



Health System Watch



Jahresthema: Finanzierung aus einer Hand II

Thomas Czypionka, Monika Riedel, Gerald Röhrling, Stefan Eichwalder*

Finanzierung aus einer Hand II

Auf Basis theoretischer und empirischer Literatur sowie von *case studies* zur Gesundheitsfinanzierung und zu deren Reformen in neun Ländern haben wir zu den Elementen der Finanzierungsstrukturen im Gesundheitswesen Erkenntnisse zusammengetragen, auf deren Basis wir mögliche Modelle erarbeiten werden, die eine „Finanzierung aus einer Hand“ realisieren. Es zeigt sich, dass auch international zum Teil große Veränderungen notwendig waren, um zeitgemäße Strukturen zu schaffen. Eine solche Neuordnung muss aber zielgerichtet und mit der notwendigen Ausdauer betrieben werden.

Einleitung

In der letzten Ausgabe des Health System Watch haben wir zunächst den Analyserahmen beschrieben, der unserer Arbeit zugrunde liegt. Danach haben wir als Ausgangspunkt die Finanzströme im österreichischen Gesundheitswesen dargestellt und wichtige Probleme in seiner Finanzierung noch einmal angesprochen.

Als Beispiele für jüngste Reformen haben wir dann exemplarisch die Finanzierungsreformen zweier Sozialversicherungsländer, Deutschlands und der Niederlande, und des staatlichen Systems in England dargestellt.

In dieser Ausgabe wollen wir einige Erkenntnisse zu den drei Bereichen Mittelaufbringung, Mittelpooling und Einkauf darstellen, die auf umfangreicher theoretischer und empirischer Literatur und unseren *case studies* von neun Ländern und ihren Reformen der Gesundheitsfinanzierung basieren, sowie Anforderungen an die „eine Hand“ definieren. Die Darstellung erfolgt in diesem Rahmen notwendigerweise zusammenfassend. Der Projektbericht wird aber zur ausführlicheren Lektüre zur Verfügung stehen.

Finanzierung
aus einer Hand

Einleitung

*Alle: Institut für Höhere Studien
 Stumpergasse 56, A-1060 Wien, Telefon: +43/1/599 91-127, E-Mail: thomas.czypionka@ihs.ac.at.
 Frühere Ausgaben von Health System Watch sind abrufbar im Internet unter: <http://www.ihs.ac.at>.





Mittelaufbringung

Bausteine der Analyse

Mittelaufbringung

Die Aufbringungsseite ist zwar für die Systemperformance weniger entscheidend, da (theoretisch) die nachgeschalteten Funktionen unabhängig von dieser ausgestaltet werden können, aber es haben sich klassischerweise bestimmte Gemeinsamkeiten in Abhängigkeit von der Mittelaufbringung entwickelt.¹ Als Teil der Finanzierungsströme hat sie für die Finanzierungs- und Verwendungsgerechtigkeit, welche Teil des Zielkatalogs der WHO sind und die es somit auch für die „eine Hand“ zu erreichen gilt, Bedeutung.

Außerdem sind einige bisher aufgebrachte Reformvorschläge direkt mit einer Änderung der Finanzierungsbasis verknüpft. Da die Ziele der Finanzierungs- und Verwendungsgerechtigkeit in Österreich und Europa weitgehend konsensual sind, können wir die Diskussion an dieser Stelle trotz ihrer Komplexität² kurz halten und auf den Bericht verweisen: Die Finanzierung sollte sich auf der Aufkommensseite an der Zahlungsfähigkeit orientieren, auf Seiten der Inanspruchnahme an den gesundheitlichen Bedürfnissen, sofern diese im Rahmen der Tragung durch die Solidargemeinschaft liegen.³ Grundsätzlich lassen sich jedoch sowohl primär steuerfinanzierte und sozialversicherungsbasierte Gesundheitssysteme hinreichend proportional oder progressiv gestalten, um dieser Forderung Rechnung zu tragen.

Daher legen wir den Schwerpunkt der Analyse hier auf die Frage, welche Bedeutung die Steuerfinanzierung für Österreich hat bzw. haben sollte. Dabei ist zunächst festzustellen, dass die Quelle aller Mittel im Gesundheitswesen die Bevölkerung ist, unabhängig von nachgeschalteten institutionellen Arrangements.⁴ Diese spielen aber eine wesentliche Rolle in der Ausgestaltung der *principal-agent*-Beziehung zwischen dem Bürger, seiner „Krankenversicherung“⁵ und dem Leistungserbringer, wie auch immer diese ausgestaltet ist. Zudem ist das institutionelle Arrangement auch mit Tradition und gesellschaftlichen Werten verbunden.

Ist ein Systemwechsel nötig?

Ist ein Systemwechsel nötig?

Bei oberflächlicher Betrachtung entsteht manchmal der Eindruck, dass steuerfinanzierte Gesundheitssysteme besser arbeiten, und dieser Eindruck hat auch immer wieder zu entsprechenden Vorschlägen in Österreich geführt. Daher erscheint es angebracht, diese grundsätzliche Frage im Rahmen der Überlegungen zur „Finanzierung aus einer Hand“ zu diskutieren. Zu diesem Eindruck verleiten vor allem die Gesundheitsquoten. In Abbildung 1 sind die Gesundheitsquoten einiger Länder zusammen mit ihren Indizes in zwei Zeitpunkten dargestellt. „Vorbildliche“ Länder wie Dänemark oder Norwegen haben hier deutlich geringere Gesundheitsquoten als Österreich, Deutschland oder Frankreich. Die Gesundheitsquoten alleine können jedoch täuschen, zumindest was die Ausgaben betrifft.

