihn da und dort noch anzupassen.

■ Dazu gehört bspw. die Streichung der Regel des Höchsteinkommens oder eine Modifizierung der Regel derart, dass ein Mindesteinkommen, bis zu dem Prämienverbilligungen ausgeschüttet werden müssen, festgesetzt wird.

■ Es sollte versucht werden, den Finanzrahmen des Bundes deutlich auszuweiten. Wenn dann zuviel Geld vorhanden wäre, dann würde es beim Bund von den Kantonen nicht abgeholt. „Verloren“ wäre es daher nicht.

■ Kurzfristig kann wohl das Finanzierungsmodell der Prämienverbilligungen nicht geändert werden. Mittelfristig sollte dies aber unbedingt angestrebt werden. Sonst besteht nämlich die Gefahr, dass der Gesetzgeber mit der einen Hand ein Sozialziel festlegt und mit der anderen zu wenig Geld spricht, um dieses Ziel zu erfüllen. Ohne Verfassungsgerichtsbarkeit kann gegen ein solche Situation nicht vorgegangen werden.

■ Der Bundesrat schlägt keine Prämienverbilligung der Kinder vor. Grundsätzlich ist dies eine familienpolitische Massnahme. Familienpolitik sollte in der Familienpolitik und nicht in der Krankenversicherungspolitik vorgenommen werden. Sonst wird die bereits bestehende hohe Intransparenz der Wirkungen aller sozialpolitischen Massnahmen nur weiter erhöht. Wenn die Massnahme allerdings sehr gezielt ausgestaltet wäre (Prämienbefreiung der Kinder nur für Haushalte bis zu einem bestimmten Einkommen, bspw. 80'000 Franken), dann könnte sie unter dem Aspekt, dass in der Familienpolitik z.Z. kaum weitergehende Massnahmen politisch durchgebracht werden können, hier dennoch erwogen werden.

¹⁰⁹ Dies wäre bspw. dadurch möglich, dass die ersten drei Gruppen alle nahe beieinander liegen (0-1'000, 1'000-2'000, 2'000-3'000 Franken). Die vierten Gruppe wäre dann die grösste und würde die überwiegende Mehrheit der Versicherten umfassen (im Beispiel ab 3'000 Franken). Dadurch würde für die meisten der einkommensschwachen Haushalte die höchste Belastungsstufe von 10 Prozent bzw. 12 Prozent gelten.

5.2 Kostenbeteiligungen

Vorschlag des Bundesrates

Heute beträgt die ordentliche Jahresfranchise bei den Erwachsenen 300 Franken. Von den die Franchise übersteigenden Kosten müssen die Versicherten bis zu einer Obergrenze von 700 Franken 10 Prozent selbst tragen. Dazu kommt bei stationären Aufenthalten noch ein Taggeld von 10 Franken dazu. Der Bundesrat schlägt vor, den Selbstbehalt bei den Erwachsenen auf 20 Prozent zu erhöhen, die Maximalgrenze aber bei 700 Franken zu belassen.

Einordnung des Vorschlages

Der maximale Selbstbehalt beträgt heute bei einer Franchise von 300 Franken 1000 Franken (300 Franken Franchise + 700 Franken Selbstbehalt). Den maximalen Selbstbehalt erreichen heute Personen, die Gesundheitskosten von 7'300 Franken und mehr aufweisen. Mit dem Vorschlag des Bundesrates sinkt diese Schwelle von 7'300 Franken auf 3'800 Franken. Davon werden sehr viel mehr Personen betroffen sein als heute. Der Bundesrat rechnet mit der Reduktion der Prämien um 2.5 Prozent (oder 384 Millionen Franken).

Wie ist dieser Vorschlag vor dem Hintergrund der Ausführungen in Abschnitt 3 bzw. Abschnitt 4 einzuordnen?

- Die Kostenbeteiligungen sind heute bereits beträchtlich. Eine Erhöhung drängt sich daher nicht zwingend auf. Die Erhöhung trifft die kranken und einkommensschwächeren Haushalte besonders. Dieselbe Erhöhung können demgegenüber die kranken und einkommensstarken Haushalte gut verkraften.
- Aufgrund der Ergebnisse der Literatur muss allerdings nicht befürchtet werden, dass die Erhöhung des Selbstbehaltes dazu führt, dass die einkommensschwachen Haushalte deutlich weniger den bzw. die Ärzt/in aufsuchen werden. Diese Gefahr würde vor allem bei den Armen bestehen, deren Prämien und Selbstbehalte aber weitgehend von der Sozialhilfe übernommen werden.
- Wenn die erhöhte Kostenbeteiligung dazu führen soll, dass sich das «Konsumverhalten» der Haushalte ändert, dann dürfte dies also vor allem den unteren und mittleren Mittelstand treffen.
- Die Kostenbeteiligungen sind heute falsch ausgestaltet. Gemäss dem ökonomischen Ansatz müssten die Kostenbeteiligungen bei allen Versicherten dazu führen, dass das Moral Hazard Verhalten abnimmt. Unter Moral Hazard versteht man das Verhalten, dass im Krankheitsfall Leistungen in Anspruch genommen werden, ohne auf die Kosten zu achten, weil die Prämie bereits bezahlt ist. Die Kostenbeteiligungen sollen daher so ausgestaltet werden, dass die Versicherten sich jeweils überlegen, ob die Leistungen tatsächlich konsumiert werden sollen, ob sie allenfalls noch aufgeschoben werden können oder ev. sogar gar nicht konsumiert werden müssen. Dies kann nur dann erreicht werden, wenn die Kostenbeteiligungen von der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit abhängig sind. Ansonsten verändern die Kostenbeteiligungen nur das Verhalten der einkommensschwächeren Haushalte, die zudem mit Leistungen, die nicht in der Grundversicherung enthalten sind (bspw. Zahnbehandlungen), bereits stärker belastet sind.

Was wäre zu tun?

Obschon die Erhöhung des Selbstbehaltes nicht mit gravierenden Folgen verbunden sein dürfte, sollte sie aus konzeptionellen Überlegungen heraus abgelehnt werden. Richtig wäre die Ausgestaltung der Kostenbeteiligung entsprechend der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit.

5.3 Kontrahierungszwang im ambulanten Bereich

Vorschlag des Bundesrates

Der Kontrahierungszwang im ambulanten Bereich soll gemäss dem Vorschlag des Bundesrates aufgehoben werden. In den ersten 2 Jahren nach der Aufhebung erhalten noch alle Leistungserbringer/innen, die zum Zeitpunkt der Einführung tätig waren, automatisch einen Vertrag mit allen Versicherern. Anschliessend sind nur noch diejenigen ambulanten Leistungserbringer/innen zugelassen, die einen Vertrag aufweisen.

Der Bund legt für die Garantierung der Versorgungssicherheit die Anzahl der Leistungserbringer/innen fest, mit denen die Versicherer in jedem Kanton mindestens kontrahieren müssen. Diese Anzahl ist nicht eine fixe Zahl, sondern eine Bandbreite. Die Kantone wählen aus dieser Bandbreite die für sie richtige Anzahl aus. Darüber hinaus sollen die Kantone mit geeigneten Massnahmen dafür sorgen, dass sich die Leistungserbringer/innen regional gut verteilen.

Einordnung des Vorschlages

Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs im ambulanten Bereich ist aus mehreren Gründen sinnvoll. Zum einen setzt es die Leistungserbringer/innen unter Druck, ihre Qualität und Wirtschaftlichkeit zu dokumentieren. Dies schafft Transparenz und dürfte zu Qualitätssteigerungen führen. Zum anderen können die Versicherer mit einer geeigneten Auswahl von wirtschaftlich arbeitenden Leistungserbringer/innen, die gleichzeitig aber auch qualitative Standards erfüllen, dazu beitragen, dass sich die Kosten vernünftiger entwickeln. Wie gross der Effekt auf die Kosten tatsächlich sein wird, ist heute umstritten. Über das Ausschliessen sog. schwarzer Schafe sowie über die generelle Abschreckungswirkung der Aufhebung des Kontrahierungszwangs – die Leistungserbringer/innen arbeiten effizienter, weil sie eine Vertragsverweigerung befürchten – sind sicher Einsparungen zu erzielen. Weiter ist auch zu erwarten, dass die Ärzt/innen offener werden, um sich in Managed-Care-Organisationen, die ebenfalls günstiger sind, zu engagieren.

Ganz offensichtlich liegt die zentrale Frage darin, wie die Versicherer die Ärzt/innen auswählen. Wie bereits in Abschnitt 3 ausgeführt wurde, muss nicht davon ausgegangen werden, dass nur noch mit ganz wenigen Leistungserbringer/innen kontrahiert wird. Im Kern steht mehr die Frage, ob die ausgewählten Ärzt/innen auch die «qualitativ besten» sein werden. Dazu gibt es verschiedene Gesichtspunkte zu erwähnen:

■ Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs bedeutet, dass es sowohl auf die Qualität wie aber auch auf die Wirtschaftlichkeit ankommt. Die Ärzt/innen werden vermehrt Kosten-Nutzen-Überlegungen in ihre Behandlungen einfließen lassen. Dies dürfte ganz grundsätzlich zu einer Veränderung der Behandlungen gegenüber heute führen. Die ärztliche Ethik wird sich verändern müssen. Wenn unter heutigen Umständen «qualitativ gut» bedeutet, dass nur die notwendigen Massnahmen, deren Wirksamkeit zudem belegt ist (evidence based medicine), ergriffen werden, dann dürfte sich dieser Qualitätsbegriff auch im neuen Regime halten können.

■ Die Beurteilung der Qualität von Ärzt/innen ist schwierig. Erste Schritte in diese Richtung wurden aber bereits unternommen, weitere werden und müssen folgen.¹¹⁰ Wenn der Risikoausgleich angepasst wird und die Versicherer somit kein Interesse an der Risikoselektion haben, dann werden sie im Bereich der Qualitätsbeurteilung kaum forscher vorgehen. Wenn sie nur die «billigsten» Ärzt/innen wählen würden,

¹¹⁰ vgl. Beule et al. (2004), Eisenring/Hess (2004).

dann würden die daraus resultierenden Kostenvorteile im Rahmen des Risikoausgleichs wieder abgeschöpft.

■ Den Versicherern sollten unbedingt die ärztlichen Diagnosen zugänglich gemacht werden. Damit könnten sie die Leistungserbringer/Innen viel valider beurteilen. Wenn der Risikoausgleich angepasst wird, dann ist nicht zu befürchten, dass sie diese Informationen für die Risikoselektion einsetzen werden.

■ Wenn sich die Ärzt/innen vermehrt zu Netzwerken mit Qualitätszirkeln zusammenschliessen würden, was durchaus erwartet werden kann, dann wird durch die Aufhebung des Kontrahierungszwangs bereits ein wesentlicher Erfolg im Bereich der Qualitätssteigerung erzielt.

