



Health System Watch

Jahresthema: Finanzierung aus einer Hand III

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

Finanzierung aus einer Hand III

Auf Grundlage der theoretischen und empirischen Literatur und der Fallstudien haben wir sechs Modelle aufgestellt, welche die Voraussetzungen zur Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens aus einer Hand erfüllen. Sie enthalten verschiedene Varianten der Einbeziehung von Bund, Ländern und der Sozialversicherung. Wir diskutieren auch ihre Vor- und Nachteile in Hinblick auf die in Health System Watch 1/09 dargestellten Anforderungen sowie mögliche Probleme der Umsetzbarkeit.

Einleitung

In diesem letzten Teil zum Thema „Finanzierung aus einer Hand“ werden wir eine Reihe von möglichen Modellen vorstellen, wie eine solche Finanzierung realisiert werden kann. Zur einfacheren Orientierung sind die Modelle auch schematisiert dargestellt. Dies sollte allerdings nicht zu einer vereinfachenden Rezeption führen. Wesentlicher erscheinen uns die aufgezeigten Möglichkeiten und Überlegungen. Sie sollen auch zur Diskussion anregen, keineswegs sind die vorgestellten Modelle die einzig möglichen. Ihre Grundzüge basieren jedoch auf den Untersuchungen, die wir in Teil 1 und 2 von „Finanzierung aus einer Hand“ zusammengefasst haben.

Modellvorschläge

Die folgenden Modelle wurden unter der Prämisse erstellt, dass die bestehenden Strukturen des österreichischen Gesundheitswesens gemäß dem Konzept der „Finanzierung aus einer Hand“ weiterentwickeln sind. Ausgangspunkt ist also der Status quo, den wir bezüglich der Ziele der WHO bewertet haben. Dabei greifen wir auf die theoretischen Überlegungen, empirischen Befunde und Fallstudien zurück, die wir im Zuge der Studie erarbeitet und in der vorletzten Ausgabe des Health System Watch kurz zusammengefasst haben. Wir lassen die dazu notwendigen legislativen Änderungen außer Acht, um uns nicht zu sehr einzuschränken. Denn eine Reform in Richtung „Finanzierung aus einer Hand“ wird in jedem Fall einige tiefgreifende Modifikationen erfordern. Dennoch bemühen wir uns, ein gewisses Augenmaß zu bewahren, um realistische, pfadabhängige Entwicklungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Nach der Herausarbeitung der möglichen Vor- und Nachteile zum Status quo bewerten wir jedes Modell und beziehen dabei auch unsere Einschätzung der tatsächlichen Umsetzbarkeit mit ein.

*Alle: Institut für Höhere Studien
Stumpfergasse 56, A-1060 Wien, Telefon: +43/1/599 91-127, E-Mail: thomas.czypionka@ihs.ac.at.
Frühere Ausgaben von Health System Watch sind abrufbar im Internet unter: <http://www.ihs.ac.at>.
Erratum: In Ausgabe IV/08 haben sich in der Grafik auf der letzten Seite die Pfeile zur Finanzierung nach §447f (12) ASVG vervielfacht. Nur der von den Krankenkassen ausgehende Pfeil ist korrekt.

