

Licht in die Blackbox

Die staatliche Regulierung des Gesundheitswesens ist ineffizient. Ein Knackpunkt ist der Vertragszwang. Ein anderer die kantonale Finanzierung der Spitäler *Stefan Felder*

Abstract Das hohe Wachstum der Gesundheitsausgaben ist insofern problematisch, als es mit einem immer höheren Anteil staatlicher Finanzierung und Regulierung des Gesundheitswesens einhergeht. Die im Rahmen des «Kostendämpfungspakets 1» durch den Bundesrat im Herbst 2019 an das Parlament überwiesenen Massnahmen sind insgesamt positiv zu bewerten. Ihr Erfolg steht und fällt aber mit der Abschaffung des ärztlichen Vertragszwangs für die Versicherer, die der Bundesrat aber leider nicht angehen will. Der gordische Knoten bei der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen kann vielleicht zerschlagen werden, wenn der Bund die Kantone bei der Finanzierung der Spitäler ablöst.

Die Gesundheitsausgaben in der Schweiz haben sich seit Mitte der Neunzigerjahre mehr als verdoppelt: Bei der Einführung der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) im Jahr 1996 lagen die Kosten bei insgesamt knapp 38 Milliarden Franken – im Jahr 2018 waren es 82 Milliarden Franken. Die jährlichen Pro-Kopf-Ausgaben stiegen von 5400 Franken auf 9600 Franken. Im gleichen Zeitraum erhöhte sich der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP von 9 auf 12 Prozent. Dies ist nach den Vereinigten Staaten der höchste Wert der Industrieländer.

Trotz dieses gewaltigen Anstiegs ist aus gesundheitsökonomischer Sicht nicht das Kostenwachstum an sich störend. Denn in der Bevölkerung besteht eine hohe und über die Zeit zunehmende Zahlungsbereitschaft für Gesundheit. Problematisch ist vielmehr, dass der Gesundheitsbereich verstärkt zu einer staatlichen Angelegenheit wird. So nahm der öffentliche Anteil der Finanzierung über Krankenkassen sowie andere Sozialversicherungen und Steuern seit 1995 von 53 Prozent auf 63 Prozent im Jahr 2017 zu. Dagegen sank der Anteil der privaten Versicherung in dieser Periode von 10 Prozent auf weniger als 7 Prozent. Auch der Anteil von Selbst- und anderen privaten Zahlungen reduzierte sich von 36 auf 30 Prozent. Diese Entwicklung ist aus mindestens drei Gründen problematisch.

Erstens gibt es Versicherte, für die die staatlich verordnete Deckung in der Krankenversicherung zu grosszügig im Vergleich zu dem ist, was sie privat kaufen würden. Zweitens fallen die Opportunitätskosten des staatlichen Angebots ins Gewicht. So fehlt das für die Gesundheit ausgegebene Geld der öffentlichen Hand in der Bildung, in der Infrastruktur, im Umweltschutz oder bei der Verteidigung. Drittens verursachen die öffentlichen Gesundheitsausgaben Wohlfahrtsverluste, weil die dafür erhobenen Steuern die Entscheidungen auf dem Arbeits-, dem Kapital und dem Gütermarkt verzerren. Staatliches Handeln in einem freiheitlich organisierten Wirtschaftssystem bedarf immer einer Rechtfertigung. Im Gesundheitsbereich bleibt der Staat diese oftmals schuldig.

Positives Signal aus Bern

Insgesamt positiv einzuschätzen sind die Vorschläge zur Kostendämpfung, die der Bundesrat im Herbst 2019 als «Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1» an die eidgenössischen Räte überwies. Er übernahm dabei teilweise Vorschläge einer internationalen Expertengruppe, welche das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) beauftragt hatte. Im ambulanten Bereich die Einzelleistungsvergütung zurückzufahren und sie teilweise durch Pauschalen zu ersetzen, ist ebenso sinnvoll, wie eine nationale Tariforganisation zu etablieren und die Tarifstruktur aktuell zu halten. Allerdings sollten ambulante Leistungserbringer und Versicherer immer eine Austrittsoption haben und sich auf selektive Verträge verständigen dürfen. Dieser Aspekt fehlt im Paket.

Ebenfalls sollte für die Versicherer der Zwang aufgehoben werden, mit allen Ärzten Verträge schliessen zu müssen – die Expertengruppe hatte immerhin noch dessen Lockerung vorgeschlagen. Stattdessen will der Bundesrat



KEYSTONE

die Kosten über landesweite Verträge zwischen den Vertragspartnern steuern. Damit zäumt er allerdings das Pferd von hinten auf und droht gleichzeitig damit, bei fehlenden Ergebnissen regulatorisch einzugreifen.

Weiter ist die vorgeschlagene Einführung eines Referenzpreissystems bei patentabgelaufenen Arzneimitteln eine überfällige Massnahme. In der Schweiz bewegen sich die Preise dieser Arzneimittel just entlang der gesetzlich verlangten, nach Umsatzvolumen differenzierten Abschläge; ein klarer Hinweis darauf, dass der Preiswettbewerb im Generikabereich nicht funktioniert.