Dem Bund und den Kantonen kommt mit der Festlegung der Mindestzahlen ebenfalls eine wichtige Aufgabe zu. Heute ist es noch weitgehend unklar, wie solche Mindestzahlen effektiv sinnvoll festgelegt werden können.¹¹¹ Dazu braucht es in der verbleibenden Zeit noch massive Forschungsanstrengungen.

Was wäre zu tun?

Dem Vorschlag des Bundesrates kann in der vorliegenden Form zugestimmt werden. Im Bereich der Mindestversorgung müssen bis zum Ende der 2-jährigen Periode nach der Einführung (also bis ca. 2008) noch massive Forschungsanstrengungen unternommen werden. Weiter sollten aber unbedingt zwei weitere Aspekte geändert werden: Der Risikoausgleich ist anzupassen sowie die Datengrundlagen für die Versicherer, um die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungserbringer/Innen durchzuführen, zu verbessern.

5.4 Risikoausgleich

Vorschlag des Bundesrates

Der Bundesrat schlägt vor, den Risikoausgleich unverändert um 5 Jahre zu verlängern. Aus dem Botschaftstext gehen widersprüchliche Signale hervor. Es wird nicht ganz deutlich, ob die 5 Jahre dazu genutzt werden sollen, den Risikoausgleich zu verbessern, oder ob er nach den 5 Jahren nicht mehr verlängert werden soll. In den Übergangsbestimmungen finden sich keinerlei Hinweise.

Einordnung des Vorschlages

Der Vorschlag des Bundesrates genügt eindeutig nicht. Man könnte schon in dieser Revision eine Verbesserung des Risikoausgleichs durchführen. Die entsprechenden Grundlagen wurden erarbeitet. Eine Revision ist aus mehreren Gründen dringend notwendig:

■ Der Risikoausgleich soll den Versicherern die Anreize nehmen, Risikoselektionen zu betreiben. Wenn sie diese Anreize nicht mehr haben, kümmern sie sich ernsthaft um das Management der Gesundheitskosten. Ansonsten konzentrieren sie sich (wie heute) auf die verschiedenen Methoden der Risikoselektion, da dadurch die Marktposition wesentlich rascher und nachhaltiger verbessert werden kann.

■ Wenn der Kontrahierungszwang im ambulanten Bereich aufgehoben wird, dann erhalten die Versicherer ein neues Instrument der Risikoselektion in die Hände. Umso wichtiger ist es daher, dass den Versicherern die Anreize zur Risikoselektion genommen werden.

■ Gegeben die relativ geringe Mobilität der Versicherten, dann ist der Risikoausgleich auch ein Instrument gegen die Entsolidarisierung. Ältere und kränkere Menschen zahlen sonst immer höhere Prämien, junge und eher gesündere Menschen immer tiefere.

¹¹¹ Vgl. Spycher (2004b)

Was wäre zu tun?

Der Risikoausgleich soll bereits in dieser Reform mit Vorjahreshospitalisierungsgruppen oder Vorjahreskostengruppen ergänzt werden. Ergänzend ist ein Pool für die teuersten Versicherten einzurichten.¹¹² Dann ist in den Übergangsbestimmungen festzuschreiben, dass der Risikoausgleich bis in 3 Jahren mit Diagnosekostengruppen funktionieren soll.

5.5 Managed Care**Vorschlag des Bundesrates**

Im Bereich der Förderung der Managed-Care-Modellen (sog. besondere Versicherungsformen) schlägt der Bundesrat nicht sehr weitgehende Änderungen vor. Insbesondere wird es möglich, auch längere Vertragsdauern (bis zu drei Jahren) zu vereinbaren. Neu sollen sog. integrierte Versorgungsnetze angeboten werden können, die die ganze Leistungskette von den Hausarzt/innen bis zu Spezialkliniken abdecken und zwingend darauf basieren, dass die einzelnen Leistungserbringer/innen Budgetverantwortung übernehmen sollen. Ebenfalls wird auch die Auflage formuliert, dass integrierte Versorgungsnetze die Behandlungswege der Patient/innen koordinieren müssen.

Einordnung des Vorschlages

■ Die zurückhaltende Grundhaltung des Bundesrates basiert auf der Erkenntnis, dass Managed-Care-Modelle (MCM) nur dann erfolgreich sind, wenn die Beteiligten Akteur/innen auf freiwilliger Basis mitmachen und die Zielsetzungen der MCM, die sich von der Regelversorgung etwas unterscheiden, mittragen. Insbesondere müssen die Ärzt/innen dazu bereit sein, Budgetverantwortung¹¹³ zu tragen und sich Qualitätsdiskussionen zu stellen. Ihr Einkommen dürfte zudem typischerweise niedriger sein als in einer freien Praxis. Wenn die Leistungserbringer/innen in derartige Modelle gezwungen werden, dann ändern sie ihr Verhalten kaum. Oder es ergeben sich sog. pro-forma-Modelle, die zwar den Titel «Managed-Care» tragen, faktisch aber nichts anderes machen als heute in der Regelversorgung auch schon.

■ Der den Bundesrat beratende Experte¹¹⁴ sieht in anderen Änderungen in der Krankenversicherung die substantielleren Möglichkeiten, Managed-Care-Modelle zu fördern. Notwendig wäre vor allem eine monetarische Spitalfinanzierung, die Aufhebung des Kontrahierungszwangs und die Anpassung des Risikoausgleich. Der Bundesrat ist den Expertenempfehlungen nur sehr partiell gefolgt, so dass sich die Voraussetzungen für eine grössere Verbreitung von Managed-Care-Modellen nur unwesentlich verbessert hat.

■ Die vorgeschlagenen Änderungen des Bundesrates (längere Vertragsdauer, integrierte Versorgungsnetze, Budgetverantwortung) sind positiv zu bewerten. Ihre Auswirkungen dürften aber limitiert bleiben, wenn nicht die entscheidenden Voraussetzungen für Managed-Care-Modelle verbessert werden.

■ Es ist auch richtig, dass der Bundesrat davon abgesehen hat, das flächendeckende Angebot von Managed-Care-Modellen als obligatorisch zu erklären. Es geht nicht darum, pro-forma-Modelle einzurichten, sondern MCM, die so funktionieren, wie man es erwartet.

Der im Nationalrat abgewiesene Vorschlag von NR Sommaruga, generell das Hausarzt/innen-System als Grundmodell einzurichten, ist grundsätzlich gut gemeint und sinnvoll. Allerdings braucht es dazu Hausarzt/innen, die sich nach den Regeln der Hausarzt/innen-Modelle verhalten. Zum einen könnten starke Anreize dazu verhelfen (wie bspw. die Auflösung des Kontrahierungszwangs), zum anderen muss aber

¹¹² Vgl. Spycher (2003a) und (2004c)

¹¹³ Vgl. dazu die Bemerkung in Fussnote 63.

¹¹⁴ Vgl. Moser (2003).

auch auf eine Generationen-Entwicklung abgestellt werden: Die jungen Ärzt/innen müssen in diesen Modellen unterrichtet werden, damit sie sich später wie erwartet verhalten können.

■ Nach wie vor kann der Bundesrat die maximal möglichen Prämienreduktionen bei Managed-Care-Modellen in der Verordnung festschreiben. Motivation für diese Regelung war die Befürchtung, dass sich in MCM nur gesunde Versicherte finden, die dann sehr tiefe Prämien bekommen könnten. Dies wäre dann ein Schritt Richtung Entsolidarisierung. Diese Befürchtung besteht aber nur dann, wenn der Risikoausgleich mangelhaft ausgestaltet ist. Ist der Risikoausgleich korrekt ausgestaltet, dann müssen die HMO höhere Beiträge in den Risikoausgleich einzahlen. Dies hätten die Versicherer bei der Prämienberechnung zu berücksichtigen. In der Folge könnte man die Verankerung von Höchststrabatten fallen lassen.

Was wäre zu tun?

■ Es sind konsequent die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass sich gut funktionierende Managed-Care-Modelle verbreitern können. Dazu muss vor allem der Risikoausgleich angepasst werden, der Kontrahierungszwang im ambulanten und stationären Bereich aufgehoben sowie die monistische Spitalfinanzierung eingeführt werden.

■ Die Aus-, Weiter- und Fortbildung der Ärzt/innen sollte so verändert werden, dass stärker die Grundhaltung der Managed Care vermittelt wird.

5.6 Spitalfinanzierung

Vorschlag des Bundesrates

Der Bundesrat schlägt ein dual-fixes Spitalfinanzierungsmodell vor. Dieses sieht vor, dass sich die Kantone und die Versicherer zu je 50 Prozent in Kosten teilen.¹¹⁵ Dabei werden im Unterschied zu heute bei den Kosten nicht nur die Betriebskosten, sondern auch die (heute von den Kantonen übernommenen) Investitionskosten eingerechnet. Daneben gibt es weitere wichtige Änderungen:

■ Die Abgeltung der Spitäler soll nicht mehr auf den entstandenen Kosten, sondern auf den erbrachten Leistungen (Übergang zu Fallkostenpauschalen) beruhen.

■ Der Kanton muss auch bei den halbprivat und privat Versicherten 50 Prozent der Kosten in der Grundversorgung übernehmen. Auf die Zusatzversicherungen fallen somit nur noch die über die Grundversorgung hinausgehenden Kosten an (bspw. für die erweiterte Hotellerie etc.).

■ Die Kantone haben in die Spitalplanung neu auch die Privatspitäler aufzunehmen, weil sie bei den Halbprivat- und Privatpatient/innen mitzahlen müssen.

Einordnung des Vorschlages

■ Der Vorschlag des Bundesrates führt zu Kostenverschiebungen. Die Zusatzversicherungen werden um 280 bis 340 Millionen, die Kantone um 620 bis 990 Millionen Franken entlastet und die Grundversicherung um 900 bis 1330 Millionen Franken mehrbelastet. Wenn wir ganz grob davon ausgehen, dass heute bei den Zusatzversicherungen vor allem einkommensstärkere Haushalte ein Produkt kaufen (ganz so wird es nicht sein), dann werden bei den Zusatzversicherungen und bei den Kantonen vor allem die einkommensstärkeren Haushalte entlastet und bei der OKP alle Haushalte gemeinsam mehr belastet. Netto dürfte dies zu einer Umverteilung von unten nach oben führen.

¹¹⁵ Heute tragen die Kantone zu 59 Prozent und die Versicherer zu 41 Prozent zu den Betriebs- und Investitionskosten bei. Bei den Betriebskosten alleine ist der Beitrag der Versicherer 45 Prozent. Gemäss Gesetz müssen sie maximal 50 Prozent der Betriebskosten übernehmen.

Diese Umverteilungsrichtung kann kaum erwünscht sein. Die sachlichen Entscheide, die zu dieser Umverteilung führen, sind jedoch richtig: Auch die Zusatzversicherten haben Anspruch auf einen Kantonsanteil am Teil der Grundversicherung und die Investitionskosten gehören in eine Vollkostenrechnung.