Finanzierung
aus einer Hand III

Einleitung

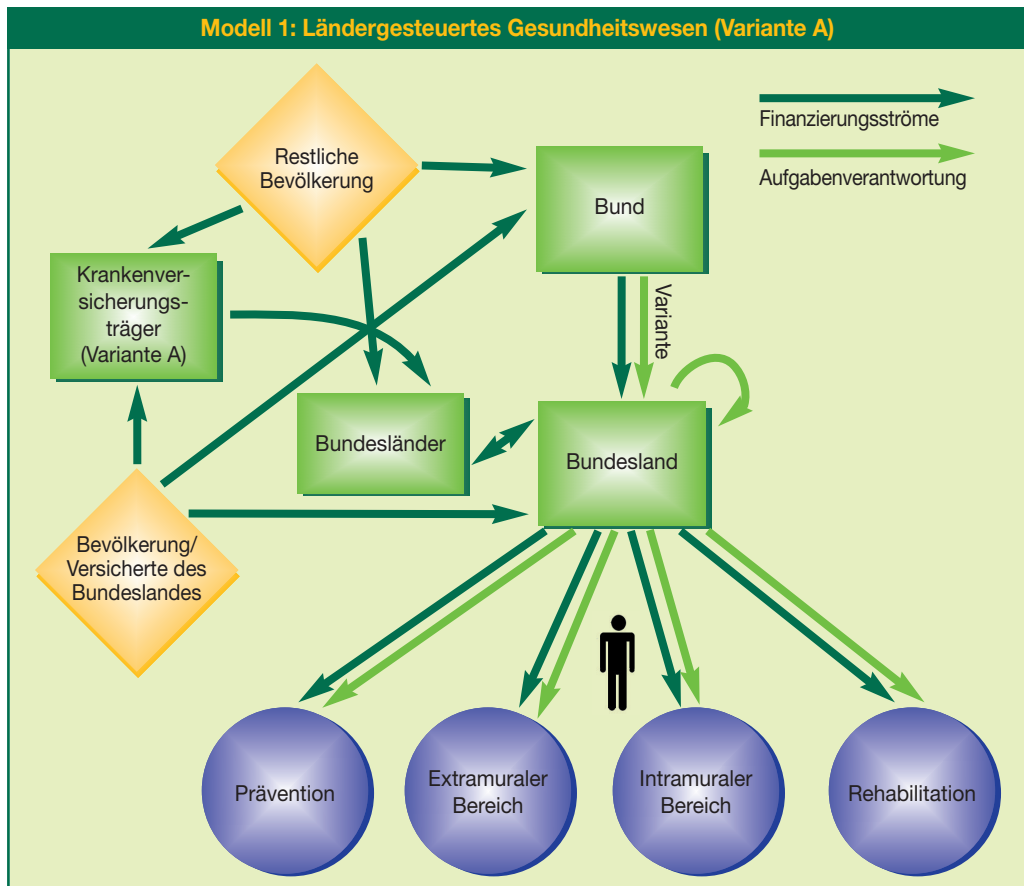




Modell 1: Ländergesteuertes Gesundheitswesen

Modell 1: Ländergesteuertes Gesundheitswesen

Immer wieder wurde in der Vergangenheit eine Variante ins Spiel gebracht, die sich an den Staaten mit steuerfinanziertem Gesundheitswesen orientiert, auch wenn hierbei manchmal außer Acht gelassen wird, dass auch zwischen diesen Systemen eine mehr oder weniger starke Heterogenität besteht. Zum Beispiel sind die Regionen zum Teil direkt mit der Gesundheitsversorgung betraut, zum Teil bedienen sich das Gesundheitsministerium oder die Regionen eines eigenen (nationalen) Gesundheitsdienstes. Die Überlegung dahinter ist vor allem, dass die Staaten mit einem steuerfinanzierten Gesundheitswesen eine geringere Gesundheitsquote aufweisen. Tatsächlich besitzen diese Staaten den intrinsischen Vorteil, dass aufgrund dieser Finanzierungsform eine Finanzierung aus einer Hand bereits von vornherein realisiert ist, soweit diese nicht auf den einzelnen Ebenen der Gebietskörperschaften fragmentiert wird. Wie könnte daher ein ländergesteuertes Gesundheitswesen in Österreich aussehen, und wie ist dies vor dem Hintergrund unserer Erkenntnisse zu bewerten?



Quelle: Eigene Darstellung 2008.

Beschreibung:

Die Länder setzen bereits jetzt nicht unerhebliche Mittel in der Gesundheitsfinanzierung ein, vor allem im Spitalswesen. Die jetzt von den Krankenversicherungsträgern zufließenden Mittel für das Spitalswesen sowie den extramuralen Bereich müssten entweder von diesen an die Länder weiterüberwiesen werden (Variante A), oder die Krankenversicherungsträger werden aufgelöst, und jene Einkommensanteile, die bisher von den Krankenversicherungsträgern eingehoben werden, werden als dedizierter Einkommensteueranteil an die Länder verteilt bzw. von diesen eingehoben (Variante B). Die Einhebung durch die Länder selbst ist dabei ein wichtiger Mechanismus, damit die Finanzierung auch (ähnlich wie in Schweden) politisch verantwortet werden muss. Der Bund sorgt über weitere Mittel für eine Anpassung an Unterschiede im regionalen Steueraufkommen und an die Bedürfnisse der Bevölkerung (z. B. Unterschiede in der Soziodemographie, der Geographie). Die Länder werden zu Einkäufern von Leistungen aus dem intra- und extramuralen Bereich, und zwar für ihre regional abge-





grenzte Bevölkerung. Die Länder sind gleichzeitig der wichtigste Leistungserbringer im Spitalsbereich, ihnen kommt wesentliche Stewardship-Funktion zu. Alternativ kann diese – und sollte es auch im Sinne einer klareren Aufgabentrennung – verstärkt beim Bund zentralisiert werden („Variante“).

Analyse:

Das Modell 1 erfüllt wesentliche Grundvoraussetzungen einer Finanzierung aus einer Hand, aber nicht alle genannten Anforderungen. Die Finanzierungskompetenzen für das gesamte Spektrum an Gesundheitsleistungen liegen bei den Ländern oder bei von diesen bestimmten Agenturen. Die Änderung der Aufkommensbasis in Variante B auf reine Steuerfinanzierung hat per se keine entscheidenden Auswirkungen auf die Performance des Systems. Die Fragmentierung im Bereich Pooling wird nicht ganz überwunden, da die Bundesländer Österreichs eine unterschiedliche Wirtschaftsleistung aufweisen und daher aufgrund der Steuerbasierung (Variante B) oder der regionalisierten Beitragsbasis (Variante A) unterschiedlich viele Mittel pro Bürger zur Verfügung haben. Daher muss im Rahmen des Finanzausgleichs eine Umverteilung stattfinden. Das Pooling der Einkommen und Risiken ist stärker als bei den derzeit existierenden Krankenversicherungsträgern, aber schwächer als bei einer bundesweiten Lösung. Um die Equity auf Einnahmenseite zu verbessern, ist daher ein Ausgleichssystem zwischen den Bundesländern notwendig, welches über den Finanzausgleich hinaus auch den unterschiedlichen Ausgabenbedürfnissen Rechnung tragen müsste. Die mögliche Junktimierung dieses Ausgleichs mit dem Finanzausgleich in anderen Bereichen der öffentlichen Finanzierung könnte für den Gesundheitsbereich irrelevante Überlegungen mit hineinbringen.

Im Purchasing sind in einem solchen Modell zahlreiche Probleme zu lösen. Zum einen verfügen die Länder derzeit weder über physische Ressourcen noch Know-how zum Einkauf intramuraler und extramuraler Leistungen. Diese müssten unter ganz erheblichen Kosten erst erworben und aufgebaut werden, wobei nur zum Teil auf die im Gegenzug bei den Kassen frei werdenden Kapazitäten zurückgegriffen werden könnte. Alternativ müsste den Ländern der Apparat der Krankenversicherungsträger übertragen werden, welche in Variante A ohnedies weitgehend ihre Funktion in diesem Bereich verloren hätten. Die Integration der bundesweit agierenden Kassen wäre dabei noch problematischer als die der Gebietskrankenkassen.

Zum anderen sind die Länder die bedeutendsten Spitalsträger. Dabei gibt es wiederum mehrere Probleme zu überwinden. Erstens läuft dies dem klar erkennbaren und gut begründeten Trend zuwider, die Funktionen Einkauf und Leistungserbringung zu trennen. Zweitens bestehen durch diese Verknüpfung weiterhin Anreize, die hohen Spitalkapazitäten beizubehalten und somit eine unter Umständen suboptimale Wahl für den Patienten und noch mehr für die Steuerzahler/Versicherten zu treffen sowie die bundesinländischen Spitäler zu bevorzugen. Außerdem würde dies zu einer Wettbewerbsverzerrung zu Ungunsten privater Spitalbetreiber führen. Aus diesen Gründen wird keine Optimierung der technischen und allokativen Effizienz erreicht.

