

Stephan Hammer, Martin Peter

# Wettbewerb im Gesundheitswesen

Eine Auslegeordnung

**Die Schweizerische Krankenversicherung sieht neben regulierenden Rahmenbedingungen auch wettbewerbliche Elemente vor. Die Wettbewerbsintensität im Gesundheitswesen ist jedoch gering. Inwieweit die Wettbewerbselemente in der Krankenversicherung verstärkt werden sollen, wird kontrovers diskutiert.**



Stephan Hammer

Ausgehend von der Diskussion um die Verstärkung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen, hat das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) INFRAS beauftragt, bestehende und mögliche neue Wettbewerbselemente in der Krankenversicherung in Form einer Auslegeordnung darzustellen. Folgende Fragen werden beantwortet:

- Wie ist die Wettbewerbsintensität im Gesundheitswesen zu beurteilen?
  - Welche Wettbewerbselemente idealtypischer Modelle des regulierten Wettbewerbs und ausländischer Gesundheitssysteme könnten für die Schweiz von Interesse sein?
  - Welche Vorschläge zur Reform des KVG schlagen die Literatur und gesundheitspolitische Akteure vor?
- Die Auslegeordnung befasst sich mit dem Wettbewerb im Markt der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) bzw. der Grundversicherung. Zudem werden wichtige Bezüge zwischen dem OKP-Markt und dem Zusatzversicherungsmarkt berücksichtigt. Analysiert werden der



Martin Peter

Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern (nachfolgend «Versicherer» genannt) und der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringenden. Der Markt der Zulieferer (Hilfsmittel und Medikamente) wird nicht betrachtet. Bei den Leistungserbringenden beschränkt sich die Auslegeordnung auf die Ärztinnen und Ärzte in ambulanten Praxen sowie die Spitäler.

Die Analyse der Wettbewerbsintensität zwischen den Versicherern und zwischen den Leistungserbringenden

erfolgt anhand des Konzepts eines wirksamen Wettbewerbs, das zwischen den Merkmalen Marktstruktur, Marktverhalten und Marktergebnis unterscheidet. Der Bericht stützt sich auf eine Dokumentenanalyse und ergänzende Experteninterviews.

## Wettbewerb zwischen den Versicherern

Die Intensität des Wettbewerbs zwischen den Versicherern im OKP-Markt, der sich auf die Erreichung der Wettbewerbsziele (v.a. effiziente Ressourcenallokation) ausrichtet, ist gering:

- Erstens ist der Wettbewerb zwischen den Versicherern im OKP-Markt durch gesetzliche Regulierungen eingeschränkt.
- Zweitens findet heute zwischen den Versicherern kein transparenter Wettbewerb bezüglich Preis und Leistungen der Versicherungsprodukte statt. Der Wettbewerb fokussiert vor allem auf den Preis (Prämienwettbewerb), jedoch kaum auf die Qualität des Leistungsangebots. Die dominierende Wettbewerbsstrategie der Versicherer ist die Risikoselektion. Demgegenüber tritt der Wettbewerb hinsichtlich des Managements der Leistungskosten in den Hintergrund. Bei den Managed-Care-Modellen treiben die Versicherer aufgrund der eigenen Interessen (Risikoselektion) und der Bedürfnisse der Versicherten (Wahlfreiheit) vor allem sogenannte «Light-Modelle» voran. Die «echten» Managed-Care-Modelle (mit Budgetverantwortung, Gatekeeping, Vernetzung und Qualitätssicherung) haben sich kaum verbreitet.

**Der Wettbewerb zwischen den Versicherern fokussiert vor allem auf den Preis, jedoch kaum auf die Qualität des Leistungsangebots.**

- Drittens bestehen Hinweise, dass das Marktergebnis im Krankenversicherungsmarkt in Richtung einer effizienten Ressourcenallokation weiter verbessert werden kann.

Folgende Gründe sind für die geringe Wettbewerbsintensität zwischen den Versicherern im OKP-Markt massgebend:

- Der Handlungsspielraum der Versicherer könnte in verschiedener Hinsicht erhöht werden, vor allem durch die Aufhebung des Kontrahierungszwangs und grösseren Freiheiten bei der Gestaltung des Versicherungsvertrags (bspw. Flexibilisierung in zeitlicher Hinsicht).
- Der bestehende Risikoausgleich führt dazu, dass eine Risikoselektionsstrategie im Vergleich zu einer Kostenmanagementstrategie für die Versicherer attraktiver ist.
- Die «echten» Managed-Care-Modelle haben sich vor allem aufgrund ungenügender (finanzieller) Anreize für die Versicherten und dem bisher ungenügenden Risikoausgleich kaum verbreitet.
- Der Trend zu Ärztenetzen könnte den Wettbewerb zwischen Ärztinnen und Ärzten beleben.