■ Die fixe Aufteilung der Kosten zwischen Kanton und Versicherern hat eine positive Auswirkung: Die Interessen der beiden Akteure werden gleichgeschaltet. Bisher hatten die Versicherer ein Interesse daran, sich immer mehr aus der Finanzierung der stationären Versorgung zurück zu ziehen, weil sie nur maximal 50 Prozent der Betriebskosten übernehmen mussten. Mit einer fixen Regel sind beide Akteure gleichermassen an der Kostendämpfung interessiert. Für die Kantone löst sich jedoch der Konflikt, der aus der Wahrnehmung verschiedener Rollen entsteht, nicht: Als Betreiber von Spitälern sind sie an hohen Einnahmen interessiert, als Finanzierer an tiefen Kosten, als Schlichtungsinstanz an hohen Tarifen, die dann zu hohen Einnahmen führen. Hier bedarf es dringend einer Entflechtung der Rollen.

Sachlogischer wäre die monistische Spitalfinanzierung. Die Versicherer hätten dann die vollen Kosten zu decken. Die heutigen Kantonssubventionen würden Pro-Kopf an die Kantonsversicherten verteilt. Das Ausmass der Kantonssubventionen würde in Prozent der Kosten in der Grundversicherung fixiert, damit sich die Kantone nicht aus der Finanzierung zurückziehen können. Die Versicherer würden die ganze Behandlungskette voll finanzieren. Managed-Care-Modelle würden zu wesentlicheren Einsparungen führen können.

■ Wenn die Einführung einer monistische Spitalfinanzierung politisch aber nicht möglich ist, dann könnte man sich darüber unterhalten, ob eine Kostenteilung von 50:50 oder ein anderer Schlüssel sinnvoll ist. Mit Blick auf die erwähnten Kostenverschiebungen könnte durchaus auch erwogen werden, einen höheren Kantonsanteil zu verankern.

■ Grundsätzlich sinnvoll – und unabhängig vom Finanzierungsmodell – sind die Vorschriften hinsichtlich der Leistungsabgeltung.

■ Die Erweiterung der Spitalplanung auf die Privatspitäler ist im Modell der dual-fixen Finanzierung sachlogisch. Wenn der Kanton für Halbprivat- und Privat-Patient/innen mitzahlen muss, dann sollen die Privatspitäler auch im Rahmen der Überlegungen zur Versorgungssicherheit und –dichte eine Rolle spielen.

Was wäre zu tun?

■ Gesundheitsökonomisch richtig ist der Übergang zur monistischen Spitalfinanzierung. Verschiedene Seiten, die mit der Spitalfinanzierung im Detail befasst sind, gehen davon aus, dass heute die Voraussetzungen für die Einführung der monistischen Spitalfinanzierung noch nicht gegeben sind (bspw. im Bereich der Rechnungslegung). Der Autor verfügt über zu wenige Detailkenntnisse, um dies beurteilen zu können. Wenn dies zutrifft, dann sollte aber unbedingt – wie dies der Bundesrat auch tut – ein Zeitplan verankert werden, der den Übergang zum monistischen System vorgibt.

■ Wenn das monistische Spitalfinanzierungsmodell vorerst nicht eingeführt werden kann, dann stellt sich die Frage, ob die Anteilsverteilung 50:50 richtig ist. Es würde mit Blick auf den steuerfinanzierten Anteil Sinn machen, den Anteil für die Kantone zu erhöhen.

■ Es müssten in den Übergangsbestimmungen festgehalten werden, dass die Kantone die Voraussetzungen schaffen, dass eine monistische Spitalfinanzierung eingeführt werden kann. Dazu gehört bspw. die Auflage, die Spitäler in rechtlich selbständige Einheiten überzuführen (allenfalls sogar in Gesellschaften ohne öffentliche Beteiligung).

5.7 Pflegefinanzierung

Vorschlag des Bundesrates

Der Bundesrat hat für die Finanzierung von Leistungserbringer/innen im Pflegebereich im KVG-Bereich sog. Rahmentarife erlassen, die Gültigkeit haben, bis die Leistungserbringer/innen ihre Kosten transparent und nach einem einheitlichen System darlegen können. Die Rahmentarife decken nach Schätzungen nur etwa 50 bis 80 Prozent der entstehenden Kosten ab. Da die Leistungserbringer/innen inzwischen die verlangten Voraussetzungen erfüllen, sollte die Krankenversicherung inskünftig die vollen nach KVG vorgesehenen Leistungen im Pflegebereich übernehmen. Nach Schätzungen handelt es sich dabei um ca. 1.2 Milliarden Mehrkosten für die KV. Gleichzeitig besteht auch eine grösser Schwierigkeit darin, exakt zu definieren, welche Leistungen die KV zu übernehmen hat. Das KVG sieht nämlich vor, dass die Krankenversicherung alle Pflegeleistungen übernimmt, die krankheitsbedingt entstehen. Dies führt zu einer heiklen Abgrenzung zwischen altersbedingten, nicht aber krankheitsbedingten Pflegeleistungen.

Die Kosten der Pflege (6.1. Milliarden Franken im Jahr 2000) werden zu 21 Prozent durch Kopfprämien (Krankenversicherung), zu 33 Prozent über Steuern (Ergänzungsleistungen, Objektsubventionierungen etc.), zu 4 Prozent über andere Träger (2.2% über die Löhne, 1.8% über Schenkungen etc.) und zu 43 Prozent von den Pflegebedürftigen direkt finanziert.¹¹⁶

Der Bundesrat schlägt zwei neue Finanzierungsmodelle A und B vor:

- Bei Modell A wird zwischen einfachen und komplexen Pflegesituationen unterschieden. Die KV soll inskünftig nur noch die Finanzierung von komplexen Situationen übernehmen. Dies führt zu einer Reduktion der Belastung der KV gegenüber heute von 63 Millionen Franken. Gleichzeitig soll auch die Hilflosenentschädigung in der AHV angepasst werden, indem eine Entschädigung bei leichter Hilflosigkeit eingeführt wird. Demgegenüber werden die Hilflosenentschädigungen in komplexen Situation gestrichen. Insgesamt führt dies zu einer Entlastung bei den Hilflosenentschädigungen von 158 Millionen Franken.
- Bei Modelle B wird zwischen der Akut- und der Langzeitpflege unterschieden. Die Akutpflege soll die KV vollständig übernehmen. Bei der Langzeitpflege soll auf die KV nur ein «Beitrag» entfallen, der nicht über die heutige Belastung aus dem Bereich der Pflege hinausgeht (rund 1.3 Milliarden Franken).
- Beide Modelle sollen durch einen Ausbau der Ergänzungsleistungen begleitet werden. Für Menschen, die in Heimen leben, sollen die Obergrenzen der EL aufgehoben werden. Dies führt zu geschätzten Mehrkosten von 236 Millionen Franken.

Einordnung des Vorschlages

■ Der Vorschlag des Bundesrates wurde so konzipiert, dass die Krankenversicherung nicht stärker belastet wird (in Modell A wird die KV sogar leicht entlastet). Gleichzeitig ist der Bundesrat bereit, über einen moderaten Ausbau der EL die Finanzierung der Pflege sozialer zu gestalten. Der Reform liegt kein grundsätzliche neuer Ansatz der Finanzierung der Pflege zugrunde. Dadurch werden die heute bestehenden Nachteile fortgeschrieben: Die Finanzierung ist stark aufgesplittert (auf die KV, die AHV, die EL, die IV, die UV, die MV, auf Privatversicherungen, auf die öffentliche Hand und auf die Pflegebedürftigen selbst) und daher wenig übersichtlich. In der Folge übernimmt kein zentraler Akteur (Akteurin) die Verantwortung für die in diesem Bereich entstehenden Kosten. Weiter ist die öffentlich Hand noch stark in der Objektfinanzierung engagiert.

¹¹⁶ Vgl. BSV (2003, 8)

- Der Ausbau der Ergänzungsleistungen erscheint auf den ersten Blick als erwünschter Schritt. Gleichzeitig handelt es sich bei der EL im Pflegebereich aber um eine verdeckte Objektfinanzierung und nicht um eine eigentlich Subjektfinanzierung. Die in den Heimen entstehenden Kosten können einfach weitergewälzt werden. Die Kantone werden mit Maximaltarifen eine gewisse Limitierung der Kosten gegen oben einführen können.
- Gemäss Einschätzung des Schweizerischen Verbandes für Heime und Institutionen ist der bundesrätliche Vorschlag A sehr heikel, weil er zu kaum berechtigten Differenzen zwischen Krankheitsbildern führen kann.¹¹⁷
- Es bestehen im Bereich der Altersversorgung nur wenige Anreize in Richtung einer effizienten und kostengünstigen Erbringung der Dienstleistungen. Der Vorschlag des Bundesrates bringt diesbezüglich keine neuen Instrumente und Ansätze.
- Der Bereich der Pflege und insbesondere der Bereich der Alterspflege sollte im Rahmen eines konsistenten Konzeptes reguliert werden. Dazu stehen sehr verschiedene Konzepte zur Auswahl – von der obligatorischen Privatversicherung, einem Kapitaldeckungsverfahren, einer obligatorischen Sozialversicherung bis hin zu einer Steuerfinanzierung von Leistungsaufträgen¹¹⁸ –, die allesamt mit Vor- und Nachteilen hinsichtlich der Dimensionen «Solidarität», «Effizienz» und «Qualität» verbunden sind. Letztlich stellen sich aber dieselben Fragen, wie sie auch bei der Krankenversicherung beantwortet werden mussten: Gibt es ein Versicherungsobligatorium? Wie sind die Prämien auszugestalten? Wie fliessen die Unterstützung der öffentlichen Hand ins System ein?
- Die Kostenneutralität für die Krankenversicherung kann durchaus hinterfragt werden. Verschiedene Autor/innen sind der Meinung, dass die Krankenversicherung die vorgesehenen Mehrkosten von rund 1.2 Milliarden Franken übernehmen sollte.¹¹⁹ Dies würde die Solidarität «Gesund»-«Krank und pflegebedürftig» sowie – über eine allfällige Erhöhung der Prämienverbilligungen – die Solidarität «Reich»-«Arm» stärken.

Was wäre zu tun?

- Die Finanzierung der Pflege sollte grundsätzlich neu geregelt werden. Diesem Anspruch entspricht der Vorschlag des Bundesrates nicht. Aus diesem Grund könnte man den Vorschlag zurückweisen.
- Insbesondere der Ausbau bei den Ergänzungsleistungen bringt im Ausmass von rund 300 Millionen Franken eine sozialere Finanzierung bei den Heimaufenthalter/innen. Dies ist zu begrüßen.
- Die Modelle A und B sind sorgfältig darauf hin zu prüfen, wie sie sich in der Praxis auf die betroffenen Pflegebedürftigen auswirken.