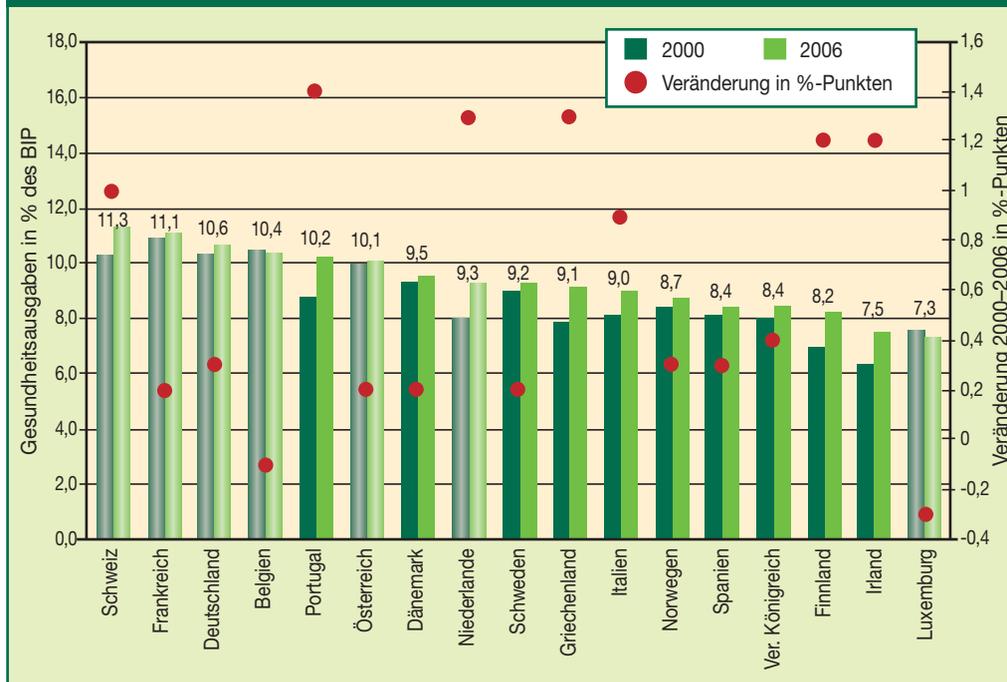
In Abbildung 2 sind die Gesundheitsausgaben pro Kopf kaufkraftbereinigt dargestellt. Die Erkenntnis, dass Sozialversicherungsländer mehr für Gesundheit ausgeben, bleibt zwar stabil. Allerdings wird der Abstand der nordischen Staaten in dieser Betrachtung wesentlich geringer. Dies beruht darauf, dass das BIP der skandinavischen Staaten wesentlich höher ist als das Österreichs. Besonders deutlich ist der Unterschied für Norwegen, welches nun zu den Spitzenreitern in Europa gehört. Unrühmlich allerdings, sind die Gesundheitsausgaben pro Kopf in Österreich nun auch innerhalb der vergleichbaren Sozialversicherungsländer ein Ausreißer

- 1 Eine Kurzfassung eines recht umfangreichen gesundheitspolitischen Diskurses, u. a. Jönsson/Musgrove 1997, Kutzin 2001, Docteur/Oxley 2003, Mossialos et al. 2005, Hsiao 2007
- 2 Neben der Diskutierbarkeit des Gerechtigkeitsbegriffs selbst sind für die Gerechtigkeit auch bspw. private Zuzahlungen, unterschiedliche Inanspruchnahmestrukturen und der zeitliche Horizont relevant.
- 3 Dieser Grundsatz ist unseres Erachtens nach mit Maßnahmen gegen *moral hazard*, wo nötig, vereinbar.
- 4 Diese Feststellung erscheint zunächst banal, wird aber im politischen Diskurs gerne vergessen. Sie rechtfertigt letztlich auch, beste Optionen zunächst unabhängig vom Status quo zu überlegen. Tatsächliche Reformen müssen natürlich pfadabhängig durchgeführt werden.
- 5 Auch ein staatliches Gesundheitswesen erfüllt eine Krankenversicherungsfunktion.



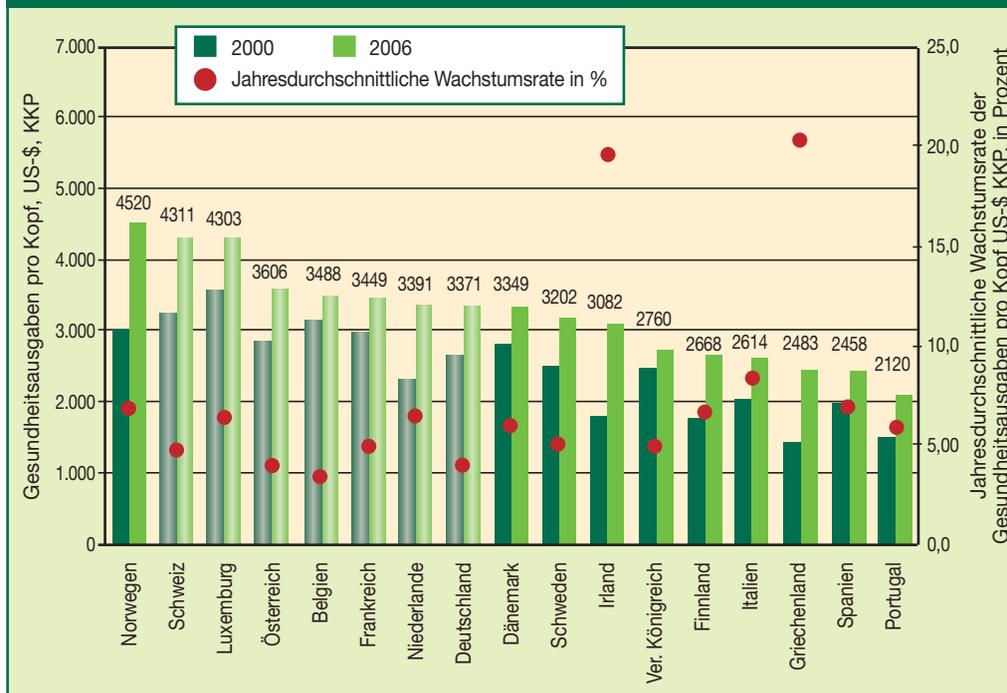


Abbildung 1: Gesundheitsquoten im Vergleich



Anmerkungen:
 Alle Länder OECD-System of Health Accounts (SHA) außer GRE, ITA, GBR, FIN und IRL;
 LUX, BEL, FRA, DEN, ESP: 2003–2006; SWE 2001–2006; GBR: 2004–2006;
 Blasse Balken: Sozialversicherungsländer, dunkle Balken: steuerfinanzierte Länder
 Quelle: OECD-Gesundheitsdaten, Juni 2008, eigene Berechnungen 2008.

