



Ökonomie der schweizerischen Gesundheitspolitik

Warum es Gesundheitsreformen in der Schweiz schwer haben



**Ökonomie der schweizerischen Gesundheitspolitik
Warum es Gesundheitsreformen in der Schweiz schwer haben**

Dr. Beatrice Mäder
Dr. Harry Telser
Markus Saurer

Die Studie wurde finanziell unterstützt durch die Bonny Stiftung für die Freiheit.

Wir danken Prof. em. Dr. Peter Zweifel für wertvolle Hinweise und Vorschläge bei der Erstellung der Studie.

Mai 2019

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	4
2	Akteursmatrix	5
3	Fallanalyse	10
3.1	Monismus	10
3.2	Kontrahierungszwang	12
3.3	Risikoausgleich	13
4	Auswertung	16
4.1	Synthese	16
4.2	Handlungsempfehlungen	17
5	Fazit	20
6	Literaturverzeichnis	21
	Anhang	22

1 Einleitung

Seit Jahren werden immer wieder normative Studien mit Politikempfehlungen zur Reform des Schweizer Gesundheitswesens publiziert. Solche Studien stossen in der Regel durchaus auf Zustimmung, doch werden ihre Empfehlungen in der politischen Praxis trotzdem nicht oder nicht richtig umgesetzt. Ein Konsens über die Existenz von Fehlanreizen und Ineffizienzen im Gesundheitswesen ist demnach nicht ausreichend für deren Beseitigung. Auf welche Ursachen ist diese Reformparalyse hauptsächlich zurückzuführen und mit welchen Massnahmen könnte sie überwunden werden?

Wir analysieren diese Frage beispielhaft an Hand von drei Reformvorhaben, welche seit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) im Jahre 1996 wiederholt im Parlament verhandelt wurden. Zwei dieser Vorhaben, die Aufhebung des Kontrahierungszwangs im ambulanten Bereich und die monistische Finanzierung stationärer Leistungen, sind im politischen Prozess bis heute wiederholt gescheitert. Das dritte Reformvorhaben, die Verfeinerung und definitive gesetzliche Verankerung des Risikoausgleichs zwischen den Krankenversicherern, hat das Parlament hingegen im Dezember 2007 nach mehreren gescheiterten Versuchen verabschiedet.

In unserer Analyse nehmen wir eine politökonomische Perspektive ein und gehen davon aus, dass jeder Akteur im Gesundheitswesen rational handelt und versucht, seine Interessen durchzusetzen. Startpunkt für die Analyse ist daher die Identifikation der massgebenden Akteure oder Akteursgruppen im Schweizer Gesundheitswesen. In der Folge evaluieren wir, wie deren Interessen durch jedes der drei Reformvorhaben tangiert werden und bestimmen aufgrund einer Kosten-Nutzen-Analyse ihren Einsatz für oder gegen das Reformvorhaben. In einem letzten Schritt vergleichen wir unsere Verhaltensvorhersagen mit dem tatsächlichen Engagement der Akteure im politischen Prozess.

Die detaillierten Ergebnisse dieser Analyse haben wir für jedes Reformvorhaben in einem separaten Faktenblatt festgehalten. Ein ausführlicher Überblick über den Reformprozess findet sich ebenfalls in einer eigenständigen Präsentation. In diesem Bericht vergleichen wir die Resultate aus den drei Fallbeispielen und identifizieren beispielübergreifende Faktoren, welche zum Gelingen bzw. Scheitern eines Reformvorhabens beitragen. Zudem versuchen wir abzuklären, welche Massnahmen einem Reformvorhaben zum Erfolg verhelfen könnten.

Der Bericht ist wie folgt aufgebaut: Kapitel 2 stellt die massgebenden Akteure des Gesundheitswesens dar und beschreibt, welche Möglichkeiten diese haben, sich in den politischen Prozess einzubringen. Kapitel 3 fasst die Resultate der Analyse der Fallbeispiele zusammen. Kapitel 4 zeigt, welche Faktoren oder Umstände zum Scheitern von Reformvorhaben beitragen und diskutiert mögliche Gegenmassnahmen. Kapitel 6 fasst die Ergebnisse zusammen.

2 Akteursmatrix

Das Schweizer Gesundheitswesen ist durch eine Vielzahl unterschiedlicher Interessen und repräsentativer Akteure gekennzeichnet, wobei sich grundsätzlich fünf Arten unterscheiden lassen. (1) Zahler von und Nachfrager nach Gesundheitsleistungen, (2) Krankenversicherer, (3) verschiedene Leistungserbringer, (4) Produzenten von Arzneimitteln und Medizinalprodukten sowie (5) zuständige exekutiv Politiker und Behörden auf verschiedenen Verwaltungsebenen. Die Akteursgruppen schliessen sich nicht gegenseitig aus. Ein Individuum kann Teil mehrerer Akteursgruppen sein, die in bestimmten Fragestellungen auch gegenteilige Interessen verfolgen können.

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die wichtigsten Akteure. Für jede Akteursgruppe spezifizieren wir, welche Eigeninteressen sie hauptsächlich verfolgt, wie weit sie in sich homogen ist und welchen Einfluss sie mutmasslich auf den politischen Prozess ausüben kann. Letzteres wird anhand zweier Komponenten aufgezeigt; einerseits am Organisationsgrad, d. h. ist eine Akteursgruppe in einem oder mehreren Verbänden organisiert, und andererseits an der Anzahl Parlamentarier, welche Interessensbindungen zu den jeweiligen Akteuren aufweisen. Zentral sind hier vor allem jene Parlamentarier, welche Mitglied der Kommissionen für soziale Sicherheit und Gesundheit [SGK] des National- oder Ständerates sind. Das Parlament wird in unserer Analyse also nicht als eigenständiger Akteur, sondern als ein Abbild der verschiedenen Interessen der unterschiedlichen Akteure verstanden.

Gesundheitsleistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung [OKP] werden in der Schweiz von drei Akteursgruppen finanziert: den Versicherten über die Prämien, den Steuerzahlern über die Prämienverbilligungen und die Kantonsbeiträge an die stationären Leistungen und die Spitäler sowie den Patienten über die Franchise und den Selbstbehalt. Die Versicherten sind primär an niedrigen Prämien, einer hohen Versicherungsdeckung sowie einem im Bedarfsfall schnellen Zugang zu den versicherten Gesundheitsleistungen interessiert. Sie sind nicht in einem Verband oder einer vergleichbaren Institution organisiert. Die Steuerzahler sind im Bund der Steuerzahler zusammengeschlossen und grundsätzlich an einer niedrigen Steuerbelastung interessiert, sie verfügen aktuell einzig über Vertreter im Nationalrat. Bei den Patienten handelt es sich um diejenige Subgruppe der Versicherten, welche tatsächlich Gesundheitsleistungen konsumieren bzw. in Anspruch nehmen müssen. Für diese Gruppe steht im Zentrum, qualitativ hochwertige Leistungen zu erhalten, einen möglichst geringen Teil der Kosten selber tragen zu müssen sowie den gewünschten Leistungserbringer frei wählen zu können. Die Patienten sind in verschiedenen Verbänden und Stiftungen organisiert und verfügen in National- und Ständerat über Interessensvertreter. Diesen drei Akteursgruppen ist gemein, dass sie entweder die Gesamtbevölkerung (Versicherte) oder zumindest einen bedeutenden Anteil der stimmberechtigten Bevölkerung (Steuerzahler, Patienten) umfassen.

Die Krankenversicherer wiederum möchten im Bereich der Grundversicherung ihr wirtschaftliches Überleben sichern und im Zusatzversicherungsbereich Gewinne erwirtschaften. Zudem sind sie daran interessiert, Instrumente zur Leistungssteuerung zu erhalten, damit sie ein aktives Kostenmanagement betreiben können und nicht bloss als nachvollziehende Abrechnungsstelle fungieren. Sie sind in drei Verbänden organisiert und verfügen im National- und Ständerat im Allgemeinen aber vor allem auch in den SGK beider Räte über Interessensvertreter.

Bei den Leistungserbringern unterscheiden wir zwischen den Ärzten, den Spitälern, den Apotheken und der Pflege. Allen vier gemeinsam ist ein Interesse an einer geringen administrativen Belastung, einer hohen Unabhängigkeit bei der Ausübung ihrer Tätigkeit sowie einer guten medizinischen Versorgung der Patienten. Während ein Grossteil der Spitäler und der Pflegeinstitutionen

nicht gewinnorientiert ausgerichtet, sondern primär an ihrem wirtschaftlichen Überleben interessiert ist, spielen bei Ärzten und Apothekern gute Verdienstmöglichkeiten durchaus eine Rolle. Die vier Leistungserbringer sind alle in Verbänden organisiert und mit Ausnahme der Apotheker gut im National- und Ständerat vertreten – einerseits über Interessensbindungen und andererseits bei den Ärzten dadurch, dass mehrere Parlamentarier selber Ärzte sind.

Gut organisiert und im Parlament vertreten sind auch die Hersteller von Arzneimitteln, d. h. die Pharmaindustrie, und in einem etwas geringeren Ausmass die Medtechindustrie. Für beide steht das Erwirtschaften von Gewinnen im Vordergrund.

Als heterogene Akteursgruppe präsentieren sich die Behörden. Dabei handelt es sich im Wesentlichen einerseits um die kantonalen Gesundheitsdepartemente sowie die interkantonale Gesundheitsdirektorenkonferenz und andererseits um den Bundesrat und die nationalen Behörden, insbesondere das Bundesamt für Gesundheit (BAG). Grundsätzlich sind alle Instanzen an einer guten Bevölkerungsgesundheit und niedrigen Gesundheitsausgaben in der OKP interessiert, wobei das Verhältnis zwischen den beiden Grössen sich durchaus auch verbessern kann, wenn der Nutzen der Gesundheitsleistungen z. B. dank neuer Therapien stärker zunimmt als die Ausgaben. Beide Ebenen wünschen sich aber, insbesondere in der Mittelverwendung, auch einen hohen diskretionären Spielraum, woraus sich je nach Fragestellung unterschiedliche, wenn nicht sogar gegensätzliche Interessen ergeben können. Dies gilt insbesondere für die Kantone, welche im Gesundheitswesen mehrere Rollen einnehmen.¹ Beide Verwaltungsebenen müssen zudem miteinbeziehen, dass sich Änderungen im Gesundheitswesen auch auf andere Bereiche auswirken können (z. B. Sozialpolitik, Arbeitspolitik, regionale Förderungen).

