

## OECD-BERICHT ZUM GESUNDHEITSWESEN SCHWEIZ: WICHTIGSTE PUNKTE

1. Das schweizerische Gesundheitswesen erfüllt eine ganze Reihe wichtiger Zielvorgaben. Der Gesundheitszustand der Bevölkerung kann gut mit jenem anderer OECD-Staaten mithalten. Die gesamte Wohnbevölkerung der Schweiz ist krankenversichert und hat den gleichen Zugang zur Gesundheitsversorgung mit umfassendem Leistungskatalog. Medizinische Dienstleistungen auf dem neuesten Stand sind gut verfügbar und die Patientinnen und Patienten sind weitgehend zufrieden mit den erbrachten Leistungen. Allerdings sind diese Erfolge mit hohen Kosten verbunden. Zwar liegt die schweizerische Wachstumsrate der Gesundheitsausgaben unter dem OECD-Durchschnitt, übertraf in den vergangenen zehn Jahren das Wachstum des zu deren Finanzierung benötigten Volkseinkommens aber bei weitem. Der Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandsprodukt (oder am Bruttosozialprodukt) gehört zu den höchsten der OECD-Länder und wächst nach wie vor schneller als das BIP. Zugleich können andere OECD-Länder eine vergleichbare oder sogar bessere Leistungsfähigkeit bei geringeren Kosten vorweisen. Die Zuständigkeiten für die Gesundheitspolitik sind stark aufgesplittert, eine Folge der Machtaufteilung im föderalistischen System der Schweiz. Es gibt 26 Gesundheitssysteme, die untereinander nur wenige Schnittstellen haben, was die Entwicklung konsistenter nationaler Politiken und grösserer Märkte für Krankenversicherer und Dienstleistungserbringer erschwert.

2. Diese Schwierigkeiten, zusammen mit der Ablehnung einer umfassenden Reform des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) im Jahr 2003 und dem fehlenden Konsens unter den wichtigsten Entscheidungs- und Meinungsträgern über die einzuschlagende Reformrichtung, verhindern eine breitere Diskussion über die Notwendigkeit eines übergreifenden Bundesgesetzes zu Gesundheitspolitik, in welches das Krankenversicherungssystem und die planende Rolle des Staates eingebettet werden könnten. Zugleich wird damit der Handlungsspielraum der Bundesbehörden beschnitten, etwa bei der Lancierung landesweiter Informationsprogramme, bei der Festlegung von Standards oder bei einem verstärkten Engagement in breit angelegte Präventionsstrategien. Zudem findet die Debatte über die nötigen Gesundheitsreformen in einem Umfeld statt, in dem aufgrund der in den meisten Bereichen ungenügenden Datenlage keine evidenzbasierten Entscheidungen getroffen werden können.

3. **Suche nach einem besseren Gleichgewicht zwischen Prävention und kurativer Medizin.** Trotz einiger Programme zu Prävention und Gesundheitsförderung haben die vielfachen Zuständigkeiten in diesem Bereich zu disparaten und weitgehend unkoordinierten Aktivitäten geführt. Die Koordinierung dieser Politiken würde durch ein Rahmengesetz für diesen Bereich erleichtert. Bei der Einführung von spezifischen Präventions- und Gesundheitsförderungsprogrammen sollten sich die schweizerischen Behörden auf Bereiche konzentrieren, die für die öffentliche Gesundheit von besonderer Bedeutung sind (zum Beispiel Tabak- und Alkoholkonsum) oder denen in der Vergangenheit zu wenig Beachtung zuteil wurde (zum Beispiel psychische Gesundheit und Übergewicht). Kostenwirksame Präventionsmassnahmen sollten gefördert werden. In diesem Kontext könnte eine umfassendere Steuerpolitik erwogen werden; zum einen, um Public-Health-Probleme anzugehen und zum andern, um diesbezüglich einen bereichsübergreifenden Ansatz zu fördern. Ein umfassendes Tabak- und Alkoholwerbeverbot, eine strengere Gesetzgebung bezüglich Alkohol am Steuer und die Verabschiedung und Durchsetzung von Luftreinhaltegesetzen für Innenräume wären wünschenswert. Ferner sollte auch die Ausdehnung einiger Krebsfrüherkennungsprogramme in Betracht gezogen werden, vor allem, was das Brustkrebs-Screening angeht. Besonderer Aufmerksamkeit bedarf weiterhin der Bereich der psychischen Krankheiten, der heute die führende Krankheitslast in der Schweiz ausmacht. Und wie in anderen Ländern erfordert auch in der Schweiz das Problem des zunehmenden Übergewichts in der Bevölkerung eine langfristige Strategie der Behörden.