### Spitäler

Die Wettbewerbsintensität zwischen den Spitälern im OKP-Markt ist gering, hat sich in den letzten Jahren jedoch leicht erhöht. Gründe dafür sind der Trend zur leistungsorientierten Spitalplanung, die grössere Autonomie der Spitäler gegenüber den Kantonen und die ersten Ansätze zu separaten Tarifverhandlungen der Versicherer mit den Spitälern. Zudem ist davon auszugehen, dass die neue Spitalfinanzierung die Voraussetzungen für den Wettbewerb zwischen den Spitälern verbessert.

Bei den Spitälern besteht jedoch nach wie vor eine hohe Regelungsdichte, die den Wettbewerb massgeblich einschränkt. Wesentliche Hemmnisse im Hinblick auf eine Verstärkung des Wettbewerbs sind die föderalistischen Marktstrukturen (v.a. Spitalplanung), die Spitalfinanzierungsgrundsätze und die kantonal weitgehend

## Wettbewerb zwischen den Leistungserbringenden

### Ärztinnen und Ärzte

Zwischen den Ärztinnen und Ärzten in ambulanten Praxen besteht kaum Wettbewerb. Hauptgrund für den fehlenden Wettbewerb ist der Kontrahierungszwang. Zusammen mit dem geringen Interesse der Versicherten, sich in der Wahl des Leistungserbringers einzuschränken, und der Einzelleistungsabrechnung führt der Kontrahierungszwang dazu, dass Ärztinnen und Ärzte wenig Interesse und wenig Notwendigkeit sehen, sich gegenüber anderen Ärztinnen und Ärzten konkurrierend zu verhalten. Entsprechend haben sie ein geringes Interesse an Managed-Care-Modellen (insbesondere an denjenigen mit Budgetverantwortung) und an einem Preis-Leistungs-Vergleich. Die Erfolge der «echten» Managed-Care-Modelle hinsichtlich Preis und Qualität der Leistungen zeigen, dass das Marktergebnis der Ärzteschaft noch wesentlich verbessert werden könnte. Ein weiterer Grund für die geringe Wettbewerbsintensität zwischen Ärztinnen und Ärzten sind fehlende öffentlich zugängliche Informationen zur Qualität und zum Nutzen der erbrachten Leistungen. Damit fehlen den Patientinnen und Patienten wichtige Informationen zur Wahl der Ärztin bzw. des Arztes. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass die Patientinnen und Patienten über eigene Erfahrungen und informelle Informationen verfügen, die zu einem gewissen Qualitätswettbewerb zwischen den Ärztinnen und Ärzten führen. Bei der Beurteilung der Wettbewerbsintensität zwischen Ärztinnen und Ärzten ist jedoch wie folgt zu differenzieren:

- Während zwischen den Hausärztinnen und Hausärzten wenig Wettbewerb besteht, konkurrieren gewisse Spezialisten auf indirekte Weise (bspw. Werbung über Privatkliniken).
- In ländlichen Regionen ist die Wettbewerbsintensität zwischen der Ärzteschaft geringer als in den Städten.

---

Bei den Spitälern besteht nach wie vor  
eine hohe Regelungsdichte, die den Wettbewerb  
massgeblich einschränkt.

---

einheitlichen Tarife. Weitere Hemmnisse sind fehlende transparente und vergleichbare Informationen zur Leistungsqualität der Spitäler, der Kontrahierungszwang und das mangelnde Interesse der Spitäler an integrierten Versorgungsmodellen bzw. an Managed-Care-Modellen.

### Idealtypische Modelle des regulierten Wettbewerbs

Die Auslegeordnung stellt die idealtypischen Modelle von Enthoven («Managed Competition-Modell») und von Porter/Teisberg («Value-Based Competition Modell») dar:

- Enthoven stellt in seinem Modell den Wettbewerb zwischen Versicherungsmodellen in den Vordergrund. Durch diesen Wettbewerb sollen insbesondere die Vorteile integrierter Versorgungssysteme genutzt werden. Der Marktprozess soll von sogenannten «Sponsoren» bzw. «Einkaufskooperationen» strukturiert und gesteuert werden. Die Sponsoren schliessen im Auftrag ihrer Versicherten Verträge mit verschiedenen Versicherungsmodellen ab und steuern den Marktprozess über kollektive Regeln (u.a. Einheitsprämie, einheitlicher Leistungskatalog und Risikoausgleich). Der Staat soll sich auf grundlegende Regulierungen (bspw. Durchsetzung des Wettbewerbsrechts) beschränken.

