

Kommission für Konjunkturfragen

«Sperrfrist bis 26. Oktober 2006 11.00 Uhr»

Jahresbericht 2006

385. Mitteilung

Beilage zum Magazin
«Die Volkswirtschaft»

Bericht vom
8. September 2006

Reform des Gesundheitswesens



Prof. Dr. Gebhard Kirchgässner
Universität St. Gallen

Jahresbericht 2006

Reform des Gesundheitswesens

Inhalt

- 1 Einleitung**
- 2 Wirtschaftslage und Makropolitik**
- 3 Probleme des Gesundheitswesens in der Schweiz:
Übersicht und grundsätzliche Aspekte**
- 4 Analysen zu ausgewählten Themen**
- 5 Abschliessende Bemerkungen: Zur Rolle des
Wettbewerbs im Gesundheitswesen**

Jahresbericht 2006

Reform des Gesundheitswesens

Inhalt

Probleme des Gesundheitswesens in der Schweiz:

1 Der Kostenanstieg im Gesundheitswesen: Eine Bestandsaufnahme

1.1 Die Entwicklung der Schweiz im internationalen Vergleich

1.2 Die Entwicklung der Preise und Mengen

2 Die grundsätzliche Problematik im Gesundheitswesen

2.1 Die Furcht vor einer Ökonomisierung des Gesundheitswesens

2.2 Die statische Ineffizienz des Gesundheitswesens

2.3 Ursachen für den starken Anstieg der Gesundheitsausgaben

2.4 Ineffiziente Staatseingriffe

3 Reformbereiche

3.1 Die Ausgestaltung der Krankenversicherung (4.1)

3.2 Die Vergütung der ärztlichen Leistungen (4.2)

3.3 Die Finanzierung der Spitäler (4.3)

3.4 Die Preise von Arzneimitteln (4.4)

4 Zur Rolle des Wettbewerbs im Gesundheitswesen

1 Der Kostenanstieg im Gesundheitswesen

1.1 Die Entwicklung der Schweiz im internationalen Vergleich

Tabelle 3.1a

Entwicklung der Gesundheitsausgaben pro Kopf in Kaufkraftparitäten, umgerechnet in US-Dollar, 1970–2003

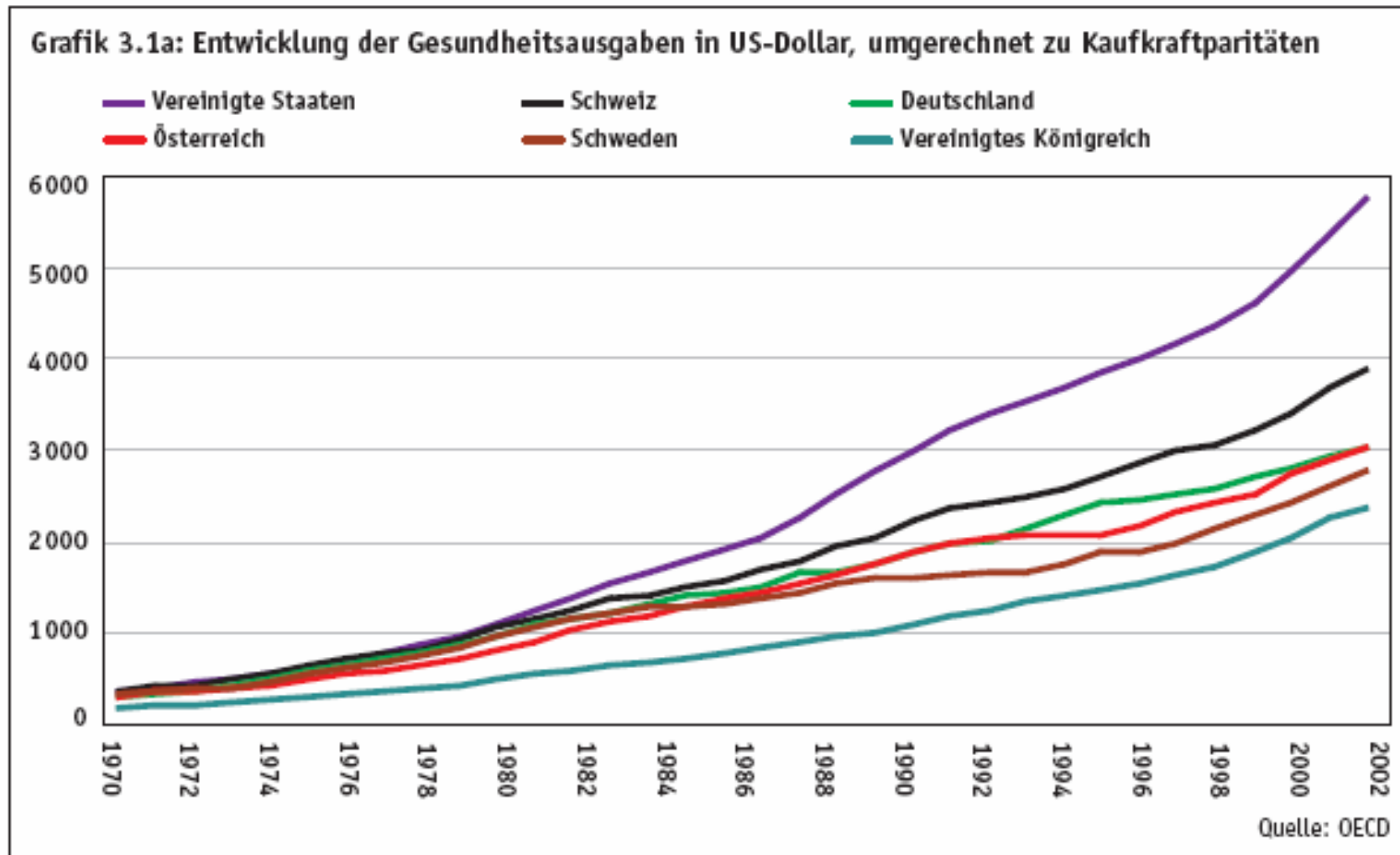
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2003
Dänemark	384 ¹	573	927	1252	1522	1844	2380	2743
Deutschland	269	568	960	1383	1738	2271	2670	3005
Finnland	191	357	590	966	1419	1430	1716	2104
Frankreich	205	388	697	1088	1532	2028	2450	3048
Kanada	299	484	783	1264	1737	2055	2503	2998
Niederlande	329 ²	459	755	985	1435	1822	2257	2909
Österreich	193	427	770	923	1328	2229	2667	2958
Schweden	312	531	944	1269	1589	1734	2271	2745
Schweiz	351	630	1031	1474	2029	2573	3179	3847
Vereinigtes Königreich	163	300	480	709	987	1385	1858	2347
Vereinigte Staaten	352	592	1072	1776	2752	3670	4588	5711

¹) Wert von 1971 ²) Wert von 1972

Quelle: OECD Gesundheitsdaten 2006; Version vom 26. Juni 2006

1 Der Kostenanstieg im Gesundheitswesen

1.1 Die Entwicklung der Schweiz im internationalen Vergleich



1 Der Kostenanstieg im Gesundheitswesen

1.1 Die Entwicklung der Schweiz im internationalen Vergleich

Tabelle 3.1b

Entwicklung der Gesundheitsausgaben als Anteil am Bruttoinlandprodukt, 1970–2003

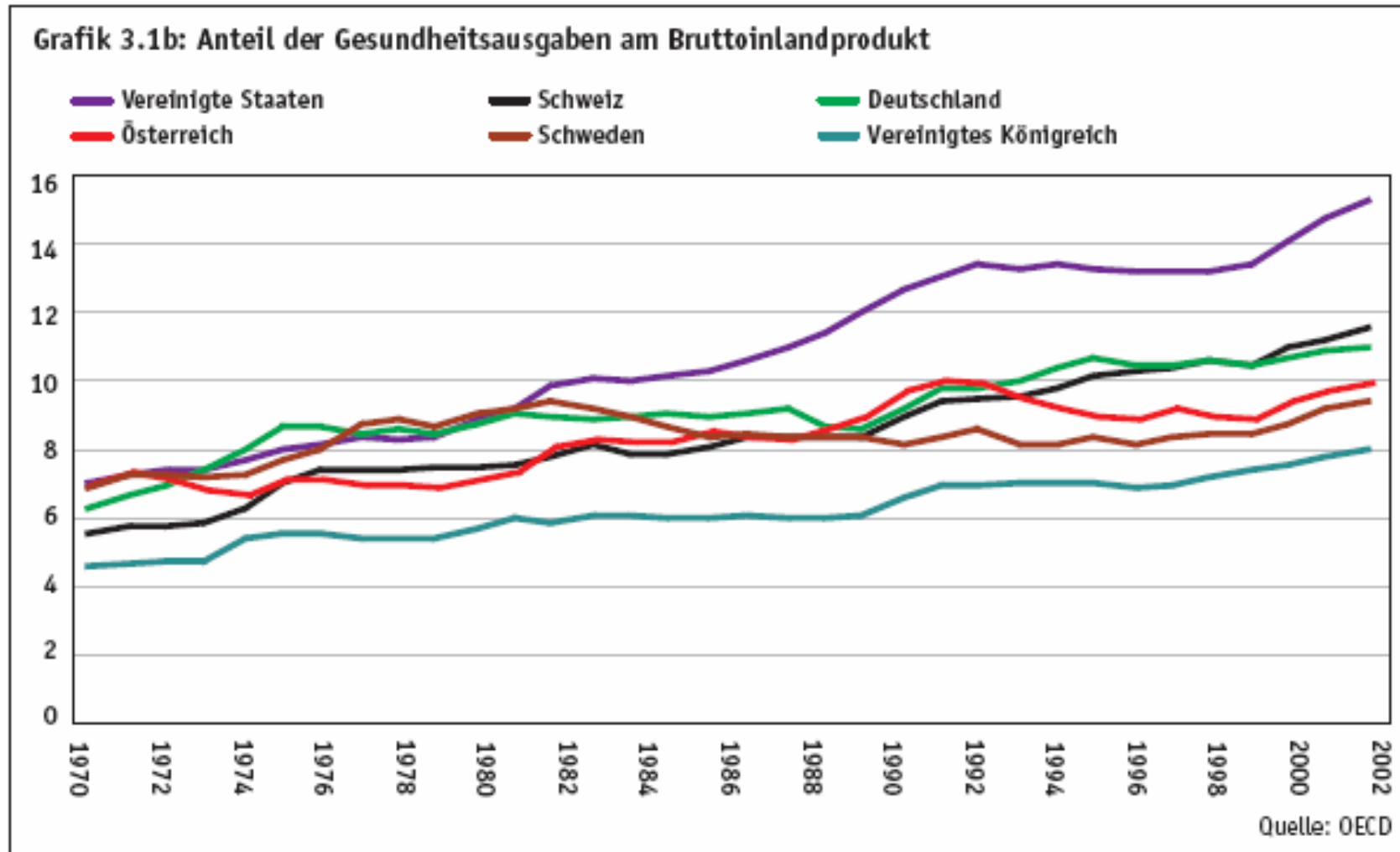
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2003
Dänemark	7.9 ¹	8.7	8.9	8.5	8.3	8.1	8.3	8.9
Deutschland	6.2	8.6	8.7	9.0	8.5	10.3	10.4	10.9
Finnland	5.6	6.2	6.3	7.1	7.8	7.4	6.7	7.4
Frankreich	5.3	6.4	7.0	7.9	8.4	9.4	9.2	10.4
Kanada	7.0 ²	7.1	7.1	8.2	9.0	9.2	8.9	9.9
Niederlande	6.6	6.9	7.2	7.1	7.7	8.1	7.9	9.1
Österreich	5.2	7.0	7.5	6.5	7.0	9.7	9.4	9.6
Schweden	6.8	7.6	9.0	8.6	8.3	8.1	8.4	9.3
Schweiz	5.5	7.0	7.4	7.8	8.3	9.7	10.4	11.5
Vereinigtes Königreich	4.5	5.5	5.6	5.9	6.0	7.0	7.3	7.9
Vereinigte Staaten	7.0	7.9	8.8	10.1	11.9	13.3	13.3	15.2

