

Gesundheitswesen Schweiz: quo vadis?

Willy Oggier

Gesundheitsökonomische Beratungen AG, Küsnacht

Gesundheitspolitische Reformvorschläge wurden 2007 wieder einmal Thema im eidgenössischen Parlament. Grosse Würfe zeichnen sich auch diesmal nicht ab. Dafür geht es wohl vielen in diesem System zu gut. Ökonomen wiederum denken gerne in den Kategorien Chancen und Gefahren, Stärken und Schwächen. Deshalb sollen im folgenden ein positives und ein negatives Highlight dargestellt werden.

Das schweizerische Gesundheitswesen ist historisch gewachsen, was eine Erklärung dafür sein mag, warum z.B. Spitäler für die gleichen Leistungen unterschiedliche Rechnungen stellen können – je nachdem, ob der Kranken- oder der Unfallversicherer die Leistungen übernehmen muss. Der Gesetzgeber will nun in Richtung einer leistungsorientierten Spitalfinanzierung gehen, welche auf einer gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstruktur basiert. Es sollen nicht mehr Kosten, sondern Preise für Leistungen bezahlt werden. Das wird ökonomisch betrachtet ein grosser Unterschied sein, denn Preise können ober- oder unterhalb der anfallenden Kosten zu liegen kommen.

Bei der Pflegefinanzierung lassen sich andere historische Gegebenheiten ausmachen. Seit Jahren wird beispielsweise versucht, alters- von krankheitsbedingten Kosten zu unterscheiden. Altersbedingte Kosten sollen gemäss dieser Denkweise aus der eigenen Tasche oder im Bedarfsfall durch die öffentliche Hand bezahlt werden, krankheitsbedingte durch die Krankenkassen. Das Problem ist nur: Eine hieb- und stichfeste Abgrenzung lässt sich zwischen diesen beiden Begriffen nicht finden.

Aus gesundheitsökonomischer Sicht ist ein System, welches auf einer nicht praktikablen Unterscheidung fusst, mindestens als fragwürdig zu bezeichnen. Es dürfte vor allem Anreize entstehen lassen, je nach den eigenen finanziellen Interessenlagen der einzelnen Akteure zu handeln und Druck auf eine Behandlung im Spital oder im Pflegeheim zu machen.

Solchen Ineffizienzen könnte über eine Änderung der finanziellen Anreize begegnet werden. Die zu bezahlenden Rechnungen müssten über die ganze Behandlungskette – egal, ob im Spital, bei der Spitex, im Pflegeheim oder bei anderen Leistungserbringern – nach den gleichen Prinzipien und Verteilungsschlüsseln bezahlt werden. Krankenkassen, die öffentliche Hand und Patienten hätten demnach unabhängig von der Einrichtung, durch welche die Menschen behandelt werden,

immer den gleichen prozentualen Anteil an der Rechnung zu übernehmen.

National- und Ständerat hätten auch im Jahr 2007 Gelegenheit gehabt, insbesondere in den Bereichen Spitäler, Pflegeheime und Spitex entsprechende Weichenstellungen in diese Richtung vorzunehmen. Denn sie hatten im Rahmen der laufenden Beratungen zur Revision des Krankenversicherungsgesetzes innert weniger Wochen sowohl eine neue Spital- als auch eine neue Pflegefinanzierung zu beraten.

Aus gesundheitsökonomischer Sicht ist diese historische Chance verpasst worden. Zugegeben: Die Ausgangslage für das Bundesparlament war schwierig, denn die Vorlage zur Pflegefinanzierung aus dem Departement von Pascal Couchepin war in den Augen vieler Fachleute so schlecht, dass der Ständerat einen eigenen Entwurf auszuarbeiten begann. Verzerrungen zwischen Spital, Pflegeheimen und Spitex sind trotzdem geblieben.

Bei einem anderen wichtigen Thema ist dagegen Bewegung in die richtige Richtung entstanden. Sowohl Stände- als auch Nationalrat haben erkannt, dass die heutigen Anreize beim Risikoausgleich unter den Krankenversicherern die Jagd nach guten Risiken attraktiv machen. In einem System der Sozialversicherung wäre aber genau das Gegenteil gefragt: dass alle Akteure im Gesundheitswesen dann am besten fahren, wenn sie hochkomplexe Fälle (Grossrisiken) möglichst wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich behandeln.

Grundidee des Risikoausgleichs ist es, die risikobedingt entstehenden Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Versichertenstrukturen der einzelnen Krankenversicherer in einem System der Einheitsprämie einzudämmen.

Unter den schweizerischen Gesundheitsökonomien ist weitgehend unbestritten, dass der heute existierende Risikoausgleich ungenügend ausgestaltet ist. Er berücksichtigt einzig die Kriterien Alter, Geschlecht und Kanton.

Auch ausländische Erfahrungen deuten seit Jahren darauf hin, dass es im Rahmen wettbewerblicher Konzepte im Bereich des Gesundheitswesens keinen Wettbewerb um Versicherte oder Patienten schlechthin geben kann, sondern immer nur um erwünschte Versicherte oder Patienten [1]. Dadurch dürfte auch der Druck zur Entwicklung von Ausgrenzungsstrategien solcher Patientengruppen anwachsen, deren medizinische Versorgung ein besonders grosses Verlustgeschäft zu werden droht [2]. Ein fairer Wettbewerb setzt deshalb vor-

aus, dass alle Anbieter die gleichen Voraussetzungen haben und Menschen mit schlechteren Risiken nicht ausgegrenzt werden.

Je leistungs- und damit morbiditätsorientierter die Spitalfinanzierung ausgestaltet wird, desto besser sollte auch die Morbidität im Rahmen des Risikoausgleichs berücksichtigt werden. Dies zeigen internationale Erfahrungen, beispielsweise in Israel oder den Niederlanden. Auch Deutschland will bis im Jahr 2009 den Übergang zu einem mor-

biditätsorientierten Risikostrukturausgleich unternehmen.

Es bleibt zu hoffen, dass sich die verstärkte Berücksichtigung des Gesundheitszustands über eine verbesserte Morbiditätsorientierung auch im neuen Parlament und in der Differenzbereinigung durchsetzt. Damit könnte eine Chance genutzt werden und möglicherweise eine neue echte Stärke des schweizerischen Gesundheitssystems entstehen.

Korrespondenz:
Dr. oec. HSG Willy Oggier
Gesundheitsökonomische
Beratungen AG
Weinhaldenstrasse 22
CH-8700 Küsnacht
gesundheitsoekonom.willyoggier@bluewin.ch

Literatur

1 Kühn H. Wettbewerb im Gesundheitswesen. Zur Rationalität der Reformdebatte, in: Jahrbuch für Kritische Medizin. Nr. 22; 1994. S. 17.

2 Stegmüller K. Wettbewerb im Gesundheitswesen: Konzeptionen zur «dritten Reformstufe» der Gesetzlichen Krankenversicherung. Frankfurt a.M.; 1996. S. 297.