Die Kantone können vor allem über ihre Ständesvertreter (Ständerat, SGK-S) starken Einfluss auf die nationale Gesetzgebung insbesondere i. S. Krankenversicherung nehmen. Zudem verfügen sie über die Instrumente der Ständesinitiative² und des Kantonsreferendums.³ Der Bundesrat und die Bundesbehörden wiederum sind hauptverantwortlich für das Ausarbeiten oder auch Nicht-Ausarbeiten von Gesetzesvorlagen und sind dabei in der Lage, thematische Schwerpunkte zu setzen (Agendasetting).

Abbildung 1 im Anhang gibt einen Überblick über das Gesetzgebungsverfahren auf Bundesebene. Den Anstoss für die Erarbeitung bzw. Überarbeitung eines Gesetzes können der Bundesrat (und die Bundesverwaltung via Bundesrat), das Parlament (Motion oder Parlamentarische Initiative) sowie Ständes- oder Volksinitiativen geben.⁴ Das Gesetzesvorhaben durchläuft dann drei Phasen,⁵ in welchen sich die oben skizzierten Akteure des Gesundheitswesens unterschiedlich einbringen können. In einer ersten Phase erarbeitet der Bundesrat (bzw. die Verwaltung) einen Vorentwurf des Gesetzes und gibt diesen bei allen Interessensvertretern in Vernehmlassung. Durch eine entsprechende Meinungsäusserung können die Akteure bereits in dieser Phase signalisieren,

¹ Sie sind z. B. gleichzeitig Finanzierer, Spitalplaner, Tariffestsetzungsbehörde und häufig selbst Spitalbetreiber

² Nach Art. 160 BV kann ein Kanton eine allgemeine Anregung zu einer Verfassungsänderung, einem Gesetz oder einem Bundesbeschluss im National- und Ständerat einreichen.

³ Nach Art. 141 BV kann ein Zusammenschluss von acht Kantonen das Referendum gegen eine Gesetzesänderung auf Bundesebene ergreifen.

⁴ Im Falle der Volksinitiative müssen zwei Fälle unterschieden werden. Ist die Volksinitiative noch nicht zur Abstimmung gekommen, steht es dem Parlament frei, gesetzgeberisch tätig zu werden und damit allenfalls ein Rückzug der Initiative zu bewirken. Wurde die Volksinitiative hingegen vom Stimmvolk angenommen, ist ihr Text neu Teil der Verfassung, wobei die konkrete Ausgestaltung der Initiative in einem Gesetz den gleichen Prozess durchläuft wie ein anderweitig initiiertes Gesetzesvorhaben.

⁵ Entsteht das Gesetzesvorhaben einer Parlamentarischen Initiative oder einer Ständesinitiative, entfällt die erste Phase.

ob sie das Gesetzesvorhaben zu einem späteren Zeitpunkt bekämpfen oder unterstützen werden. Schätzt der Bundesrat entsprechende Widerstände als potenziell ausschlaggebend ein, kann er dann das Gesetzesvorhaben zur Verbesserung der Akzeptanz entsprechend anpassen, bevor er dieses dem Parlament vorlegt.

In einer zweiten Phase wird das Gesetzesvorhaben im Parlament – getrennt nach Kammern und zeitlich gestaffelt («Erstrat», «Zweitrat») – beraten. Zuvor finden eingehende Vorberatungen in den jeweiligen SGK statt, in denen Änderungsanträge und Empfehlungsempfehlungen zuhanden der Plenarsitzungen der Kammern formuliert werden. Vor allem in diesen Vorberatungen versuchen besonders interessierte Akteursgruppen «tonangebende» Kommissionsmitglieder für ihre Anliegen zu gewinnen, damit das Gesetzesvorhaben möglichst nach ihren Vorstellungen ausgestaltet oder evtl. auch komplett fallengelassen wird. Wird das Gesetzesvorhaben durch beide Kammern des Parlaments – ggf. nach einem Differenzbereinigungsverfahren – verabschiedet, besteht für gegnerische Akteure in einer dritten Phase schliesslich die Möglichkeit, das Referendum zu ergreifen (sofern dieses im gegebenen Fall nicht ohnehin obligatorisch ist) und das Vorhaben damit einer Volksabstimmung zu unterstellen. Entscheidend ist hier, ob die Gegner davon ausgehen können, die Mehrheit der Stimmbürger auf ihre Seite zu bringen.

Tabelle 1 Akteursmatrix

Akteure	Interessen	Untergruppen	Organisationsgrad	Interessensbindung Parlamentarier	Parlamentarier aus dieser Gruppe
Versicherte	<ul style="list-style-type: none"> niedrige Prämien hohe Versicherungsdeckung schneller Zugang zu Leistungen einfache administrative Prozesse 	<ul style="list-style-type: none"> gute Risiken (gesund) schlechte Risiken (krank) Wohnort mit hoher Versorgungsdichte Wohnort mit niedriger Versorgungsdichte 	klein		
Steuerzahler	<ul style="list-style-type: none"> niedrige Steuern 	<ul style="list-style-type: none"> hohe Einkommen niedrige Einkommen 	klein (Bund der Steuerzahler)	<ul style="list-style-type: none"> Nationalrat: 3 Parlamentarier 	
Patienten	<ul style="list-style-type: none"> qualitativ hohe Leistungen schneller Zugang zu Leistungen niedrige Kostenbeteiligung freie Wahl des Leistungserbringer 	<ul style="list-style-type: none"> evtl. chronisch Kranke evtl. akut Kranke Wohnort mit hoher Versorgungsdichte Wohnort mit niedriger Versorgungsdichte 	mittel (SPO, Pro mente sana, DVSP etc.)	<ul style="list-style-type: none"> Nationalrat: 15 Parlamentarier SGK-N: 4 Parlamentarier Ständerat: 5 Parlamentarier SGK-S: 3 Parlamentarier 	
Krankenversicherer	<ul style="list-style-type: none"> wirtschaftliches Überleben Möglichkeit der Leistungssteuerung Gewinnmöglichkeit bei den Zusatzversicherungen 	<ul style="list-style-type: none"> Versicherer mit vielen guten Risiken Versicherer mit vielen schlechten Risiken 	hoch (santesuisse, curafutura, RVK, Parlamentarier)	<ul style="list-style-type: none"> Nationalrat: 9 Parlamentarier SGK-N: 7 Parlamentarier Ständerat: 6 Parlamentarier SGK-S: 5 Parlamentarier 	<ul style="list-style-type: none"> Nationalrat: 1 Parlamentarier
Ärzte	<ul style="list-style-type: none"> wenig administrative Belastungen hohe Unabhängigkeit gute medizinische Versorgung gute Verdienstmöglichkeiten 	<ul style="list-style-type: none"> Grundversorger Spezialisten Managed-Care-Ärzte 	hoch (z. B. FMH, mfe, ASV, SGIM, FMCH, VSAO, Parlamentarier)	<ul style="list-style-type: none"> Nationalrat: 11 Parlamentarier SGK-N: 3 Parlamentarier Ständerat: 3 Parlamentarier SGK-S: 2 Parlamentarier 	<ul style="list-style-type: none"> Nationalrat: 5 Parlamentarier
Spitäler	<ul style="list-style-type: none"> wenig administrative Belastungen hohe Unabhängigkeit gute medizinische Versorgung wirtschaftliches Überleben 		hoch (H+, PKS etc., Parlamentarier)	<ul style="list-style-type: none"> Nationalrat: 16 Parlamentarier SGK-N: 6 Parlamentarier Ständerat: 2 Parlamentarier SGK-S: 1 Parlamentarier 	
Apotheken	<ul style="list-style-type: none"> wenig administrative Belastungen hohe Unabhängigkeit gute medizinische Versorgung Gewinnmöglichkeit 		hoch (Pharmasuisse, VGUA etc.)	<ul style="list-style-type: none"> Nationalrat: 1 Parlamentarier 	

Akteure	Interessen	Untergruppen	Organisationsgrad	Interessensbindung Parlamentarier	Parlamentarier aus dieser Gruppe
Pflege	<ul style="list-style-type: none"> ▪ wenig administrative Belastungen ▪ hohe Unabhängigkeit ▪ gute medizinische Versorgung ▪ Wirtschaftliches Überleben 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ evtl. stationäre Langzeitpflege (Heime) ▪ evtl. ambulante Kurzzeitpflege (Spitex) 	mittel (curaviva, Spitex-Verband, SBK etc.)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nationalrat: 21 Parlamentarier (9 Spitex) ▪ SGK-N: 5 Parlamentarier ▪ Ständerat: 1 Parlamentarier (1 Spitex) ▪ SGK-S: 1 Parlamentarier 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ständerat: 1 Parlamentarier
Pharma-industrie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gewinnmöglichkeit 		hoch (interpharma,, VIPS, intergenerika etc.)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nationalrat: 9 Parlamentarier ▪ SGK-N: 6 Parlamentarier ▪ Ständerat: 4 Parlamentarier ▪ SGK-S: 2 Parlamentarier 	
Medtech-industrie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gewinnmöglichkeit 		mittel (fasmed)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nationalrat: 3 Parlamentarier 	
Behörden	<ul style="list-style-type: none"> ▪ gute Bevölkerungsgesundheit (Public Health) ▪ niedrige Gesundheitskosten ▪ hoher diskretionärer Spielraum insbesondere bei der Mittelverwendung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ kantonale Behörden (Gesundheitsdepartemente, GDK) ▪ nationale Behörden (EDI, BAG) 	hoch		

3 Fallanalyse

In diesem Kapitel wird für jedes der drei ausgewählten Reformvorhaben kurz dargelegt, worin die Problematik liegt, welche Akteure des Gesundheitswesens von einer Reform hauptsächlich betroffen wären und woran die Reform im politischen Prozess gescheitert ist bzw. im Falle des Risikoausgleichs, welche Faktoren schliesslich zur Realisierung der Reform beigetragen haben.