Tabelle 1 Wettbewerbselemente ausländischer Gesundheitssysteme.

Länder	Wettbewerbselemente
Niederlande	Selektive Vertragsgestaltung (bzw. Aufhebung des Kontrahierungszwangs) Morbiditätsorientierter Risikoausgleich Diverses: Möglichkeit für die Versicherer, Gewinne zu erzielen; Anwendung des Wettbewerbsrechts; Bemühungen zur Verbesserung der Information über die Leistungsqualität; freie Mobilität der Patientinnen und Patienten
Deutschland	Individuelle Versicherungsmodelle der Krankenkassen: Hausarztmodelle, spezielle Modelle für strukturierte Behandlungsprogramme, integrierte Versorgung Risikoausgleich: Berücksichtigung gesundheitsbezogener Faktoren (u.a. Ausgaben für die stationäre Versorgung und die Arzneimittelversorgung) Diagnosebezogene Fallpauschalen in der stationären Behandlung
USA	Erfahrungen mit Managed-Care-Modellen Erfahrungen mit dem Managed-Competition-Modell (z.B. Stanford University) Erfahrungen mit Instrumenten zur Beurteilung der Qualität der Leistungserbringer

- Porter und Teisberg erachten den Wettbewerb zwischen einzelnen Leistungserbringenden um die Verbesserung des Nutzens (bzw. Werts) der Leistungen über den ganzen Behandlungszyklus als zentral. Wichtigstes Element zur Verstärkung des Wettbewerbs zwischen den Leistungserbringenden ist die Verfügbarkeit von Informationen zu den Behandlungsergebnissen. Porter und Teisberg gehen davon aus, dass die Fokussierung auf die Qualität der Leistungen entlang der Behandlungskette verstärkt zu koordinierten Angeboten der Leistungserbringenden führen wird. Dem Staat kommt in diesem Modell neben der Einführung einer obligatorischen Grundversicherung eine unterstützende Rolle zu (bspw. Bereitstellen von Grundlagen zur Information über die Qualität der Leistungen).

Das KVG berücksichtigt bereits einige regulatorische Forderungen der beiden idealtypischen Modelle. Im Falle einer wettbewerbsorientierten Reform des KVG könnten folgende Elemente dieser Modelle von Interesse sein:

- Grösserer Handlungsspielraum für die Versicherer und die Leistungserbringenden
- Verstärkung des Wettbewerbs auf der Ebene der Versicherungsmodelle
- Verstärkung des Wettbewerbs auf der Ebene der einzelnen Leistungserbringer, vor allem durch verbesserte Informationen zur Qualität der Leistungen

### Beispiele ausländischer Wettbewerbsmodelle

Tabelle 1 zeigt Wettbewerbselemente der Gesundheitssysteme der Niederlande, von Deutschland und den USA, die für die Schweiz im Hinblick auf eine wettbewerbsorientierte Reform des KVG von Interesse sein könnten.

### Vorschläge für die Reform der Schweizer Krankenversicherung

#### Reformvorschläge der Literatur

Die Literatur schlägt mehrheitlich folgende Kernelemente zur Verstärkung der Wettbewerbselemente im KVG vor:

- Aufhebung des Kontrahierungszwangs, ergänzt durch eine freie Preisbildung (Vergütungsformen und -höhen), die Anwendung des Kartellgesetzes auf den OKP-Markt und die Aufhebung der Spitalplanung
- Reduktion der Anreize zur Risikoselektion durch eine Reform des Risikoausgleichs oder risikoabhängige Prämien
- Einführung einer monistischen Spitalfinanzierung.

Weiter werden u.a. die stärkere Vernetzung der Leistungserbringenden und die Förderung von Managed-Care-Modellen, die Aufhebung von wettbewerbsbeschränkenden Vorgaben für die Versicherer, verbesserte Informationen zur Qualität der medizinischen Leistungen, die Förderung der Gesundheitskompetenzen der Versicherten und die freie Spitalwahl gefordert.

#### Positionen der Akteure des Gesundheitswesens

Zwischen den Akteuren des Gesundheitswesens besteht hinsichtlich folgender Aspekte des KGV weitgehend Konsens:

- Die Krankenversicherung soll eine Sozialversicherung mit einem rechtsgleichen Zugang der Versicherten und solidarischer Finanzierung bleiben. Entsprechend werden das Versicherungsobligatorium, die Freizügigkeit der Versicherten, der einheitliche Grundleistungskatalog, einheitliche Prämien, der Risikoausgleich, die Kostenbeteiligung und die Prämienverbilligung unterstützt.