¹) Wert von 1971 ²) Wert von 1972

Quelle: OECD Gesundheitsdaten 2006; Version vom 26. Juni 2006

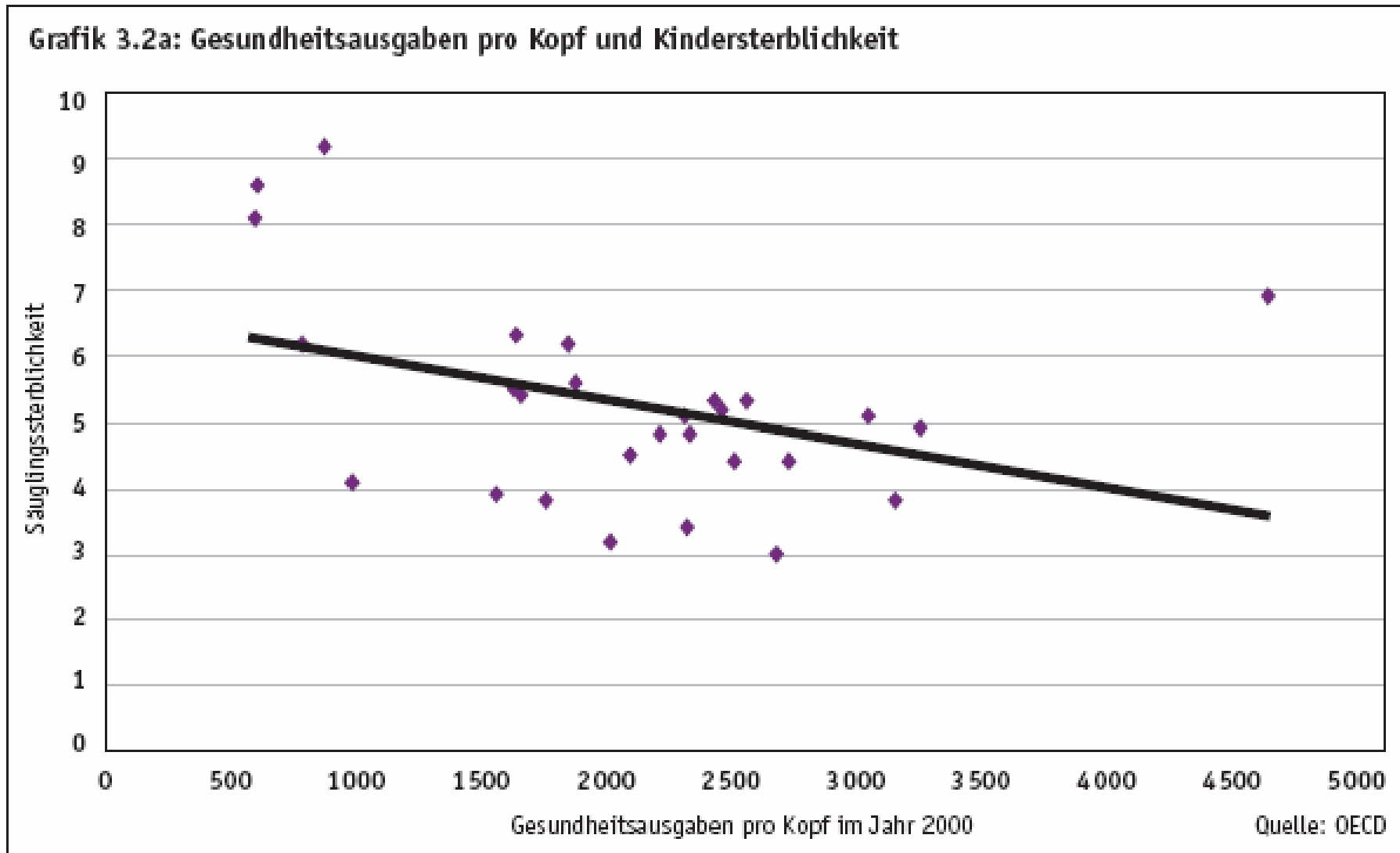
1 Der Kostenanstieg im Gesundheitswesen

1.1 Die Entwicklung der Schweiz im internationalen Vergleich



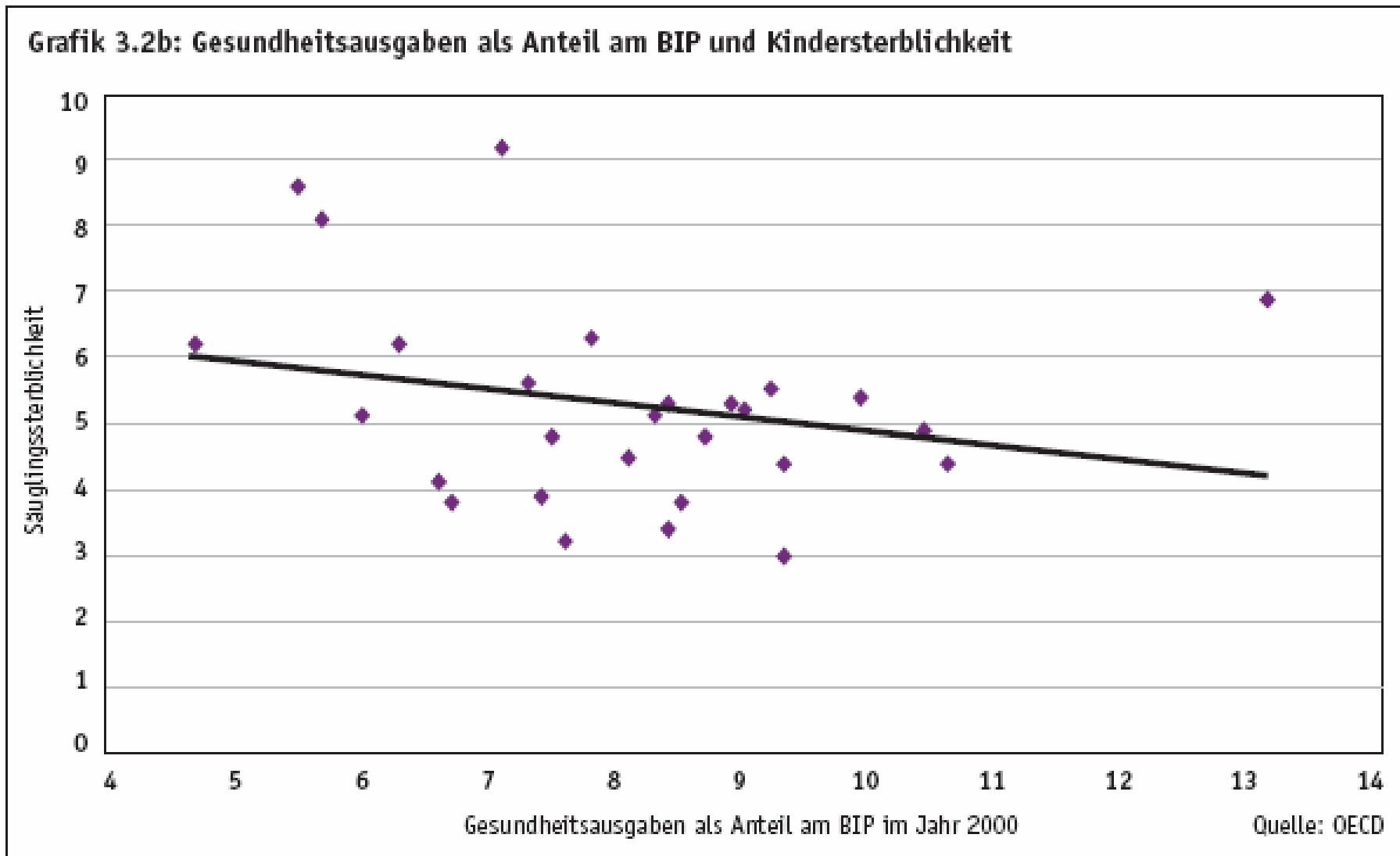
1 Der Kostenanstieg im Gesundheitswesen

1.1 Die Entwicklung der Schweiz im internationalen Vergleich



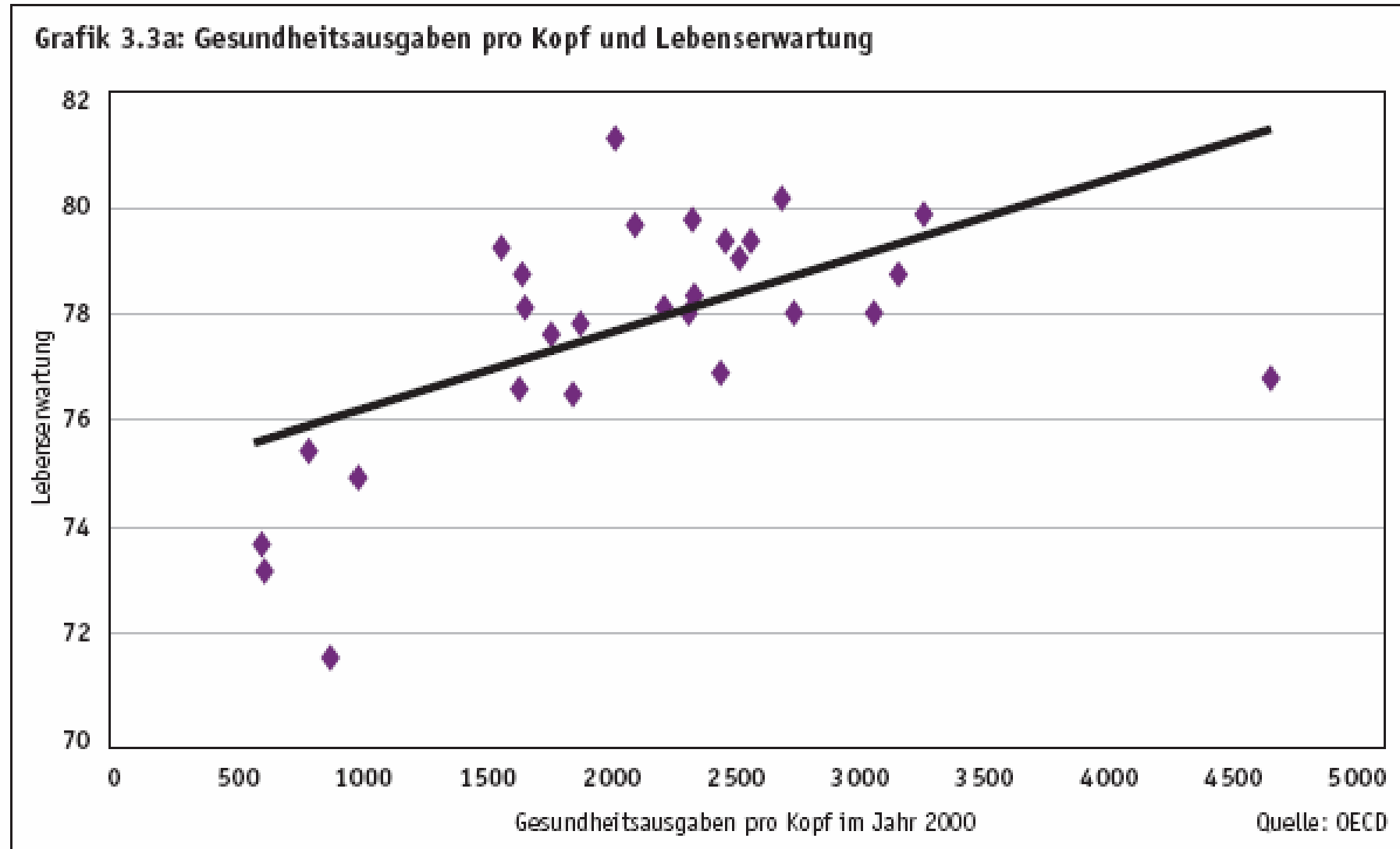
1 Der Kostenanstieg im Gesundheitswesen

1.1 Die Entwicklung der Schweiz im internationalen Vergleich



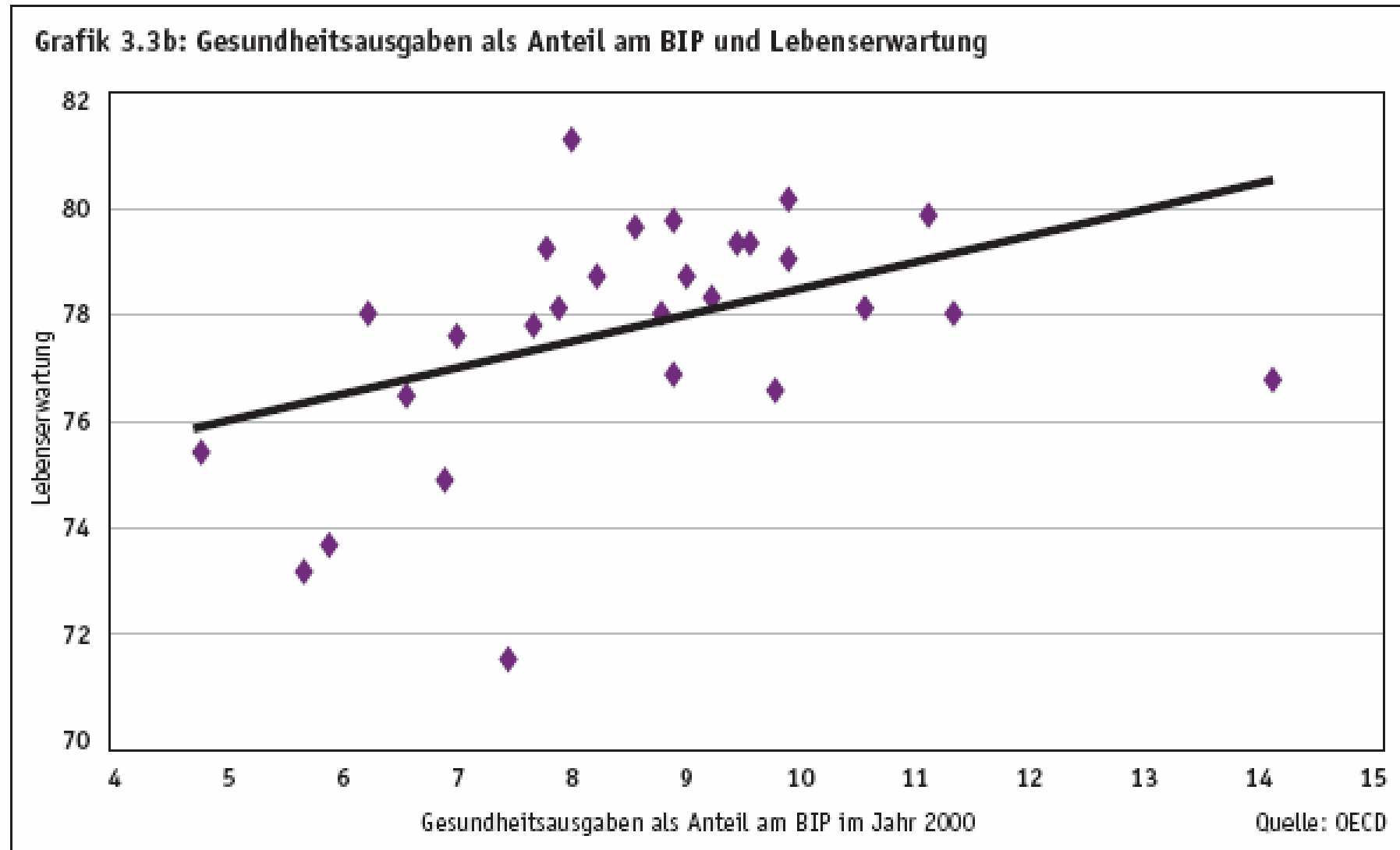
1 Der Kostenanstieg im Gesundheitswesen

1.1 Die Entwicklung der Schweiz im internationalen Vergleich



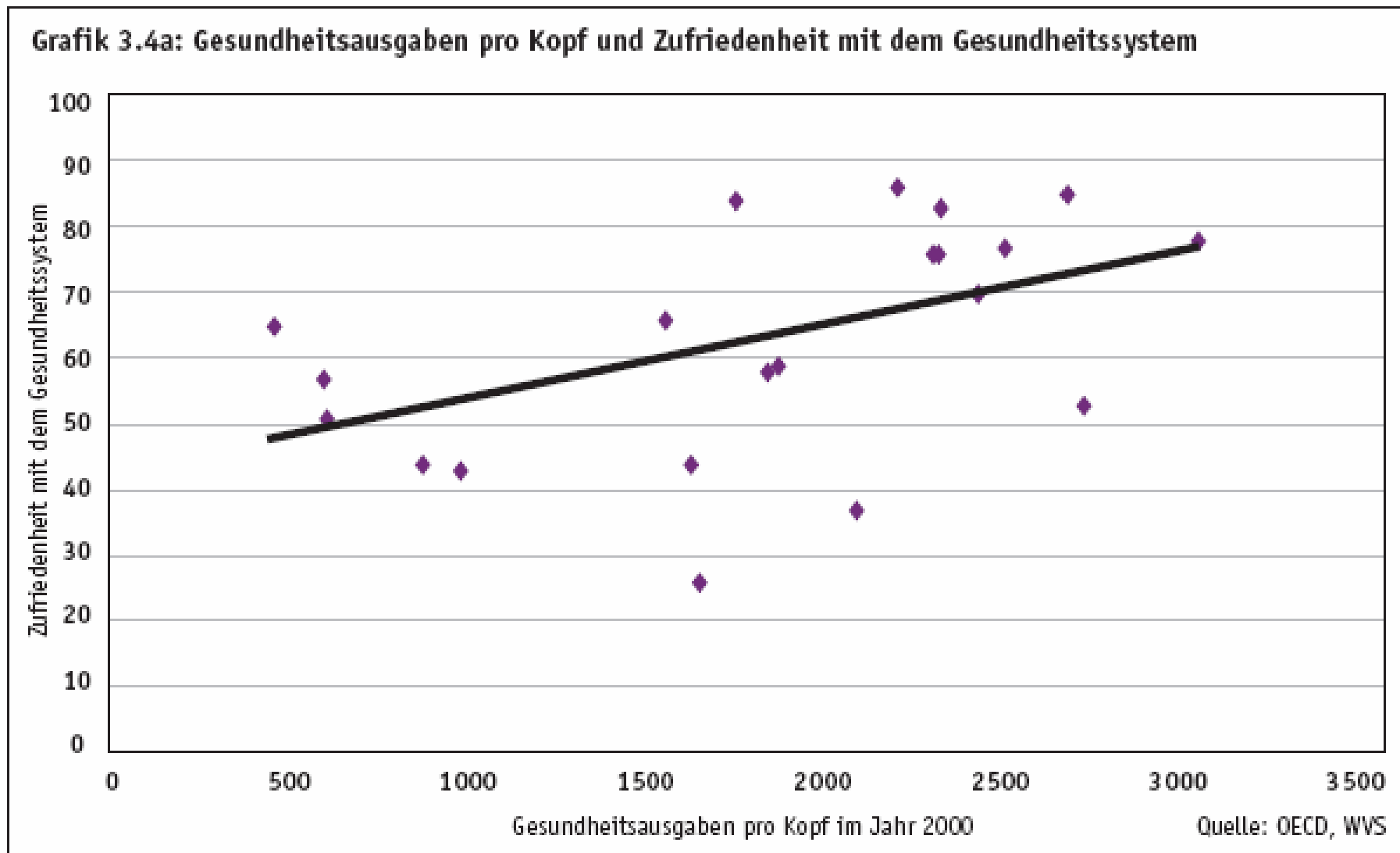
1 Der Kostenanstieg im Gesundheitswesen

1.1 Die Entwicklung der Schweiz im internationalen Vergleich



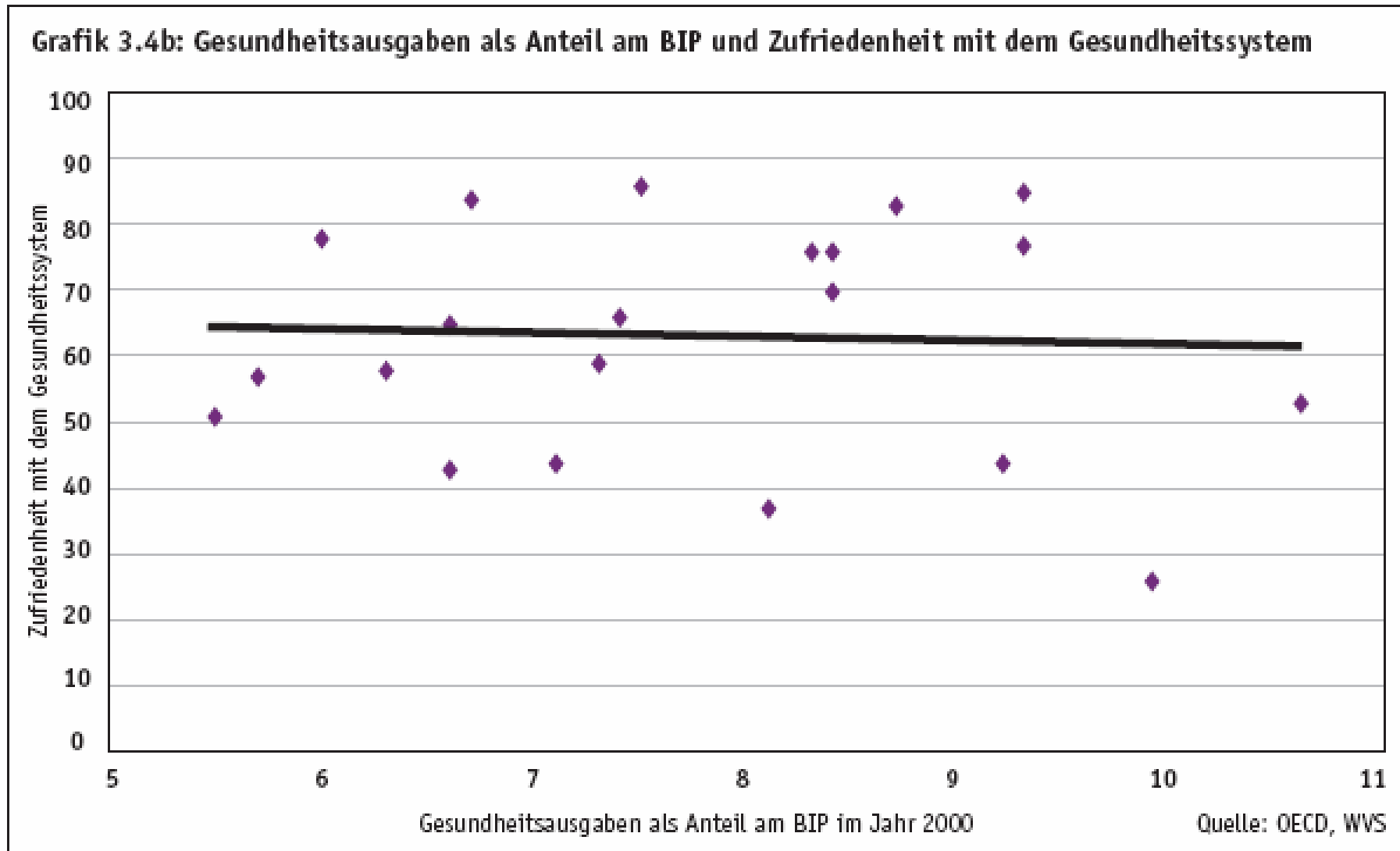
1 Der Kostenanstieg im Gesundheitswesen

1.1 Die Entwicklung der Schweiz im internationalen Vergleich



1 Der Kostenanstieg im Gesundheitswesen

1.1 Die Entwicklung der Schweiz im internationalen Vergleich



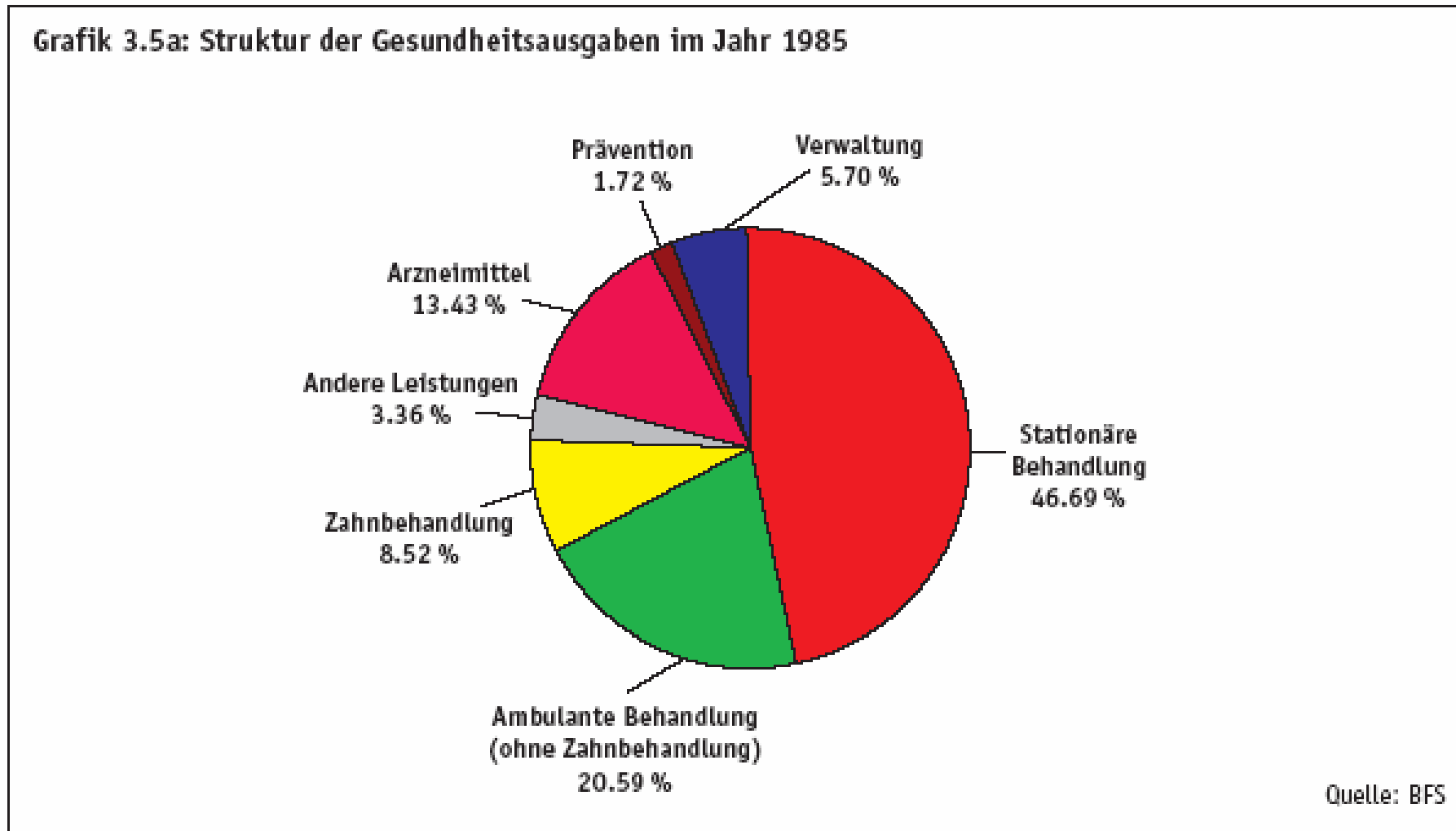
1 Der Kostenanstieg im Gesundheitswesen

1.1 Die Entwicklung der Schweiz im internationalen Vergleich