Abbildung 2: Gesundheitsausgaben pro Kopf, in US-\$, kaufkraftbereinigt



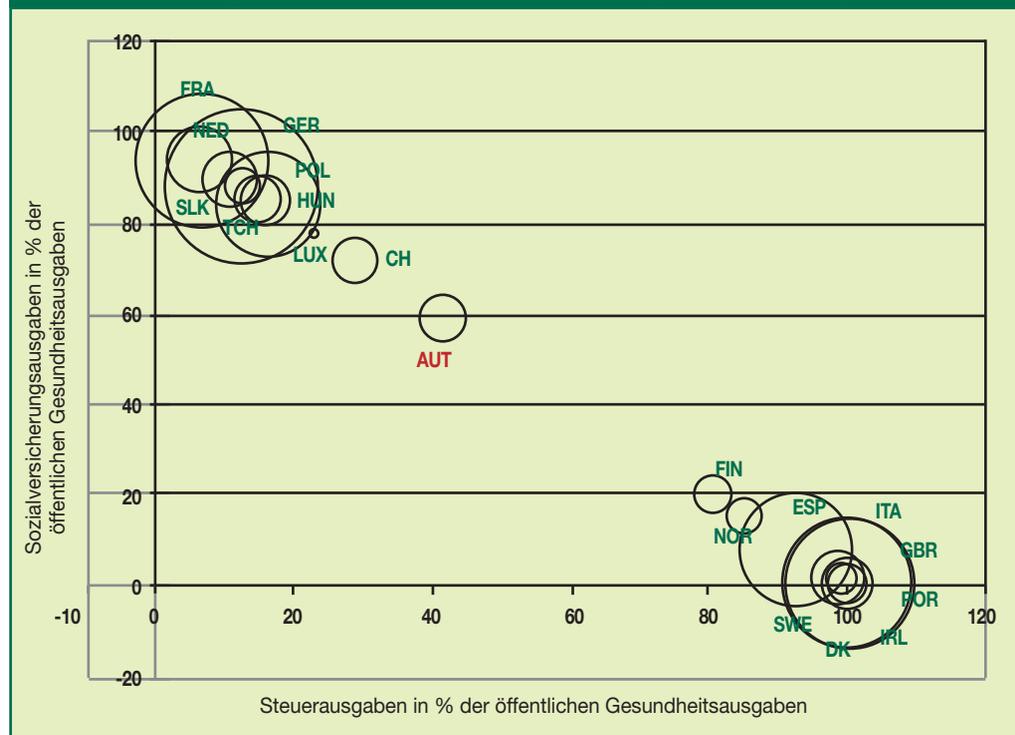
Anmerkungen:
 Alle Länder OECD-System of Health Accounts (SHA) außer GRE, ITA, GBR, FIN und IRL;
 LUX, BEL, FRA, DEN, ESP: 2003–2006; SWE 2001–2006; GBR: 2004–2006;
 Blasse Balken: Sozialversicherungsländer, dunkle Balken: steuerfinanzierte Länder
 Quelle: OECD-Gesundheitsdaten, Juni 2008, eigene Berechnungen 2008.





nach oben. Dies liegt sicher zum Teil an den bereits hinlänglich bekannten Effizienzproblemen. Bezüglich der Zusammensetzung der Gesundheitsausgaben ist Österreich viel stärker als andere Sozialversicherungsländer steuerfinanziert (Abbildung 3).

Abbildung 3: Öffentliche Gesundheitsfinanzierung nach Financiers, 2006



Anmerkungen: DK, NED, GBR: Werte 2002; SLK: Werte 2005; LUX, CH: Schätzwerte
Quelle: OECD-Gesundheitsdaten Stand Juni 2008, eigene Berechnungen 2008.

Dies mag erklären helfen, weshalb sich Österreich besonders „schwertut“, eine Finanzierung aus einer Hand zu erreichen: Das System wird stärker als in anderen Sozialversicherungsländern durch die Gebietskörperschaften getragen.

Systemwechsel: machbar und sinnvoll?

Die grundlegende Ausrichtung des Gesundheitssystems in Richtung Sozialversicherung oder wohlfahrtsstaatliches Beveridge-System ist eine sehr traditionsgeprägte, gewachsene und tiefgreifende, insbesondere bezüglich der (westeuropäischen) Sozialversicherungstradition. Saltman 2004 nennt für Letztere als wesentliches Charakteristikum die Verankerung in der Zivilgesellschaft, die sich der Selbstverwaltung bedient und dementsprechend private Finanzierung und Leistungserbringung bevorzugt und so mit einer gewissen Stabilität in der Gesundheitsversorgung assoziiert wird. Wir sehen auch tatsächlich, dass die steuerfinanzierten Länder, insbesondere England, viel schneller zu Einschnitten in budgetkritischen Zeiten neigen. In unseren Fallstudien haben wir auch festgestellt, dass die wesentlichen Probleme, auch der nordischen Staaten, in der Ausstattung und daraus resultierenden Wartelisten sowie lokaler Unterversorgung liegen. Auch die Wahlfreiheit ist deutlich eingeschränkt: Der „gatekeeper“ ist die Regel in den staatlichen Gesundheitssystemen, und erst langsam setzt sich bezüglich der Krankenhäuser Wahlmöglichkeit durch.