Die Stewardship-Funktion wäre bei den Ländern angesiedelt. Die Beteiligung der Länder in diesem Bereich kann durch Berücksichtigung regionaler Gesundheitsziele die Responsiveness erhöhen. Die enge Verknüpfung aller Funktionen der Gesundheitsfinanzierung sowie deren Stewardships ist jedoch nicht wünschenswert und würde einem Auseinanderdriften der Bundesländer Vorschub leisten sowie die Zielerreichungsbemühungen verwässern. Dies widerspricht auch dem internationalen Trend, die Verantwortung für die letzten Ziele der Gesundheit der Bevölkerung bei den demokratisch legitimierten Vertretern anzusiedeln, nicht jedoch die strategischen und operativen Entscheidungen zu deren Erreichen. Aus diesem Grund verwendet man in den Ländern mit steuerfinanziertem Gesundheitswesen bisweilen den „at an arm's length“-Zugang, also die Auslagerung der Verwaltung und Organisation der Gesundheitsversorgung. Auch in Österreich sollten die Länder also bei Realisierung von Modell 1 die Stewardship-Funktion¹ von der Einkaufsfunktion und die Einkaufsfunktion von der Leistungserbringung trennen.

Bewertung:

Insgesamt entspricht Modell 1 einer Gesamtänderung des Systems, welche mit ganz erheblichen Kosten verbunden wäre. Gleichzeitig wird ein System geschaffen, mit dem sämtliche Akteure keine

1 Zu politökonomischen Überlegungen zum Spitalwesen in Österreich siehe Czyplionka et al. 2008.



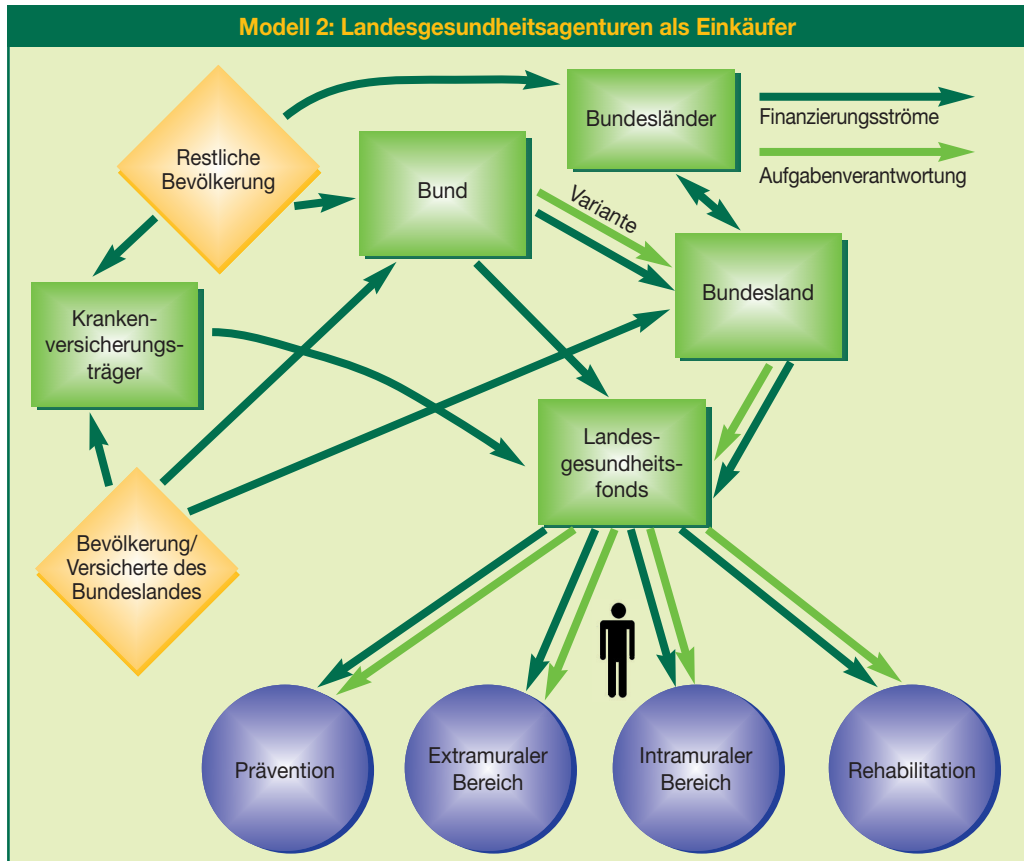


Erfahrung haben. Die Umstellungsprobleme wären wohl ganz erheblich. Je mehr (kostensparende) Elemente der ländergesteuerten, z. B. skandinavischen Länder übernommen werden, desto weniger wird dies den Gewohnheiten der österreichischen Bevölkerung entsprechen, für welche bisher die Vorteile der (teureren) Länder mit sozialer Krankenversicherung Standard war. Eine solche Gesamtänderung wird auch international eher nicht angestrebt und widerspricht der Erkenntnis, eher pfadabhängige Reformen anzustreben, also solche, die auf den bestehenden Systemen beruhen, und diese weiterzuentwickeln. Um die Performance zu erhöhen, können dabei durchaus einzelne Elemente eines Sozialversicherungssystems der Ausgestaltung in einem Nationalen Gesundheitsdienst entsprechen. Tatsächlich ist dies und auch der umgekehrte Weg, wie wir gezeigt haben, international beobachtbar.

Modell 2: Landesgesundheitsagenturen als Einkäufer

Die logische Folge, um eine stärkere Trennung von Zielsetzung und Management zu erreichen, ist die Weiterentwicklung der Landesgesundheitsfonds.

Modell 2:
Landesgesundheitsagenturen
als Einkäufer



Quelle: Eigene Darstellung 2008.

Beschreibung:

Die Länder haben Stewardship-Funktion und setzen die Ziele im Gesundheitswesen. Strategieentwicklung und operative Tätigkeit wird von den Landesgesundheitsfonds übernommen. Die Landesgesundheitsfonds erhalten sämtliche Mittel für den intra- und extramuralen Bereich. Sie werden Einkäufer aller Gesundheitsleistungen. Wieder kommt hier die Frage auf, ob das Bestehenbleiben der Kassen einen Sinn ergibt und wie in diesem Fall die bundesweit tätigen Kassen eingebunden werden können.