- (i) Die Schweiz hat im internationalen Vergleich zwar nicht das teuerste, aber zumindest eines der teuersten Gesundheitssysteme. Dies gilt nicht nur absolut, sondern auch relativ, d.h. in Bezug auf das Bruttoinlandsprodukt. Auch wenn man anerkennt, dass das schweizerische Gesundheitssystem qualitativ sehr hochwertig ist, deutet dies auf Einsparmöglichkeiten und/oder Spielräume zur Effizienzsteigerung hin.**
- (ii) Bis zu einem gewissen Punkt schlagen sich höhere Gesundheitsausgaben (pro Kopf wie am Bruttoinlandsprodukt) in einer Verbesserung objektiver Gesundheitsindikatoren wie z.B. der Lebenserwartung als auch subjektiver Indikatoren wie der Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem nieder. Die Schweiz ist jedoch vermutlich über diesen Punkt hinaus, d.h. man könnte mit geringeren Ausgaben den gleichen Standard erreichen.**
- (iii) Die Entwicklung in der Schweiz ist jedoch nicht singulär, sondern eingebettet in eine internationale Tendenz zum relativen Anstieg der Gesundheitsausgaben. Dies deutet darauf hin, dass es Gründe für diesen Anstieg gibt, die nicht im schweizerischen System liegen und die, soll die Qualität nicht verschlechtert werden, kaum ausser Kraft gesetzt werden können.**