3.1 Monismus

Das heutige Krankenversicherungssystem ist gekennzeichnet durch eine unterschiedliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen. Während die Kosten ambulanter Behandlungen vollständig von den Krankenversicherern getragen werden, werden stationäre Behandlungen zu mindestens 55 Prozent durch die Kantone finanziert. Für die Krankenversicherer ist es damit nur dann lohnend, die Verlagerung einer Leistung vom stationären in den ambulanten Sektor zu fördern, wenn die ambulanten Kosten mindestens 55 Prozent niedriger sind. Daraus ergibt sich insbesondere auch eine verminderte Attraktivität innovativer Versorgungsmodelle, welche die ambulante und die stationäre Versorgung koordinieren, und zwar sowohl für die Krankenversicherer wie auch die Versicherten, da ihnen die dadurch im stationären Bereich erzielbaren Einsparungen nicht vollumfassend zugutekommen. Die Kantone hingegen haben prinzipiell einen Anreiz, die Verschiebung von Leistungen in den ambulanten Sektor zu forcieren.⁶ Eine uneinheitliche Finanzierung führt damit dazu, dass Leistungen nicht zwingend im für die Gesellschaft insgesamt kostengünstigsten sowie aus medizinischer Sicht für den Patienten optimalen Bereich durchgeführt werden. Ebenso wirkt sie sich hemmend auf die Suche von Versicherern und Leistungserbringern nach neuartigen Versorgungsmodellen aus.

Ein Wechsel zu einer einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen würde sich vor allem auf die Kantone und die Krankenversicherer auswirken (vgl. Tabelle 2 im Anhang). Die Kantone würden fortan einen gleichen prozentualen Anteil der ambulanten und stationären Gesundheitsausgaben in der OKP übernehmen und wären damit gezwungen, Leistungen in einem Bereich zu finanzieren, in welchem sie kaum Möglichkeiten haben, das Angebot zu steuern. Eine wesentliche Komponente ihres Budgets wäre damit weitgehend fremdbestimmt. Steigen die Kosten im ambulanten Bereich zudem stärker als im stationären, würde der Anteil der über Steuern finanzierten Gesundheitsausgaben relativ zur heutigen Regelung zunehmen und damit auch die finanzielle Last der Kantone. Seitens der Kantone ist daher mit einem starken Engagement gegen die Reform zu rechnen.

Für die Krankenversicherer würde sich durch eine einheitliche Finanzierung der Anreiz verstärken, innovative Versorgungsmodelle zu entwickeln, welche die ambulante und die stationäre Versorgung koordinieren (Innovationsanreiz). Solche Modelle würden ihnen erlauben, ein effektiveres Kostenmanagement zu betreiben und kostspielige stationäre Aufenthalte zu vermeiden (Reallokation). Ihr strategischer und operativer Handlungsspielraum würde sich erweitern, was gleichzeitig aber auch mit einer Intensivierung des Wettbewerbs verbunden wäre. Es ist davon auszugehen, dass ein Grossteil der Krankenversicherer nach mehr Handlungsspielraum strebt und deshalb den Systemwechsel grundsätzlich stark unterstützen wird. Dies gilt vor allem dann, wenn

⁶ Ein gegenteiliger Anreiz besteht für die Kantone hingegen aufgrund der eigenen Spitalplanung. Besteht das Ziel einen Spitalstandort zu erhalten, muss dieser um rentabel zu sein und bestimmte Eingriffe durchführen zu können, hohe Fallzahlen aufweisen. Viele Kantone haben in den letzten Jahren dann auch ihre Spitalinfrastruktur ausgebaut und die Hoffnung gehegt, damit Patienten aus anderen Kantonen anzuziehen.

die Kosten im ambulanten Sektor stärker steigen als im stationären Bereich. In diesem Fall würden die Prämien zukünftig weniger stark steigen als mit der aktuellen Regelung, womit die Krankenversicherer sich allenfalls weniger in der Rolle des «Buhmanns» für die steigenden Gesundheitskosten wiederfinden würden.

Für die Versicherten und die Steuerzahler hängt die Wirkung des Systemwechsels davon ab, welcher neue Finanzierungsschlüssel zwischen Kantonen und Versicherern festgelegt wird, wie sich die Gesamtkosten im ambulanten und stationären Bereich entwickeln und in welchem Ausmass effizienzbedingte Kosteneinsparungen erzielt werden. Steigen beispielsweise in einem Kanton die Gesamtkosten ambulanter Leistungen stärker als diejenigen stationärer Leistungen, müsste in der Folge ein grösserer Teil der Gesundheitsausgaben über Steuern statt Versicherungsprämien finanziert werden. Soweit dieser zusätzliche Finanzierungsanteil nicht durch effizienzbedingte Kosteneinsparungen zu kompensieren wäre, würde die Steuerlast im Vergleich zum Status quo steigen, während die Versicherten mit niedrigeren Prämien rechnen könnten (vice versa im gegenteiligen Fall). Aufgrund der Steuerprogression würde ersteres vor allem die Haushalte mit höheren Einkommen betreffen, während letzteres – bei gleichbleibender Höhe der Prämienverbilligung – alle Versicherten gleichermassen betrifft und somit regressiv wirkt. Grundsätzlich ist aber nicht mit einem starken Reform-Engagement der Steuerzahler und Versicherten zu rechnen; dafür ist ihr Organisationsgrad zu niedrig.

Der Übergang zu einer einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen wurde auf Initiative des Parlaments erstmals in der zweiten KVG-Revision diskutiert. Es wollte den Bundesrat beauftragen, innert fünf Jahren eine diesbezügliche Gesetzesvorlage auszuarbeiten. Die Vorlage scheiterte aber im Dezember 2003 in der Einigungskonferenz (nicht an dieser Finanzierungsfrage, sondern primär an Widerständen gegen die Aufhebung des Kontrahierungszwangs). Als Teilpaket der dritten KVG-Revision wurde das Thema erneut aufgegriffen und im Rahmen eines Expertenberichts breit diskutiert. Aufgrund ablehnender Rückmeldungen der Kantone verzichtete der Bundesrat aber auf die Ausarbeitung einer Monismusvorlage und beschränkte sich stattdessen auf die Einführung von Fallpauschalen und damit den Übergang von einer Objekt- zu einer Subjektfinanzierung im stationären Sektor. Die SGK des Ständerates wollte hingegen zunächst an einer einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen festhalten und erarbeitete dazu ihrerseits einen Vorschlag. Nachdem sich aber 24 Kantone in einer gemeinsamen Stellungnahme vehement dagegen ausgesprochen hatten, liess die Kommission ihr Vorhaben wieder fallen. Seitdem wurden im Parlament immer wieder Vorstösse zum Thema eingereicht, bis schliesslich die SGK des Nationalrats im Frühjahr 2018 einen Vorschlag für eine einheitliche Finanzierung ausarbeitete und in die Vernehmlassung schickte. Die Kantone haben sich in der Vernehmlassung wiederum gegen den Vorschlag in seiner aktuellen Form ausgesprochen. Sie haben aber signalisiert, dass sie ihren Widerstand gegen den Systemwechsel unter gewissen Bedingungen aufgeben würden. So soll insbesondere die Finanzierung der Langzeitpflege in eine entsprechend ergänzte Vorlage miteinbezogen werden, die zudem um Dispositionen zur kantonalen Steuerung ambulanter Leistungen zu erweitern wäre.

Der Monismus und/oder die Einführung einer einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen scheiterte damit bislang immer schon in den Anfangsphasen des politischen Prozesses am heftigen Widerstand der Kantone, also derjenigen Akteursgruppe, welche von der Reform vermutlich am stärksten negativ tangiert wäre. Die Krankenversicherer als wohl zweitstärkste, positiv tangierte Akteursgruppe konnten ihre Interessen nicht so früh und so direkt geltend machen wie die Gesundheitsdirektoren.

3.2 Kontrahierungszwang

Die Krankenversicherer sind verpflichtet, alle durch die Grundversicherung gedeckten Leistungen zu vergüten, welche durch einen in der Schweiz in Übereinstimmung mit dem KVG praktizierenden Arzt erbracht werden. Jeder Arzt kann daher unabhängig von der Qualität und Erfordernis einer erbrachten Leistung über die Krankenversicherung abrechnen.⁷ Eine Steuerung des Leistungsangebotes ist nur im Rahmen besonderer Versicherungsformen (Managed Care) eingeschränkt möglich.⁸ Weder für die Krankenversicherer noch für die Leistungserbringer entsteht durch diesen Vertragszwang ein Anreiz zur Effektivitäts- und Qualitätssicherung medizinischer Leistungen. Ebenso wenig besteht in Kombination mit dem Einzelleistungsvergütungssystem in der ambulanten Versorgung für Ärzte ein Anreiz zur Wirtschaftlichkeit in der Leistungserbringung. Erbringt ein Arzt eine grössere Anzahl Leistungen, erzielt er unabhängig von deren Notwendigkeit ein höheres Einkommen. Das Interesse der Krankenversicherer an Effektivitäts- und Qualitätssicherung ist wiederum beschränkt, weil die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistung keine Vergütungskriterien darstellen und die Versicherten geneigt sind, Leistungsausschlüsse als Qualitätsminderungen zu interpretieren.