Analyse:

Das Modell entspricht dem Konzept der Finanzierung aus einer Hand besser. Der Vorteil ist, dass die Länder sich auf Zielsetzungen konzentrieren und das Management den Gesundheitsfonds überlassen, die in diesem Sinne wohl eher Gesundheitsagenturen wären. Das Modell 2 überwindet jedoch





nicht ganz die ungünstige Interessenlage, die aufgrund der Trägerschaft der Spitäler besteht. Es ist also unter anderem zentral, dass aufgrund der geringen Größe der österreichischen Bundesländer Gesundheitsdienstleistungen auch ohne Probleme „grenzüberschreitend“ in Anspruch genommen werden können. Dies erfordert wiederum eine etwas stärkere Regulation durch den Bund. Wieder besteht hier das Problem der geographischen Fragmentierung. Es müssen diesbezüglich ähnliche Probleme wie in Modell 1 gelöst werden. Somit könnte es sinnvoll sein, wenn einzelne Länder eine gemeinsame Agentur schaffen, z. B. entsprechend den Versorgungszonen des ÖSG. Die innere Struktur der Landesgesundheitsfonds muss in Landesgesundheitsagenturen mit einheitlichen Entscheidungsstrukturen für alle Gesundheitsleistungen umgestaltet werden, da ansonsten die Fragmentierung zwischen dem intra- und extramuralen Bereich nur in eine Organisation internalisiert, aber nicht gelöst wird. Um Doppelgleisigkeiten zu vermeiden, sollten Stabsstellen auf Bundesebene geschaffen werden, die gemeinsame Aufgaben wie Arzneimittelbewertung, Health Needs Assessment etc. übernehmen.

Bewertung:

Das Modell 2 verfügt über einige Vorteile gegenüber Modell 1. Die Trennung zwischen Anbieter und Einkäufer wird dennoch nicht ganz vollzogen. Die Einbindung oder der Ausschluss der Sozialpartner bzw. der Krankenversicherungsträger in diesem Modell ist in jedem Fall eine Herausforderung. Wesentliche Regulierungsaufgaben müssten dem Bund übertragen werden, um ein Auseinanderdriften (wie z. B. in Schweden) zu verhindern. Eine mögliche Lösung wäre, dass mehrere Bundesländer gemeinsam eine länderübergreifende Agentur betreiben. Auch ein Ausgleichssystem ist notwendig. Das Modell kann nur erfolgreich sein, wenn die Struktur der Landesgesundheitsfonds aufgewertet und das Management mit klaren und autonomen operativen Kompetenzen ausgestattet wird. Hierzu und auch um die Krankenversicherung einzubinden, könnte eine Lösung wie in Modell 6 auf Landesebene gewählt werden, indem Länder und Krankenversicherung sich auf Zielvorgaben beschränken.

Modell 3: Bundesmodell

Seit langer Zeit besteht der Wunsch nach einer Bundesstaatsreform mit Reduktion von Doppelgleisigkeiten. Tatsächlich ist es nicht erforderlich, dass jedes Bundesland eine eigene Gesundheitsagentur führt. Die österreichischen Bundesländer unterscheiden sich auch erheblich in ihrer Größe. Aus ähnlichen Gründen haben beispielsweise die skandinavischen Länder Regionen zusammengelegt.

Nachdem eine Bundesstaatsreform auf längere Sicht wenig realistisch erscheint, kann an eine Zentralisierung der Aufgaben „Gesundheitsversorgung“ gedacht werden. Auf diese Weise wurden auch unter Beibehaltung der politischen Grenzen der Gebietskörperschaften in der Schweiz und in Norwegen wesentliche Fortschritte erzielt.

Beschreibung:

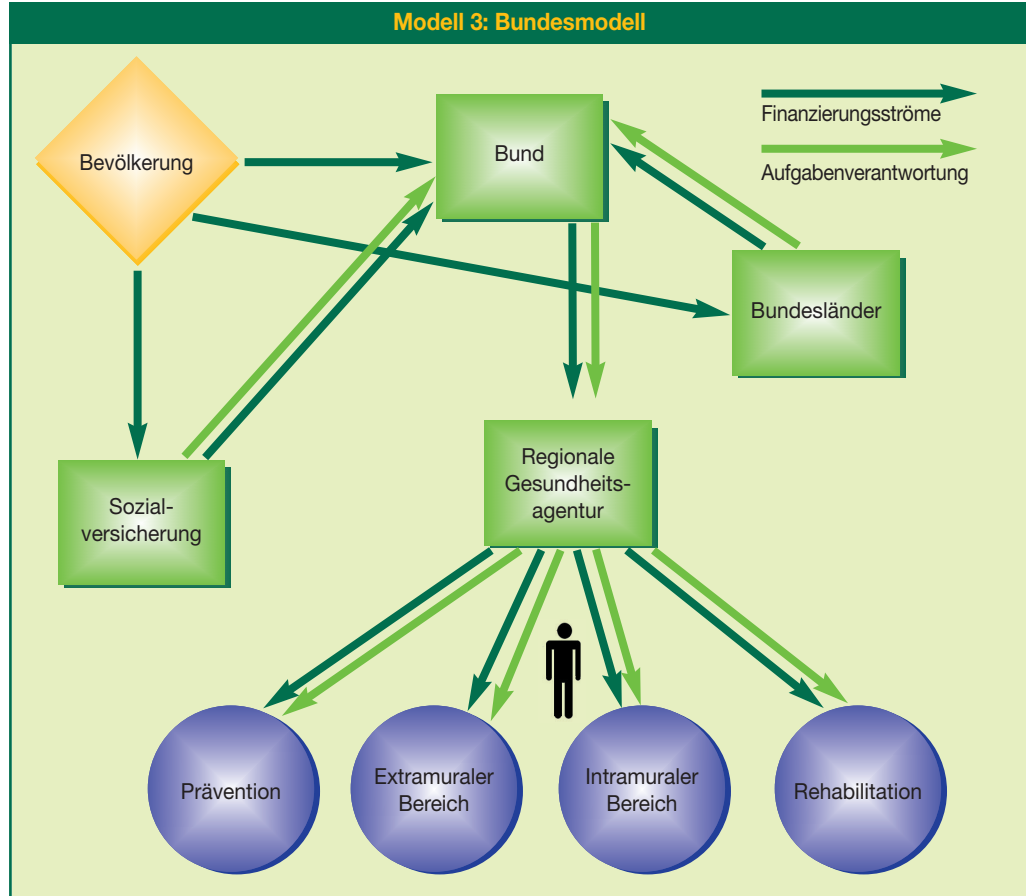
Die Gesundheitsversorgung wird alleinige Bundesangelegenheit. Der Bund schafft z. B. vier regionale Gesundheitsagenturen entsprechend den Zonen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit, die mit dem Einkauf in den vier Versorgungszonen des ÖSG betraut sind und diesen über Ergebnisverantwortung gesteuert organisieren. Ziele werden durch den Bund in Einvernehmen mit den Ländern und der Sozialversicherung festgelegt, das Management der regionalen Gesundheitsagenturen erhält jedoch wesentliche Freiheiten in der Ausgestaltung. Die Mittelherkunft muss sich in diesem Modell nicht wesentlich ändern. Die Sozialversicherung speist ihre Mittel ohne eigenen Kassenapparat in die Agenturen ein und kann über die Zielvorgaben eine Einbettung in die verbleibenden Aufgaben der Sozialversicherung erwirken. Die Länder müssen ihre Mittel zwar bereitstellen, haben aber über die Zielvorgaben Mitspracherecht bezüglich der Verwendung. Der Bund hat die Aufgabe, ein Auseinanderdriften zu verhindern und globale Interessen zu vertreten.