1 Der Kostenanstieg im Gesundheitswesen

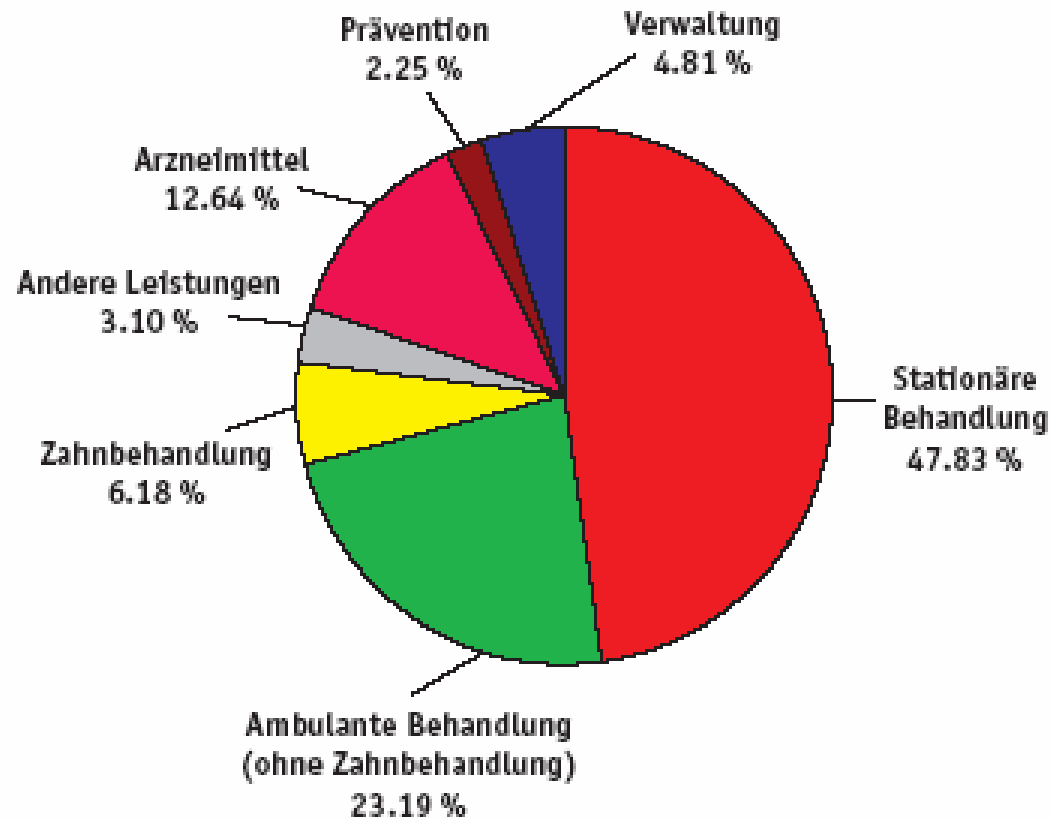
1.2 Die Struktur der Kosten und ihre Entwicklung



1 Der Kostenanstieg im Gesundheitswesen

1.2 Die Struktur der Kosten und ihre Entwicklung

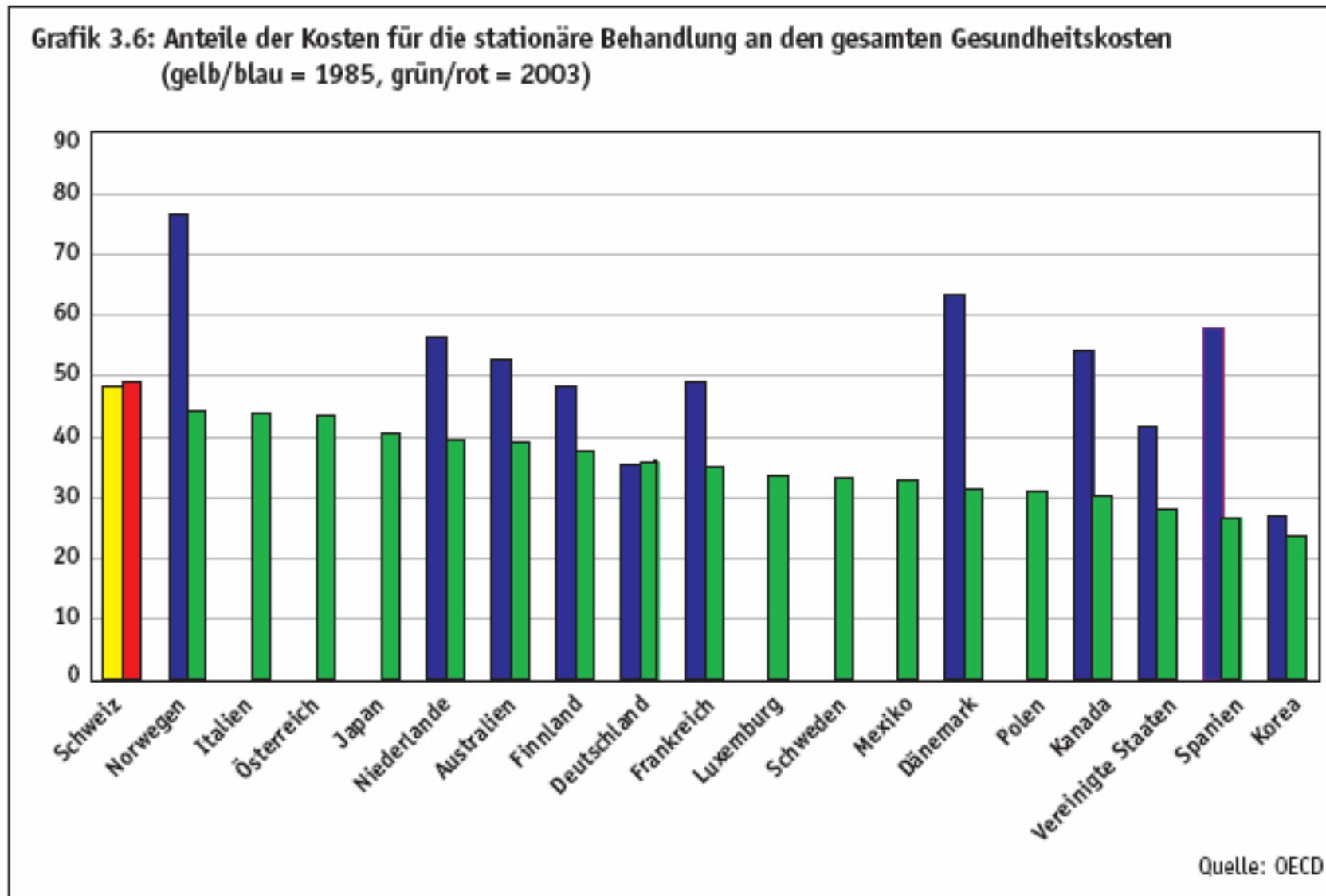
Grafik 3.5b: Struktur der Gesundheitsausgaben im Jahr 2003



Quelle: BFS

1 Der Kostenanstieg im Gesundheitswesen

1.2 Die Struktur der Kosten und ihre Entwicklung



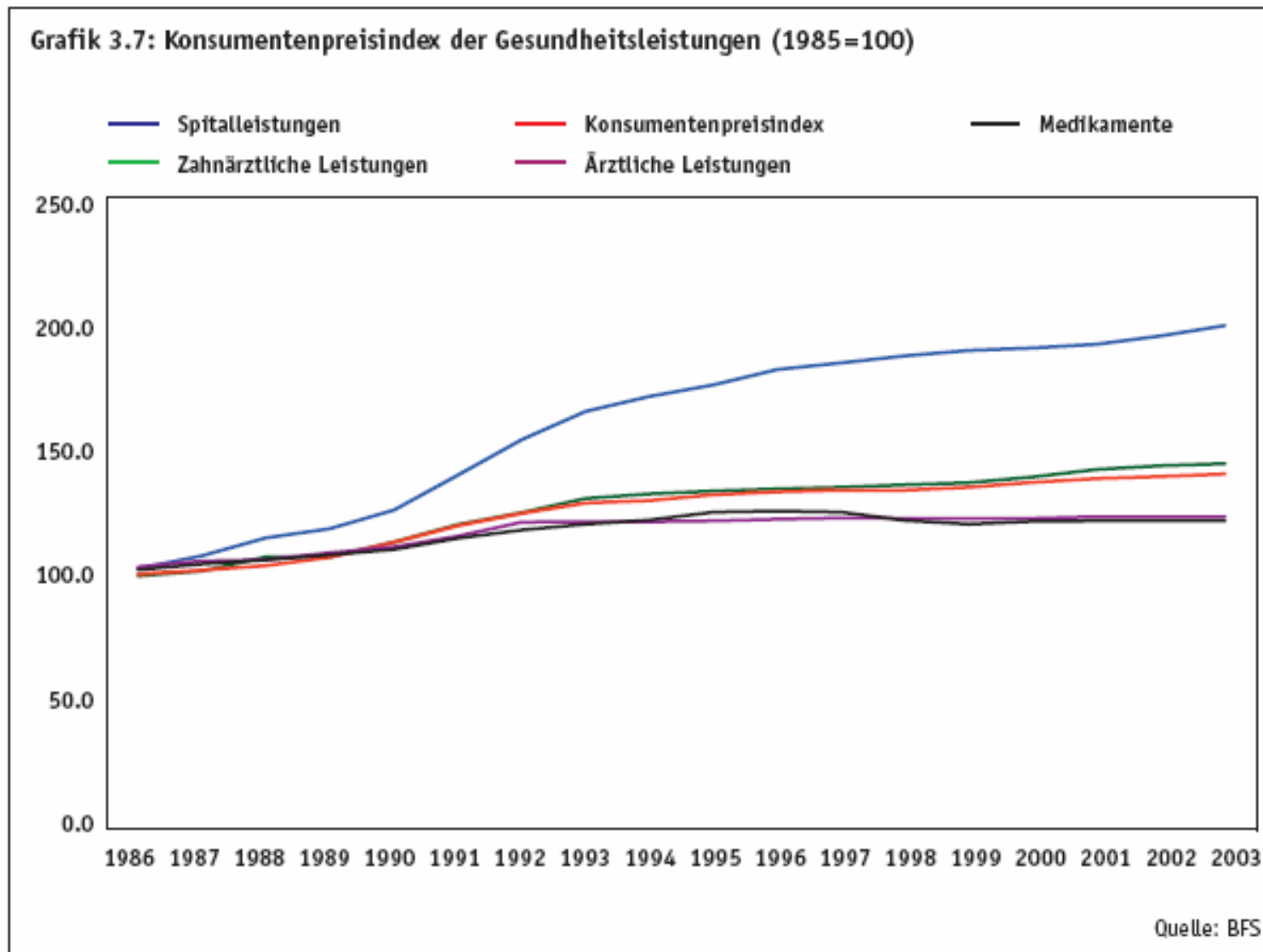
1 Der Kostenanstieg im Gesundheitswesen

1.2 Die Struktur der Kosten und ihre Entwicklung

- (iv) Die Struktur der Kosten ist mit zwei Ausnahmen im Zeitablauf relativ konstant geblieben: Der Anteil der Kosten für die ambulante Behandlung hat deutlich zu- und jener für die Zahnbehandlung deutlich abgenommen. Die Kosten der stationären Behandlung haben sich anteilmässig kaum verändert, sie machen nach wie vor fast die Hälfte der gesamten Kosten aus und sind im internationalen Vergleich sehr hoch.**

