

Gesundheitspolitik – Ein Vergleich zwischen Schweden und der Schweiz

Einzel Diplomarbeit von Rebecca Frei, Zürcher Hochschule Winterthur

Das Gesundheitswesen macht heutzutage fast täglich von sich reden – und dies meist in einem wenig erfreulichen Zusammenhang. Steigende Preise hier, Mengenausweitungen dort – das schnelle Kostenwachstum lässt beinahe niemanden kalt und es sind Massnahmen gefragt, dieser Entwicklung Einhalt zu gebieten. Dies ist jedoch schwierig, da es sich bei den Märkten rund ums Gesundheitswesen einerseits um spezielle Märkte handelt, denen es aufgrund von Externalitäten, unvollkommenem Wettbewerb und Informationsasymmetrien nicht gelingt, die Ressourcen optimal zu verteilen, was Eingriffe von aussen nötig macht. Andererseits kommt man in diesem Bereich auch nicht umhin, ethische Grundsätze zu berücksichtigen und Gerechtigkeitsüberlegungen anzustellen. Dies führt dazu, dass eine Vielzahl von Interessensgruppen berücksichtigt sein will.

Die beiden Länder Schweden und Schweiz verfügen über diverse soziologische und demographische Gemeinsamkeiten, aber komplett unterschiedlich organisierte Gesundheitswesen. Während Schweden über ein planwirtschaftliches System verfügt, legt man in der Schweiz Wert auf gewisse Wettbewerbskomponenten, wobei allerdings die öffentliche Hand eine ebenso wichtige Rolle spielt. Gemein ist beiden Ländern auch, dass sie sich gegenwärtig mit diversen Problemen rund ums Gesundheitswesen auseinandersetzen haben, darunter insbesondere mit den steigenden Ausgaben.

Welche Erkenntnisse bringt nun ein Vergleich der beiden Länder mit ihren gesundheitspolitischen Eigenheiten?

Diverse Analysen ergeben, dass die Pro-Kopf-Kosten in beiden Ländern während der letzten Jahre relativ stark angestiegen sind.¹ Da sich die Aufspaltung der Leistungserbringer anteilmässig an den gesamten Gesundheitskosten in den letzten Jahren kaum verändert hat, muss das Augenmerk auf Veränderungen innerhalb dieser Anteile gelegt werden, d.h. es muss zwischen Mengen- und Preisveränderungen unterschieden werden. Es ergibt sich in der genaueren Betrachtung der Schweizerischen Daten, dass sich die Hauptursachen der Kostenexplosion hauptsächlich in einer Preissteigerung im Bereich der Spitalleistungen sowie einer Mengenausweitung im Bereich der Ärzte und Medikamente finden lassen.² Die Ursache der genannten Preissteigerung liegt – bei abnehmenden Werten der durchschnitt-

lichen Spitaltage, welche sich positiv auf den Mengenindex auswirken – in der Abrechnungsmethode mittels Tagespauschalen, welche im Verlaufe der letzten Jahre mehrfach erhöht wurden. Grund der genannten Mengenausweitungen ist einerseits das schweizerische System mit den Ärzten, die auf Honorarbasis in ihren eigenen Praxen arbeiten und für die es ein Leichtes ist, die Nachfrage nach ihren Dienstleistungen mengenmässig zu beeinflussen. Andererseits fehlt ein geeignetes Organ auf Bundesebene, welche die nötigen Befugnisse hat, dringende Anordnungen schnell zu erlassen. Die dezentrale Organisation des Gesundheitswesens in der Schweiz führt denn auch dazu, dass kaum koordinierende Massnahmen möglich sind, da ein Grossteil der Kompetenzen nach wie vor in Kantonsland liegen. Das schweizerische Parlament arbeitet laufend an Verbesserungsmöglichkeiten für das Gesundheitswesen. Das System wurde 1995 mit der Einführung einer obligatorischen Grundversicherung und anderen grundlegenden Änderungen schon einmal radikal umgekrempelt, doch sind dadurch die Kostenprobleme nicht kleiner geworden. Momentan wird unter anderem daran gearbeitet, den Wettbewerb zwischen den Ärzten durch geeignete Massnahmen zu verstärken, um so die Mengenausweitung bremsen zu können. Was genau es jedoch wirklich erfordert, um die Kostenexplosion abwenden zu können, darüber ist man sich uneinig.