**4. Mehr Transparenz bei Qualität und Wirksamkeit der Versorgung ist nötig.** Es gibt keine nationalen Indikatoren für die Versorgungsqualität, weswegen eine nationale Initiative die Erhebung solcher Daten ermöglichen sollte. Die gegenwärtige Praxis der berufsständischen Selbstregulierung zur Gewährleistung der Versorgungsqualität reicht vermutlich nicht aus, um Best-Practice-Standards zu gewährleisten. Die professionelle Selbstregulierung könnte mit der Weiterentwicklung von Best-Practice-Richtlinien, mit mehr Informationen über ärztliche Kunstfehler und mit einer stärkeren Verknüpfung von Leistung und Belohnungen bzw. Sanktionen gefördert werden.

**5. Das Prämienverbilligungssystem würde von einer grösseren Einheitlichkeit zwischen den Kantonen profitieren.** Zwar ist die Finanzierung des schweizerischen Gesundheitswesens regressiv, doch scheint der Zugang zum System durch das bestehende System der Prämienverbilligungen und mit der Möglichkeit zur Befreiung von der Kostenbeteiligung gewährleistet zu sein. Von Kanton zu Kanton gibt es jedoch grosse Unterschiede bezüglich der Höhe und des Anrechts auf Unterstützung. Mit einer kantonsübergreifenden Einkommensgrenze für den Prämienverbilligungsanspruch und einem Mindestniveau der Verbilligung liessen sich eine grössere Einheitlichkeit erreichen.

**6. Das gegenwärtige System zur Finanzierung von Langzeitpflegekosten erscheint zweckmässig.** Der heutige Ansatz zur Finanzierung der Langzeitpflegekosten scheint geeignet, um exorbitant hohe Selbstkosten zu vermeiden, während gleichzeitig von jenen Personen, die sich ihre eigene Pflege leisten können, ein persönlicher Beitrag verlangt wird. Da die Langzeitpflegekosten in der Schweiz in Zukunft wahrscheinlich weiter zunehmen werden, sollten die schweizerischen Behörden auf die Wirksamkeit von Sozialmassnahmen zur Vergütung der nicht-medizinischen Kosten achten. In diesem Kontext sollten auch Programme zur Aufschiebung oder zur Vermeidung der Pflegebedürftigkeit von Betagten entwickelt werden.

**7. Die Kostbeteiligungsmassnahmen sollten auf eine bessere Versorgung abzielen.** Gegenwärtig wird eine Erhöhung der Kostenbeteiligung für die Versicherten diskutiert. Der Selbstkostenanteil liegt in der Schweiz verglichen mit anderen Ländern bereits hoch und solche Massnahmen sollten versuchen, den Konsum von Gesundheitsleistungen in Richtung einer angemessenen Inanspruchnahme zu steuern (z.B. Präventionsmassnahmen mit nachgewiesenem klinischen Wert) und weg von weniger wünschenswerten oder teureren, aber nicht immer nötigen klinischen Interventionen (z.B. die Förderung der Verschreibung von Generika-Produkten, wenn sie gleich wirksam sind wie teurere Markenprodukte).

