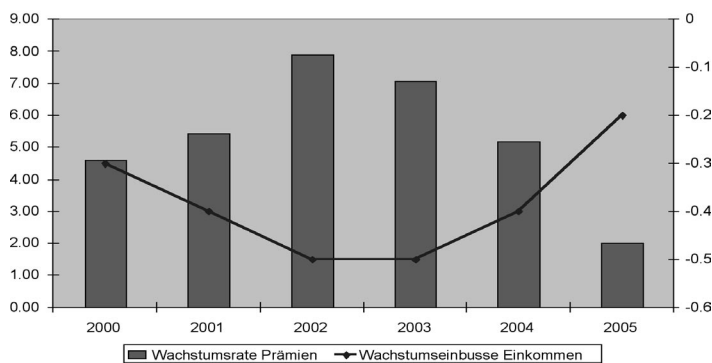




Die Schweizerische Krankenversicherung: Qualitativ hoch stehend, im internationalen Vergleich sehr teuer

Das neue Krankenversicherungsgesetzes (KVG), das 1996 in Kraft trat, hat sich drei Ziele für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) gesetzt: die Stärkung der Solidarität unter den Versicherten, die Sicherstellung einer qualitativ hoch stehenden medizinischen Versorgung, die Dämpfung der Kostenentwicklung. Gemäss einer Wirkungsanalyse des Bundesamtes für Sozialversicherung (2001) konnten die Solidarität verstärkt und wichtige Lücken im Versorgungskatalog geschlossen werden. Die degressiven Wirkungen der Kopfprämien liessen sich mit der Einführung der individuellen Prämienverbilligung mildern, zumindest für Personen, die in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen leben. Haushalte mit mittleren Einkommen werden allerdings



Wachstumsraten der Krankenkassenprämien¹ (linke Skala) und dadurch verursachte Einkommenseinbussen (rechte Skala). Quelle: Schweiz. Gewerkschaftsbund

Serge Gaillard

1955. Leiter Zentralsekretariat Schweizerischer Gewerkschaftsbund, zuständig für Wirtschaftspolitik.

Rebecca Schreier

1978. Wissenschaftliche Mitarbeiterin beim Schweizerischen Gewerkschaftsbund.

durch die steigenden Prämien an die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) finanziell sehr stark belastet. Die Kaufkraft der Lohnabhängigen verringerte sich aufgrund der steigenden Prämien in den Jahren 2000 bis 2005 jährlich durchschnittlich um beinahe 0.4 Prozent der Lohnsumme.



Service public

Primäre Ursache für die steigenden OKP-Prämien waren die Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, die auch nach der Einführung des KVG anhaltend zunahmen. Zwischen 1998 und 2003 stiegen sie (teuerungsbereinigt) um durchschnittlich 4.3 Prozent pro Jahr. Die Prämien der Grundversicherung wuchsen im Vergleich dazu jährlich um 5.8 Prozent. Die Erwartungen, dass das KVG eine kostendämpfende Wirkung haben würde, erfüllten sich also nicht.

Periode	BIP	Gesamte Gesundheitsausgaben	Kosten OKP	Prämien OKP
1980–2003	1.3	3.4	–	–
1990–2003	0.7	3.4	3.9	–
1998–2003	1.1	3.7	4.3	5.8
1980–1990	2.1	3.3	–	–

Durchschnittliche reale Wachstumsraten pro Jahr. Quelle: Schweizerische Sozialversicherungsstatistik und Bundesamt für Statistik, eigene Berechnungen.

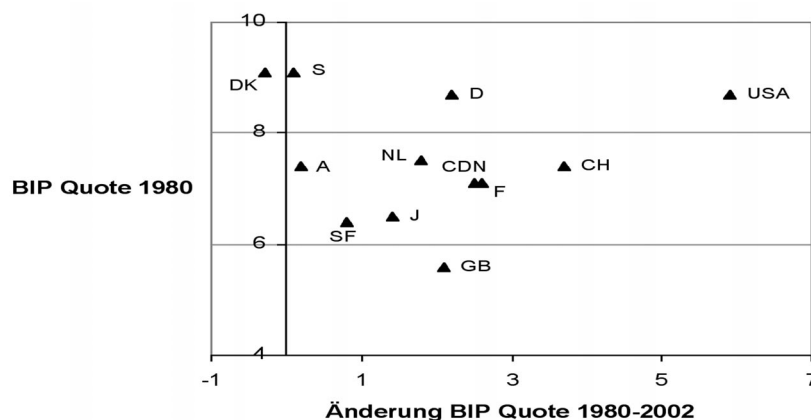
Die anteilmässige Belastung der Haushalte hätte weniger zugenommen, wenn Wirtschaft und Lohnsumme mehr gewachsen wären. Allerdings hätte auch eine bessere Konjunkturpolitik in den 1990er-Jahren am grundsätzlichen Problem nichts geändert: die Gesundheitsausgaben in der Schweiz nehmen deutlich stärker zu, als die Wirtschaft wachsen kann. Während das potentielle Wachstum des Bruttoinlandproduktes (BIP) auf rund 1.8 Prozent pro Jahr geschätzt wird, lag das Wachstum der Gesundheitsausgaben zwischen 1998 und 2003 bei 3.7 Prozent. Ausserdem ist zu vermuten, dass bei einem höheren BIP-Wachstum auch die Ausgaben für das Gesundheitswesen stärker zugenommen hätten, weil dann die Löhne im Gesundheitswesen im Gleichschritt mit den Löhnen der anderen Branchen gestiegen wären.