5.8 Fazit zur laufenden KVG-Revision

Die vom Bundesrat im Frühjahr 2004 gemachten Vorschläge für die 2. Teilrevision des KVG gehen – ganz grob beurteilt – mehr oder weniger in die richtige Richtung, wenn sie auch insgesamt zu wenig weit reichen und sowohl in Einzelheiten wie teilweise auch in grundsätzlichen Aspekten noch angepasst werden sollten. Insbesondere drängen sich folgende Anpassungen auf:

- Prämienverbilligung: Streichung der Höchsteinkommensbedingungen oder Modifizierung derselben; substantielle Erhöhung des vom Bund bereitgestellten Finanzrahmens; Prüfung der Prämienbefreiung für

¹¹⁷ Vgl. Bund vom 16. Juli 2004.

¹¹⁸ Vgl. Zweifel et al. (1994) und Zweifel/Felder (1996).

¹¹⁹ Vgl. bspw. Blanc (2001).

Kinder nur bei einkommensschwachen Haushalten; Prüfung einer grundsätzlichen Änderung des Finanzierungssystems der Prämienverbilligung (von top-down zu bottom-up).

■ Kontrahierungszwang: Vertiefte Forschungsanstrengungen, damit Bund und Kantone die Mindestversorgungszahlen sinnvoll festlegen können; Zugang der Versicherer zu ambulanten und stationären Diagnosedaten.

■ Spitalfinanzierung: Wenn die monistische Spitalfinanzierung aus praktischen Aspekten heraus im Moment nicht machbar ist, dann sollte die Erhöhung des Finanzierungsanteils der Kantone über 50 Prozent hinaus geprüft werden.

■ Pflegefinanzierung: Detaillierte Überprüfung der Auswirkungen der Modelle A und B auf die Pflegebedürftigen. Prüfung der Möglichkeit, die Krankenversicherung finanziell stärker zu belasten.

■ Kostenbeteiligungen: Ablehnung des bundesrätlichen Vorschlags und Übergang zu Kostenbeteiligungen, die von der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit abhängen.

■ Risikoausgleich: Ablehnung des bundesrätlichen Vorschlags und Durchführung einer echten Reform.

■ Managed-Care: Durchführung von Reformen, die die Voraussetzungen für Managed-Care-Modelle effektiv erhöhen (monistische Spitalfinanzierung, Aufhebung des Kontrahierungszwangs im ambulanten und stationären Bereich, Reform des Risikoausgleichs).

6 Gedanken zur strategischen Positionierung des SGB

Für das Finden der strategischen Positionierung des SGB in der Gesundheitspolitik sind verschiedene Aspekte zu berücksichtigen:

■ Für welches System, für welche Reformmassnahmen lohnt es sich aus «neutraler», wissenschaftlicher Sicht einzustehen?

■ Für welche Massnahmen lohnt es sich aus der Sichtweise einer solidarischen Gesundheitspolitik einzustehen?

■ Für welche Massnahmen steht der SGB bei der umfassenden Gesundheitspolitik, für welche Massnahmen im Rahmen des KVG ein?

■ Wer vertritt heute welche Interessen?

■ Welche Interessen haben die Mitglieder des SGB? Wer hat ähnlich gelagerte Interessen?

■ Wie können die Positionen des SGB möglichst gewichtig eingebracht werden?

■ Was kann der SGB in seinem ureigensten Betätigungsfeld tun?

Viele dieser Fragen muss sich der SGB selbst erarbeiten. Das vorliegende Papier gibt aber verschiedene Hinweise:

■ **Aus wissenschaftlich-ökonomischer Sicht** liegt es nahe, den in der 2. Teilrevision des KVG eingeschlagenen Weg mit einigen wesentlichen Korrekturen und Erweiterungen, die in Abschnitt 5 angesprochen wurden, weiter zu verfolgen. Dies ist nicht spektakulär, aus einer pragmatischen Sichtweise aber sinnvoll. Es gibt im Moment keine überzeugende grundsätzliche Alternative zum eingeschlagenen Weg. Allerdings lohnt es sich, in Bereichen, die dem SGB besonders wichtig sind, besonders darauf zu achten, dass die Entwicklung in die richtige Richtung geht. Dazu gehört sicher der Bereich der Prämienverbilligung sowie die Erhöhung des steuerfinanzierten Anteils. Es bietet sich ev. auch an, hierfür eigen Anstrengungen zu unternehmen (Aufbau eines Monitorings bspw. bei den eigenen Mitglieder; Einsetzung einer Expertengruppe zur Optimierung der sozialen Finanzierung der OKP etc.).

Dann ist es aus wissenschaftlich-ökonomischer Sicht ebenfalls ganz wichtig, den Blick über das KVG hinaus auf die Gesundheitspolitik zu weiten. Übereinstimmend sind viele Autor/innen der Ansicht, dass im

Bereich der Prävention und der Gesundheitsförderung besondere Anstrengungen notwendig und sinnvoll sind.

■ Aus der **Sichtweise einer solidarischen Gesundheitspolitik** drängen sich verschiedene Massnahmenbereiche auf:

a) Der SGB kann mit seinen bisher bereits betriebenen Aktivitäten – vor allem auch im Rahmen der GAV-Verhandlungen – dazu beitragen, dass soziale Ungleichheiten und gesundheitliche Belastungen reduziert sowie gleichzeitig die Ressourcen für die Bewältigung der gesundheitlichen Belastungen erhöht werden. Stichworte dazu sind: Sinnvolle Arbeitszeiten, genügend Erholungspausen, Weiterbildung, gute Löhne etc. Weiter gehört dazu aber auch der traditionelle Bereich der Arbeitssicherheit.

b) Der SGB könnte sich aber auch ganz bewusst stärker im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung engagieren. Die Hans-Böckler-Stiftung könnte hierfür als Vorbild dienen.¹²⁰ Dadurch werden nicht nur Krankheiten vermieden, sondern Gesundheit gezielt gefördert.

c) Der SGB kann sich noch mehr als bisher für die Integration gefährdeter Gruppen (bspw. von Teilinvaliden, Migrant/innen etc.) in den Erwerbsprozess einsetzen. Die Integration dürfte bei diesen Gruppen förderlich für die (psychische) Gesundheit sein.

d) Es drängt sich auf, dass sich der SGB (wiederum) für die Einführung einer obligatorischen Krankentaggeldversicherung einsetzt, um die Ungleichheiten beim krankheitsbedingten Lohnausfall auszugleichen. Dadurch werden indirekt die Ressourcen zur Bewältigung von Krankheiten erhöht.

e) Der SGB kann sich ganz gezielt in der Prävention von Krankheiten bei seinen Mitgliedern engagieren. Dazu gehören vor allem Massnahmen im Bereich der Information und der Bildung.

■ Mit **Blick auf die Beschäftigten im Gesundheitswesen** drängt es sich für den SGB auf, sich für möglichst gute Arbeitsbedingungen einzusetzen. Insbesondere muss darauf geachtet werden, dass sich der zunehmende Druck auf die Ärzt/innen nicht negativ auf die Pflege auswirkt. Gleichzeitig darf man aber nicht die Augen davor verschliessen, dass sich die zunehmende Bedeutung des Wettbewerbs auch auf die Beschäftigtenverhältnisse auswirken wird. Diese werden ev. unsicherer als heute und könnten mittel- bis langfristig in ihrer Zahl stagnieren oder sogar abnehmen. Hier wird es also auch darum gehen, die Beschäftigten gut zu organisieren und entsprechende GAVs auszuhandeln bzw. bestehende zu verbessern.

■ Mit **Blick auf besonders gefährdete Gruppen** drängt es sich auf, dass sich der SGB vor allem für diejenigen Gruppen einsetzt, die sich in seinem Tätigkeitsfeld bewegen. Dazu gehören sicher die Ausländer/innen. Hierbei ist besonders darauf zu achten, dass die ausländischen Erwerbstätigen das Gesundheitssystem verstehen, sich darin bewegen können und die Leistungen in Anspruch nehmen, auf die sie ein Anrecht haben.

Weiter drängt es sich aber auch auf, dass sich der SGB für diejenigen Mitglieder besonders einsetzt, die höheren gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt sind und auch mit höheren Risiken der Invalidisierung leben. Hier eröffnet sich das ganze Spektrum von Möglichkeiten: Bildung, Information, Präventionsmassnahmen, Gesundheitsförderungsmassnahmen, Lohnpolitik etc.

Eine weitere Gruppe, die die Aufmerksamkeit des SGB verlangt, sind die working poor. Gerade bei dieser Gruppe kann vermutet werden, dass die Ressourcen zur Bewältigung von Krankheiten nicht sehr gross sind. Existenzsichernde Mindestlöhne sind hier sicher eine ganz zentrale Massnahme, um die Situation der working poor zu verbessern.

■ Mit **Blick auf die Frauen** sollte darauf geachtet werden, dass die bereits erkämpften Errungenschaften nicht in Frage gestellt werden. Dazu gehört bspw. die Prämiengleichheit zwischen Männern und Frauen in den Grundversicherung. Dann könnte – auch mit Blick auf die jüngsten Forschungsergebnisse¹²¹ – daran

¹²⁰ Vgl. Hans-Böckler-Stiftung (2002).

¹²¹ Vgl. Camenzind/Meyer (2004).

gedacht werden, auch bei den Zusatzversicherungen die Prämienungleichheit zwischen den Geschlechtern einzuführen. Dies könnte allerdings dazu führen, dass sich Männer weniger Zusatzversicherern, weil sie die Frauen quersubventionieren. Weiter gibt es verschiedene Massnahmen, die den Frauen und ihren Familien zu gute kommen und indirekt den Gesundheitszustand beeinflussen (bspw. die Einführung der Mutterschaftsversicherung).

■ Dann wäre auch zu überlegen, ob der SGB nicht ganz direkt ein **Akteur im Gesundheitswesen** werden möchte. Dies könnte über verschiedene Wege erfolgen:

a) Es könnte daran gedacht werden, eine eigene, neue Krankenversicherung zu gründen. Dies geschieht heute immer wieder. Mit einer eigenen Versicherung könnte man auf allen Ebenen versuchen, eine solidarischen Gesundheitspolitik Ausdruck zu geben. Beispielsweise über die Einrichtung von Managed-Care-Organisationen, über die Einrichtung von Zusatzversicherungen, die besonders solidarisch ausgestaltet sind, über Qualitätsförderungsprogramme, welche mit kooperationswilligen Leistungserbringer/innen zusammen entwickelt würden, etc.

b) Es könnte eine eigene HMO gegründet werden, die sich besonders der qualitativ hochwertigen Versorgung verschreibt

c) Es könnte eine Stiftung eingerichtet werden, die sich ganz bewusst der betrieblichen Gesundheitsförderung widmet.