Tabelle 2 Mögliche Ansätze für eine wettbewerbliche Reform des KVG.

<b>Stossrichtungen</b>	Erhöhung des Handlungsspielraums der Versicherer und der Leistungserbringer bei der Gestaltung ihrer Produkte Förderung des Wettbewerbs zwischen den einzelnen Leistungserbringern sowie zwischen Versorgungsnetzen Verbesserung der Transparenz der Qualität der erbrachten Leistungen
<b>Massnahmen</b>	Förderung von Managed-Care: differenzierter Selbstbehalt, grösserer Spielraum bei der Prämienreduktion, längere Vertragsdauer Aufhebung des Kontrahierungszwangs (bzw. Vertragsfreiheit) Bereitstellung von Grundlagen zur Verbesserung der Transparenz der Qualität der erbrachten Leistungen Monistische Spitalfinanzierung Aufhebung der Spitalplanung Orientierung der Prämienverbilligung an den Angeboten der Versicherer mit den tiefsten Prämien

- Zukünftig sollen Managed-Care-Modelle (v.a. integrierte Versorgungsmodelle) verstärkt gefördert und die Informationen zur Qualität der Leistungen verbessert werden.

Hinsichtlich der Frage, ob und in welchem Ausmass die Wettbewerbselemente im KVG verstärkt werden sollen, sind sich die Akteure des Gesundheitswesens jedoch nicht einig. Die unterschiedlichen Positionen bezüglich dieser Grundsatzfrage können am Beispiel der Positionen der Versicherer (bzw. von santésuisse) und den Kantonen (bzw. der GDK) deutlich gemacht werden:

- Die Versicherer setzen sich für eine wettbewerbliche Reform des KVG ein. Von zusätzlichen Wettbewerbselementen im KVG erwarten die Versicherer eine Ver-

hebung des Kontrahierungszwangs und die monistische Spitalfinanzierung.

#### Fazit

Vorliegende Auslegeordnung kann wie folgt zusammengefasst werden:

- Die gesundheitspolitischen Akteure sind sich einig, dass die Krankenversicherung eine Sozialversicherung bleiben soll.
- Hinsichtlich einer allfälligen Verstärkung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen vertreten die Akteure des Gesundheitswesens unterschiedliche Positionen. Entsprechend ist ein Grossteil der von der Literatur vorgeschlagenen Massnahmen zur Verstärkung der Wettbewerbselemente im KVG umstritten.
- Zwischen den Versicherern und zwischen den Leistungserbringenden (Ärztinnen und Ärzte sowie Spitäler) besteht heute kaum Wettbewerb, der auf eine effiziente Ressourcenallokation abzielt.
- Falls die Politik die Wettbewerbselemente im KVG verstärken will, lassen sich aus den Erfahrungen mit dem KVG, der Literatur, der ausländischen Erfahrungen und der Positionen der Akteure des Gesundheitswesens eine Reihe von Stossrichtungen und Massnahmen ableiten (Tabelle 2).

Hinsichtlich der Frage, ob und in welchem Ausmass die Wettbewerbselemente im KVG verstärkt werden sollen, sind sich die Akteure des Gesundheitswesens nicht einig.

stärkung des Kostenbewusstseins und der Eigenverantwortung aller Akteure, einen möglichst effizienten Mitteleinsatz im Gesundheitswesen, die Förderung von Qualität und vermehrte Anreize für Innovationen.

- Die GDK ist gegenüber wettbewerbsorientierten Reformen des KVG deutlich skeptischer. Ausgehend vom heutigen System sollten diejenigen wettbewerblichen oder planerischen Elemente verstärkt werden, die eine möglichst gute Erreichung der Ziele des KVG ermöglichen. Von einer Wettbewerbszunahme erwartet die GDK diesbezüglich nur beschränkt positive Wirkungen.

Die unterschiedlichen Grundpositionen der gesundheitspolitischen Akteure führen dazu, dass viele der von der Literatur vorgeschlagenen wettbewerblichen Reformmassnahmen umstritten sind, beispielsweise die Auf-

Stephan Hammer, Martin Peter

c/o INFRAS

Binzstrasse 23, Postfach, 8045 Zürich

stephan.hammer@infras.ch, martin.peter@infras.ch

zuerich@infras.ch

#### Der Link zur Studie

Der Schlussbericht «Wettbewerb im Gesundheitswesen: Auslegeordnung» ist unter folgendem Link verfügbar: <http://www.obsan.admin.ch> > publikationen.