**8. Neue Abgeltungsmethoden sollten in Betracht gezogen werden.** Das gegenwärtige Finanzierungs- und Rückerstattungssystem fördert ein hohes Versorgungsniveau und die kostenintensivere Spitalpflege. Mit Entgeltsystemen wie dem DRG-Modell (diagnosebezogene Fallpauschalen) für stationäre Patientinnen und Patienten könnten die Effizienz der Dienstleistungen erhöht und die Spitalaufenthalte verkürzt werden, wobei gleichzeitig mehr Versorgungskapazität geschaffen würde. Die Grundversorgung sollte zu einem Zahlungssystem mit stärker prospektivem Charakter oder mit einer Capitations-Komponente übergehen und HMO- oder Hausarztmodelle sollten gefördert werden. Dem Kostendruck kann auch mit einer sorgfältigeren Überprüfung der von der Grundversicherung übernommenen Leistungen begegnet werden sowie mit einer Stärkung des technologischen Assessments, vor allem für neue Behandlungen.

**9. Die Einführung einer Einheits-Krankenkasse dürfte sich als schwierig erweisen und es sollten alternative Ansätze geprüft werden.** Ob ein System mit einem oder mehreren Kostenträgern: Beide haben ihre Schwächen und Stärken und ein Wechsel zu einem System mit einem einzigen Versicherer würde – wie jede grosse Reform – zu einer Reihe von praktischen Problemen führen (einschliesslich der Frage, wie mit den gegenwärtigen Krankenversicherern zu verfahren wäre, die ihre Tätigkeit einstellen müssten), gerade in einem Land wie der Schweiz, wo die Tradition der Konsensbildung und das System der direkten Demokratie Reformprozesse schwerfällig gestalten. Einen alternativen Weg geht beispielsweise Belgien, das sich für eine Kombination aus Einheitskasse und wettbewerbsorientierten Versicherern entschieden hat. Die Krankenkasse leitet Pro-Kopf-Beiträge an die nicht gewinnorientierten, konkurrierenden Versicherer, welche die Deckung der Leistungen übernehmen und die Leistungserbringer bezahlen.

**10. Wird der Wettbewerb verstärkt, so braucht es zusätzliche Reformen für die Kostenkontrolle.** Die gegenwärtige Politik setzt bei der Kostenkontrolle an: Mit marktbasierter Kostendämmungsmechanismen sollen die Kosten sowohl auf dem Versicherer- wie auf dem Leistungserbringermarkt gebremst werden. Was

den Versicherungsmarkt angeht, erfordert dies Massnahmen, die zum einen die Versicherer von einer Selektion guter Risiken abhalten und zum anderen die Versicherten stimulieren, als informierte Nachfrager von Krankenversicherungen zu handeln, welche sich für die beste Deckung bei tiefstmöglicher Prämie entscheiden. Hier braucht es einen Risikoausgleich, soll der Wettbewerb in einem Gesundheitssystem mit Einheitsprämien wirklich spielen; allerdings sind verbesserte Methoden zur Berechnung des Risikoausgleichs notwendig. Weiter sind auch Initiativen für eine Erhöhung der Versorgungsqualität gefragt. Da der Wettbewerb idealerweise über Kantonsgrenzen hinweg spielen sollte, müssten die Kompensationsmechanismen die Risiken landesweit poolen.