7 Anhang

7.1 Zur Kostenentwicklung

Im Jahr 2000 betragen die Kosten des Gesundheitswesens insgesamt **43.3 Milliarden Franken** (BFS 2003). Die Kosten des Gesundheitswesens umfassen alle Tätigkeiten zur Wiedererlangung, Verbesserung und Bewahrung der Gesundheit. Sie umfassen somit „alle Ausgaben der Institutionen und Personen, die medizinische oder paramedizinische Tätigkeiten ausüben, den Verkauf von Medikamenten und medizinischen Apparaten und die Kosten für den Betrieb des Gesundheitswesens sowie die Prävention. Nicht eingeschlossen sind hingegen die Ausbildungskosten der Gesundheitsberufe, die medizinischen Forschungsarbeiten und die Barleistungen der Versicherer, die nicht direkt der Heilung oder der Gesundheitserhaltung dienen, wie bspw. die Taggelder für Verdienstaussfall“ (BFS 2002, 4).

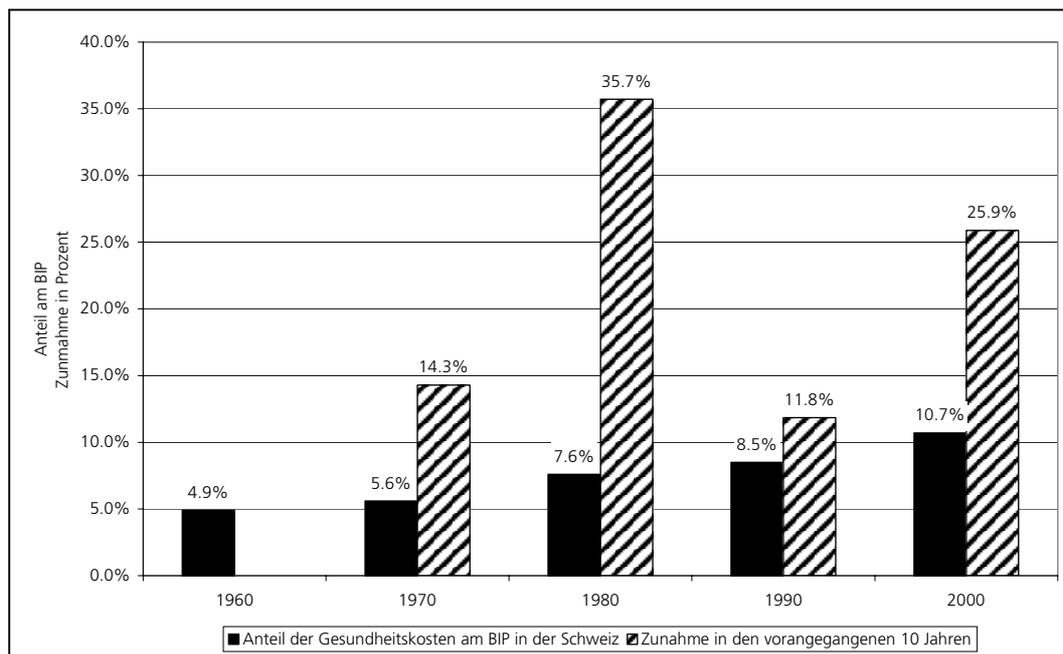
Auf die obligatorische Krankenpflegeversicherung entfielen **20.8 Milliarden Franken** (vgl. Spycher/Leu 2000). Interessant ist, dass der Wert für die OKP nicht aus regelmässig publizierten Statistiken herausgelesen werden kann. Vielmehr muss er von Hand berechnet werden, weil die Beiträge der öffentlichen Hand nicht zusammen mit der Krankenversicherungsstatistik ausgewiesen werden. Die Differenz zwischen den Kosten des Gesundheitswesens insgesamt und denjenigen für die OKP entstehen vor allem durch Leistungen, die in der OKP nicht abgedeckt sind und somit über Zusatzversicherungen oder aus dem eigenen Portemonnaie bezahlt werden müssen. Ebenfalls tragen Zahlungen aus anderen Sozialversicherungen bei (bspw. aus den Ergänzungsleistungen bei Heimaufhalten oder aus der Militärversicherung).

Tabelle 2: Anteil der Kosten des Gesundheitswesens am Bruttoinlandprodukt (1960 bis 2001)

	1960	1970	1980	1990	1995	2000	2001
USA	5.1%	6.9%	8.7%	11.9%	13.3%	13.1%	13.9%
Schweiz	4.9%	5.6%	7.6%	8.5%	10.0%	10.7%	10.9%
Deutschland	4.8%	6.3%	8.8%	8.7%	10.2%	10.6%	10.7%
Frankreich	4.1%	5.7%	7.4%	8.6%	9.6%	9.3%	9.5%
Australien	4.3%	4.6%	7.0%	7.8%	8.2%	8.9%	–
Belgien	3.4%	4.0%	6.4%	7.4%	8.7%	8.7%	–
Niederlande	–	–	7.5%	8.0%	8.4%	8.6%	8.9%
Schweden	4.5%	6.9%	9.1%	8.5%	8.1%	8.4%	8.7%
Dänemark	–	–	9.1%	8.5%	8.2%	8.3%	8.6%
Italien	3.6%	5.1%	7.0%	8.0%	7.4%	8.2%	8.4%
Österreich	4.3%	5.3%	7.6%	7.1%	8.6%	8.0%	–
Norwegen	2.9%	4.4%	7.0%	7.8%	8.0%	7.7%	8.3%
Japan	3.0%	4.5%	6.4%	5.9%	7.0%	7.6%	–
Spanien	1.5%	3.6%	5.4%	6.6%	7.7%	7.5%	7.5%
Grossbrit.	3.9%	4.5%	5.6%	6.0%	7.0%	7.3%	7.6%
Finnland	3.9%	5.6%	6.4%	7.9%	7.5%	6.6%	7.0%

Quelle: BAG (2004, 156)

Abbildung 2: Die Entwicklung des Anteils der Gesundheitskosten am Bruttoinlandprodukt in der Schweiz 1960 bis 2000



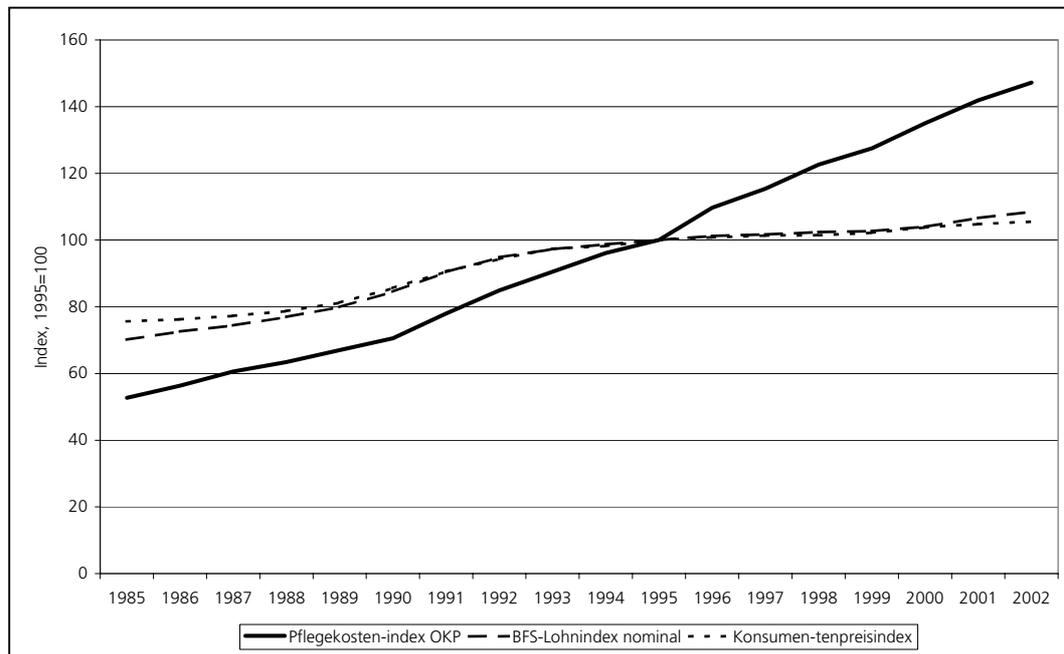
Quelle: BAG (2004, 156)

Tabelle 3: Die Entwicklung der Gesundheitskosten 1998 bis 2001 – nach Finanzierungsträger

Jahr	Staat	Unternehmungen	Private Haushalte	Total
Absolute Kosten				
1985	5'548	1'123	12'295	18'966
1990	7'886	1'518	17'709	27'112
1995	9'640	2'263	24'258	36'161
2000	10'992	2'792	29'581	43'365
2001	12'354	2'948	30'828	46'130
Anteile				
1985	29.3%	5.9%	64.8%	100%
1990	29.1%	5.6%	65.3%	100%
1995	26.7%	6.3%	67.1%	100%
2000	25.3%	6.4%	68.2%	100%
2001	26.8%	6.4%	66.8%	100%

Quelle: BAG (2004, 159)

Abbildung 3: Die Entwicklung der Krankenpflegekosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) im Vergleich zu den Löhnen und Preisen (1995=100)



Quelle: BAG (2004, 170)

Tabelle 4: Die Finanzierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) 1990 bis 2001 – nach Finanzierungsträger (*)

	1990	1992	1994	1996	1998	2000	2001
Privathaushalte							
Prämien der Versicherten	6'622	7'774	8'761	9'315	10'445	10'814	11'325
Eigenbeteiligungen	801	1'108	1'260	1'679	2'097	2'288	2'400
Total Privathaushalte	7'423	8'882	10'021	10'994	12'542	13'189	13'725
Öffentliche Haushalte							
a) Subvention Versicherte							
Subventionierung Versicherte	332	308	308	1'816	2'263	2'533	2'672
b) Subvention Versicherer							
Subventionierung der Versicherer	1'604	1'663	1'556	44	27	0	0
c) Subvention Betrieb von stationären Einrichtungen							
Spitäler	2'549	2'914	2'726	2'932	3'074	3'495	4'127
Psychiatrische Kliniken	530	642	605	565	520	522	643
Kranken- und Pflegeheime	291	378	335	333	211	161	347
d) Subvention Investitionen in stationäre Einrichtungen							
Spitäler	590	721	681	653	717	803	842
Psychiatrische Kliniken	86	79	102	88	80	30	73
Kranken- und Pflegeheime	71	122	152	111	97	92	133
Subvention Öffentliche Haushalte Total	6'053	6'827	6'465	6'542	6'989	7'636	8'837
Totalkosten							
Summe Private und Öffentliche Haushalte	13'476	15'709	16'487	17'537	19'531	20'825	22'562
Anteil Öffentliche Haushalte	44.9%	43.5%	39.2%	37.3%	35.8%	36.7%	39.2%

(*) Die Ergebnisse in Tabelle 3 werden in keiner offiziellen Statistik so ausgewiesen. Die Tabelle stellt eine von Wächter (2004) erarbeitete Zusammenstellung aus verschiedenen Quellen des BFS und des BAG zusammen.