Den etwas höheren Kosten in SV-Ländern steht also auch eine Gegenleistung gegenüber. Einschränkungen der Wahlfreiheit im Gesundheitswesen würden denn auch relativ hohe Kompensationszahlungen erfordern (Zweifel 2007) und stellen also einen nicht unerheblichen Wert für die Bevölkerung dar. Auch mit dem *purchaser-provider-split*, der die *responsiveness* und Effizienz im Vergleich zu verstaatlichten Leistungserbringern heben soll, tun sich klassische

Systemwechsel:
machbar und
sinnvoll?





steuerfinanzierte Systeme deutlich schwerer. Entsprechende Versuche sind oft mit Zielkonflikten behaftet: Der Träger von Krankenhäusern soll sich quasi selbst zu Effizienz anregen. Solche Versuche bleiben oft unvollständig, wie beispielsweise in Schweden oder Italien, und führen ihrerseits zu einem Kostenanstieg.

Dennoch hat es in der Geschichte einige Systemwechsel in beide Richtungen gegeben (Saltman/Dubois 2004). So führte der Zweite Weltkrieg zur Einführung eines steuerfinanzierten Systems in England; auch Dänemark und Norwegen schlugen diesen Weg 1973 bzw. 1967 ein. Etwas später entschieden sich auch Italien (1978) und die postdiktatorischen Länder Spanien (1986) und Griechenland (1983) zu diesem Schritt. Die Schweiz, Deutschland, Belgien, Österreich, Luxemburg, Frankreich und die Niederlande sahen hingegen keine Notwendigkeiten für diese Vorgehensweise und entschlossen sich, das bisherige Sozialversicherungssystem weiterzuentwickeln. Tatsächlich war Italien 1978 das letzte Land, das diesen Schritt ohne besondere Ereignisse (Ende eines Krieges, einer Diktatur) durchführte.

Auch die umgekehrte Systementscheidung ist beobachtbar und prägt die jüngere Zeit. So sind praktisch alle Transformationsstaaten des Ostens, die vorher das (natürlich eher staatlich orientierte) Semaschko-System der Gesundheitsversorgung implementiert hatten, den Weg in Richtung soziale Krankenversicherung gegangen. Auch zahlreiche Schwellenländer haben sich für ein Sozialversicherungssystem entschieden.

Systemmix statt Systemwechsel

Es dürften sich also Vor- und Nachteile beider Systemfamilien die Waage halten. Diesen Befund stellten schon Figueras et al. 2004 in einem umfangreichen Review, und wir kommen in unseren Untersuchungen zu demselben Schluss. Es ist hingegen zu bedenken, dass ein völliger Systemwechsel mit ganz erheblichen Friktionskosten verbunden wäre, auch deshalb, weil die Bevölkerung bereits an die Vorzüge des bestehenden Systems gewöhnt ist. Nicht umsonst spricht sich auch der Deutsche Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2003 gegen einen solchen Schritt aus. Ein Wechsel wäre also mehr ideologisch denn wissenschaftlich begründbar.

Tatsächlich besteht auch innerhalb der „zwei“ Systeme starke Heterogenität bzw. gibt es große Überschneidungen, sodass eine Forderung nach einem „Systemwechsel“ stark vereinfachend ist. Staatliche Gesundheitssysteme können z. B. aus dem allgemeinen Steueraufkommen finanziert (z. B. England) oder ebenfalls einkommensbasiert (z. B. Schweden) sein. Die Organisation kann Sache der Regionen und Gemeinden sein oder aber in einer parallelen NHS-Struktur, ähnlich einer Versicherung, erfolgen. Es lassen sich dort auch verschiedene Experimente mit einem *purchaser-provider-split* beobachten. Insgesamt lässt sich also sagen, dass die klassischen Grenzen längst verschwommen sind.

Ist nun in der Sozialversicherungswelt alles in Ordnung? Sicher nicht. Eine Weiterentwicklung ist dringend erforderlich, da das gegenwärtige System einige Schwächen aufweist und umgekehrt potenzielle Stärken zu wenig ausspielt. Wir beobachten auch tatsächlich große Umwälzungen in den anderen Sozialversicherungsländern, wie wir in der letzten Ausgabe an den Beispielen Niederlande und Deutschland gezeigt haben. Ein immer wieder diskutiertes Problem ist die singuläre Basierung der Finanzierung auf Arbeitseinkommen. Dies macht die Finanzierungsbasis weniger diversifiziert und erhöht die Lohnnebenkosten. Die Erwägungen sind an dieser Stelle recht komplex.⁶ Im Ergebnis ist wohl eine gemischte Finanzierung, die nicht nur auf einkommensabhängigen Beiträgen beruht, sinnvoll und notwendig. Insofern könnte Österreich von seinem vergleichsweise hohen Steueranteil sogar profitieren, wenn dieser in „eine

6 U. a.: Die Dediziertheit der SV-Beiträge und die damit verbundene Berechtigung zur Inanspruchnahme erhöhen das Arbeitsangebot und die Bereitschaft, diese „Steuer“ zu leisten – die Verringerung des verfügbaren Einkommens senkt es. Welcher Effekt überwiegt, dafür liegt gemischte Evidenz vor. Zuletzt hat Wagstaff 2009 eine Reduktion des Angebotes festgestellt, mischt aber Länder unterschiedlicher Entwicklungsstufen. Es ist nachvollziehbar, dass weniger entwickelte Länder sich schwerer tun, ein Abgleiten in die Schwarzarbeit zu verhindern. Zudem reduzieren z. B. Verbrauchssteuern, die das Gesundheitswesen finanzieren, ebenfalls den Reallohn.