Nur Höchstfranchise wirkt

Besondere Aufmerksamkeit bekam der neue Experimentierartikel, der es Kantonen und Tarifpartnern erlauben soll, innovative und kostendämpfende Projekte auszuprobieren. Die Schweiz findet im Ausland dafür Beachtung, dass sie in der gesetzlichen Grundversicherung

Zu Beginn der Corona-Pandemie fehlte es an Informationen über die Zahl der Intensivbetten in der Schweiz. Spital im waadtländischen Rennaz.

eine proportionale Kostenbeteiligung von 10 Prozent mit absoluten Selbstbehalten (sogenannten Franchisen) kombiniert – das ist zwar erfreulich, aber wir wissen aus der Forschung, dass Franchisen kaum wirksam sind. Denn viele Versicherte rechnen damit, bis Ende des Jahres sowieso die maximale Kostenbeteiligung zahlen zu müssen, und schränken daher ihre Nachfrage nicht ein. Zudem kommt es gegen Ende Jahr zum Vorziehen der Leistungsanspruchnahme, wenn die maximale Kostenbeteiligung überschritten ist. Dadurch entstehen nebst höheren Kosten auch unnötige Kapazitätsengpässe bei den Leistungserbringern.

Eine Ausnahme bildet die höchste Franchise von 2500 Franken, bei der die Versicherten mit maximal 3200 Franken im Risiko stehen. Sie senkt die Ausgaben um rund ein Viertel.¹ Bei den niedrigeren Franchisen dagegen ist keine Verhaltensänderung der Versicherten zu beobachten. Abhilfe könnte ein individuelles Gesundheitskonto schaffen: Bei dieser innovativen Vertragsform tragen die Versicherten das

¹ Vgl. Trottman et al. (2012).

Risiko selbst, indem sie es über die Zeit verteilen und dabei mit einem Anfangskredit ihres Versicherers unterstützt werden. Dabei werden alle beanspruchten Leistungen über dieses Konto abgerechnet – mit Ausnahme von hohen Kosten, die rückversichert werden.² So kann das oben beschriebene kostentreibende Verhalten der Versicherten deutlich reduziert werden. Das Gesundheitskonto gibt zudem stärkere Anreize zur Prävention und schneidet verteilungspolitisch besser ab als eine deutliche Anhebung der Mindestfranchise.

Finanzierung aus einer Hand

Erfreulich ist, dass Bundesrat und Nationalrat eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (Efas) anstreben. Bisher zahlen die Versicherer im stationären Bereich nur maximal 45 Prozent der Vergütung, während sie im ambulanten Bereich der medizinischen Versorgung den vollen Betrag übernehmen. Dies hat dazu beigetragen, dass viele Behandlungen weiterhin stationär erfolgen, obwohl sie ambulant günstiger erbracht werden könnten. Efas würde den relativen Preis zwischen diesen Leistungskategorien richtigstellen, und die Versicherer bekämen einen Anreiz, stärker in Selektivverträge mit niedergelassenen Ärzten zu investieren, um teure Überweisungen zu verringern. Die Kantone blockieren das Vorhaben momentan im Ständerat. Sie verlangen die Ausweitung von Efas auf die Langzeitpflege, wo die Versicherer ebenfalls nur 45 Prozent der Kosten tragen. Das wäre in der Tat konsequent.

Gleichzeitig sollte man in der Pflege die Finanzierung von Einrichtungen (Objektfinanzierung) aufgeben und auf die Vergütung der Dienstleistung am Patienten (Subjektfinanzierung) umsteigen, ähnlich wie bei der Spitalfinanzierungsreform 2012. Eine Finanzierung in allen Sektoren der medizinischen Versorgung aus einer Hand stärkt die Versicherer und nimmt sie gleichzeitig gegenüber ihren Versicherten in die Pflicht, eine überzeugende medizinische Versorgung anzubieten.

Mit gutem Grund hält die Schweiz das Subsidiaritätsprinzip hoch. Im Gesundheitsbereich

zeigt es sich zum Beispiel in der individuellen Prämienverbilligung, welche die Kantone nach ihren Präferenzen gestalten können. Der Bund trägt hierzu lediglich eine pauschale Zahlung bei. In der Organisation der medizinischen Leistungserbringung ist die kantonale Ebene allerdings überholt. Die Koordination der hoch spezialisierten Medizin gehört auf die Bundesebene, und auch die Sicherstellung der stationären Akutversorgung sollte zum Bund wechseln.

Hinzu kommt: Die Kantone sind in der Spitalplanung in einem Interessenkonflikt gefangen. Als Eigentümer sind sie an hohen Umsätzen interessiert, während sie als Sachwalter der Steuerzahler für ein günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis im medizinischen Angebot sorgen sollten. In der Corona-Krise zeigten sich die Schwächen einer fragmentierten Spitalversorgung deutlich. So waren bei Krisenausbruch keine Informationen über das Angebot an Intensivbetten in den Kantonen verfügbar – weder bei den Kantonen, der Gesundheitsdirektorenkonferenz, dem Spitalverband H+ noch beim Bund.

Die Kantone in der Gesundheitsversorgung zugunsten des Bundes zurückzubinden, ist politisch schwierig, könnte aber gelingen, wenn der Bund sich finanziell einbringt und den Beitrag der Kantone zur Spitalfinanzierung übernimmt. Vielleicht ist das der Weg, der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen zum Durchbruch zu verhelfen.



Stefan Felder

Professor für Gesundheitsökonomie, Universität Basel

Literatur

- Felder, Stefan (2019). Dynamische Franchise mit Wirkung: Modell Gesundheitskredit, NZZ vom 8. November.
- Trottmann, Maria; Zweifel, Peter; Beck, Konstantin (2012). Supply Side and Demand Side Cost Sharing in Deregulated Social Health Insurance: Which Is More Effective? In: Journal of Health Economics. 31(1): 231–42.

² Vgl. Felder (2019).