Quelle: Wächter (2004, 35)

7.2 Wirkung der Prämienverbilligung

Die nachfolgenden Angaben beziehen sich auf die Daten der Einkommens- und Verbrauchserhebung des Bundesamtes für Statistik aus dem Jahre 1998. Die Ergebnisse wurden aus den publizierten Daten von Künzi/Schärrer (2004) entnommen bzw. berechnet.

Tabelle 5: Ausgaben, Einnahmen, Nettoeffekt und Nettoeffekt in Prozent des Einkommens für die obligatorische Krankenversicherung 1998 – nach Haushaltstypen und Einkommensquintilen

Ausgaben der Haushalte für die OKP, Franken pro Jahr						
	1. Quintil	2. Quintil	3. Quintil	4. Quintil	5. Quintil	Total
Erwerbstätig Einpersonenhaushalt	2'257	2'586	2'978	3'287	4'478	3'170
Erwerbstätig Alleinerziehend	3'533	3'935	4'809	5'614	7'742	4'257
Erwerbstätig Paar ohne Kinder	4'338	4'927	5'075	5'306	6'704	5'854
Erwerbstätig Paar mit 1 Kind	5'131	5'450	5'804	6'659	8'963	6'412
Erwerbstätig Paar mit 2 Kindern	5'435	5'860	6'143	6'924	9'197	6'371
Erwerbstätig Paar mit 3+ Kindern	5'803	5'779	6'608	7'756	10'659	6'764
Erwerbstätig übrige Haushalte	4'419	5'576	5'961	6'609	8'347	6'736
Erwerbslos	4'354	4'647	5'375	7'375	5'314	4'608
Nichterwerbstätig (vor Rentenalter)	3'286	4'824	5'291	6'276	7'951	4'644
Im Altersruhestand Einpers.-Haushalt	2'720	3'329	3'761	4'103	8'440	3'275
Im Altersruhestand Mehrpers.-Haushalt	4'897	5'438	6'048	6'576	12'241	6'235
Total	3'972	4'771	5'112	5'515	7'359	5'346
Einnahmen der Haushalte aus KV-Prämienverbilligungen, Franken pro Jahr						
	1. Quintil	2. Quintil	3. Quintil	4. Quintil	5. Quintil	Total
Erwerbstätig Einpersonenhaushalt	265	116	33	37	42	78
Erwerbstätig Alleinerziehend	1'007	640	275	498	119	692
Erwerbstätig Paar ohne Kinder	513	69	173	103	69	113
Erwerbstätig Paar mit 1 Kind	384	493	243	231	113	288
Erwerbstätig Paar mit 2 Kindern	728	803	312	115	217	480
Erwerbstätig Paar mit 3+ Kindern	1'331	1'314	626	160	493	896
Erwerbstätig übrige Haushalte	292	518	268	274	69	237
Erwerbslos	801	481	41	0	0	628
Nichterwerbstätig (vor Rentenalter)	571	189	135	125	173	339
Im Altersruhestand Einpers.-Haushalt	243	72	58	55	0	167
Im Altersruhestand Mehrpers.-Haushalt	445	202	63	48	58	222
Durchschnitt	525	445	197	125	90	276
Nettoeffekt aus Ausgaben und Einnahmen, Franken pro Jahr						
	1. Quintil	2. Quintil	3. Quintil	4. Quintil	5. Quintil	Total
Erwerbstätig Einpersonenhaushalt	1'992	2'470	2'945	3'250	4'436	3'092
Erwerbstätig Alleinerziehend	2'526	3'295	4'534	5'116	7'623	3'565
Erwerbstätig Paar ohne Kinder	3'825	4'858	4'902	5'203	6'635	5'741
Erwerbstätig Paar mit 1 Kind	4'747	4'957	5'561	6'428	8'850	6'124
Erwerbstätig Paar mit 2 Kindern	4'707	5'057	5'831	6'809	8'980	5'891
Erwerbstätig Paar mit 3+ Kindern	4'472	4'465	5'982	7'596	10'166	5'868
Erwerbstätig übrige Haushalte	4'127	5'058	5'693	6'335	8'278	6'499
Erwerbslos	3'553	4'166	5'334	7'375	5'314	3'980
Nichterwerbstätig (vor Rentenalter)	2'715	4'635	5'156	6'151	7'778	4'305
Im Altersruhestand Einpers.-Haushalt	2'477	3'257	3'703	4'048	8'440	3'108
Im Altersruhestand Mehrpers.-Haushalt	4'452	5'236	5'985	6'528	12'183	6'013
Total	3'447	4'326	4'915	5'390	7'269	5'070
Nettoeffekt in Prozent des Einkommens						
	1. Quintil	2. Quintil	3. Quintil	4. Quintil	5. Quintil	Total
Erwerbstätig Einpersonenhaushalt	6.3%	4.8%	4.4%	3.7%	3.4%	4.0%
Erwerbstätig Alleinerziehend	4.9%	4.5%	4.6%	4.1%	3.7%	4.5%
Erwerbstätig Paar ohne Kinder	9.1%	7.1%	5.5%	4.5%	3.6%	4.2%
Erwerbstätig Paar mit 1 Kind	8.3%	6.0%	5.0%	4.5%	3.8%	4.8%
Erwerbstätig Paar mit 2 Kindern	7.3%	5.4%	4.8%	4.3%	3.7%	4.8%
Erwerbstätig Paar mit 3+ Kindern	6.9%	4.5%	4.5%	4.5%	3.9%	4.7%
Erwerbstätig übrige Haushalte	8.1%	6.3%	5.4%	4.6%	3.9%	4.6%
Erwerbslos	12.9%	8.2%	8.2%	8.6%	4.1%	9.4%
Nichterwerbstätig (vor Rentenalter)	6.1%	6.5%	5.4%	5.1%	4.1%	5.4%
Im Altersruhestand Einpers.-Haushalt	8.3%	6.6%	5.5%	4.8%	5.4%	6.7%
Im Altersruhestand Mehrpers.-Haushalt	10.2%	7.8%	6.8%	5.7%	5.3%	6.9%
Total	8.1%	5.9%	5.1%	4.5%	3.8%	4.8%

Quelle: Künzi/Schärrer (2004); eigene Berechnungen

7.3 Die WHO-Ziele

Tabelle 6: Die Ziele der WHO-Strategie «Gesundheit21» für die Europäische Region

Ziel-Nr.	Zielformulierung
1	Bis zum Jahr 2020 sollte das derzeitige Gefälle im Gesundheitszustand zwischen der Europäischen Region um mindestens ein Drittel verringert werden.
2	Bis zum Jahr 2020 sollte das Gesundheitsgefälle zwischen sozioökonomischen Gruppen innerhalb der Länder durch eine wesentliche Verbesserung der Gesundheit von benachteiligten Gruppen in allen Mitgliedstaaten um mindestens ein Viertel verringert werden.
3	Bis zum Jahr 2020 sollten sich alle Neugeborenen, Säuglinge und Kinder im Vorschulalter in der Region einer besseren Gesundheit erfreuen, damit sie gesund ihr Leben beginnen können.
4	Bis zum Jahr 2020 sollten sich junge Menschen in der Region einer besseren Gesundheit erfreuen und besser in der Lage sein, ihre Rolle in der Gesellschaft zu übernehmen.
5	Bis zum Jahr 2020 sollte Menschen im Alter von über 65 Jahren die Möglichkeit geboten werden, ihr Gesundheitspotenzial voll auszuschöpfen und eine aktive Rolle in der Gesellschaft zu spielen.
6	Bis zum Jahr 2020 sollte sich die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern und für Personen mit psychischen Problemen sollten bessere umfassende Dienste verfügbar und zugänglich sein.
7	Bis zum Jahr 2020 sollten die gesundheitlichen Beeinträchtigungen aufgrund von übertragbaren Krankheiten durch systematisch angewendete Programme zur Ausrottung oder Bekämpfung bestimmter Infektionskrankheiten, die für die öffentliche Gesundheit Bedeutung haben, erheblich verringert werden.
8	Bis zum Jahr 2020 sollten in der gesamten Region Morbidität, Behinderungen und vorzeitige Todesfälle infolge der wichtigsten chronischen Krankheiten auf den tiefstmöglichen Stand zurückgehen.
9	Bis zum Jahr 2020 sollte es einen signifikanten und nachhaltigen Rückgang der Verletzungen, Behinderungen und Todesfälle infolge von Unfällen und Gewalt in der Region geben.
10	Bis zum Jahr 2015 sollte die Bevölkerung der Region in einer mehr Sicherheit bietenden natürlichen Umwelt leben, in der die Exposition gegenüber gesundheitsgefährdenden Schadstoffen die international vereinbarten Standards nicht übersteigt.
11	Bis zum Jahr 2015 sollten sich die Menschen in allen Gesellschaftsschichten für gesündere Lebensgewohnheiten entschieden haben.
12	Bis zum Jahr 2015 sollten in allen Mitgliedstaaten die auf den Konsum von suchterzeugenden Substanzen wie Tabak, Alkohol und psychotropen Substanzen zurückzuführenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen signifikant reduziert werden.
13	Bis zum Jahr 2015 sollten die Menschen in der Region bessere Möglichkeiten haben, zu Hause, in der Schule, am Arbeitsplatz und in ihrer Gemeinde in einem gesunden, natürlichen und sozialen Umfeld zu leben.
14	Bis zum Jahr 2020 sollten alle Sektoren ihre Verantwortung für gesundheitliche Belange anerkennen und akzeptieren.
15	Bis zum Jahr 2010 sollten die Menschen in der Region einen wesentlich besseren Zugang zu einer familienorientierten und gemeindenahen primären Gesundheitsversorgung haben, unterstützt durch ein flexibles und reaktionsschnelles Krankenhaussystem.
16	Bis zum Jahr 2010 sollten die Mitgliedstaaten dafür sorgen, dass sich das Management in allen Bereichen des Gesundheitswesens – angefangen bei bevölkerungsorientierten Gesundheitsprogrammen bis hin zur klinischen Versorgung einzelner Patienten – an den Ergebnissen gesundheitlicher Massnahmen orientiert.
17	Bis zum Jahr 2010 sollten alle Mitgliedstaaten auf der Grundlage des chancengleichen Zugangs, der Wirtschaftlichkeit, der Solidarität und der optimalen Qualität belastbare Finanzierungs- und Ressourcenzuweisungsverfahren für Gesundheitsversorgungssystem entwickeln.
18	Bis zum Jahr 2010 sollten alle Mitgliedstaaten dafür Sorge tragen, dass sich Fachkräfte im Gesundheitswesen und in anderen Sektoren die zum Schutz und zur Förderung der Gesundheit erforderlichen Kenntnisse, Einstellungen und Kompetenzen aneignen.
19	Bis zum Jahr 2005 sollten in allen Mitgliedstaaten Gesundheitsforschungs-, Informations- und Kommunikationssysteme zur Verfügung stehen, die den Erwerb sowie die effektive Nutzung und Verarbeitung von Wissen zur Unterstützung der «Gesundheit für alle» fördern.
20	Bis zum Jahr 2005 sollten zur Umsetzung der «Gesundheit für alle»-Konzepte Allianzen und Partnerschaften gebildet werden, die Einzelne und Gruppen sowie Organisationen aus allen Bereichen des öffentlichen und des privaten Sektors und nicht zuletzt die zivile Gesellschaft insgesamt in die Verfolgung gesundheitlicher Belange mit einbinden.
21	Bis zum Jahr 2010 sollten in allen Mitgliedstaaten – unterstützt durch geeignete institutionelle Infrastrukturen, Managementprozesse und innovative Ideen – auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene «Gesundheit für alle»-Konzepte formuliert und umgesetzt werden.