Hand“ kanalisiert werden würde. Tatsächlich zeigt sich in den Fallstudien, dass dieser Weg gewählt wurde: Steuermittel werden subsidiär in praktisch allen anderen SV-Ländern in die Krankenversicherungen eingespeist, entweder direkt über die Fondslösungen (Frankreich, Deutschland) oder als Subvention, wenn Pauschalprämien (Schweiz) existieren, oder beides (Niederlande). Dabei ist in der Regel auch eine Zweckbindung zu beobachten, also als soziale Unterstützung oder für Mitversicherte (Kinder) sowie für besondere Aufgaben.

Ein zweites Problem einer reinen SV-Beitragslösung liegt im Bereich des Abdeckungsgrads, der in staatlichen Gesundheitssystemen natürlicherweise umfassend ist. Dort muss allerdings von vorneherein mit einem *freerider*-Problem gerechnet werden. Die von einem geringen Abdeckungsgrad am meisten betroffenen Staaten (Schweiz und die Niederlande) haben zudem inzwischen eine Versicherungspflicht eingeführt. Österreich hat bereits von vorneherein einen hohen Abdeckungsgrad von über 98 Prozent. Um hier ein *freeriding* trotz möglichst vollständiger Abdeckung zu vermeiden, wäre nicht nur eine Versicherungspflicht als Verbesserungsmöglichkeit anzudenken, sondern alternativ eine Ausweitung der Versicherung als Hilfestellung des Staates an tatsächlich Bedürftige.

Ein weiteres Problem ist sicher auch der Bereich *public health*. In Ländern mit Versicherungswahl stellt dies ein besonders großes Problem dar, was auch empirisch zumindest im Fall Brustkrebs nachgewiesen wurde (Wagstaff 2009). Denn die in Zukunft anfallende Krankheitslast ist für die Krankenversicherung eine Externalität, wenn der Versicherte, der mit Präventivmaßnahmen versorgt wird, die Versicherung wechselt. Für Länder ohne Versicherungswahl ist hier jedoch denkbar, dass Mittel für diesen Bereich an die „eine Hand“ zweckgebunden überwiesen werden.

Die Verankerung der Sozialversicherung abseits der allgemeinen Politik ermöglicht auch eine bessere *accountability*, eine Konzentration auf gesundheitsrelevante Zielsetzungen und ermöglicht eine leichtere Trennung in Anbieter und Nachfrager. Allerdings müssen diese Potenziale auch genutzt werden, und dies scheint in Österreich nicht immer der Fall zu sein. Eine verstärkte Einbindung der Versicherten und deren Präferenzen ist sogar geradezu die Voraussetzung für die Autonomie der Versicherung von unmittelbaren staatlichen Strukturen, das Funktionieren der Selbstverwaltung ebenso. Ein wiederholtes Versagen durch Uneinigkeit und egoistisches Handeln von Arbeitnehmerseite, Arbeitgeberseite und Ärzteschaft hat z. B. zu wiederholten schweren staatlichen Eingriffen in Frankreich geführt. Eine bessere Entfaltung dieser Potenziale wird unabdingbar sein. Dies gilt auch für Verbesserungen im folgenden Bereich.

Pooling

Das Ziel der Solidarität kann nur durch *pooling* von Gesundheitsrisiken und Beitragszahlungen erreicht werden. Während in (regionalisierten) steuerfinanzierten Ländern diese Vorgaben vor allem durch die geographische Fragmentierung durchbrochen und durch einen Finanzausgleich (teilweise) ausgeglichen werden, ist eine Fragmentierung in Sozialversicherungssystemen durch die Mitgliedschaft gegeben, die traditionell auf Beruf oder/und Wohnort beruht. Es erscheint sinnvoll, diese historisch begründete Fragmentierung aufzuheben, um die unterschiedlichen Einkommen und Gesundheitsrisiken besser zu poolen.

In Österreich geschieht dies bisher nur im Bereich der Gebietskrankenkassen und nur mit sehr geringem Volumen. Tatsächlich sind in den beobachteten Sozialversicherungsländern berufsständische und regionale Fragmentierungen in Auflösung begriffen. Wo die freie Versicherungswahl besteht, ist diese Fragmentierung natürlicherweise nicht mehr anzutreffen, und dies ist in allen westlichen Sozialversicherungsländern mit Ausnahme Österreichs und Frankreichs der Fall. Fast alle Sozialversicherungsländer verfügen daher mittlerweile auch über die eine oder andere Form des Risikostrukturausgleichs, denn mit der Versichertenwanderung entstehen auch wieder Ungleichheiten in den Risiken und Einkommenshöhen.

In Deutschland wurde das Beitragspooling zentralisiert, wie dies in den Niederlanden im

Pooling





Bereich der Arbeitgeberbeiträge bereits geschieht.⁷ In der Schweiz wird nicht über einen *pool* ausgeglichen, sondern es bestehen Ausgleichszahlungen zwischen den Kassen, wobei um die Formel naturgemäß heftige Diskussionen geführt werden. In Frankreich stellt sich das Problem weniger, da die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung im *régime générale*, der Selbstständigen- und der Bauernkrankenkasse versichert ist, welche unter dem gemeinsamen Dach der UNCAM⁸ agieren. Diese erhalten ihre Mittel aus dem ACOSS⁹, in dem die Beiträge gepoolt und mit Steuermitteln ergänzt werden.

Auch und gerade in den regionalisierten steuerfinanzierten Ländern besteht das Problem der geographischen Fragmentierung. Da hier das Gesundheitsbudget Teil des gesamten Finanzausgleichs ist, stehen nicht nur gesundheitspezifische Motivationen hinter der Mittelverteilung. Entsprechend dieser Problematik sind neben den Wartelisten auch regionale Unterschiede in der Versorgungsdichte ein Problem. Diese Problematik führt auch hier zu einschneidenden Reformschritten. So wurden in Dänemark die 14 Regionen auf fünf reduziert. In Norwegen wurde das gesamte Spitalswesen von Länder- auf Bundesebene gehoben und an fünf regionale Gesundheitsagenturen ausgelagert.