Von einer Aufhebung des Kontrahierungszwangs wären vor allem drei Akteure im Gesundheitswesen betroffen: die Patienten, die Krankenversicherer und die Ärzteschaft (vgl. Tabelle 3 im Anhang). Für die Patienten kann die Reform zu einer Verbesserung der Behandlungsqualität führen, wenn vor allem qualitativ hochwertige Ärzte einen Vertrag mit den Krankenversicherern erhalten. Werden die Ärzte hingegen vor allem nach (kurzfristigen) Kostenkriterien ausgewählt, kann es auch zu einer faktischen Rationierung medizinischer Leistungen kommen. In jedem Fall wären die Patienten mit höheren (meist einmaligen) Suchkosten konfrontiert, da sie vor einem Arztbesuch jeweils abklären müssten, ob der jeweilige Arzt über einen Vertrag mit ihrem Krankenversicherer verfügt. Aufgrund der Angebotssteuerung ist schliesslich eine ausgeglichene geographische Verteilung der Ärzte zu erwarten, wodurch sich in Gebieten mit niedriger Versorgungsdichte ein verbesserter Zugang zu den Leistungserbringern ergeben könnte. Schwer wiegen dürfte der Verlust der freien Arztwahl, wobei die Krankenversicherer im Wettbewerb auch Zusatzversicherungen anbieten dürften, die den Zugang zu allen Leistungserbringern erlauben.⁹ Aus Sicht der Patienten stehen demnach den mit Unsicherheit behafteten Verbesserungen klare Nachteile gegenüber. Von ihnen ist daher ein Einsatz gegen die Reform zu erwarten.

Den Krankenversicherern würde eine Aufhebung des Kontrahierungszwangs erlauben, die Leistungserbringung stärker zu steuern und damit mehr Einfluss auf die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen zu nehmen. Zugleich würde sich aber auch ihr administrativer Aufwand erhöhen, und sie wären einem stärkeren Wettbewerb ausgesetzt. Letzterer würde sich nun zudem nicht mehr rein auf der Kosten- und Dienstleistungsebene, sondern stärker auf dem Qualitäts-Nutzen-Verhältnis abspielen. Bei der Auswahl eines Krankenversicherers würden nun nicht mehr einzig die Höhe der Prämien verglichen, sondern vielmehr das Verhältnis zwischen der Prämie und der Qualität sowie der Anzahl der zugelassenen Leistungserbringer. Ausschlaggebend dürfte für die Krankenversicherer die Vergrösserung ihres Handlungsspielraums sein; zu erwarten ist daher ein

⁷ Nach Art. 59 KVG sind Ausschlüsse von Leistungserbringern von Tarifverträgen aufgrund von mangelnder Wirtschaftlichkeit oder Qualität prinzipiell möglich. Die vage Definition der beiden Kriterien und die hohen Anforderungen an die Beweislast, welche beim Krankenversicherer liegt, bedeuten aber, dass ein solcher Ausschluss nur schwer durchsetzbar ist.

⁸ Art. 62 KVG.

⁹ Laut Telser et al. (2004) sind die Versicherten erst ab einer Prämienenkung von 15 bis 35% (je nach Ausgestaltung des Systems) bereit, freiwillig auf die freie Arztwahl zu verzichten.

Einsatz für die Reform. Klare Nachteile würden sich durch eine Aufhebung des Kontrahierungszwangs hingegen für die Ärzteschaft ergeben. Sie würden die bisher bestehende Abrechnungsgarantie in der Grundversicherung verlieren und sähen sich dem Risiko ausgesetzt, bisher gesicherte Einkommensanteile zu verlieren. Dieses Risiko betrifft die Spezialisten auf absehbare Zeit stärker als die Grundversorger, an denen Mangel herrscht. Die Leistungserbringer wären zudem stärkerem Wettbewerb ausgesetzt und müssten zumindest anfänglich mit einer Zunahme des administrativen Aufwandes rechnen. Deshalb ist von Seiten der Ärzteschaft infolge der klaren Nachteile und ihrem hohen Organisationsgrad mit einem starken Widerstand gegen die Reform zu rechnen.

Eine Aufhebung des Kontrahierungszwangs wurde sowohl im Rahmen der zweiten wie auch der dritten KVG-Revision anvisiert. In beiden Fällen stiessen die jeweiligen Vorlagen bereits in der Vernehmlassung bei den Leistungserbringern sowie Patienten- und Konsumentenorganisationen auf Kritik. Bei der zweiten KVG-Revision hielt der Ständerat trotzdem an einer Aufhebung des Vertragszwangs fest. Die Vorlage scheiterte aber im Dezember 2003 in der Einigungskonferenz aufgrund der Gegenstimmen der SP und der Grünen im Nationalrat. Bei der dritten KVG-Revision beschloss National- und Ständerat nach heftigem Widerstand der Ärzteschaft und einer Referendumsdrohung der FMH nach der Vernehmlassung das Nichteintreten auf das Geschäft. Stattdessen wurde mit der Managed-Care-Vorlage versucht, den Kontrahierungszwang zumindest in einem eingeschränkten Bereich aufzuheben. Auch dagegen wurde allerdings durch das Komitee «Freie Arztwahl für Alle», dem verschiedene Ärzteorganisationen angehörten, das Referendum ergriffen, und die Vorlage scheiterte an der Urne deutlich. Vermutlich nicht zuletzt deshalb, weil die Vorlage den Managed-Care-Vertrag ohne freie Arztwahl zum Standard machen wollte, ohne Aussicht auf eine Reduktion der Prämien.¹⁰ Seitdem wird die Aufhebung des Kontrahierungszwangs als nicht mehrheitsfähig betrachtet, und das Parlament hat sich darauf beschränkt, den Zulassungsstopp für neue Arztpraxen wiederholt zu verlängern.¹¹

Bestrebungen, den Kontrahierungszwang aufzuheben, scheiterten im politischen Prozess damit klar am Widerstand der Ärzte und der Patientenorganisationen, d. h. derjenigen Akteure, die von der Reform am stärksten negativ betroffen wären. Eine vollständige Aufhebung des Vertragszwangs fand jeweils bereits im Parlament keine Mehrheit, während eine eingeschränkte Aufhebung erst am Veto der Bevölkerung scheiterte, wobei die Koppelung einer Einschränkung der freien Arztwahl ohne irgendwelche Kompensation wohl entscheidend war.

3.3 Risikoausgleich

Seit dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) von 1996 müssen alle in der Schweiz wohnhaften Personen eine obligatorische Grundversicherung abschliessen. Die Krankenversicherer sind verpflichtet, alle Personen in die Grundversicherung aufzunehmen, wobei ein Kassenwechsel jeweils einmal im Jahr möglich ist. Vergütet wird die Grundversicherung über eine risikounabhängige Einheitsprämie.¹² Als zusätzliche Regulierung wurde mit dem neuen KVG ein auf 10 Jahre befristeter Risikoausgleich basierend auf Alter und Geschlecht zwischen den Krankenversicherern

¹⁰ Siehe beispielsweise Zweifel (2013).

¹¹ Der Bundesrat kann seit 2002 – mit Unterbrechung – die Zulassung der Ärzte zur Tätigkeit für die OKP einschränken, wobei die Auswahl der betroffenen Personen und die genauen Bedingungen den Kantonen überlassen ist. Die derzeitige Regelung des Zulassungsstopps läuft am 30. Juni 2019 aus. In welcher Form der Zulassungsstopp weitergeführt werden soll wird aktuell im Parlament diskutiert.

¹² Jeder Krankenversicherer kann in der Grundversicherung drei unterschiedliche Prämien pro Kanton und Prämienregion festlegen. Eine für alle Versicherten unter 18 Jahren, eine für alle Versicherten im Alter von 19 bis 25 Jahren und eine für alle über 25-Jährigen. Daneben sind auch Prämienrabatte für Versicherte in besonderen Versicherungsformen (Managed Care) möglich.

eingeführt. Bei risikounabhängigen Einheitsprämien besteht für die Krankenversicherer grundsätzlich ein Anreiz, Risikoselektion zu betreiben. Ein Risikoausgleich zwischen den Krankenversicherern wirkt diesem Verhalten entgegen, da die Krankenversicherer nun für die schlechten Risiken entschädigt werden. Ein solcher Ausgleich wurde aber nur in einer Übergangsphase als notwendig erachtet, weil davon ausgegangen wurde, dass die Aufnahmepflicht und die jährliche Wechselmöglichkeit der Risikoselektion Grenzen setzen und langfristig zu einem Angleichen der Risikostrukturen der verschiedenen Krankenversicherer führen würden.

Bereits nach kurzer Zeit stellte sich allerdings zum einen heraus, dass die Mobilität vor allem von schlechten Risiken stark überschätzt worden war.¹³ Zum anderen zeigte sich, dass die Faktoren Alter und Geschlecht das Krankheitsrisiko eines Versicherten nur sehr beschränkt abbilden. Für die Krankenversicherer geht von einem solchen System daher ein grosser Anreiz aus, Risikoselektion zu betreiben, um niedrige Versicherungsprämien anbieten zu können. Wenig Anreiz besteht hingegen, dies mit Einsparungen und über gutes Kostenmanagement zu erreichen. Soll ein System mit Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern und risikounabhängigen Einheitsprämien funktionieren, ist daher zwingend ein Risikoausgleich nötig, der das Krankheitsrisiko der Versicherten so gut abbildet, dass sich Risikoselektion für die Krankenversicherer nicht mehr lohnt ((Einav & Levin, 2015; Enthoven, 1993)).¹⁴

Von einer besseren Ausgestaltung des Risikoausgleichs sind vor allem die Krankenversicherer betroffen, wobei diejenigen mit einer guten Risikostruktur andere Interessen verfolgen als diejenigen mit einer schlechten. Ein Risikoausgleich, welcher die Risiken der Versicherten besser abbildet, würde einem Krankenversicherer mit vielen schlechten Risiken erlauben, die Prämien zu senken und Marktanteile zu gewinnen, da er zusätzliche Zahlungen aus dem Ausgleichsfond erhielte. Gerade umgekehrt verhält es sich bei Krankenversicherern mit vielen guten Risiken. Diese wären gezwungen, ihre Einheitsprämie zu erhöhen, um höhere Zahlungen an den Ausgleichsfonds finanzieren zu können. Höhere Prämien würden mit einem Verlust an Marktanteilen einhergehen und damit einer geringeren Möglichkeit, lukrative Zusatzversicherungen zu verkaufen. Krankenversicherer sind organisiert und pflegen gute Kontakte zu Parlamentariern. Es ist daher zu erwarten, dass sich vor allem Versicherer mit günstiger Risikostruktur stark gegen eine Verfeinerung des Risikoausgleichs einsetzen werden.