Quelle: WHO (1999, 219ff.)

8 Literaturverzeichnis

- Abel Thomas (2002): Die Medizin im Zentrum gesellschaftlicher Prozesse, in: Stauffacher W. und J. Büchner (Hrsg.) (2002): Zukunft Medizin Schweiz. Das Projekt «Neuorientierung der Medizin» geht weiter. EMH, Basel.
- BAG Bundesamt für Gesundheit (2004): Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2002.
- Balthasar Andreas, Oliver Bieri und Cornelia Furrer (2001): Evaluation des Vollzugs der Prämienverbilligung. Eine Untersuchung in den Kantonen Genf, Neuenburg, Basel-Stadt, Zürich, Luzern und Appenzell Ausserrhoden. Beiträge zur sozialen Sicherheit, 5/01.
- Baur Rita (2002): Die Schweiz im internationalen Kontext. Anhang II, in: EDI Eidg. Departement des Innern (2002): Soziale Krankenversicherung. Analyse. Bundesratsklausur vom 22. Mai 2002.
- Beck Konstantin (1997): Kann der Risikoausgleich unterlaufen werden? Analyse der schweizerischen Ausgleichsformel, *Recht und Politik im Gesundheitswesen*, 3:1/2, 49-70.
- Beck Konstantin und Bernhard Keller (1997): Verhindert der Risikoausgleich das Kosten sparen? Analyse der heute gültigen Verordnung zum Risikoausgleich zwischen den Krankenkassen. Arbeitspapier der CSS.
- Berchtold Peter und Elisabeth Michel-Alder (2003): X-und. Modell eines zukunftsfähigen Gesundheitssystems, in: Berchtold Peter und Elisabeth Michel-Alder (2003): Die Umarmung des Hippokrates. Systemintegration im Gesundheitswesen. EMH-Verlag, Basel, 249-274.
- Beule Wolfgang, Max Müller und Benjamin Spicher (2004): Patientenzufriedenheit: Die Helsana Studie. Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik, Band Nr. 77, Bern.
- BFS Bundesamt für Statistik (2002): Finanzströme im schweizerischen Gesundheitswesen. StatSanté, Resultate zu den Gesundheitsstatistiken in der Schweiz, 2/2002.
- BFS Bundesamt für Statistik (2003): Kosten des Gesundheitswesens von 1960 bis 2000: Der Kostenanstieg ist ein gesellschaftliches Phänomen, Pressemitteilung, 22.7.03, No. 0350-0306-60.
- Biedermann Daniel, Jost Gross und Gerhard Kocher (Hrsg.) (1999): Krankenversicherung und Gesundheitswesen - wie weiter? 29 Entscheidungsträger beantworten zehn Grundsatzfragen. Bern: Hans Huber.
- Bisig Brigitte und Felix Gutzwiler (Hrsg.) (2004a): Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung. Band 1: Gesamtübersicht. Die Bedeutung von Sozialschicht, Wohnregion, Nationalität, Geschlecht und Versicherungsstatus.
- Bisig Brigitte und Felix Gutzwiler (Hrsg.) (2004b): Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung. Band 2: Detailresultate. Die Bedeutung von Sozialschicht, Wohnregion, Nationalität, Geschlecht und Versicherungsstatus.
- Blanc Jasmin (2001): Finanzierung der geriatrisch rehabilitativen Pflege. Schriftenreihe der SGGP, Band Nr. 64.
- Braun Günther E. (2004): Wie entstehen vernetzte Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen? Hinweise zum Gründungsmanagement aus betriebswirtschaftlicher Sicht, *Managed Care*, 2, 30-32.
- Breyer Friedrich (2004): Dir Rationierung im Gesundheitswesen ist unausweichlich. Positivliste, gekoppelt mit freiwilligen Zusatzversicherungen, als gangbarer Weg, *Neue Zürcher Zeitung*, 31.1.2004, 29.
- Breyer Friedrich und Peter Zweifel (1999): Gesundheitsökonomie. 3. Auflage. Heidelberg: Springer
- BSV Bundesamt für Sozialversicherung (2001): Wirkungsanalyse Krankenversicherungsgesetz. Synthesebericht. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, EDMZ, Bern.
- BSV Bundesamt für Sozialversicherung (2003): Pflegefinanzierung und Pflegebedarf: Schätzung der zukünftigen Entwicklung. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, 22/03, EDMZ, Bern.
- Bundesrat (1991): Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991.
- Bundesrat (2000): Botschaft betreffen die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. September 2000, Bundesblatt, 741-823.
- Bundesrat (2004a): Botschaft betreffend die Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Strategie und dringliche Punkte), 26. Mai 2004.
- Bundesrat (2004b): Botschaft betreffend die Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Vertragsfreiheit), 26. Mai 2004.
- Bundesrat (2004c): Botschaft betreffend die Teilrevision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Prämienverbilligung) und den Bundesbeschluss über die Bundesbeiträge in der Krankenversicherung, 26. Mai 2004.
- Bundesrat (2004d): Botschaft betreffend die Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Kostenbeteiligung), 26. Mai 2004.
- Bundesrat (2004e): Erläuternder Bericht für die Vernehmlassung zur Teilrevision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Teil Spitalfinanzierung), 12. Mai 2004.
- Bundesrat (2004f): Erläuternder Bericht für die Vernehmlassung zur Teilrevision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Teil Managed Care), 12. Mai 2004.
- Bundesrat (2004g): Erläuternder Bericht für die Vernehmlassung zur Teilrevision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung und zur Teilrevision des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung sowie zur Teilrevision des Bundesgesetzes vom 19. März 1965 über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (Neuordnung der Pflegefinanzierung), 23. Juni 2004.
- Camenzind Paul und Claudia Meyer (2004): Gesundheitskosten und Geschlecht. Eine genderbezogene Datenanalyse für die Schweiz. Hans Huber Verlag, Bern.
- Caritas (2003): Sozialalmanach 2003: Gesundheit – Eine soziale Frage. Caritas Verlag, Luzern.
- Cassel Dieter und Thomas Wilke (2000): Das Saysche Gesetz im Gesundheitswesen: Schafft sich das ärztliche Leistungsangebot seine eigene Nachfrage? Eine Analyse zur angebotsinduzierten Nachfrage in der ambulanten ärztlichen Versorgung anhand deutscher Paneldaten. Diskussionsbeitrag des Fachbereichs 5 der Wirtschaftswissenschaften der Gerhard-Mercator-Universität Duisburg, Nr. 277.
- Crivelli Luca, Massimo Filippini, Ilaria Mosca (2003): Federalismo e spesa sanitaria regionale: analisi empirica per i Cantoni svizzeri. Università della Svizzera Italiana, Quderno 03-04.