Versicherungswahl – die richtige Wahl?

Mit Ausnahme Österreichs und Frankreichs besteht in allen (westlichen) Sozialversicherungsländern mittlerweile die Wahl des Versicherungsträgers. Inwieweit ist also dieser Weg eine Option für Österreich?

Ähnlich wie in der Frage der Steuerfinanzierung ist auch hier eine differenzierte Sicht angebracht, denn das oberflächliche „Mehrheitsvotum“ kann ohne diese zu voreiligen Schlüssen verleiten. Zum Ersten ist zu bedenken, dass in sämtlichen steuerfinanzierten Gesundheitssystemen ebenfalls keine Wahl des Versicherungsträgers besteht, es sei denn, man ist bereit, dafür den Wohnort zu wechseln. Zum Zweiten sind unterschiedliche historische Entwicklungen zu beobachten. In zwei dieser Länder, Belgien und der Schweiz, besteht die Versicherungswahl schon seit Anbeginn der Krankenkassen, ist also Tradition. Speziell in der Schweiz hat dies auch zu einem ungerechten System geführt, welches keine Versicherungspflicht sowie risikoabhängige Prämien vorsah. Mit der großen Gesundheitsreform 1994 wurde das System hin zu einer Krankenversicherung nach sozialen Grundsätzen entwickelt. Die Prämien sind nicht mehr risikoabhängig, und es besteht Annahmepflicht seitens der Versicherung – der Wettbewerb wurde hier also verstärkt reguliert. In Belgien besteht durch die Kombination der Vielfalt der Nationalitäten und politischen Richtungen von vorneherein der gesellschaftliche Bedarf, die eigene Versicherung wählen zu können.

In Deutschland wie auch in den Niederlanden war ein wesentlicher Impuls zur Einführung eines Versichertenwettbewerbs das gar nicht so solidarische Krankenkassensystem, welches zu großen Unterschieden in den Prämien und vor allem in den Niederlanden zu einer hohen Zahl an Unversicherten führte. Ähnlich wie das Beispiel Frankreichs zeigt sich hier, dass der Reformdruck letztlich durch Schwächen in der Selbstverwaltung entstanden ist.

Empirische Ergebnisse – ernüchternd?

Das größte Problem der Versicherungswahl besteht jedoch darin, dass (soziale) Krankenversicherung durch große Marktmängel geprägt ist. So führt ein sozialer, risikounabhängiger Beitragssatz bei gleichzeitig hohen Einkommens- und Risikodifferenzen zu sehr starken Anreizen, die Versicherten zu selektieren. Um dies hintanzuhalten, mussten alle Sozialversicherungsländer Risikoausgleichssysteme erarbeiten. Derzeit allerdings existiert kein befriedigender Mechanismus, anhand der Versichertencharakteristika eine Mittelzuteilung so zu treffen, dass freier Versicherungswettbewerb ohne Risikoselektion stattfinden könnte. Wie wir schon über

Versicherungswahl – die richtige Wahl?

Empirische Ergebnisse – ernüchternd?

7 Diese Reformen waren Gegenstand des Health System Watch IV/2008.

8 Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie.

9 Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale.





die Entwicklung des deutschen Morbi-RSA berichtet haben, konnten selbst sehr komplexe Systeme nur einen Erklärungswert von 0,24 liefern (Reschke et al. 2005).

Van de Ven et al. 2003 haben die fünf Sozialversicherungsländer mit Kassenwettbewerb (Belgien, Deutschland, Israel, die Niederlande und die Schweiz) empirisch untersucht und kommen zum Schluss, dass Risikoselektion existiert und eine Zunahme zu befürchten ist, wenn die Risikoausgleichssysteme nicht verbessert werden. In einer *follow-up*-Studie (Van de Ven et al. 2007) kommen die Autoren zu dem Schluss, dass sich in den untersuchten Ländern die Risikostrukturausgleichssysteme zwar verbessert haben, aber gleichzeitig die Risikoselektion noch verstärkt wurde. Felder 2005 unterstützt diesen Befund für Deutschland, Shmueli et al. 2007 für Israel.

Wenigstens mehr Effizienz?

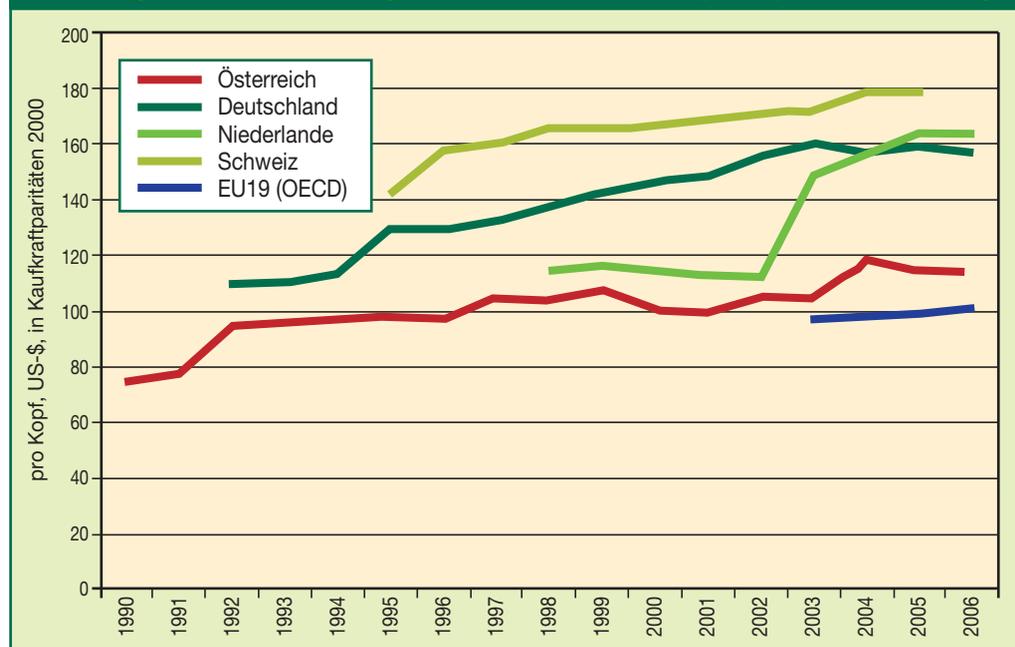
Ein weiteres Argument für die freie Wahl des Versicherungsträgers ist, dass man sich davon mehr Effizienz erwartet. Auch hier sind jedoch in der Realität die Befunde ernüchternd. Hintergrund ist zum einen, dass das Informationsgefälle Versicherer-Versicherungsnehmer wesentlich größer ist als dasjenige zwischen Versicherung und Leistungserbringer. Daher beobachten wir in unseren Fallstudien auch große Bemühungen im Wettbewerb um die Versicherungsnehmer, während der erhoffte Effekt auf Erbringerseite bisher größtenteils ausblieb. Daran sind sicherlich auch die immer noch sehr zögerlichen Reformschritte im Regulativ schuld. Allerdings bevorzugen auch in den Niederlanden, welche hier den größten Spielraum haben, die Versicherungen den Wettbewerb um Versicherte und schrecken vor den gegebenen Möglichkeiten selektiven Kontrahierens zurück, um Versicherte nicht zu verlieren.