Interesse an einem funktionierenden Risikoausgleich sollte hingegen von Seiten der Behörden bestehen. Risikoselektion stellt aus volkswirtschaftlicher Sicht eine Ressourcenverschwendung dar, da sie insgesamt nicht zu Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen führt, sondern lediglich Kosten zwischen den Krankenversicherern verschiebt und diese im Ausmass der Transaktionskosten für die Risikoselektion ggf. sogar erhöht. Mit einem funktionierenden Risikoausgleich hätten die Krankenversicherer einen stärkeren Anreiz, auf Kostenmanagement zu setzen um niedrige Prämien anbieten zu können. Die Gesundheitsausgaben und damit die Beiträge der öffentlichen Hand (insbesondere die Prämienverbilligung) würden tendenziell niedriger ausfallen.

Betroffen von einer besseren Ausgestaltung des Risikoausgleichs wären schliesslich auch die Versicherten. Da die Zahlungen in den Risikoausgleich auf sie überwältigt werden, würden Krankenversicherer mit vielen guten Risiken die Einheitsprämie erhöhen, während jene mit vielen schlechten Risiken die Zahlungen aus dem Risikoausgleich zur Senkung ihrer Einheitsprämie verwenden könnten. Insgesamt sind die guten Risiken die Verlierer und die schlechten Risiken

¹³ Zwischen 1996 und 2007 wechselten pro Jahr im Durchschnitt gerade einmal 2.9 Prozent der Versicherten die Krankenversicherung (Beck, 2013, S. 235).

¹⁴ Alternativ ist auch entweder ein System mit einer risikounabhängigen Einheitsprämie und einer Einheitskasse oder eines mit Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern und risikoabhängigen Prämien möglich.

die Gewinner; beide Lager sind jedoch zu wenig organisiert, um bei diesem eher technisch anmutenden Thema politischen Druck aufbauen zu können.

Eine Verfeinerung des Risikoausgleichs scheiterte aufgrund der Gegenstimmen der FDP und der SVP drei Mal im Parlament, bevor sich das Vorhaben schliesslich als Teil der Vorlage zur Spitalfinanzierung durchsetzte. Lediglich die Nationalräte der SVP stimmte am Schluss noch gegen eine Erweiterung des Risikoausgleichs um das Kriterium «stationäre Aufenthalte von mehr als drei Tagen im Vorjahr», das als Indikator eines schlechten Risikos herangezogen wurde. Im Jahr 2014 wurde die Kompetenz zur Festlegung weiterer Morbiditätsfaktoren schliesslich an den Bundesrat übertragen.¹⁵ Im politischen Prozess hatte sich vor allem die Groupe Mutuel, eine Krankenversicherung mit vorwiegend guten Risiken, stark gegen eine Verfeinerung des Risikoausgleichs engagiert. Es gelang ihr, einflussreiche Parlamentarier als Interessensvertreter für sich zu gewinnen, welche sich in den Kommissionen und der parlamentarischen Debatte jeweils stark gegen eine Verfeinerung des Risikoausgleichs eingesetzt haben. Ebenso hatte sie den Vorteil, dass mit Bundesrat Pascal Couchepin lange Zeit ein ehemaliger Verwaltungsrat ihrer Versicherung dem EDI vorstand. Seitens der Krankenversicherer mit ungünstiger Risikostruktur war es wiederum vor allem die CSS, die sich z. B. über die Finanzierung von Studien zur Wirksamkeit des Risikoausgleichs für dessen Verfeinerung eingesetzt hat.

Die Verfeinerung des Risikoausgleichs wurde damit vor allem von denjenigen Akteuren bekämpft bzw. gefordert, die von der Reform am meisten betroffen waren. Zu Gute kam dabei den Gegnern der Reform, dass die unterschiedliche Risikostruktur der Krankenversicherer von vielen Seiten lediglich als temporäres Phänomen wahrgenommen wurde. Es wurde erwartet, dass der Wettbewerb zwischen den Versicherern zu einer Angleichung derer Risikostrukturen führen würde und ein Risikoausgleich damit langfristig ohnehin obsolet werden könnte. Mit der Zeit zeigte sich allerdings, dass die Mobilität der Versicherten stark überschätzt worden war und die unterschiedlichen Risikostrukturen der Krankenversicherer Bestand hatten bzw. sich sogar akzentuierten. Zudem nahm die Anzahl Krankenversicherer, welche z. B. über die Gründung von Kassenkonglomeraten aktiv Risikoselektion betrieben haben, stetig zu (Beck, 2013). An Prominenz gewann das Thema auch im Rahmen der 3. KVG-Revision, da in den jeweiligen Expertenberichten die Interdependenzen zwischen einem funktionierendem Risikoausgleich und den anderen Reformvorhaben aufgezeigt wurden. Befürchtet wurde beispielsweise, dass mit einer Aufhebung des Kontrahierungszwangs den Krankenversicherern ein weiteres Instrument zur Risikoselektion zur Verfügung stehen würde. Schliesslich argumentierte auch das Komitee der eidgenössischen Volksinitiative «Für eine soziale Einheitskrankenkasse» im Jahr 2007, dass sich der Wettbewerb zwischen den Kassen auf das Umwerben guter Risiken beschränken würde und durch die Risikoselektion auf Kosten der Versicherten Geld verschwendet würde (Bundesrat, 2007). All diese Faktoren stärkten das Bewusstsein nicht direkt betroffener Akteursgruppen für die Wichtigkeit eines funktionierenden Risikoausgleichs. Ebenso dürfte die wachsende Zustimmung der Bevölkerung zu einer Einheitskasse¹⁶ bei manchen Krankenversicherern zur Einsicht geführt haben, dass eine Verfeinerung des Risikoausgleichs aus ihrer Sicht das kleinere Übel darstellte.

¹⁵ Eine solche Kompetenzübertragung war bereits in der Managed-Care-Vorlage enthalten, welche vom Stimmvolk allerdings klar abgelehnt wurde. Diese Änderung des Risikoausgleichs war in der Bevölkerung aber nicht auf bedeutenden Widerstand gestossen, weshalb das Anliegen im Rahmen einer parlamentarischen Initiative der SP erneut aufgegriffen wurde.

¹⁶ Insgesamt wurde in der Schweiz seit 1990 bereits vier Mal über eine Einheitskrankenkasse abgestimmt. 1994 lag der Nein-Anteil bei 77%, 2003 bei 73%, 2007 bei 71% und 2014 bei 61.5%, wobei die Volksinitiative im Jahr 2007 auch die Einführung einkommensabhängiger Prämien beinhaltete.

4 Auswertung

4.1 Synthese

Ein Vergleich der drei Fallbeispiele zeigt, dass sich die Akteure im Gesundheitswesen effektiv weitgehend so verhalten, wie es politökonomische Theorien und Prinzipien erwarten lassen. In allen drei Reformvorhaben haben sich diejenigen Akteure am stärksten engagiert, deren Interessen mutmasslich auch am meisten tangiert waren. Interessante Unterschiede ergeben sich hingegen in Bezug auf die Phase des Scheiterns der analysierten Reformbeispiele im Gesetzgebungsprozess.

Im Falle der Einführung einer monistischen Spitalfinanzierung konnten offenbar die Exponenten der Kantone (v. a. GDK) ihren Einfluss jeweils bereits in der Vernehmlassung geltend machen, sodass von Seiten des Bundesrates und der Verwaltung gar nie eine konkrete Gesetzesvorlage ausgearbeitet wurde. Folgerichtig kam es im Parlament bislang auch noch nie zu einer Abstimmung über die monistische Spitalfinanzierung. Der zuständige Departementsvorsteher wie auch der Gesamtbundesrat haben seit dem KVG betreffend die Finanzierungsfrage (Monismus, EFAS) keine eigentliche Führungsrolle übernommen. Reformfreudiger zeigten sich wiederholt die SGK beider Räte, doch auch sie liessen ihre Vorschläge aufgrund kantonaler Widerstände fallen.

Bei der Aufhebung des Kontrahierungszwangs kam es bei der zweiten KVG-Revision trotz der Vorbehalte der Ärzte in der Vernehmlassung immerhin zu einem Vorschlag und einer Abstimmung im Parlament, welche jedoch knapp scheiterte. Bei der dritten KVG-Revision hingegen stiess die Aufhebung des Kontrahierungszwangs bereits in der Vernehmlassung auf derart grossen Widerstand, dass das Parlament unmittelbar auf das Vorhaben verzichtete. Nur eine «Light-Version» der Aufhebung des Kontrahierungszwangs, die Managed-Care-Vorlage, überwand schliesslich die Hürde des Parlaments, scheiterte aber dann in der Volksabstimmung nach heftigem Abstimmungskampf der Ärzte.

Die Verfeinerung des Risikoausgleichs wiederum durchlief nur im Rahmen der dritten KVG-Revision eine Vernehmlassung. Alle vorherigen Vorstösse gingen auf die Initiative des Parlaments oder eine Standesinitiative zurück. Bezeichnend für die Passivität des Bundesrates bei diesem Thema ist auch, dass erst zuhanden der dritten KVG-Revision ein zusätzlicher Expertenbericht zur Revision des Risikoausgleichs in Auftrag gegeben wurde; und dies auch erst nachdem in den Expertenberichten zu anderen Themen die Abhängigkeiten zwischen den anderen Reformvorhaben und dem Risikoausgleich aufgezeigt wurden. Die Botschaft des Bundesrats zum ersten Teilpaket der dritten KVG-Revision sah dann aber gleichwohl wieder nur eine Verlängerung der Dauer des geltenden Risikoausgleichs vor. Es war bemerkenswerterweise erneut das Parlament, welches die Verfeinerung des Risikoausgleichs vorantrieb und schliesslich auch realisieren konnte. Auf das Ergreifen eines Referendums wurde von den betroffenen Akteuren verzichtet.