**11. Die Versicherer sollten eine stärkere Rolle als Leistungseinkäufer übernehmen und mehr Freiheiten für eine selektive Kontrahierung erhalten.** Für die Versicherer wäre es besser, die Rolle des Leistungseinkäufers vollständig zu übernehmen, wobei die kantonalen Beiträge, die gegenwärtig an die Haushalte gehen, an die Versicherer zu bezahlen wären, entweder direkt oder via Haushalte. Die von den Versicherern bezahlten Spitalkosten würden in diesem Fall die vollen Kosten widerspiegeln, was für die Krankenversicherer einen Anreiz darstellte, bezüglich Erhöhung der Effizienz auf die Spitäler Druck auszuüben und die Ressourcen effizienter zwischen dem stationären und dem weniger teuren ambulanten Bereich aufzuteilen. Soll der Wettbewerb effizient sein, so müsste er landesweit spielen (oder grosse Kantonsgruppen umfassen), damit die Drohung einer Kontrahierungsverweigerung durch die Versicherer glaubwürdig Wirkung entfaltet. Diese Voraussetzung kann heute nur in einigen grösseren städtischen Gebieten erreicht werden, wo es viele potenziell konkurrierende Leistungserbringer gibt. Auf dem Leistungserbringermarkt sollte die selektive Kontrahierung zwischen Versicherern und Leistungserbringern erlaubt und auf den stationären Bereich ausgedehnt werden. Ein Versorgungsabbau darf nicht dadurch verhindert werden, dass die Kantone verlustbringende Leistungserbringer „freikaufen“. Die Bevölkerung und die politischen Entscheidungsträger brauchen bessere Informationen über die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens, und zwar zu den einzelnen Leistungserbringern (Ärzterschaft und Spitäler) wie auch zu den Krankenversicherern.

**12. Im Spitalsektor könnten Überkapazitäten abgebaut werden.** Zwar liegt die Anzahl Akutbetten in der Schweiz im internationalen Vergleich nicht besonders hoch, die Kapazitäten könnten aber erhöht werden, wenn die überdurchschnittlich langen Verweildauern gekürzt würden (z.B. mit einer Ausdehnung des DRG-Verrechnungssystems), mit der Förderung der ambulanten Chirurgie und mit einer Änderung bei der dual-fixen Spitalfinanzierung, um die Anreize für eine Hospitalisierung zu senken. Die grossen interkantonalen Unterschiede in der Spitalversorgung und im ambulanten Bereich weisen ebenfalls darauf hin, dass die gleiche Leistung mit weniger Ressourcen erreicht werden könnte, was die Produktivität des Systems erhöhen und die Kosten verringern würde. Die intensivere Nutzung des DRG-Systems würde dank einer einfacheren interkantonalen Vergleichbarkeit auch zu einer höheren Transparenz führen.

**13. Bei Arzneimitteln können weitere Einsparungen gemacht werden.** Eine verstärkte Nutzung von Generika würde die Kosten senken und ein stärkerer internationaler Wettbewerb auf dem Markt für nicht-patentierete Medikamente würde zu einem Preisdruck bei Arzneimitteln führen. Bei der Preisfestsetzung für patentierte Produkte sollten mehr Länder ins Benchmarking einbezogen werden.

**14. Eine längerfristige Verbesserung der Leistungsfähigkeit erfordert Änderungen in der Governance des Gesundheitssystems.** Das gegenwärtige System mit der Regelung der Gesundheitsversorgung und des Versicherungsmarktes auf kantonalem Niveau ist ein charakteristisches Merkmal der Schweiz, das die Bedingungen für einen potenziellen Erfolg jeglicher Reform stark beeinflusst. Trotz der geringen Landes- und Bevölkerungsgrösse besteht das schweizerische Gesundheitssystem aus 26 weitgehend autonomen kantonalen Gesundheitssystemen. Die Fragmentierung der Zuständigkeiten wie etwa im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung könnte mit einem übergreifenden Rahmengesetz zu Gesundheit verringert werden. Dieses Gesetz hätte die nationalen Gesundheitsziele zu formulieren, die finanziellen Zuständigkeiten zu regeln sowie die Aufgaben den verschiedenen Regierungsebenen zuzuordnen. Bestehende Regulierungen wie das KVG und ein allfälliges Präventionsgesetz könnten in diesen übergeordneten Rahmen integriert werden. Dazu wäre vermutlich eine Verfassungsänderung nötig. Die kürzlich in Kraft getretene Verfassungsänderung im Bildungsbereich ist ein Beispiel dafür, dass Massnahmen für eine verbesserte politische Kohärenz auch auf dem Gebiet der Gesundheit möglich wären, sofern der politische Konsens vorhanden ist.