Analyse:

Auch in diesem Modell werden die Einzelkassen aufgelöst oder jedenfalls ihrer Einkaufsfunktion entzogen; die Aufgaben für die Agenturen werden durch die Zahler des Systems in Zielvorgaben fest-

Modell 3: Bundesmodell





Quelle: Eigene Darstellung 2008.

gelegt. Vorteile liegen in der geringeren geographischen Fragmentierung, klaren Governance-Strukturen sowie dem natürlichen Purchaser-Provider-Split. Auf der Negativseite stehen die schwierige politische Umsetzung und eine starke Systemänderung sowie die Schaffung neuer Strukturen.

Bewertung:

Dieses Modell führt ebenfalls zu tiefgreifenden Veränderungen, und es müssen ebenfalls neue Strukturen geschaffen werden, wobei allerdings die bundesweite Spitalsfinanzierung bereits früher („KRA-ZAF“) Realität war. Im Gegensatz zu Modell 1 und 2 wäre die um diesen etwas geringeren Preis erkaufte Struktur aber optimaler, da sie einen eindeutigen Purchaser-Provider-Split (bei unveränderter Trägerstruktur), klare Managementstrukturen und eine schlankere Verwaltung aufweist. Den regionalen Bedürfnissen wird durch die entsprechende Struktur Rechnung getragen, welche auch weiter, z. B. auf die 32 Versorgungsregionen, heruntergebrochen werden kann, was dann dem englischen NHS ähnlich wäre. Auf dieser Ebene können auch direkt Bürger aus dem Versorgungsbereich eingebunden werden.

Modell 4: Kassenmodell

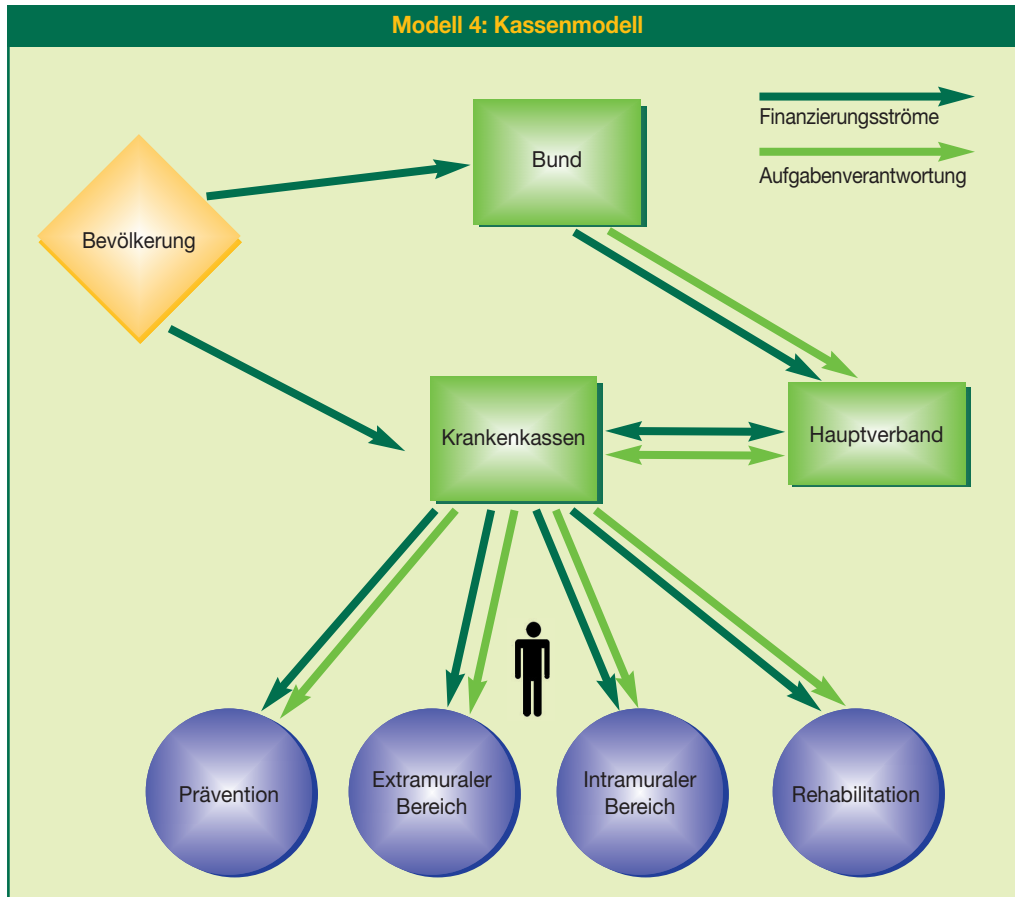
Das Modell 4 enthält im Bereich der Sozialversicherung nur die unbedingt notwendigen Verbesserungen gegenüber dem Status quo, stellt also eher eine Weiterentwicklung als einen Neuentwurf dar. Es wird davon ausgegangen, dass die Mittel der Spitalsfinanzierung durch Verfassungsänderung den Kassen zufließen können.