1 Der Kostenanstieg im Gesundheitswesen

1.3 Die Entwicklung der Preise und Mengen



1 Der Kostenanstieg im Gesundheitswesen

1.3 Die Entwicklung der Preise und Mengen

Tabelle 3.2

Durchschnittliche jährliche Wachstumsraten der realen Gesundheitsleistungen pro Kopf (in Prozent)

	1986–1994	1996–2004	1986–2004
Stationäre Behandlung ohne langfristige Behandlung ¹		6.99	
Stationäre Behandlung einschliesslich langfristiger Behandlung	- 0.49	2.51	1.01
Behandlung durch Ärzte	1.85	3.54	2.69
Behandlung durch Zahnärzte	1.63	0.93	1.28
Arzneimittel ²	0.43	0.28	0.35

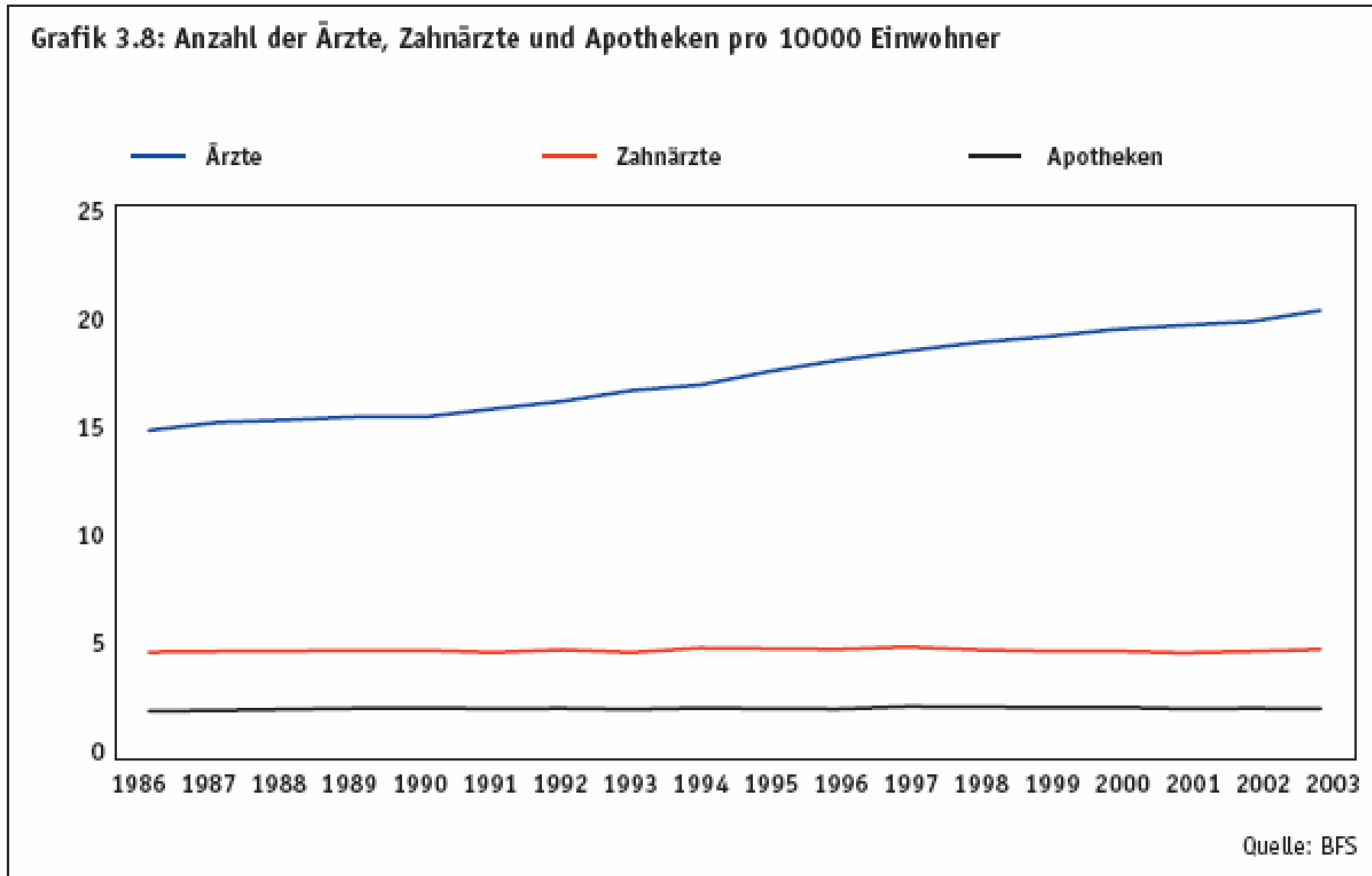
¹) Die Zuzahlungen der privaten Haushalte an die Krankenhäuser ohne Einschluss der sozialmedizinischen Institutionen werden erst seit 1995 getrennt erfasst.

²) Im Zeitraum bis 1994 werden die durch Ärzte abgegebenen Arzneimittel nicht erfasst.