Die Stelle des Scheiterns eines Reformvorhabens im Gesetzgebungsprozess gibt interessante Hinweise auf die Machtstellung der jeweiligen Interessensgruppe. Als einflussreichste Akteursgruppe präsentieren sich die Kantone. Widerspricht ein Gesetzesvorhaben im Gesundheitswesen ihren Intentionen und Interessen, können sie es mit einer Referendumsdrohung bereits vor der Ausarbeitung eines Entwurfs zur Debatte im Parlament zum Erliegen bringen. Sie nehmen damit die Rolle eines eigentlichen Vetoplayers bei Reformen im Gesundheitswesen ein. Als zweite besonders einflussreiche Akteursgruppe zeigen sich die Ärzte, vor allem dann, wenn ihre Interessen deckungsgleich mit denjenigen von Patienten sind oder zumindest so erscheinen. Während ihr Einfluss zwar nicht ausreichte, um eine Debatte und Abstimmung im Parlament zu verhindern,

konnten sie zumindest soweit auf das Parlament einwirken, dass lediglich eine «Light-Version» der Aufhebung des Kontrahierungszwangs verabschiedet wurde. Insbesondere verfügen sie scheinbar über genügend Rückhalt in der Bevölkerung, um das Volk als ultimativen Vetoplayer im Gesetzgebungsprozess auf ihre Seite zu bringen und damit den politischen Prozess mit Referendumsdrohungen beeinflussen zu können.

Anders liegt der Fall beim Risikoausgleich. Während der Einfluss der hier besonders negativ betroffenen Krankenversicherer mit relativ guter Risikostruktur lange Zeit ausreichend war, um das Vorhaben im Parlament zu verhindern, lässt das Nicht-Ergreifen des Referendums nach der Verabschiedung im Parlament vermuten, dass sie ihr Ansehen im Volk als zu gering einschätzten, um es für sich zu gewinnen. Tatsächlich zeigt das Beispiel des Risikoausgleichs, dass den Volksrechten auch eine konstruktive Rolle zukommen kann. Ebenso illustriert die Reform des Risikoausgleichs, dass die Nicht-Lancierung eines Reformvorhabens durch den Bundesrat und die Bundesverwaltung nicht zwingend mit dem Scheitern dieses Vorhabens verbunden sein muss. Ein solches Verhalten dürfte die Realisierung der Reform hingegen durchaus verzögert haben.

Grundsätzlich lässt sich daher sagen, dass Reformvorhaben im Gesundheitswesen immer dann an Grenzen stossen, wenn entweder die Interessen der Kantone negativ tangiert sind oder eine Interessensgruppe genügend Unterstützung in der Bevölkerung aufweist bzw. mit der Bevölkerung gleichgerichtete Interessen besitzt, so dass ein Referendum zu einer glaubhaften Drohung wird.

4.2 Handlungsempfehlungen

Grundlage für die erfolgreiche Realisierung eines Reformvorhabens im Gesundheitswesen bildet die Identifikation der betroffenen Akteure sowie eine Einschätzung ihrer Machtstellung. Ist der negativ tangierte Akteur in der Lage zu verhindern, dass das Gesetzgebungsprojekt überhaupt im Parlament zur Abstimmung kommt, sehen wir eine Möglichkeit, zum Erfolg zu kommen, indem das Gesetzesvorhabens mit Gegen- oder Kompensationsgeschäften ergänzt wird, die aber das verfassungsmässige Prinzip «Einheit der Materie» nicht verletzen dürfen. Grundvoraussetzung ist allerdings, dass bei dem Reformvorhaben auch ein klar positiv betroffener Akteur (Gewinner) existiert, welcher im Gegenzug den potenziellen Verlierern und Gegnern etwas anbieten kann. Zudem sollte das Gegengeschäft nur die vom Reformvorhaben betroffenen Akteure umfassen. Eine Vermischung verschiedener Vorhaben mit unterschiedlichen Akteuren eröffnet multiple Fronten und riskiert, dass das eigentliche Reformvorhaben aufgrund des Widerstands in einem ganzen anderen Bereich nicht zustande kommt.¹⁷

Die Voraussetzungen für ein solches Gegengeschäft scheinen beispielsweise bei der monistischen Spitalfinanzierung gegeben. Hauptsächlich betroffen sind die Kantone und die Krankenversicherer.¹⁸ Ausschlaggebend für den Erfolg der Reform könnte daher sein, ob die Krankenversicherer bereit sind, den Kantonen im Gegenzug für die Kostenbeteiligung im ambulanten Sektor anderweitig entgegenzukommen. Tatsächlich haben die Kantone bei der aktuell im Parlament diskutierten Vorlage «Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen» signalisiert, dass sie bereit wären, einen Teil der Gesundheitsausgaben im ambulanten Sektor zu übernehmen, wenn sich die Krankenversicherer im Gegenzug an der Pflegefinanzierung beteiligen würden. Es bleibt abzuwarten, ob sich die Krankenversicherer auf ein solches «Tauschgeschäft»

¹⁷ Eine solche Situation konnte beispielsweise bei der 2. KVG-Revision beobachtet werden. Neben der Aufhebung des Kontrahierungszwangs sorgten hier auch eine Erhöhung des Selbstbehalts für nicht HMO-Versicherte, die Höhe der Bundesbeiträge an die Prämienverbilligung sowie Prämienrabatte für Kinder für verhärtete Fronten.

¹⁸ Dies gilt sofern wie angedacht der Teil der Gesundheitsausgaben, welcher aus Steuern und derjenige, welcher aus Prämien finanziert wird, konstant bleibt.

einlassen. Nicht zielführend scheint uns hingegen der Vorstoss, die Vorlage mit der Aufhebung des Kontrahierungszwangs zu verknüpfen. Betroffen wären damit neu auch die Ärzte, welche in der Vergangenheit gezeigt haben, dass sie im Hinblick auf den Kontrahierungszwang in der Bevölkerung grossen Rückhalt geniessen.

Anders gestaltet sich das Vorgehen, wenn eine Reform nicht zustande kommt, weil der negativ betroffene Akteur die Bevölkerung für sich gewinnen kann. Wahrscheinlich scheint uns dies vor allem bei Reformen, welche die verschiedenen Leistungserbringer betreffen, da diese generell ein hohes Ansehen geniessen und vom Volk nicht unbedingt als Interessensvertreter wahrgenommen werden. In diesem Fall unterschieden wir zwei Fälle: Entweder widerspiegeln die Ansichten des Interessensvertreters tatsächlich die Präferenzen einer Mehrheit der Bevölkerung, oder die Bevölkerung wird durch den Interessensvertreter instrumentalisiert. Ist ersteres der Fall, muss dies in einer Demokratie zur Kenntnis genommen und gegebenenfalls auf das Reformvorhaben verzichtet werden. Wichtig scheint uns hier aber, dass den Stimmbürgern in diesem Fall auch klar kommuniziert wird, welche Kosten damit verbunden sind. Untersteht ein Reformvorhaben einer Volksabstimmung, könnte diese Information Teil der Abstimmungsunterlagen sein. Denkbar ist auch, dass diese Rolle einer neu zu schaffenden, unabhängigen Institution zukommt, welche im Parlament diskutierte Reformen im Hinblick auf ihre finanziellen Auswirkungen evaluiert und ihre Schlussfolgerungen in den öffentlichen Diskurs einfliessen lässt. Eine solche Institution gibt es beispielsweise bereits seit längerer Zeit in den USA in Form des Congressional Budget Office und in neuerer Zeit in ähnlicher Form auch in verschiedenen europäischen Ländern.¹⁹ Mit der Regulierungsfolgeabschätzung existiert auf Bundesebene seit dem Jahr 2000 prinzipiell ein Instrument, welchem eine solche Rolle zgedacht ist. Eine unabhängige Institution wäre unser Ansicht nach aber besser geeignet, die nötige mediale Aufmerksamkeit zu erringen und ein Reformthema einem grösseren Teil der Bevölkerung bekannt zu machen. Ebenso würde es zu einer wünschenswerten Vereinheitlichung in der Ausgestaltung von Regulierungsfolgeabschätzungen beitragen und den Einfluss der Bundesverwaltung begrenzen, welche aktuell bei der Auftragsvergabe durchaus auch eigene Interessen verfolgen kann.²⁰

Wird die Bevölkerung hingegen durch einen Interessensvertreter instrumentalisiert, sehen wir zwei mögliche Gegenmassnahmen. Zielführend scheint uns einerseits die Kenntnisse der Bevölkerung über das Gesundheitssystem zu verbessern. Informierte Bürger lassen sich weniger schnell durch irreführende Argumente einer Interessensgruppe beeindrucken. Denkbar wäre Wissen über das Gesundheitswesen im Allgemeinen und insbesondere über unser Krankenversicherungssystem im Rahmen des Staatskundeunterrichts oder von Projekttagen/-wochen an der Schule zu vermitteln. Letzteres geschieht heute beispielsweise bei der Prävention von Sucht- und Geschlechtskrankheiten.

Andererseits dürfte es Interessensgruppen umso leichter fallen, ein Thema mit ihren Argumenten zu besetzen, je grösser die Unsicherheit über dessen konkrete Ausgestaltung ist. Ein Anwendungsbeispiel bietet hier die Debatte um die Aufhebung des Kontrahierungszwangs. So lange unklar ist, nach welchen Kriterien jene Ärzte ausgesucht werden, welche über die Grundversicherung abrechnen dürfen, könnten die Ängste der Bevölkerung vor einer Rationierung medizini-

¹⁹ Einen Überblick über die verschiedenen Institutionen sowie eine kritische Diskussion ihrer Wirksamkeit findet sich in Beetsma & Debrun (2018).