Dieser Kostenanstieg wird kontrovers beurteilt. Die eine Seite weist zu Recht darauf hin, dass ein überproportionaler Anstieg der Gesundheitsausgaben eine Folge des medizinischen Fortschritts und bis zu einem bestimmten Grad eine unvermeidliche Begleiterscheinung des wachsenden Wohlstands sei. So zeigen unzählige Studien, dass die steigenden Einkommen ein wichtiger Faktor für die zunehmenden Gesundheitsausgaben sind (OECD 2003). Eine weitere Ursache ist die demografische Entwicklung, die eine jährliche Zunahme der Gesundheitsausgaben um rund ein Prozent erklärt (Bac 2002). Darüber hinaus haben in der Schweiz die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung stärker zugenommen als die gesamten Gesundheitsausga-



ben, weil der Leistungskatalog im Rahmen der KVG-Revision ausgebaut wurde und sich die Kantone aus der Finanzierung der Krankenpflege zurückgezogen haben.

Die andere Seite hält dem entgegen, das heutige Gesundheitssystem sei anfällig für Fehlanreize, die zu einer übermässigen Leistungsbeanspruchung führen könnten. Das Gesundheitswesen könne wegen des Abhängigkeitsverhältnisses der Patienten von den Ärzten und wegen der Schwierigkeit, die Leistungen der Leistungserbringer zu überwachen, als ›Angebotsmarkt‹ charakterisiert werden. Es seien die Leistungsanbieter, die das Ausmass der Leistungsbeanspruchung festlegen würden. Deshalb seien die Kosten in Kantonen mit einer hohen Ärztedichte auch höher als in jenen mit einer tieferen. Um solche Fehlentwicklungen zu verhindern, sei es wichtig, die Position der Patienten zu stärken (Empowerment) und die Leistungserbringer enger mit den Versicherern respektive der öffentlichen Hand als Besteller von Gesundheitsleistungen zu verbinden, damit die Anbieter vermehrt in die Finanzierungsverantwortung einbezogen werden. Im Vordergrund stehen dabei vor allem Managed-Care-Modelle (Gesundheitsobservatorium 2006). Darunter versteht man ein Gesamtsystem zur Steuerung der Versorgung im Gesundheitswesen. Verschiedene Formen von Managed-Care-Institutionen (z.B. Hausarztmodelle²) und -Instrumenten (z.B. Gate-Keeping) ermöglichen eine bedürfnisgerechtere Versorgung der Patienten und eine erhöhte finanzielle Verantwortung der Leistungserbringer. Träger dieser Modelle können private Versicherer sein, die zueinander in Konkurrenz stehen, ferner die öffentliche Hand oder eine von ihr geschaffene öffentliche Institution, die Angebot und Zugang zu den Leistungen möglichst optimal plant.



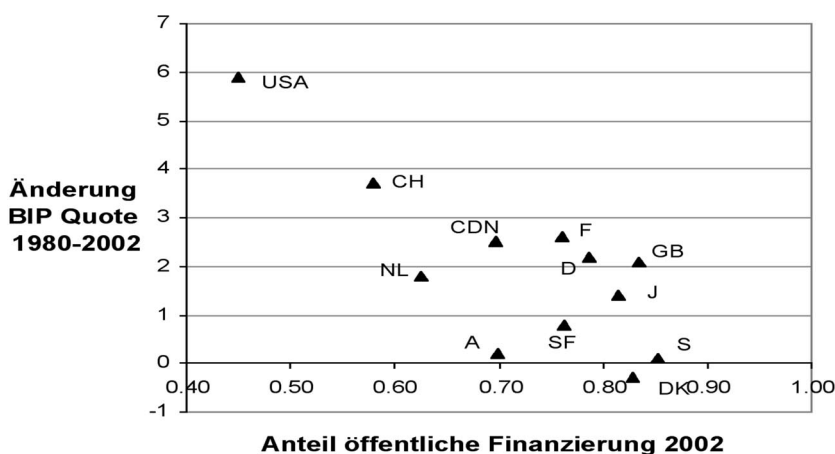
Die BIP-Quote im Jahr 1980 und die Änderung der BIP-Quote von 1980 bis 2002. Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005, eigene Darstellung



Die beiden Ansichten schliessen sich selbstverständlich nicht aus. Aus der Tatsache, dass die Nachfrage der Haushalte nach Gesundheitsleistungen mit steigenden Einkommen und der demografischen Alterung zunehmen, kann nicht geschlossen werden, dass sich das Gesundheitswesen nicht effizienter organisieren liesse. Ein internationaler Vergleich der Gesundheitsausgaben gibt jedoch interessante Hinweise, auch wenn hier aus Platzgründen nicht auf qualitative Unterschiede eingegangen wird.