Quelle: Eigene Berechnungen nach Unterlagen des Bundesamts für Statistik

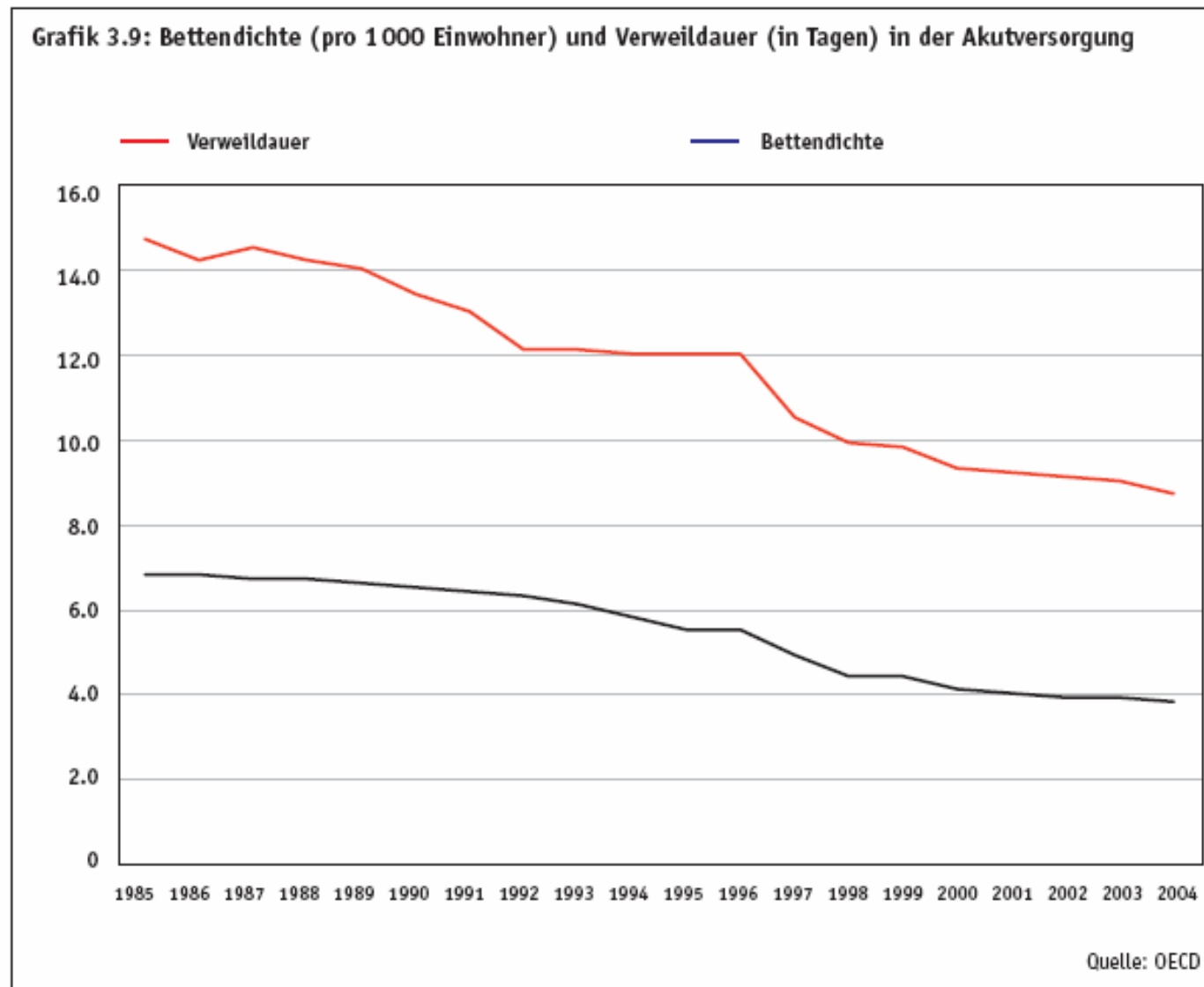
1 Der Kostenanstieg im Gesundheitswesen

1.3 Die Entwicklung der Preise und Mengen



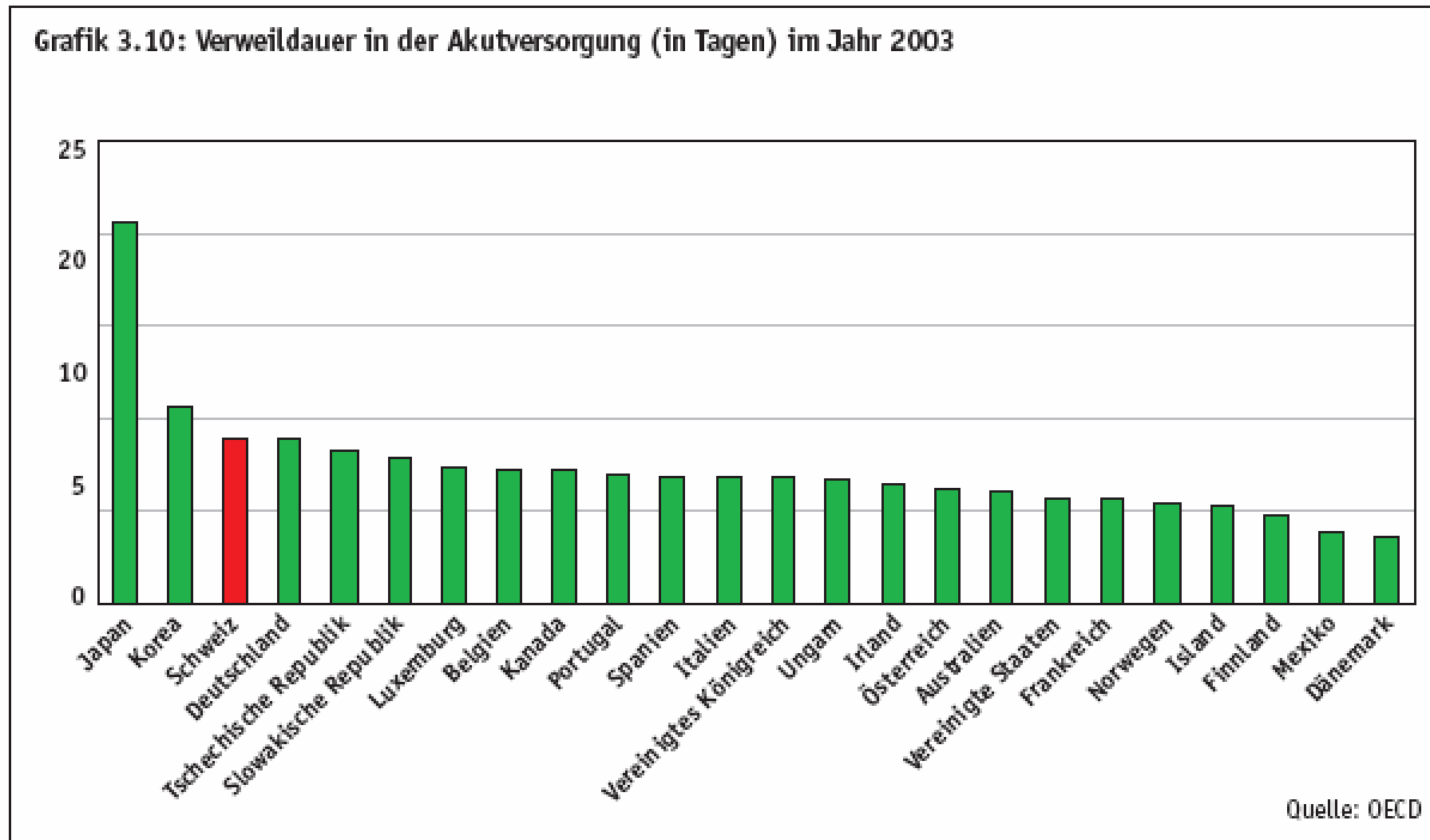
1 Der Kostenanstieg im Gesundheitswesen

1.3 Die Entwicklung der Preise und Mengen



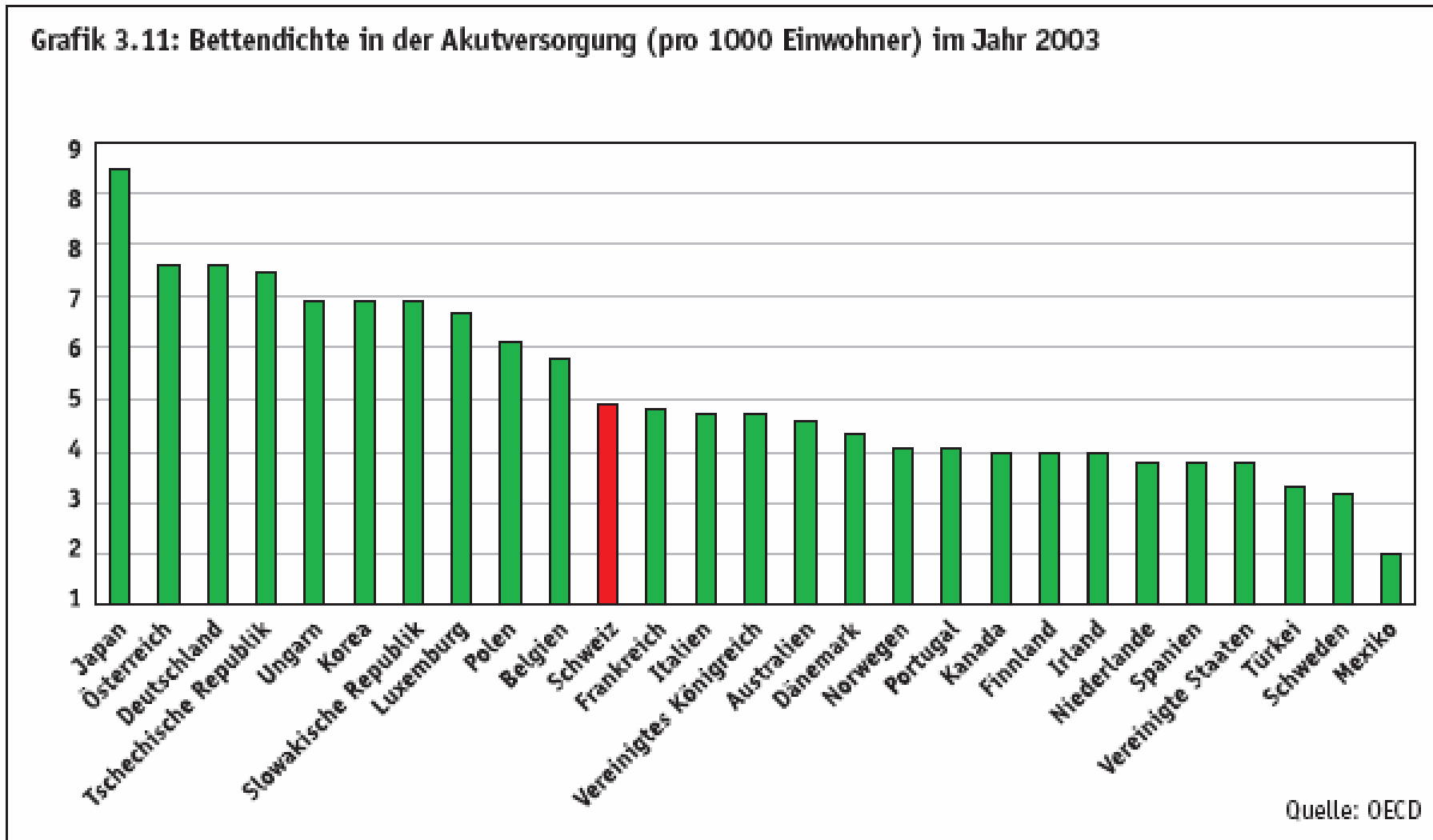
1 Der Kostenanstieg im Gesundheitswesen

1.3 Die Entwicklung der Preise und Mengen



1 Der Kostenanstieg im Gesundheitswesen

1.3 Die Entwicklung der Preise und Mengen



1 Der Kostenanstieg im Gesundheitswesen

1.3 Die Entwicklung der Preise und Mengen

- (v) Mengen und Preise dürften sich in den verschiedenen Bereichen unterschiedlich entwickelt haben. Während bei der ambulanten Behandlung eine deutliche Mengenausweitung festzustellen ist, die auch mit der zunehmenden Ärztedichte zusammen hängen dürfte, stellen wir bei den Medikamenten sowie insbesondere im stationären Bereich vor allem einen Preisanstieg fest. Versuche, den Kostenanstieg einzudämmen, müssen daher in den einzelnen Bereichen an unterschiedlichen Punkten ansetzen.**

2 Die grundsätzliche Problematik im Gesundheitswesen

3 Grundprobleme:

- (i) Sicherstellung der medizinischen Betreuung
- (ii) Vermeidung von Verschwendung (Effizienz)
- (iii) Ausrichtung des Gesundheitswesens an den Präferenzen der Bevölkerung

Dabei:

- (i) Negative Auslese bei der Versicherung ⇒ Pflichtversicherung
- (ii) Moralisches Risiko
- (iii) Angebotsinduzierte Nachfrage

⇒ Es gibt nicht *die* ideale Lösung

2 Die grundsätzliche Problematik im Gesundheitswesen

2.1 Die Furcht vor einer Ökonomisierung des Gesundheitswesens

Behauptung: Im Gesundheitswesen darf zwar rationalisiert, aber nicht rationiert werden. (Abwägungsverbot) Es soll keine 2 Klassen-Medizin geben.

- aber:**
- (i) Wir wägen individuell ab, ob wir bestimmte Aufwendungen für unsere Gesundheit aufbringen wollen.**
 - (ii) Wir wägen auch kollektiv ab, wie viel wir für den Erhalt unserer Gesundheit aufwenden wollen.
⇒ statistische Rationierung**
 - (iii) Im Zeitalter der Hochtechnologiemedizin findet notwendigerweise nicht nur statistische, sondern auch ‚normale‘ Rationierung statt.**
 - (iv) Über die Privatversicherung gibt es bereits heute eine 2 Klassen-Medizin. Sie lässt sich auch kaum vermeiden. Der Staat kann nur sicherstellen, dass alle eine akzeptable Mindestversorgung erhalten.**

2 Die grundsätzliche Problematik im Gesundheitswesen

2.2 Die statische Ineffizienz des Gesundheitswesens

Konsens: Alle Einwohner der Schweiz sollen bei Bedarf in den Genuss einer qualitativ hoch stehenden medizinischen Behandlung kommen. Dies soll nicht an ihrem zu geringen Einkommen scheitern.

- ⇒ (i) Pflichtversicherung ⇒ moralisches Risiko ⇒ Überkonsum
Möglichkeit: Selbstbehalt, Selbstbeteiligung, Bonussystem.
- (ii) Einheitliche, nicht risiko-abhängige Prämien ⇒ Bemühungen der Versicherungen zur Attrahierung günstiger Risiken
Möglichkeit: Verbesserung des Risikoausgleichs
- (iii) Anbieterinduzierte Nachfrage ⇒ Überkonsum
Möglichkeit: HMO

- wichtig:** (i) Ergebnisse *rationalen* Verhaltens der Beteiligten
- (ii) Gründe für zu hohe, aber nicht für zu stark steigende Ausgaben!

2 Die grundsätzliche Problematik im Gesundheitswesen

2.3 Ursachen für den starken Anstieg der Gesundheitsausgaben

- (i) Veränderung der Altersstruktur**
 - (ii) Gesundheitsgüter als ‚superiore‘ Güter**
 - (iii) Geringe Rationalisierungsmöglichkeiten im Bereich der personenbezogenen Dienstleistungen**
 - (iv) Technischer Fortschritt**
 - a) Neue teure Behandlungsmethoden zur Behandlung bisher nicht heilbarer Krankheiten**
 - b) Erhöhung der Lebenserwartung (siehe (i))**
- ⇒
- a) Es ist auch in Zukunft damit zu rechnen, dass die Gesundheitsausgaben stärker als das Einkommen steigen. Reformen können diesen Anstieg zwar vorübergehend, aber kaum dauerhaft dämpfen.**
 - b) Der technische Fortschritt wird in Zukunft möglicherweise zusätzliche Rationierungen erfordern.**

2 Die grundsätzliche Problematik im Gesundheitswesen

2.4 Ineffiziente Staatseingriffe

Notwendigkeit staatlicher Eingriffe in den ‚regulierten Wettbewerb‘

aber: Eingriffe vermutlich nicht optimal.

Beispiel: Spitalplanung durch die Kantone,

**aber: Welcher Gesundheitsdirektor kann es sich erlauben,
ein Spital zu schliessen, ohne abgewählt zu werden?**

**Möglichkeit: Monistische Spitalfinanzierung
(siehe unten)**

3 Reformbereiche

3.1 Die Ausgestaltung der Krankenversicherung

Unterscheidung: Grund- und Zusatzversicherung

hier: Grundversicherung mit Versicherungspflicht

- Einheitsprämie mit Prämienverbilligung
- Francise, 300 – 2500 SFr pro Jahr
- Selbstbehalt 10 Prozent, maximal 700 SFr

Vorteile:

- Alle sind versichert
- Kein Einfluss auf die Lohnnebenkosten

Problem: Wettbewerb um gute Risiken
⇒ Notwendigkeit eines Risikoausgleichs

Alternativen:

- (i) Einheitskasse
- (ii) Risikoabhängige Prämien
- (iii) Verbesserung des Risikoausgleichs
(prospektiv, weitere Indikatoren neben Alter und Geschlecht)

3 Reformbereiche

3.1 Die Ausgestaltung der Krankenversicherung

Weitere Reformbereiche:

Aufhebung des Kontrahierungszwangs

- **Anbietung von Verträgen mit und ohne freie Arztwahl**

Mehr Flexibilität bei HMO's

Mehr Flexibilität bei Franchisen und Selbstbehalt

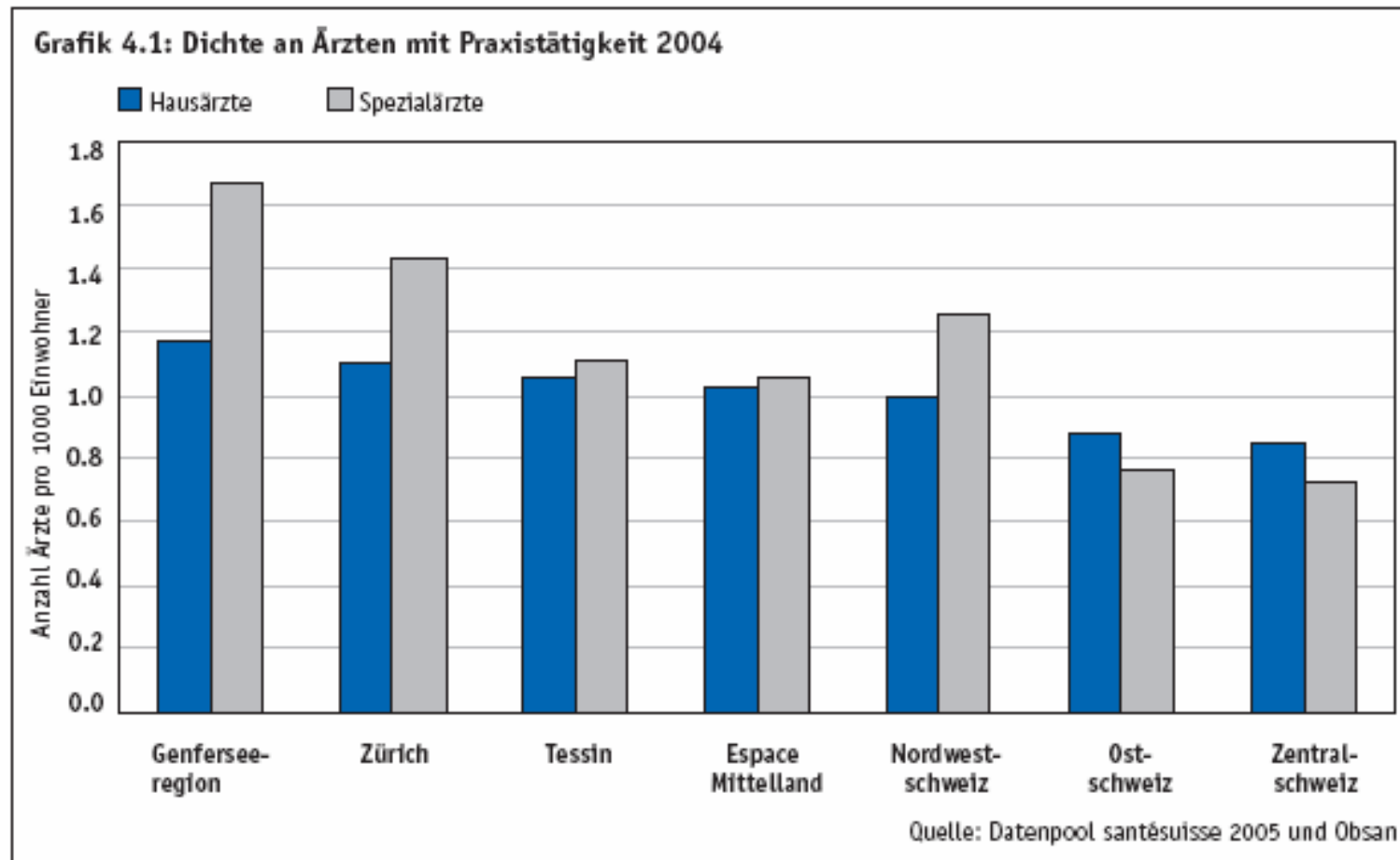
Alternative Abrechnungsverfahren

Überprüfung des Leistungskatalogs

3 Reformbereiche

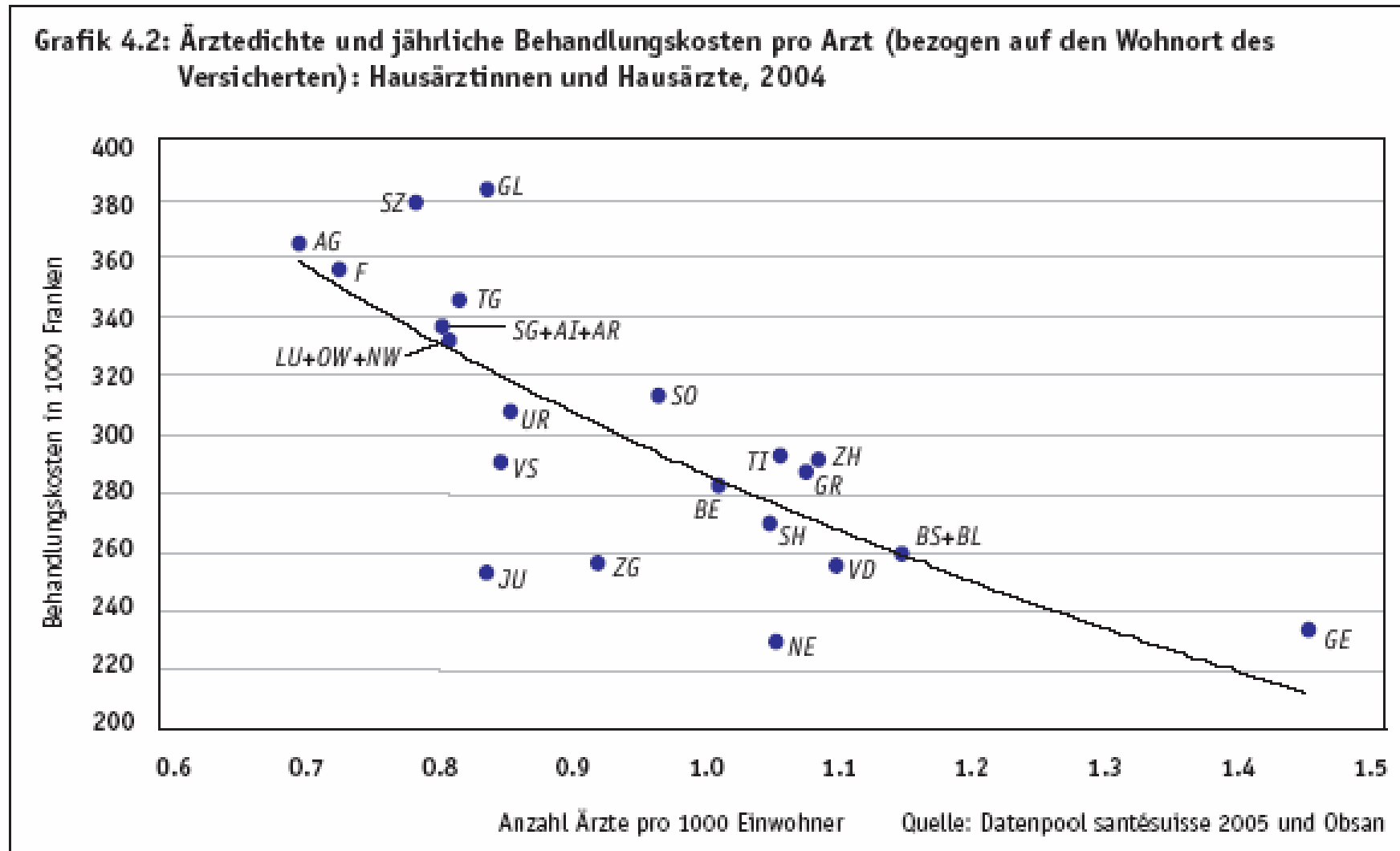
3.2 Die Vergütung der ärztlichen Leistungen