Beschreibung:

Die Kassenstruktur bleibt bestehen. Die Kassen übernehmen zusätzlich den Einkauf von Krankenhausleistungen. Wichtige Elemente sollten aber zentralisiert werden: Es empfiehlt sich, die Einnah-

Modell 4: Kassenmodell





Quelle: Eigene Darstellung 2008.

men von Kassenseite und aus den bisher dem Spitalssektor zufließenden Steuermitteln im Hauptverband zusammenzufassen. Die Mittel werden dann von diesem den Kassen in einem Risikostrukturausgleichsverfahren zugewiesen. Ausnahmefälle werden ex post abgerechnet. Beim Hauptverband sind weiters beispielsweise das Health Needs Assessment, Teile des Contracting, Benchmarking und dergleichen zentriert.

Analyse:

Die Zentralisierung des Poolings verringert die Fragmentierung sowohl geographisch als auch durch die unterschiedliche Versicherungszusammensetzung der Kassen. Die stärkere Zentralisierung von Aufgaben erscheint dringend geboten, da diese in Zukunft immer mehr an Bedeutung gewinnen, aber gleichzeitig auch immer kostenintensiver werden – Doppelgleisigkeiten sollten daher vermieden werden. Außerdem erfordert der strategische Einkauf einer breiten Palette von Gesundheitsleistungen hohe Kompetenz und damit Humanressourcen, die nicht von jedem Träger einzeln aufgebracht werden müssen. Zudem können dadurch Transaktionskosten gespart und kann der Vorteil von Kassensystemen gegenüber einem dezentralen staatlichen Gesundheitswesen genützt werden, nämlich der Abtrennung von sonstigen staatlichen Aufgaben (Spezialisierung) und politischen Interessen außerhalb des Gesundheitswesens und dem Auseinanderdriften der Regionen innerhalb eines Landes. Ein einziger Contractor kann die Einkaufsmacht der Kassen bündeln, verringert die Transaktionskosten und sorgt für gleiche Rahmenbedingungen. Ist mit dezentralem Purchasing ein besseres Ergebnis zu erreichen, wird die jeweilige Aufgabe auch an dezentralere Stellen übertragen.

Wie auch in Modell 1 und 2 muss ein ernstzunehmender Mechanismus für den Risikostrukturausgleich aufgebaut werden, der jedoch nicht allen der international beobachteten Probleme ausgesetzt ist (ohne Kassenwettbewerb keine Selektionsproblematik).

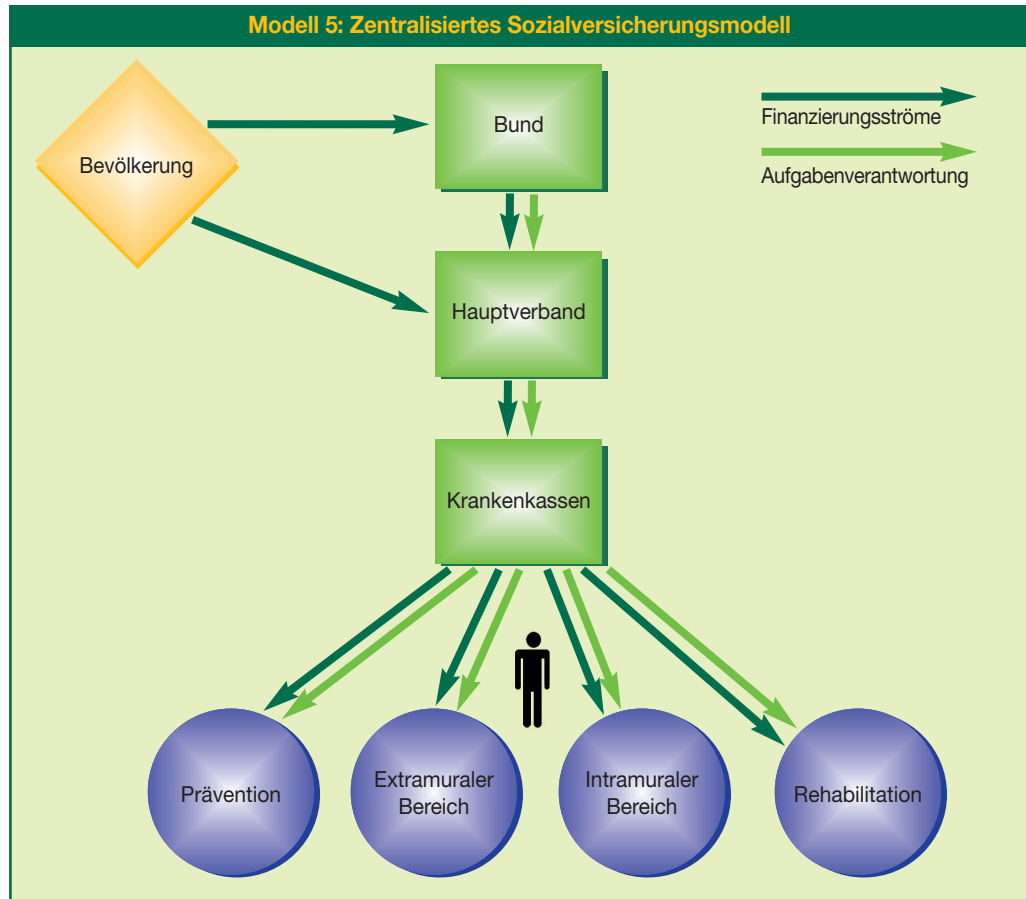


Bewertung:

Das Modell 4 setzt mehr auf die Sozialversicherung als Lösungsmodell. Gegenüber dem folgenden Modell 5 hat es weniger klare Governance-Strukturen, da die Bottom-up-Struktur des bisherigen Kassensystems beibehalten wird, aber es erfüllt einige wichtige Voraussetzungen, von deren Erfüllung letztlich die erfolgreiche Zukunft der Sozialversicherung abhängt. So ist die berufsständische Auftrennung der Versicherten in keinem Sozialversicherungsland mehr so stark wie in Österreich; diese entspricht auch nicht der Empfehlung, Risiken und Einkommen möglichst zu poolen, was hier durch den Risikostrukturausgleich ermöglicht wird. Ein professionelles Management des Einkaufs von Gesundheitsleistungen erfordert auch Informationsressourcen sowie Humanressourcen, die nicht mehr von einer Vielzahl von Kassen alleine erbracht werden können, wenn damit nicht evtl. Vorteile aus dem Wettbewerb erwachsen. Die Annahme, dass die Mittel zur Spitalsfinanzierung zum größten Teil ohne weiteres an die Kassen fließen, ist problematisch.

Modell 5: Zentralisiertes Sozialversicherungsmodell

Modell 5: Zentralisiertes Sozialversicherungsmodell



Quelle: Eigene Darstellung 2008.

Beschreibung:

Die soziale Krankenversicherung organisiert sich top-down. Der Hauptverband bzw. die entsprechende neue Dachorganisation legt Strategien fest und bündelt, wie auch in Modell 4, die Aufgaben. Die Kassen werden über Ergebnisverantwortung an die Strategie gebunden, für die einzelnen Aufgabenbereiche differenziert mit Entscheidungsbefugnissen ausgestattet, evtl. im Sinne einer „earned autonomy“. Der Hauptverband übernimmt wie im Modell 4 die Drehscheibenfunktion, also die Verhandlungen mit Ärztekammer, Spitalseignern etc., so diese von einer zentralen Stelle besser durchgeführt werden können. Ansonsten werden diese Aufgaben übertragen. Er wählt dabei immer jenen Purchasing-Modus, der adäquat ist: Ist die Differenz von Effizienzgewinn und Transaktionskosten langfristig positiv, werden vermehrt kurzfristige Einzelverträge geschlossen und die-





se Funktion evtl. devolviert. Ist ein Netzwerk/eine Partnerschaft sinnvoller, so wählt er diese Variante. Zentral ist die Liberalisierung der Rahmenbedingungen. Die Kassenstruktur sollte an die dadurch entstehenden Notwendigkeiten angepasst werden, Zahl und Lokalisation sind nicht ohne weiteres vorherzusagen. Denkbar sind vier regionale Kassen, entsprechend den Versorgungszonen, oder kleinere Einheiten ähnlich den Versorgungsregionen. Der Hauptverband kann an solche nachgeordneten Strukturen bei Bedarf Kompetenzen devolvieren, um z. B. eine integriertere Planung vor Ort zu ermöglichen. Das Pooling erfolgt beim jetzigen Hauptverband, der die Mittel risikoangepasst verteilt. Die Kassen werden bezüglich ihrer Performance im Sinne der Effizienz, aber auch Mitgliederzufriedenheit geprüft und entsprechende Managementkonsequenzen gezogen (Boni, Mali, Wechsel des Managements). So kann der Wettbewerb um Versicherte mit seinen negativen Aspekten vermieden und zu einem Wettbewerb der Verantwortlichen in der SV gemacht werden.

Analyse:

Das Modell 5 stellt ein modernisiertes Kassensystem dar, welches durch klare Kompetenzzuordnungen und Flüsse der Verantwortlichkeit geprägt ist. Mittels der Performancemessung einzelner Kassen entsteht ein Wettbewerb untereinander, ohne die negativen Folgen eines echten Kassens Wettbewerbs für den Versicherten fürchten zu müssen. Voraussetzung sind allerdings die bedingungslose Umsetzung moderner Public-Management-Gedanken mit professionellen Humanressourcen von Seiten der Sozialpartner sowie eine Liberalisierung im Bereich der Leistungserbringer, um effektiven, strategischen Einkauf zu ermöglichen. Ansonsten besteht die Gefahr, dass daraus statt einer dynamischen eine monolithische Struktur resultiert, die zu wenig Responsiveness aufweist.

Bewertung:

Das Modell 5 ist weitgehend vom Gedanken der Selbstverwaltung getragen, auch wenn die bisherige berufsständische Kassenstruktur zugunsten zeitgemäßer, gestraffter Strukturen aufgegeben wird. Es sind weniger strukturelle Änderungen als in den Modellen 1 bis 3, jedoch mehr als in Modell 4 vorzunehmen. Problematisch sind in Modell 4 und 5 die Übertragung der Mittel für die Spitalsfinanzierung, da die Länder nicht wirklich beteiligt sind, sowie der Bruch mit der jahrzehntelangen Autonomie und berufsständischen Einteilung der Kassen, welche allerdings, wie wir gesehen haben, in den meisten Ländern in Sozialversicherungstradition bereits erodiert ist.

Modell 6: Zentralisiertes Partnermodell

Das Modell 6 versucht eine Lösung zu finden, um das Modell 5 mit den Interessen der Länder in Einklang zu bringen, sollten die Mittel für die Spitalsfinanzierung nicht durch Verfassungsänderung an die Sozialversicherung fließen können.

Beschreibung:

Die derzeit im Spitalsbereich von den Ländern beigesteuerten Mittel werden diesen nominell nicht entzogen, sondern von diesen dem Hauptverband² zur Verfügung gestellt. Bund, Länder und die Sozialpartner in Vertretung der Dienstgeber und Dienstnehmer als Hauptfinanciers bilden die Österreichische Gesundheitskonferenz. Sie legt mehrjährige Ziele und einzelne einjährige Objectives sowie Rahmenbedingungen fest. Der Hauptverband ist für die Zielerreichung verantwortlich. Er erarbeitet die notwendigen Strategien und erhält im Gegenzug die Steuermittel des Bundes und der Länder. Im Feedback erwirkt er bei der Gesundheitskonferenz die notwendigen rechtlichen Veränderungen, die für seine Strategie erforderlich sind. Ansonsten entspricht das Modell dem Modell 5.