²⁰ Eine Evaluation des Instrumentes der Regulierungsfolgeabschätzung durch die Eidgenössische Finanzkontrolle zeigt, dass das Vorgehen und damit der Inhalt dieser Evaluationen jeweils sehr unterschiedlich ausfällt (Eidgenössische Finanzkontrolle, 2016).

scher Leistungen von den Interessensvertretern ausgenutzt werden. Würde hingegen klar aufgezeigt, dass das Auswahlkriterium das Qualitäts-Kosten-Verhältnis eines Arztes sein wird und nicht die Tatsache, dass er für einen Krankenversicherer möglichst wenig Kosten generiert, könnte die Aufhebung des Kontrahierungszwanges in der Bevölkerung allenfalls auch als ein wünschenswertes Instrument zur Sicherstellung einer hohen Arztqualität angesehen werden.²¹

Eine Chance für die Realisierung von Reformen könnte auch der im Rahmen der Strategie Gesundheit 2020 angedachte Experimentierartikel darstellen. Er bietet Kantonen, Versicherern, Leistungserbringern sowie Patientenorganisationen die Möglichkeit, die Durchführung von Pilotprojekten zu beantragen, wobei der Bundesrat die verschiedenen Akteure als Ultima Ratio zur Teilnahme an einem solchen Projekt verpflichten kann, wenn eine angemessene Beurteilung des Projekts auf Basis einer freiwilligen Teilnahme nicht gewährleistet werden kann. Explizit als mögliche Pilotprojekte genannt werden dabei die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen sowie eine Einschränkung der Wahl des Leistungserbringers.

Insbesondere im Falle einer Instrumentalisierung der Bevölkerung durch eine Interessensgruppe könnte die Auswertung eines Pilotprojekts eine Informationsgrundlage darstellen, um irreführende Argumente der Interessensvertreter zu kontern. Eine Chance bietet sich aber auch in Fällen, wo die Mitglieder der gegnerischen Akteursgruppe von einer Reform nicht in der gleichen Art und Weise betroffen sind. Bei der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Massnahmen zeigt eine Simulation des BAG beispielsweise, dass manche Kantone durch deren Einführung tatsächlich besser gestellt würden (Aschwanden, 23.8.2018). Ein diesbezügliches Pilotprojekt könnte für diese Kantone daher eine attraktive Option darstellen. Wird das Projekt als erfolgreich beurteilt, dürfte es für die anderen Kantone schwieriger werden, sich wirksam gegen eine schweizweite Implementierung einzusetzen.

Eine weitere Möglichkeit sehen wir im Versuch, eine Reform schrittweise einzuführen bzw. eine Art «Light-Version» der Reform zu verabschieden und damit den Widerstand der einzelnen Akteursgruppen zu verringern. Können Teilschritte erfolgreich umgesetzt werden, dürfte es für eine Interessensgruppe grundsätzlich schwieriger werden, sich in der Folge weiter gegen das Vorhaben auszusprechen und die Bevölkerung für ihre Interessen zu instrumentalisieren. Denkbar wäre ein solches Vorgehen beispielsweise bei Tariffragen wie der Einführung von Komplexpauschalen und ambulanten Pauschalen. Diese könnten in einer ersten Phase lediglich für bestimmte Eingriffe bzw. Krankheitsbilder zur Anwendung kommen. Im Fall der ambulanten Pauschalen wird ein entsprechender Vorstoss derzeit tatsächlich diskutiert. Allerdings zeigt das Beispiel der gescheiterten Managed-Care-Vorlage auch, dass ein solches Vorgehen nicht zwingend von Erfolg gekrönt sein muss. Zudem besteht die Gefahr, dass eine «Light-Version» – um ihre Akzeptanz zu gewährleisten – soweit verwässert wird, dass sie ihr eigentliches Ziel verfehlt.

²¹ Telser et al. (2004) zeigen im Rahmen eines Discrete-Choice-Experiments, dass die befragten Personen dann am ehesten bereit waren, auf die freie Arztwahl zu verzichten, wenn das Auswahlkriterium ein günstiges Qualitäts-Kosten-Verhältnis ist. Selbst dann müsste ihre Krankenkassenprämie dafür im Durchschnitt rund 16% günstiger ausfallen. Die Befragten wurden klar darauf hingewiesen, dass ihr eigener Arzt nicht auf der Liste sein könnte. Es ist aber nicht auszuschliessen, dass sich die Präferenzen der Bevölkerung seit dem Erscheinen der Studie verändert haben.

5 Fazit

Wir haben anhand dreier Reformvorhaben, der Aufhebung des Kontrahierungszwanges, der Einführung einer einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen sowie einer besseren Ausgestaltung des Risikoausgleiches, analysiert welche Faktoren zum Gelingen bzw. Scheitern eines aus normativer Sicht an sich wünschenswerten Reformvorhabens beitragen können. Dabei haben wir eine politökonomische Perspektive eingenommen und sind davon ausgegangen, dass jeder Akteur im Gesundheitswesen rational handelt und versucht, seine Interessen durchzusetzen.

Unsere Analyse zeigt, dass Reformvorhaben im Gesundheitswesen immer dann an Grenzen stossen, wenn entweder die Interessen der Kantone negativ tangiert sind oder eine Interessensgruppe genügend Unterstützung in der Bevölkerung aufweist bzw. mit der Bevölkerung gleichgerichtete Interessen besitzt, so dass ein Referendum eine glaubhafte Drohung darstellt. Insbesondere gelingt es den Kantonen, unliebsame Reformvorschläge bereits vor einer eigentlichen Debatte und Abstimmung im Parlament im Keim zu ersticken. Sie gestalten sich damit als eigentlichen Votoplayer im Gesundheitswesen.

Ist ein Reformvorhaben grundsätzlich deckungsgleich mit den Präferenzen einer Mehrheit der Bevölkerung, sehen wir insgesamt fünf Möglichkeiten um die Chancen für dessen Realisierung zu erhöhen. (1) die Tötung eines Gegengeschäfts, welches allerdings nur die von der ursprünglich anvisierten Reform am stärksten betroffenen Akteure miteinschliessen sollte, (2) eine Verbesserung der gesundheitspolitischen Bildung der Bevölkerung, (3) das Schaffen von besseren Informationsgrundlagen bei Reformen, welche mit grosser Unsicherheit behaftet sind sowie die Möglichkeit einer teilweisen Einführung der Reform entweder im Rahmen von (4) Pilotprojekten oder einer (5) «Light-Version» der Reform.

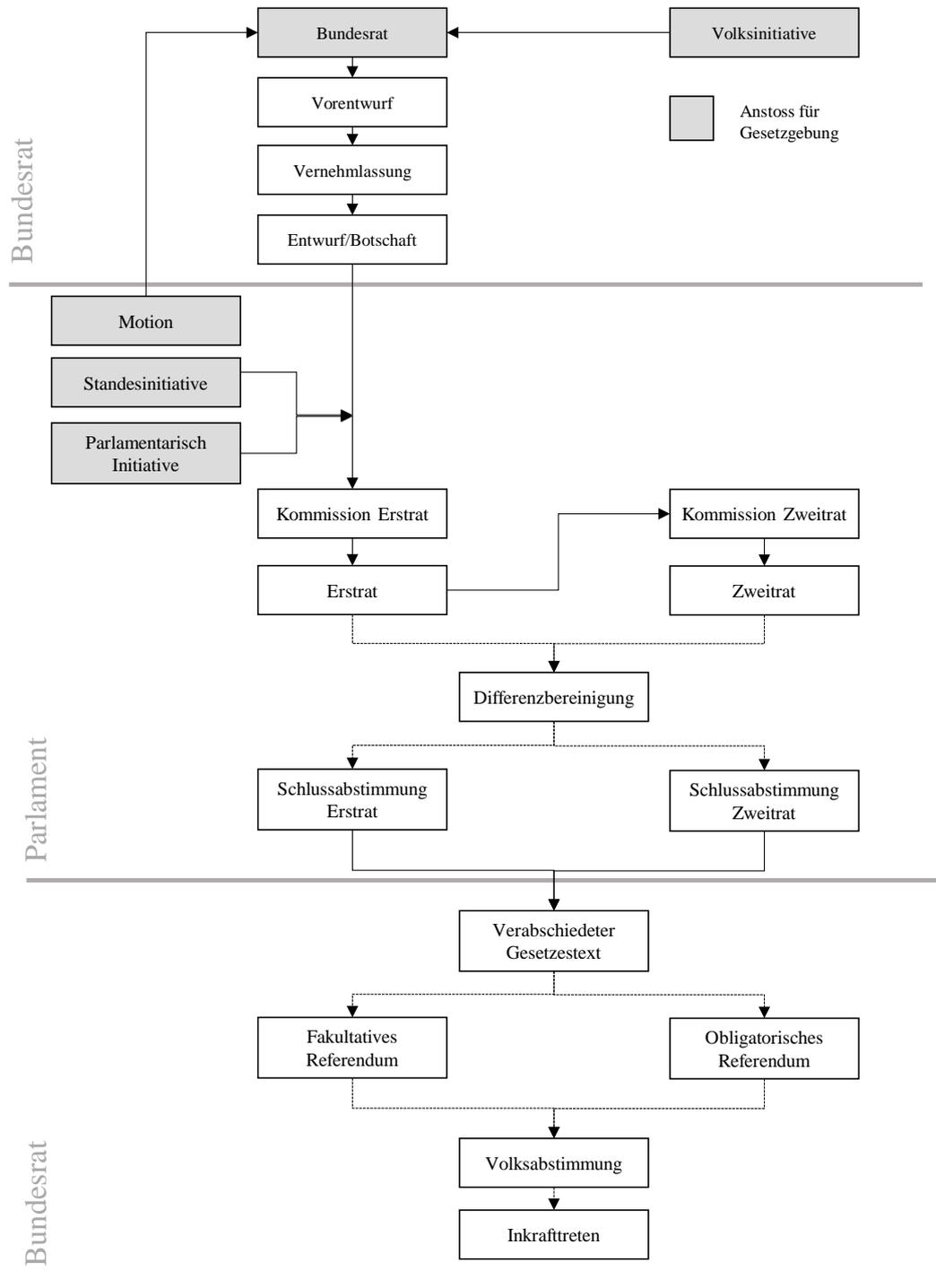
Widerspiegelt hingegen der Verzicht auf ein Reformvorhaben effektiv die Präferenz einer Mehrheit der Bevölkerung für den Status quo, dann muss dies in einer Demokratie zur Kenntnis genommen werden. In diesem Fall überwiegt offenbar für die Mehrheit der Nutzen die Kosten einer aus rein normativer Sicht ineffizienten. Präferenzen sind im Zeitverlauf allerdings nicht fix und es ist durchaus denkbar, dass ab einem gewissen Punkt die durch den Einzelnen zu tragenden Gesundheitsausgaben in der OKP so hoch werden, dass in der Bevölkerung eine Bereitschaft entstehen kann, auf gewisse «liebgegewonnene» Elemente des Schweizer Gesundheitswesens wie beispielsweise die freie Arztwahl oder ein nahegelegenes Spital zu verzichten. Aktuell werden Gesundheitsthemen in den Medien wieder vermehrt diskutiert und die steigende Einkommensbelastung durch die Krankenversicherung in Umfragen häufig als eine der aktuell grössten Sorgen genannt. Ob dies ein Zeichen sein könnte, dass der Leidensdruck in der Bevölkerung gross genug geworden ist, um auch unbequeme Reformen zu ermöglichen, bleibt abzuwarten.