Bleibt der Wettbewerb jedoch auf die Versicherungen beschränkt, ist kaum mit mehr Effizienz zu rechnen, da der Wettbewerb Aufwendungen für Marketing und Regulationsbehörden erfordert und transaktionskostenerhöhend wirkt. Tatsächlich beobachten wir weder bei den Gesundheitsausgaben noch bei den administrativen Ausgaben in den Niederlanden, Deutschland und der Schweiz seit Einführung des Wettbewerbs einen Effekt. Im Gegenteil – die administrativen Ausgaben sind im Vergleich zu Österreich deutlicher gestiegen (Abbildung 4).

In Österreich bestehen sowohl auf Aufkommens- als auch auf Verwendungsseite zwischen den Kassen ganz erhebliche Unterschiede. Wir leiten daraus den Reformbedarf ab, in Zukunft

Wenigstens
mehr
Effizienz?

Abbildung 4: Administrative Ausgaben im Gesundheitswesen pro Kopf, kaufkraftbereinigt



Quelle: OECD Health Data, Juni 2008; eigene Berechnungen 2008.





eine breitere *pooling*-Basis im Bereich der Krankenversicherungsträger zu schaffen. Aus den bisherigen internationalen Erfahrungen und theoretischen Überlegungen leiten wir die Empfehlung ab, derzeit auf die Einführung eines Versicherungswettbewerbs in Österreich zu verzichten.

Purchasing

Die WHO sieht im „strategischen“ Einkauf wesentliche Effizienzpotenziale. Wir haben in den Fallstudien und der Literatur gesehen, dass dies grundsätzlich zutrifft, aber im Gesundheitswesen institutionenökonomische Überlegungen miteinbezogen werden müssen, die eine differenziertere Sicht in der Ausgestaltung des Wettbewerbs nahelegen. Aufgrund der erheblichen Transaktionskosten und der komplexen und vielfältigen *principal-agent*-Beziehungen muss für einzelne Bereiche des Einkaufs jeweils separat entschieden werden, welcher Grad an Wettbewerb sinnvoll ist. Hinzu kommt, dass im Fall von Selbstverwaltung mit dieser selbst nichtmonetäre Werte verknüpft sind, welche sich in einem *tradeoff* mit Maßnahmen zu Liberalisierung bzw. erhöhter Effizienz befinden. Weiters kommt hinzu, dass im österreichischen Kontext die spezielle Trägerstruktur auf Anbieterseite Berücksichtigung finden muss.

Aus diesen Überlegungen heraus muss die strategische Einkaufsfunktion von der „einen Hand“ sehr differenziert wahrgenommen werden. Es empfiehlt sich hierzu der Ausbau von Ressourcen zum strategischen *purchasing* und anreizorientierten Managementstrukturen. Ziel muss es sein, durch die strategische Einkaufsfunktion Anreize zu mehr Effizienz, Qualität und *responsiveness* zu setzen. Immerhin existieren im Spitalswesen in Österreich Überkapazitäten – wettbewerblicher Spielraum wäre somit gegeben. Aber auch im extramuralen Bereich zeigt sich, dass die Krankenkassen nicht ein völliger Monopsonist sind, da nur rund 21 Prozent der Ärzte einen Kassenvertrag haben.

Selbst wenn dem so wäre, ist nicht automatisch ein regulativer Eingriff in dem Maße, wie er derzeit existiert, gerechtfertigt. Die enge Regulierung zu Kollektivvereinbarungen entspringt eher der Tradition der Selbstverwaltung denn der Eingriffsnotwendigkeit aus wirtschaftspolitischer Sicht. Die monopsonistische Situation wird in *single-payer*-Systemen eher als Vorteil gesehen, muss aber gegebenenfalls durch verstärkte *accountability* bezüglich der erbrachten Qualität ergänzt werden, um Situationen wie beispielsweise in England zu vermeiden.

Die begleitenden regulativen Maßnahmen müssen daher ähnlich differenziert angepasst werden, soll die Tradition der partnerschaftlichen Selbstverwaltung weitergeführt werden. Eine gewisse Liberalisierung ist jedoch unvermeidlich, um eine dynamischere Anpassung an Änderungen in Technologie und Bedürfnissen zu ermöglichen. Wo nicht freier Wettbewerb als Instrument eingesetzt wird, müssen beispielsweise Effizienz- und Qualitätsmessung (mit deren gegebenen methodischen Einschränkungen) die Leistung der Vertragspartner überprüfbar machen.