Die Grafik vergleicht den Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandprodukt für das Jahr 1980. Damals befand sich die Schweiz noch im Mittelfeld. Die Grafik zeigt zudem, wie sich dieser Anteil am BIP entwickelt hat. Die grössten Zunahmen fanden in den USA und in der Schweiz statt, wobei die Schweiz mit einem Anteil von 11.1 Prozent aus dem Mittelfeld auf den zweiten Platz hinter den USA (14.6%) vorrückte. Ferner lässt sich feststellen, dass in der Grafik keinerlei Konvergenz zu finden ist. Es gibt Länder, die im Mittelfeld geblieben sind (Aut), es gibt Länder wie etwa die USA, die bereits 1980 teuer waren und weiter zunehmende Ausgaben zu verzeichnen hatten. Schliesslich gibt es Länder mit tiefen wie auch mit hohen Ausgangspunkten, deren Ausgaben nur mässig gestiegen sind. Auffallend sind die skandinavischen Länder, deren Anteil am BIP nicht zugenommen oder sogar abgenommen hat. Das sind starke Hinweise, dass bei geeigneter Organisationsweise zumindest für Perioden von bis zu 20 Jahren das Ausgabenwachstum auf das Wachstum des BIP beschränkt werden kann.

Die internationalen Vergleiche geben auch einen Hinweise darauf, ob liberale Marktsysteme mit einem verhältnismässig geringen Staatsein-



Änderung der BIP-Quote und Anteil öffentliche Finanzierung.
 Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005, eigene Darstellung.



Service public

fluss oder Systeme, in denen die öffentliche Hand für die Angebotssteuerung verantwortlich ist, die Kosten besser kontrollieren können. In der folgenden Grafik wird die Zunahme des Anteils Gesundheitskosten am BIP in Ländern mit unterschiedlichen Einflussnahmen der öffentlichen Hand verglichen. Als Mass für den öffentlichen Einfluss nehmen wir den Anteil der öffentlichen Finanzierung für das Jahr 2002.

Wie die Grafik zeigt, hat die BIP-Quote in den vergangenen 20 Jahren in Ländern mit geringeren Staatsanteilen stärker zugenommen. Eine vorsichtige Schlussfolgerung könnte dahin gehen, dass staatliche Systeme eher in der Lage sind, die Ausgabenentwicklung zu kontrollieren. Damit ist nichts über die Qualität der Gesundheitssysteme gesagt. Allerdings zeigen die Extrembeispiele in der obigen Grafik, dass zwischen den Kosten und der Qualität keine einfache Beziehung existieren kann. Die Qualität der Gesundheitsversorgung dürfte in den USA mit der stärksten Zunahme der Kosten kaum besser sein als in Schweden oder Dänemark mit der geringsten Zunahme.

Der Vergleich fällt für die Schweiz nicht vorteilhaft aus. In den letzten Jahren haben die Ausgaben hier zu Lande trotz bereits sehr hohem Ausgabenanteil weiterhin stärker als in anderen Ländern zugenommen. Die Schweiz wird nicht darum herum kommen, klarer festzulegen, wer die Finanzierungsverantwortung für das Leistungsangebot trägt. Entweder übernimmt die öffentliche Hand mehr Verantwortung oder diese wird den Krankenkassen zufallen.

Anmerkungen und Literatur

- 1 Ohne Berücksichtigung der individuellen Prämienverbilligung.
- 2 Als Hausarztmodell wird ein ärztliches Betreuungsmodell bezeichnet, in dem der Hausarzt (a) die Grundversorgung sicherstellt, (b) als Gatekeeper den Patienten zum Facharzt respektive in das Spital weist und (c) als Fallmanager das Leistungsgeschehen steuert.

Bundesamt für Sozialversicherung Hrsg.) (2001): Wirkungsanalyse Krankenversicherungsgesetz – Synthesebericht. Bern.

OECD (2003): Health Care Systems: Lessons from the Reform Experience. Economics Department Working Papers No. 374, Paris.

Bac C. et G. Cornilleau (2002): Comparaison internationale des dépenses de santé: une analyse des évolutions dans sept pays depuis 1970.

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2006): Evidenz für Managed Care – Europäische Literaturanalyse unter besonderer Berücksichtigung der Schweiz: Wirkung von Versorgungssteuerung auf Qualität und Kosteneffektivität. Neuenburg.