Problem der ‚Ärztenschwemme‘



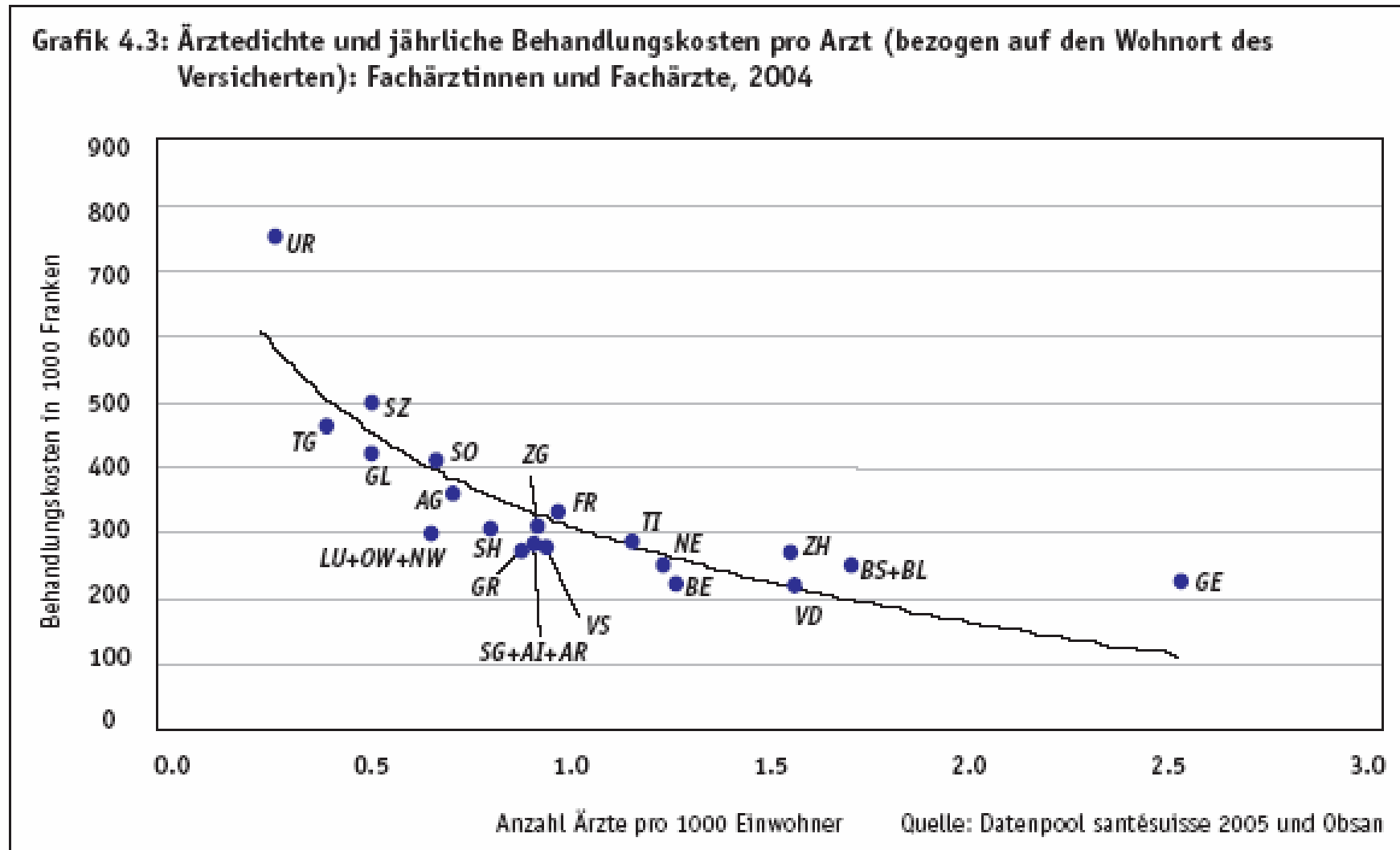
3 Reformbereiche

3.2 Die Vergütung der ärztlichen Leistungen



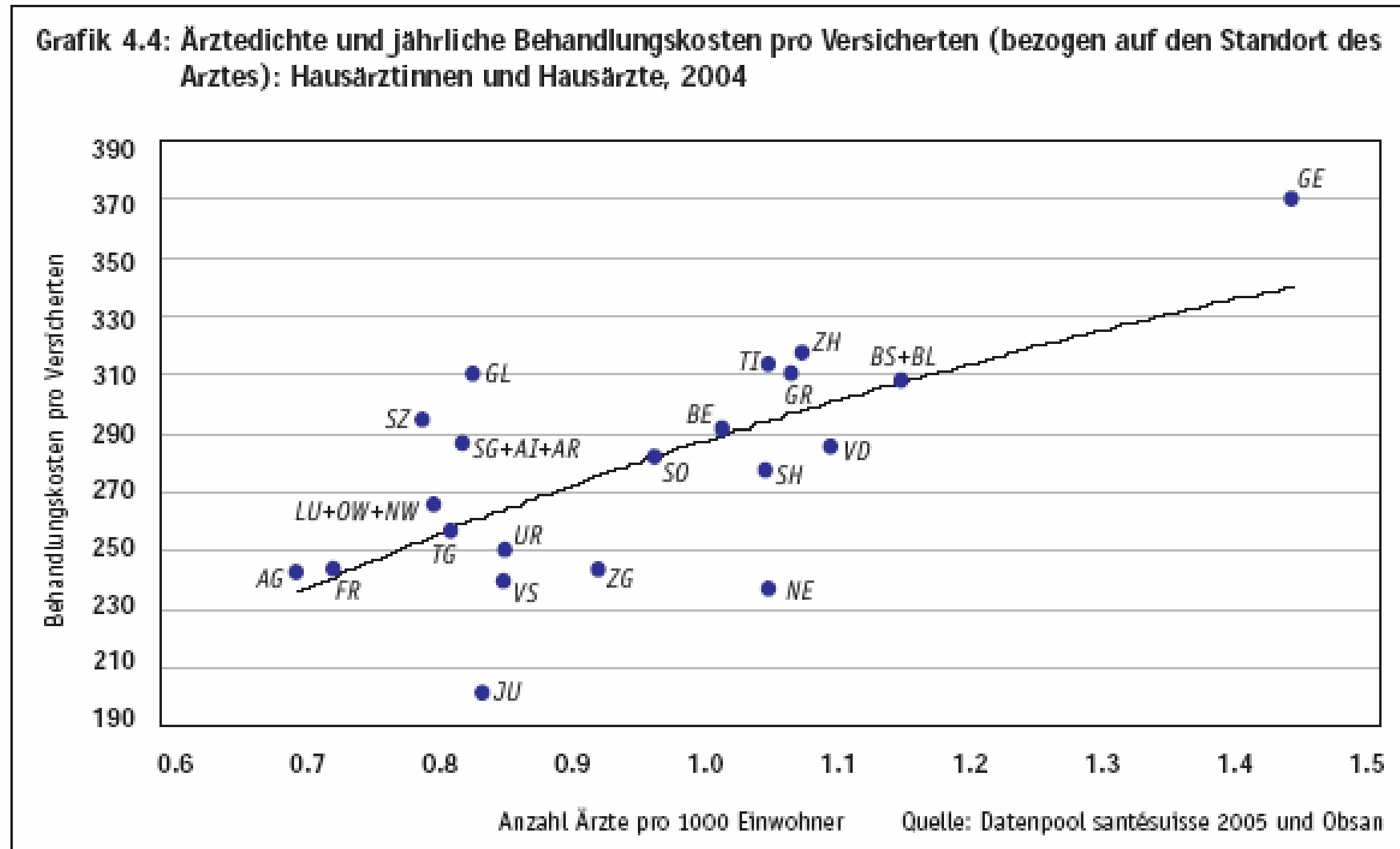
3 Reformbereiche

3.2 Die Vergütung der ärztlichen Leistungen



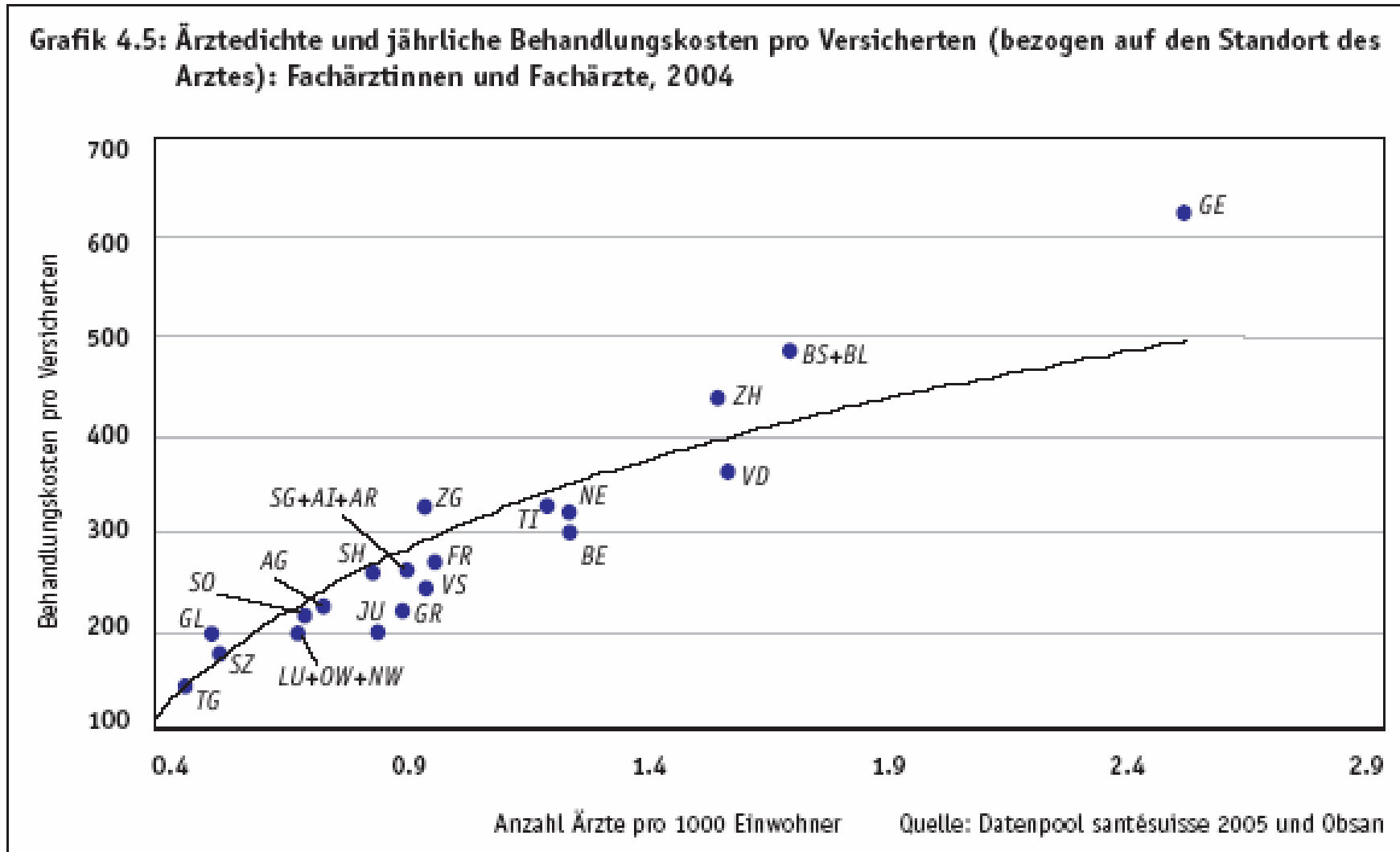
3 Reformbereiche

3.2 Die Vergütung der ärztlichen Leistungen



3 Reformbereiche

3.2 Die Vergütung der ärztlichen Leistungen



3 Reformbereiche

3.2 Die Vergütung der ärztlichen Leistungen

Problem der ‚Ärztenschwemme‘

- ⇒ **Beschränkung der Zahl der Ärzte (?)**
- ⇒ **Aufhebung des Kontrahierungszwangs**

Finanzielle Mitverantwortung der Ärzte

HMO

Hausarztmodelle

3 Reformbereiche

3.3 Die Finanzierung der Spitäler

- Ausgangspunkt:**
- (i) Knapp die Hälfte der Kosten des Gesundheitssystems entfallen auf die stationäre Behandlung; dieser Anteil ist in der Schweiz (im Gegensatz zu anderen Ländern) in den vergangenen Jahrzehnten nahezu konstant geblieben.**
 - (ii) Die Verweildauer ist in der Schweiz im internationalen Vergleich sehr hoch.**

- Ursachen:**
- Finanzierung der Spitäler**
- (i) Taggeldpauschalen**
 - (ii) Duale Finanzierung**

3 Reformbereiche

3.3 Die Finanzierung der Spitäler

Möglichkeit: Einführung von Fallpauschalen

Problem:

- (i) Anreiz für die Spitäler zur selektiven Auswahl der Risiken.**
- (ii) Anreiz für die Spitäler, Patienten zu früh zu entlassen.
(Möglichkeit einer zweiten Aufnahme)**
- (iii) Spielraum bei der Definition der Indikatoren**

⇒ Notwendigkeit eines Qualitätssicherungssystems

3 Reformbereiche

3.3 Die Finanzierung der Spitäler

Probleme der dualen Finanzierung:

- (i) Subventionierung der stationären zu Ungunsten der ambulanten Behandlung**
- (ii) Benachteiligung alternativer Behandlungsmodelle (HMO)**
- (iii) Beschränktes Interesse der Krankenkassen an Tarifsenkungen**
- (iv) Schwierigkeit der Schliessung öffentlicher Spitäler**

Alternative: Monistische Finanzierung

Voraussetzung: Wirkliche Unabhängigkeit auch der öffentlichen Spitäler

Notwendig: Zusätzliche Prämienverbilligung

Weitere Alternative: Vorschlag Leu/Poledna (als Übergangslösung)

- a) Regulator legt Leistungskatalog fest und nimmt die Qualitätsüberprüfung vor**
- b) Bundesrat legt die Quote der überlebenden Spitäler fest.**

3 Reformbereiche

3.4 Die Preise von Arzneimitteln

Ausgangspunkt: In der Schweiz sind die Preise für Arzneimittel im Allgemeinen deutlich teurer als im umliegenden Ausland

- Möglichkeiten:**
- (i) Zulassung von Parallelimporten
(Problem: Mögliche Auswirkungen auf den Forschungsstandort Schweiz?)**
 - (ii) Anpassung der Preise von noch patentgeschützten Gütern.**
 - (iii) Förderung des Verbrauchs von Generika**
 - (iv) Trennung von Arzt und Apotheke**

3 Reformbereiche

3.5 Massnahmen zur Kostendämpfung

- (i) Im Bereich der Grundversorgung sollte bei der Krankenversicherung der Kontrahierungszwang aufgehoben werden. Den Versicherungen sollte es freigestellt werden, nur mit einer Auswahl von Ärzten und/oder Spitälern Verträge abzuschliessen, soweit dadurch die Erbringung der in der Grundversorgung vorgesehenen Leistungen gewährleistet ist, bzw. es sollte ihnen möglich sein, neben Verträgen mit freier Arztwahl auch solche mit eingeschränkter Arzt- bzw. Klinikwahl anzubieten. Dies ist die vielleicht wichtigste Massnahme, denn dadurch könnte bei den Ärzten wie bei den Kliniken ein Druck zur Kostensenkung entstehen, der der Tendenz zur anbieterinduzierten Nachfrage entgegenwirken würde.**
- (ii) Zudem sollte der Risikoausgleich nicht nur endgültig festgeschrieben, sondern auch verfeinert werden, indem er prospektiv ausgerichtet wird und sich an bestimmten, klar erkennbaren Indikatoren orientiert. Dadurch könnte bei den Versicherungen der Anreiz zur Risikoselektion zwar nicht vollständig beseitigt, aber doch stark vermindert werden, so dass diese sich stärker um Massnahmen der Kostensenkung bemühen müssten, um ihren Versicherten günstige Prämien anbieten zu können.**

3 Reformbereiche

3.5 Massnahmen zur Kostendämpfung

- (iii) Es sollten den Versicherungen mehr Möglichkeiten gegeben werden, den Selbstbehalt und die Franchisen auszugestalten. Insbesondere aber sollten die Prämienreduktionen bei neuen Organisationsformen wie den HMO's so ausgestaltet werden können, dass die Verträge für Versicherte attraktiv werden und somit die mit diesen Vertragsformen möglichen Kosteneinsparungen auch realisiert werden können.**
- (iv) Bei den Spitälern sollte, so weit dies geht, von der Taggeldpauschale zur Fallpauschale übergegangen werden. Um die bei dieser Finanzierungsform möglichen Probleme zu vermeiden, müsste (z.B. nach dem Vorbild der Vereinigten Staaten) eine entsprechende Kontrollorganisation geschaffen werden. Damit könnten erhebliche Kosteneinsparungen im Spitalbereich realisiert werden, ohne die Qualität der Versorgung zu beeinträchtigen.**
- (v) Als weiterer Zwischenschritt sollte im Spitalwesen ein Binnenmarkt realisiert werden. Dies erforderte die Einsetzung eines nationalen Kontrollorgans, welches zum einen den Leistungskatalog festlegt als auch bundesweite Qualitäts- und Kostenvergleiche zwischen den Spitälern bzw. ihren Abteilungen durchführt. Dies würde Wettbewerbsanreize zur Steigerung der Qualität vermitteln sowie den Patienten Transparenz verschaffen.**

3 Reformbereiche

3.5 Massnahmen zur Kostendämpfung

- (vi) Längerfristig sollte von der dualen auf eine monistische Spitalfinanzierung übergegangen werden, bei der, sieht man einmal von gemeinwirtschaftlichen Leistungen wie z.B. dem Notfalldienst ab, die Krankenhäuser ausschliesslich von den Krankenversicherungen finanziert werden. Zusammen mit der Aufhebung des Kontrahierungszwangs würde dies die Krankenkassen in ihren Verhandlungen mit den Spitälern in eine sehr viel stärkere Position versetzen, um dort Kostensenkungen durchzusetzen. Die dabei erforderlichen Prämienerhöhungen könnten dadurch aufgefangen werden, dass die Kantone mit jenen Finanzmitteln, die sie heute zur Finanzierung der Spitäler aufwenden, die Prämien der Versicherten verbilligen. Dadurch könnte die monistische Finanzierung realisiert werden, ohne dass die Belastung der Bürgerinnen und Bürger erhöht würde. Wegen der dadurch möglichen Kosteneinsparungen könnte diese Belastung vermutlich sogar für alle gesenkt werden.**

3 Reformbereiche

3.5 Massnahmen zur Kostendämpfung

- (vii) Bei neu zugelassenen Medikamenten sollten neben der Überprüfung an der ausländischen Preisentwicklung nach zwei Jahren in regelmässigen Abständen weitere Überprüfungen stattfinden, um die Preise dieser Medikamente nicht für fünfzehn Jahre festzuschreiben. Damit könnten die Preise in der Schweiz näher an das heute zum Teil deutlich tiefere Preisniveau in Nachbarstaaten herangebracht werden.**
- (viii) Es ist sorgfältig zu überprüfen, ob nicht von der heute gültigen nationalen Erschöpfung bei patentgeschützten Gütern zur regionalen Erschöpfung übergegangen werden sollte, d.h. ob Re- bzw. Parallelimporte aus den Ländern der Europäischen Union nicht auch bei diesen Gütern zugelassen werden sollten, und wie dies bewerkstelligt werden könnte. Daraus könnte sich ein merklicher Preisdruck auf die Medikamentenpreise in der Schweiz ergeben.**

5 Abschliessende Bemerkungen

Zur Rolle des Wettbewerbs im Gesundheitswesen

- **Intention des KVG (1996): Kostendämpfung durch Stärkung des Wettbewerbs**
 - aber:** (i) **Der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen geht eher um günstige Risiken als um tiefe Kosten.**
 - (ii) **Probleme wie die anbieterinduzierte Nachfrage lassen sich auch durch Wettbewerb nicht aus der Welt schaffen.**
- ⇒ **Notwendigkeit einer sinnvollen Regulierung als Ergänzung.**
- **Selbst wenn der Wettbewerb die Probleme lösen könnte, wollen wir ihn nicht überall:**
 - (i) **keine risikogerechten Prämien (Verteilung)**
 - (ii) **kein Organhandel (moralische Einwände)**
 - (iii) **Patentschutz (Forschungsförderung)**
- ⇒ **Es kann nur um einen regulierten Wettbewerb gehen.**

5 Abschliessende Bemerkungen

Zur Rolle des Wettbewerbs im Gesundheitswesen

Vorschläge der Kommission für Konjunkturfragen:

(i) Vorschläge zur Stärkung des Wettbewerbs:

- **Aufhebung der Kontrahierungszwangs**
- **grössere Freiheit der Versicherungen bei der Ausgestaltung der Verträge**
- **Verwirklichung des Binnenmarktes bei den Spitälern**
- **monistische Spitalfinanzierung**

(ii) Verbesserung der Regulierung

- **Verbesserung des Risikoausgleichs**
- **Übergang von der Taggeld- zur Fallpauschale**

⇒ **Wettbewerb kann bei vernünftiger staatlicher Regulierung zur Lösung der Probleme des schweizerischen Gesundheitswesens beitragen, auch wenn es nicht die ideale Lösung gibt.**