- Domenighetti Gianfranco et Emanuela Pipitone (2002): Induction de l'offre de prestations medicales par la demande, *PrimaryCare*, 241-245.
- Domenighetti Gianfranco und Luca Crivelli (2001): Sécurité de l'approvisionnement en médecine de ville dans le cadre de la suppression de l'obligation de contracter. Università della Svizzera Italiana et Université de Lausanne.
- Domenighetti Gianfranco und Jacqueline Quaglia (2001): Internationale Vergleiche, in: Kocher Gerhard und Willy Oggier (2001): Gesundheitswesen Schweiz 2001/2002. Ein aktueller Überblick. Verlag Konkordat der Schweizerischen Krankenkassenversicherer, 66-76.
- EDI Eidg. Departement des Innern (1994): Dokumentation zum neuen Krankenversicherungsgesetz. 5. September 1994. EDI-Arbeitsgruppe Neues Krankenversicherungsgesetz (ANK).
- EDI Eidg. Departement des Innern (2002): Soziale Krankenversicherung. Analyse. Bundesratsklausur vom 22. Mai 2002.
- Eisenring Christoph (2004): Per «Gesundheitssparen» zu mehr Effizienz. Wohin die Spitalsubventionen umgelenkt werden könnten, *Neue Zürcher Zeitung*, 19.2.04, 29.
- Eisenring Claudia und Kurt Hess (2004): Wirtschaftlichkeit und Qualität der Arztpraxis. Systeme – Modelle – Methoden. 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.
- European Observatory on Health Care Systems (2000): Switzerland. *Health Care Systems in Transition*. Kopenhagen (www.euro.who.int/document/e68670.pdf).
- Felder Stefan (2001): Der Risikoausgleich als Fluch der guten Tat. Risikogerechte Krankenkassenprämien und Subjektförderung als Ausweg, *Neue Zürcher Zeitung*, 27. Oktober 2001, 29.
- Hans-Böckler-Stiftung (2002): Betriebliche Gesundheitspolitik. Forschungsinitiativen zum Wandel im Gesundheitswesen. Düsseldorf.
- Horisberger Bruno und Oliver Schmid (2004): Ärztstopp als Kostenbremse – Warum es Zeit ist umzudenken, *Schweizerische Ärztezeitung*, 17/85, 887-894.
- Ita Mark und Philipp Lehmann (2002): Die nationale Gesundheitspolitik Schweiz. Papier erhältlich unter: www.nationalesgesundheit.ch.
- Kägi Wolfram, Bruno Koller, Martin Schläfli und Elke Staehlin-Witt (2003): Veränderungen im Bereich der Prämien genehmigung aufgrund des KVG. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, 23/03, EDMZ, Bern.
- KSK Konkordat der Schweizerischen Krankenkassenversicherer (1998): Zahlen&Fakten im Gesundheitswesen. Leistungen.
- Künzi Kilian und Marianne Schär Moser (2004): Unterbezahlt und überlastet? Eine empirische Studie zur Arbeitssituation in der Pflege. Paul Haupt Verlag, Bern.
- Künzi Kilian und Markus Schär (2004): Wer zahlt für die Soziale Sicherheit und wer profitiert davon? Eine Analyse der Sozialtransfers in der Schweiz. Rüegger Verlag, Zürich.
- Künzler Gabriela und Carlo Knöpfel (2002): Arme sterben früher. Soziale Schicht, Mortalität und Rentenalterpolitik in der Schweiz. Cartias-Verlag, Luzern, Diskussionspapier Nr. 11.
- Lehmann Hansjörg (2003): Managed Care. Kosten senken mit alternativen Krankenversicherungsformen? Eine Analyse anhand Schweizer Krankenversicherungsdaten. Zürich: Rüegger.
- Leu Robert E. (1993): Gesundheitsreform am Scheideweg. Zukunftsperspektiven des schweizerischen Gesundheitswesens, *Volkswirtschaft*, 5/93, 19-26.
- Leu Robert E. (2004): Monistische Spitalfinanzierung. Bericht der Arbeitsgruppe zuhanden des Bundesamtes für Sozialversicherung im Rahmen der 3. Teilrevision des KVG. Der Bericht ist beim Bundesamt für Gesundheit erhältlich.
- Leu Robert E. und Stephan Hill (2002): Sechs Jahre KVG - Gesundheitspolitik am Scheideweg. Ein Diskussionspapier. Basel, Interpharma.
- Leu Robert E., Christoph Eisenring, Sandra Nocera und Martin Schellhorn (1999): Spitalfinanzierung im Umbruch – Probleme und Lösungsmöglichkeiten. Interpharma, Basel.
- Leu Robert E., Stefan Buri und Tom Priester (1997): Lebensqualität und Armut in der Schweiz. Haupt Verlag, Bern.
- Mathis Georg und Ruth Herren (1998): Hausarzt-Netzwerke in der Schweiz: Erste breitflächige Auswertungen, *Managed Care*, 1/1998, 8ff.
- Moser Markus (2003): 3. KVG-Revision. Schlussbericht zum Teilprojekt Managed Care. 2. Mai 2003. Der Bericht ist beim Bundesamt für Gesundheit erhältlich.
- Müller André, Michael Marti und Renger van Nieuwkoop (2002): Globalisierung und die Ursachen der Umverteilung in der Schweiz. Analyse der strukturellen und sozialen Umverteilungen in den 90er Jahren mit einem Mehrländer-Gleichgewichtsmodell. Studie im Auftrag des seco, Nr. 12.
- Newhouse Joseph P. (1993): *Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experience*. Cambridge MA: Harvard University Press.
- NZZ *Neue Zürcher Zeitung* (2004): Mehr Eigenverantwortung. Bemerkungen zu einer oft gestellten Forderung. 13.04.2004, 9.
- Oggier Willy (1999): Wettbewerb unter den Grundversicherern versus Einheitskasse - eine volkswirtschaftliche Analyse unter besonderer Berücksichtigung der Gesundheitsökonomie. Im Auftrag des Konkordats Schweizerischer Krankenkassenversicherer.
- Oggier Willy (2001): Vorteile einer Einheitskasse. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherung.
- Pflaum Monica (2001): The Australian medical workforce. Department of Health and Aged Care, Occasional papers new series no. 12 (<http://www.health.gov.au/pubs/hfsocc/occpdf.htm>).
- Preuss Klaus-Jürgen, Jutta Rübiger und Jürg H. Sommer (Hrsg.) (2002): *Managed Care: Evaluation und Performance-Messung integrierter Versorgungsmodelle. Stand der Entwicklung in der EU, der Schweiz und den USA*. Schattauer, Stuttgart.
- Rosenbrock Rolf und Thomas Gerlinger (2004): *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung*. Verlag Hans Huber.
- Rüefli Christian und Adrian Vatter (2001): Wirkungsanalyse KVG: Kostendifferenzen im Gesundheitswesen zwischen den Kantonen. Statistische Analyse kantonaler Indikatoren. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, 14/01, EDMZ, Bern.

- santésuisse (2003): Medical Saving Accounts: Überkonsum von Gesundheitsgütern führt zu höheren Krankenkassenprämien, info-santésuisse, 10/03, 18-19.
- Schaffhauser René und Ueli Kieser (2001): Wirtschaftlichkeitskontrolle in der Krankenversicherung. Referate der Tagung vom 9. November 2000 in Luzern. St. Gallen.
- Schellhorn Martin (2002): Auswirkungen wählbarer Selbstbehalte in der Krankenversicherung: Lehren aus der Schweiz? Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung 71, 4, 411-426.
- Schmid Heinz (1997): Prämien genehmigung in der Krankenversicherung. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, 3/97, EDMZ, Bern.
- Schmitthenner Horst und Hans-Jürgen Urban (2002): Für mehr Qualität und Solidarität im Gesundheitssystem. Positionen der IG Metall zur Gesundheitsreform, in: Deppe Hans-Ulrich und Wolfram Bukhardt (Hrsg.) (2002): Solidarische Gesundheitspolitik. Alternativen zu Privatisierung und Zwei-Klassen-Medizin. VSA-Verlag, Hamburg, 188-199.
- SGPG Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen (2002): WHO-Gesundheit 21, Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert in der Schweiz. Sondernummer der Zeitschrift Sozial- und Präventivmedizin, 2002.
- Sommer Jürg H. (1999): Gesundheitssysteme zwischen Plan und Markt. Lenzhalde: F.K. Schattauer.
- Sommer Jürg H. (1999a): Anreize und Rationierung im Gesundheitswesen. Gutachten zuhanden des Staatssekretariats für Wirtschaft, in: Kommission für Konjunkturfragen (1999): Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen. 377. Mitteilung. Beilage zur Volkswirtschaft.
- Sommer Jürg H. (2001): Muddling Through Elegantly: Rationierung im Gesundheitswesen. Basel: EMH Schweizerischer Ärzterverlag.
- Spycher Stefan (2002): Risikoausgleich in der Krankenversicherung – Notwendigkeit, Ausgestaltung und Wirkungen. Paul Haupt Verlag, Bern.
- Spycher Stefan (2003): Kopfprämien oder einkommensabhängige Prämien? Grundsätzliche Überlegungen aus schweizerischer Sicht, Die BKK, Zeitschrift der Betrieblichen Krankenversicherung, Juni 2003, 91. Jahrgang, 39-46.
- Spycher Stefan (2003a): Risikoausgleich und Poollösungen („Grossrisikopool“) in der obligatorischen Krankenversicherung. Im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherung, Bern. Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 19/2003, EDMZ, Bern.
- Spycher Stefan (2004a): Bürgerversicherung und Kopfpauschalen in der Krankenversicherung der Schweiz: Vorbild oder abschreckendes Beispiel? Nützliche Erfahrungen der Schweiz für die Diskussionen in Deutschland, *Gesundheit-und-Gesellschaft-Wissenschaft GGW*, 1-2004, 19-27.
- Spycher Stefan (2004b): Prognose und Planung in der ambulanten Gesundheitsversorgung. Literaturstudie und Expertengespräche zur Prognose und Planung des medizinischen Personals in der Schweiz. Arbeitsdokument 5/04. Herausgegeben vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium, Neuenburg. Erscheint im Juli 2004.
- Spycher Stefan (2004c): Risikoausgleich im KVG – Wie weiter?, *Soziale Sicherheit*, 3/2004, 109-112.
- Spycher Stefan (2004d): Die Reform des Risikoausgleichs als Vorbedingung für die Aufhebung des Kontrahierungszwangs? *Schweizerische Ärztezeitung*, 2004;85: Nr. 31.
- Spycher Stefan und Robert E. Leu (2000): Finanzierungsalternativen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherung, Bern. Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 11/2000, EDMZ, Bern.
- Spycher Stefan, Kilian Künzi und Jürg Baillod (1999): Arbeitszeiten der Assistenz- und Oberärzt/innen im Kanton Bern, *VSAO Journal*, vol. 18 (1), 4 – 8.
- Studer Hans-Peter (1996): Gesundheit in der Krise. Fakten und Visionen. *Academia Alpina Medicinae Integrals*.
- Van de Ven Wynand P.M.M., Konstantin Beck, Florian Buchner, Dov Chernichovsky, Lucien Gardiol, Alberto Holly, Leida M. Lamers, Erik Schokkaert, Amir Shmueli, Stefan Spycher, Carine Van de Voorde, René C.J.A. van Vliet, Jürgen Wasem and Irith Zmora (2003): Risk adjustment and risk selection on the sickness fund insurance market in five European countries, *Health Policy*, Vol. 65(1), 75-98.
- Van de Ven Wynand P.M.M. and Randall P. Ellis (2000): Risk adjustment in competitive health plan markets, in: Newhouse Joseph P. and A. J. Culyer (2000): *Handbook of Health Economics*, Chapter 14, Elsevier, Netherlands, 757-845.
- Wächter Matthias (2004): Der Reformprozess des Schweizerischen Gesundheitswesens aus sozialpolitischer Sicht. Von der Polemik zum lösungsorientierten Ansatz. Positionspapier der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Sozialpolitik.
- Werblow Andreas und Stefan Felder (2003): Der Einfluss von freiwilligen Selbsthalten in der gesetzlichen Krankenversicherung: Evidenz aus der Schweiz. Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie ISMHE, Universität Magdeburg.
- WHO Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa (1999): Gesundheit 21. Das Rahmenkonzept «Gesundheit für alle» für die Europäische Region der WHO. Europäische Schriftenreihe «Gesundheits für alle», Nr. 6 (www.who.dk/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911_38).
- Widmer Dieter und Felix Wolffers (1997): Das neue Krankenversicherungsgesetz (KVG). Eine Einführung. Edition Soziothek.
- Wolter Stefan C. (2001): Bildungsfinanzierung. Verlag Rüegger, Chur/Zürich.
- Wyss Kurt und Caroline Knupfer (2003): Existenzsicherung im Föderalismus der Schweiz. Schlussbericht zuhanden der Schweizerischen Konferenz für Öffentliche Sozialhilfe (SKOS).
- Zweifel Peter und Michael Breuer (2001): Risikoausgleich und Finanzierung der Krankenversicherung: Feststellungen und Perspektiven. Bericht zu Handen der Cosama, Vereinigung schweizerischer Kranken- und Unfallversicherer.
- Zweifel Peter und Stefan Felder (Hrsg.) (1996): Eine ökonomische Analyse des Alterungsprozesses. Paul Haupt Verlag.
- Zweifel Peter, Dario Bonato und Christoph Zaborowski (1996): Soziale Sicherheit von morgen. Ein Vorschlag für die Schweiz. Haupt Verlag, Bern.
- Zweifel Peter, Stefan Felder, Dominique Landolt, Sandra Nocera und Wolfram Stüwe (1994): Pflegebedürftigkeit im Alter. Risiken, Kosten, Lösungsvorschläge.
- Zweimüller Josef (1999): Einkommensverteilung und Wachstum, in: Kommission für Konjunkturfragen (1999): Liberales wirtschaftspolitisches Konzept. Materialienband.