Analyse:

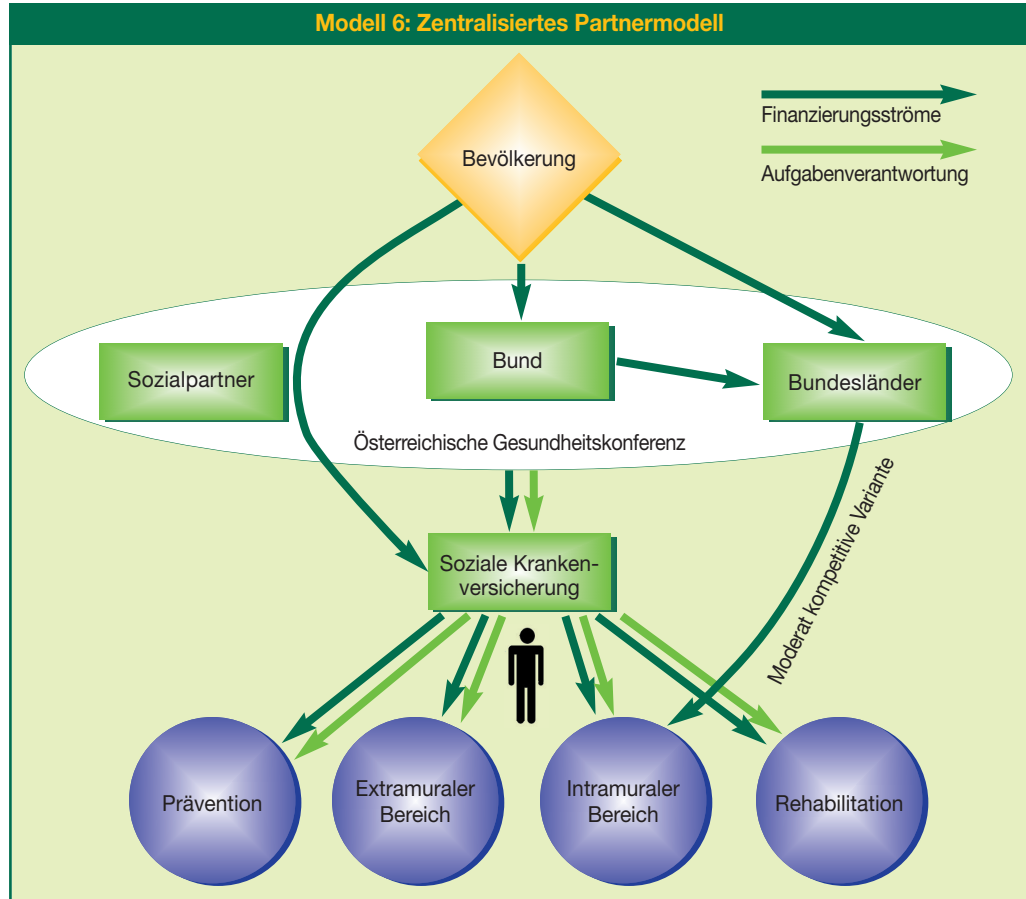
Das Modell 6 erweitert das Modell 5 um eine Lösung bezüglich der Landesmittel im Spitalwesen. Diese werden zum Teil der Sozialversicherung zur Gesundheitsversorgung der jeweiligen Landesbevölkerung überlassen. Dabei gibt es eine moderat kompetitive und eine kompetitive Variante³:

² Auch hier ist damit die nunmehrige Dachorganisation der sozialen Krankenversicherung gemeint.

³ Diese Varianten kommen grundsätzlich auch in den anderen Modellen in Betracht und sind aus thematischen Gründen hier ausgeführt.

**Modell 6:
Zentralisiertes
Partnermodell**





Quelle: Eigene Darstellung 2008.

Moderat kompetitive Variante: Die Länder finanzieren weiterhin die Investitionen, sodass sich die LKF-Entgelte, welche extern festgelegt werden, an den variablen Kosten orientieren. Weitere Aufgaben der Spitäler wie die Notfallbereitschaft oder Lehre und Forschung können ebenfalls über Budgets direkt von den Ländern und dem Bund abgegolten werden.

Kompetitive Variante: Die neuen LKF-Entgelte orientieren sich an Durchschnittskosten, enthalten also einen Deckungsbeitrag, aus dem Investitionen finanziert werden müssen. Andere Spitalsfunktionen (Lehre etc.) werden weiterhin von den zuständigen Körperschaften finanziert.

Bewertung:

Das Modell 6 erfordert von allen Beteiligten recht umfangreiche Änderungen, realisiert aber einerseits straffe, professionelle Managementstrukturen im Gesundheitsbereich und ermöglicht andererseits eine partnerschaftliche Lösung in der Mittelzuweisung. Die Sozialversicherung büßt durch die Zielvorgaben gewisse Bereiche der Selbstverwaltung ein, erhält aber weitreichendere Kompetenzen im Management der Gesundheit der Bevölkerung. Die Länder behalten weiterhin die Hoheit über ihre Steueranteile, überlassen diese aber aus Gründen der Effizienz der Sozialversicherung und erhalten im Gegenzug Zielsetzungskompetenz. Die moderat kompetitive Variante lässt den Ländern mehr Kompetenzen und übt weniger Wettbewerbsdruck auf die Spitalsträger aus, die ebenfalls größtenteils den Ländern gehören. Zudem fällt der Mitteltransfer an die Sozialversicherung geringer aus. Die kompetitive Variante übt mehr Druck auf die Spitalsbetreiber aus und reizt eher zur Nutzung von Economies of Scale an. In beiden Varianten ist entscheidend, dass das Gatekeeping vor dem Spital über die Sozialversicherung ausgeübt wird, was dann – im Gegensatz zum Status quo – auch in ihrem Interesse liegt. Die innere Struktur der sozialen Krankenversicherung muss wie in Modell 5 eine differenzierte Balance zwischen lokaler Responsiveness und wichtiger zentralisierter Steuerung finden.