In Schweden leidet man weniger an Mengenausweitungen, obwohl diese, vor allem im Bereich der Medikamente, auch dort eine Rolle spielen. Generell liegen die Probleme eher im Bereich der fehlenden Effizienz und Produktivität. Dies lässt sich vor allem darauf zurückführen, dass das schwedische Gesundheitspersonal praktisch vollständig durch die regionalen Behörden angestellt ist und über einen Fixlohn verfügt, der ihm keine Anreize verschafft, besonders produktiv zu arbeiten. Die Reformen der letzten Jahre sind denn auch häufig organisatorischer Art, man versucht, neue effizienzsteigernde Massnahmen wie neue Kostenabrechnungssysteme einzuführen und hat in einigen Bereichen auch eine wettbewerbliche Öffnung zugelassen, die eine gewisse Konkurrenz fördern und so zu mehr Produktivität führen soll.

¹ siehe Anhang, Abbildung 1

² siehe Anhang, Abbildungen 2-5

Anhang

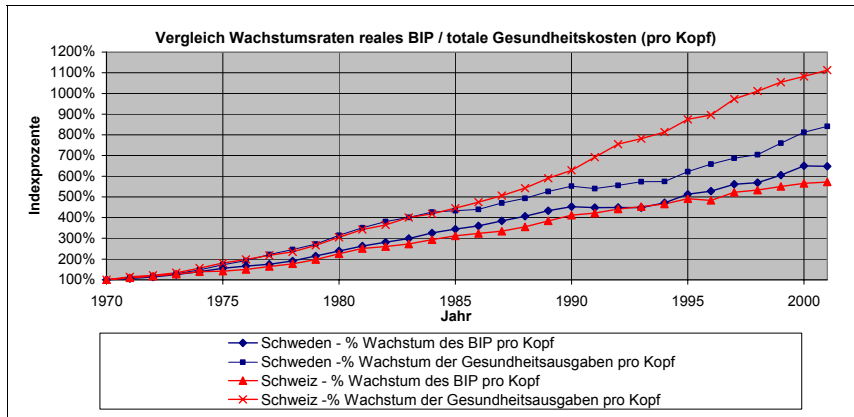


Abbildung 1: Berechnung anhand Daten der European health for all database, WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen, Dänemark 2003