Außerdem muss mitbedacht werden, dass auch der Verzicht auf Wettbewerb zwischen den Kassen wesentliche Implikationen für den Wettbewerb auf Anbieterseite hat. Haben die Versicherten keine Möglichkeit, den Versicherungsträger zu wechseln, muss in besonderem Maße deren Präferenzstruktur in die planerischen Überlegungen mit einfließen. Darüber hinaus sollten Maßnahmen zur *accountability* gegenüber den Versicherten verstärkt werden.

Innerhalb der sozialen Krankenversicherung sollte eine konsistente Anreiz- und Verantwortlichkeitsstruktur geschaffen werden, die Effizienzverluste durch fehlenden Wettbewerb verringert und gleichzeitig dem strategischen Einkauf den Rücken stärkt. Internationale Beispiele sind die neuen NHS-Strukturen in England, die die Einkäufer selbst einem Benchmarking unterwerfen, oder ergebnisorientiertes Management in Italien und Norwegen. Denkbar ist die Anwendung des Prinzips der „earned autonomy“, das heißt, dass die Autonomie der Krankenversicherungsträger sich nach ihrer Leistung richtet. Denn aus unseren Überlegungen kann nicht eindeutig abgeleitet werden, wie die optimale Kompetenzverteilung innerhalb einer Sozialversicherungslösung letztlich gestaltet werden muss, solange die vorgenannten Ziele eingehalten





werden. Es gibt sowohl Argumente, in einzelnen Bereichen dezentral zu agieren, als auch, in einigen Bereichen eine starke Zentralisierung zu bevorzugen. Am besten wird es hier sein, wenn dies nicht a priori, sondern am Erfolg gemessen wird.

Letztlich sollte die mit dem strategischen Einkauf von Gesundheitsleistungen beauftragte Krankenversicherung selbst Zielvorgaben unterworfen sein, welche ein ganzheitliches Gesundheitskonzept für Österreich repräsentieren, und die Koordination mit solchen *public-health*-Maßnahmen sicherstellen, die nicht von der Sozialversicherung durchgeführt werden.

Im Spitalsbereich sollte eine subsidiäre externe Preisregelung gelten, um Transaktionskosten zu sparen. Dies entspricht auch der österreichischen Trägerstruktur, die von den Landesspitalträgern dominiert wird und somit einen Preis- oder Mengenwettbewerb erschwert. Auf Basis der durchschnittlichen anfallenden variablen Kosten sollten LKF-ähnliche Preise für jede Leistung festgelegt werden. Für Notfallbehandlungen erfolgen Globalzahlungen, wobei für ein bestimmtes Versorgungsgebiet auch selektive Kontrakte denkbar sind. Die Investitionen werden separat über öffentliche Strukturmittel finanziert. Auf diese Weise sollen nur die tatsächlich vom Patientenbedarf bestimmten Kosten vom Einkäufer getragen werden. Die Spitäler erhalten Entgelte, welche bei einigermaßen effizienter Führung kostendeckend sind. Unwirtschaftlich geführte Spitäler scheinen als solche auf, und die Träger sind dadurch angehalten, die Führung zu verbessern oder bei zu geringer Auslastung zu schließen. Ist politisch dennoch eine hohe Spitalsabdeckung oder überdurchschnittliche Ausstattung gewünscht, müssen diese Mittel auch von den politisch Verantwortlichen erbracht werden.

Finanzierung aus einer Hand

Aufgrund unserer Analysen stellen wir an eine Finanzierung aus einer Hand daher folgende Anforderungen:¹⁰

Bei der Finanzierung von Gesundheitsleistungen folgen die Mittel dem Patienten über räumliche und zeitliche Grenzen hinweg in jenes Setting, das am ehesten geeignet ist, diesem effektiv und effizient zu helfen. Die „eine Hand“ ist dabei in der Lage, in dynamischen Einkaufs- bzw. Kontraktentscheidungen unter Berücksichtigung der Versichertenpräferenzen die Leistungserbringung zu Effizienz und Qualität anzureizen und die dafür notwendigen Informationen zu generieren. Es gelingt ihr dabei, die Interessen des Einzelnen mit denen des Versichertenkollektivs in Einklang zu bringen. Diese Entscheidungen sind auf eine fundierte Wissensbasis gestützt und fallen je nach Anforderung auf mehr zentraler oder dezentraler Ebene. Die „eine Hand“ muss sich möglichst allen wesentlichen jetzt und in der Zukunft anfallenden Kosten und Nutzen ihrer Handlungen gegenübersehen und orientiert ihre Entscheidungen nicht an außerhalb des Gesundheitsbereichs liegenden Interessen. Die Einbettung ihres strategischen und operativen Handelns in den gesamten wirtschaftspolitischen Kontext erfolgt hingegen über die Politik, welche die globalen Ziele vorgibt. Es besteht für sie Zielverantwortlichkeit und Rechenschaftspflicht, auch gegenüber ihren Versicherten.

Fazit

Die Realisierung der „Finanzierung aus einer Hand“ erfordert in jedem Fall recht tiefgreifende Änderungen. Der Reformbedarf ist jedoch groß, um die teilweise zwar traditionell gewachsenen, aber veralteten Strukturen im österreichischen Gesundheitswesen an die heutigen Anforderungen anzupassen. Dabei sollten nicht nur bloße Teillösungen realisiert werden, sondern eine gesamthafte Neuordnung schrittweise, ausgehend vom Status quo, angestrebt werden. Die Umsetzung, so die Erfahrung internationaler Reformen, nimmt relativ viel Zeit in Anspruch, sodass es gilt, das Ziel nicht aus den Augen zu verlieren.

¹⁰ Eine präzise Definition ist erforderlich, da unter dem ähnlichen Begriff „single-payer“ in der Literatur Unterschiedliches verstanden wird.