6 Literaturverzeichnis

- Aschwanden, E., 23.8.2018. Gleiche Finanzierung von ambulanter und stationärer Behandlung im Spital: Die Kantone Genf und Waadt wären die grossen Verlierer | NZZ.
- Beck, K., 2013. Risiko Krankenversicherung – Risikomanagement in einem regulierten Krankenversicherungsmarkt, 3. Auflage. ed. Haupt Verlag, Bern.
- Beetsma, R.M.W.H., & Debrun, X. (Eds.), 2018. Independent Fiscal Councils: Watchdogs or lapdogs?
- Bundesrat, 2007. Volksinitiative vom 11. März 2007 Erläuterungen des Bundesrates - Volksinitiative «Für eine soziale Einheitskrankenkasse». Schweizerische Eidgenossenschaft, Bern.
- Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, 2019. Parlamentswörterbuch [WWW Document]. URL <https://www.parlament.ch/de/%C3%BCber-das-parlament/parlamentsw%C3%B6rterbuch/parlamentsw%C3%B6rterbuch-detail?WordId=102> (accessed 21.1.19).
- Eidgenössische Finanzkontrolle, 2016. Prognosen in den Botschaften des Bundesrates - Evaluation der prospektiven Folgeabschätzungen von Gesetzesentwürfen (No. EFK-14486).
- Einav, L., & Levin, J., 2015. Managed competition in health insurance. *J. Eur. Econ. Assoc.* 13, 998–1021.
- Enthoven, A.C., 1993. The History and Principles of Managed Competition. *Health Aff. (Millwood)* 12, 24–48.
- NCSL Briefs for State Legislators, 2010. Global Payments to Health Providers. *Health Cost Contain. Effic.*
- Telser, H., Vaterlaus, S., Zweifel, P., & Eugster, P., 2004. Was leistet unser Gesundheitswesen. Rüegger, Zürich.
- Zweifel, P., 2013. Managed Care: Prescription for Failure? Lessons from Switzerland. *CESifo DICE Rep.* 11, 27–31.

Anhang

Abbildung 1 Gesetzgebungsverfahren



Quelle: In Anlehnung an "Parlamentswörterbuch," n.d.

Tabelle 2 Akteursmatrix Monismus

Akteure	Auswirkung Reformvorschlag		erwartete Reaktion (Kosten-Nutzen-Analyse)
Versicherte	alle Versicherten	allenfalls mittelfristig niedrigere/höhere Prämien	schwacher Einsatz für/gegen Reform
Steuerzahler	alle Steuerzahler	allenfalls mittelfristig niedrigere/höhere Steuern	schwacher Einsatz für/gegen Reform
Patienten	alle Patienten	allenfalls adäquatere medizinische Versorgung	schwacher Einsatz für Reform
Krankenversicherer	alle Krankenversicherer	gutes Kostenmanagement lohnender mehr Wettbewerb bei Managed-Care-Modellen allenfalls Reduktion Kostenbeteiligung	Einsatz für die Reform
Ärzte	alle niedergelassenen Ärzte	grösserer Einfluss Kantone befürchtet erhöht allenfalls Möglichkeit Aufhebung Kontrahierungszwang besserer medizinische Versorgung der Bevölkerung allenfalls bessere Verdienstmöglichkeiten	unklar
	Managed-Care-Ärzte Spitalärzte	grösserer Einfluss Krankenversicherer befürchtet	schwacher Einsatz für Reform schwacher Einsatz gegen Reform
Spitäler	alle Spitäler	mittelfristig Verschiebung Leistungserbringung vom stationären in den ambulanten Bereich	schwacher Einsatz gegen Reform
Apotheken	alle Apotheker	keine Veränderung	nicht betroffen
Pflege	alle Leistungserbringer in der Pflege	grösserer Einfluss Krankenversicherer befürchtet	schwacher Einsatz gegen Reform
Pharmaindustrie		keine Veränderung	nicht betroffen
Medtechindustrie		keine Veränderung	nicht betroffen
Behörden	Kantone	Mitfinanzierung ambulanten Bereich ohne Möglichkeit der Angebotssteuerung	starker Einsatz gegen die Reform
	nationale Behörden	allenfalls niedrigere OKP-Ausgaben	schwacher Einsatz für Reform

Tabelle 3 Akteursmatrix Aufhebung Kontrahierungszwang

Akteure	Auswirkung Reformvorschlag	erwartete Reaktion (Kosten-Nutzen-Analyse)	
Versicherte	alle Versicherten	allenfalls niedrigere Prämien, höhere Suchkosten, allenfalls Rationierung von Leistungen	schwacher Einsatz gegen Reform
	Wohnort mit hoher Versorgungsdichte Wohnort mit niedriger Versorgungsdichte	allenfalls schlechteren Zugang zu Leistungserbringern allenfalls besseren Zugang zu Leistungserbringern	
Steuerzahler	alle Steuerzahler	allenfalls niedrigere Steuern	kein Einsatz für Reform
Patienten	alle Patienten	allenfalls Änderung Behandlungsqualität, höhere Suchkosten allenfalls Rationierung von Leistungen, Verlust freie Arztwahl	Einsatz gegen Reform
	Wohnort mit hoher Versorgungsdichte Wohnort mit niedriger Versorgungsdichte	allenfalls schlechteren Zugang zu Leistungserbringern allenfalls besseren Zugang zu Leistungserbringern	
Krankenversicherer	alle Krankenversicherer	erlaubt Steuerung der Leistungserbringer, mehr administrativer Aufwand, mehr Wettbewerb	teilweise Einsatz für Reform
Ärzte	alle niedergelassenen Ärzte	Verlust Abrechnungsgarantie in der OKP, Verlust Unabhängigkeit, mehr administrativer Aufwand	starker Einsatz gegen Reform
	Grundversorger Spezialisten Managed-Care-Ärzte	Hausarztberuf wird attraktiver Reduktion verfügbare Stellen mehr Anreize, als MC-Arzt zu arbeiten	
Spitäler	alle Spitäler	Aufwertung als Arbeitgeber gegenüber Privatpraxen allenfalls bessere medizinische Versorgung	schwacher Einsatz für die Reform
Apotheken	alle Apotheker	keine Veränderung	nicht betroffen
Pflege	alle Leistungserbringer in der Pflege	keine Veränderung	nicht betroffen
Pharmaindustrie		keine Veränderung	nicht betroffen
Medtechindustrie		keine Veränderung	nicht betroffen
Behörden	alle Regulierungsbehörden	allenfalls bessere medizinische Versorgung allenfalls bessere räumliche Verteilung der Leistungserbringer allenfalls niedrigere Gesundheitskosten allenfalls Verlust mögliche Steuerung Leistungserbringer (Übertragung Kompetenz an Krankenversicherer)	unklar

Tabelle 4 Akteursmatrix Risikoausgleich

Akteure	Auswirkung Reformvorschlag		erwartete Reaktion (Kosten-Nutzen-Analyse)
Versicherte	alle Versicherten	langfristig niedrigere Prämien (weg von Risikoselektion zu Innovation)	schwacher Einsatz für Reform schwacher Einsatz gegen Reform
	schlechte Risiken gute Risiken	niedrigere Prämien einfachere administrative Prozesse höhere Prämien	
Steuerzahler	alle Steuerzahler	allenfalls niedrigere Steuern	kein Einsatz für Reform
Patienten	alle Patienten	keine Veränderung	nicht betroffen
Krankenversicherer	alle Krankenversicherer Versicherer mit schlechten Risiken Versicherer mit guten Risiken	mehr Anreiz für Leistungssteuerung, da lohnender Möglichkeit, die Prämien zu reduzieren (mehr Marktanteil) Notwendigkeit, die Prämien zu erhöhen (weniger Marktanteil)	starker Einsatz für Reform starker Einsatz gegen Reform
Ärzte	MC-Ärzte übrige Ärzte	bessere Berufsaussichten, da Leistungssteuerung lohnender keine Veränderung	Einsatz für Reform
Spitäler	alle Spitäler	keine Veränderung	nicht betroffen
Apotheken	alle Apotheker	keine Veränderung	nicht betroffen
Pflege	alle Leistungserbringer in der Pflege	keine Veränderung	nicht betroffen
Pharmaindustrie		keine Veränderung	nicht betroffen
Medtechindustrie		keine Veränderung	nicht betroffen
Behörden	alle Regulierungsbehörden	mehr Aufwand bei Regulierung Risikoausgleich allenfalls niedrigere Gesundheitskosten (Rolle Versicherer)	schwacher Einsatz für Reform

Polynomics AG
Baslerstrasse 44
CH-4600 Olten

www.polynomics.ch
polynomics@polynomics.ch

Telefon +41 62 205 15 70
Fax +41 62 205 15 80