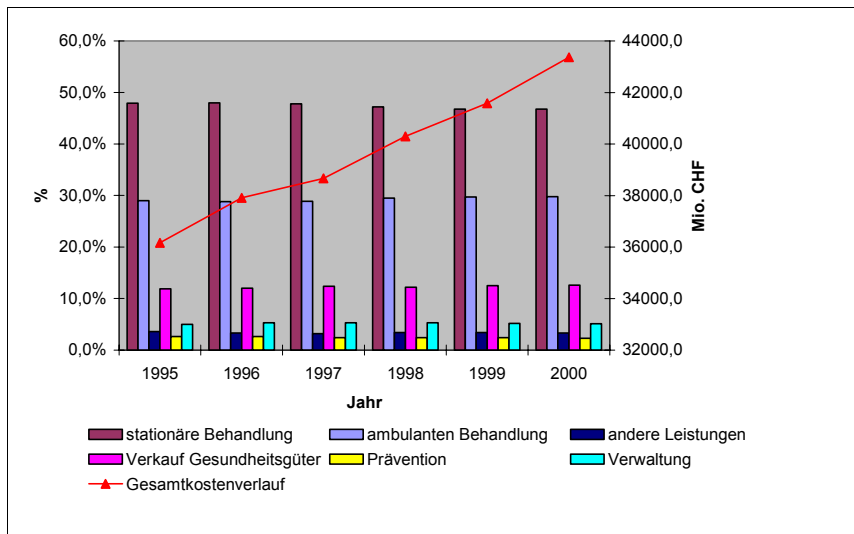


Abbildung 2: Kosten des Gesundheitswesens, Bundesamt für Statistik, Neuchatel 2002, S. 39 u. 40.

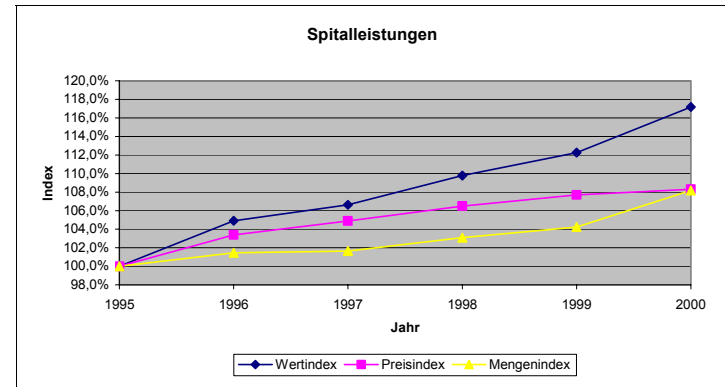


Abbildung 3: Berechnungen anhand folgender Daten: Kosten des Gesundheitswesens, Bundesamt für Statistik, Neuchatel 2002, S. 35-39

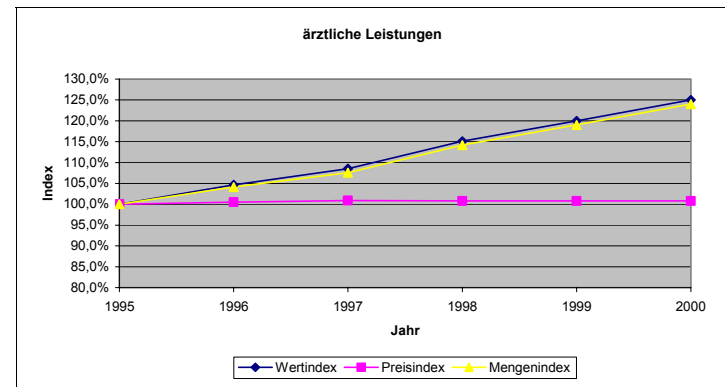


Abbildung 4: Berechnungen anhand folgender Daten: Kosten des Gesundheitswesens, Bundesamt für Statistik, Neuchatel 2002, S. 35-39

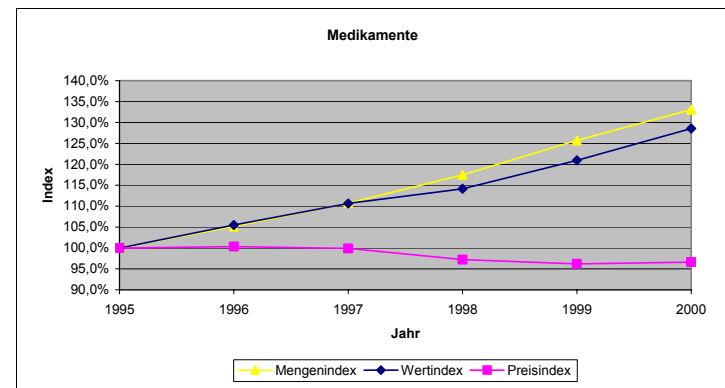


Abbildung 5: Berechnungen anhand folgender Daten: Kosten des Gesundheitswesens, Bundesamt für Statistik, Neuchatel 2002, S. 35-39