



Das Institut für Wirtschaftsforschung Halle ist Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

IWH-Pressemitteilung 8/2007

SENDESPERRFRIST: 14. Februar 2007, 13.00 Uhr

SPERRFRIST: 14. Februar 2007, 14.00 Uhr

Die neue Finanzierung des Gesundheitswesens:
Folgen für die Kostenentwicklung

Ansprechperson: Dr. Ingmar Kumpmann (Tel.: 0345/ 77 53 705)

Halle (Saale), den 14. Februar 2007

Kleine Märkerstraße 8, 06108 Halle (Saale) Postfach 11 03 61, 06017 Halle (Saale)
Tel.: (0345) 7753-60 Fax: (0345) 7753 820 <http://www.iwh-halle.de>

Die neue Finanzierung des Gesundheitswesens: Folgen für die Kostenentwicklung

Die Gesundheitsreform steht kurz vor der Verabschiedung. Mit der Reform wird die Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen neu geordnet.

Künftig sind lohnbezogener Beitrag, Zusatzbeitrag und Steuerzuschuss die drei Säulen der Krankenkassenfinanzierung. Der lohnbezogene Beitrag, die nun über den neu zu gründenden Gesundheitsfonds an die Krankenkassen fließt, wird wie bisher von Arbeitnehmern und Arbeitgebern zusammen gezahlt. Der Beitragssatz wird dabei von der Bundesregierung für alle Krankenkassen einheitlich festgelegt.

Der Preiswettbewerb zwischen den Kassen vollzieht sich durch den Zusatzbeitrag, der von den Versicherten allein zu zahlen ist und als neue Finanzierungssäule neben den lohnbezogenen Beitrag tritt. Der Zusatzbeitrag wird von den Krankenkassen jeweils für die eigenen Mitglieder festgesetzt. In ihm wirken sich damit die Kostenunterschiede der Kassen aus. Obwohl er auch einkommensabhängig erhoben werden darf, wird er vermutlich überwiegend die Form einer kleinen Kopfpauschale annehmen, die jeweils als Euro-Betrag je Mitglied festgelegt wird. Ziel bei der Kombination von lohnbezogenem Beitrag und dem kassenspezifischen Zusatzbeitrag in Form einer kleinen Kopfpauschale ist es, an dem Prinzip der überwiegend lohnbezogenen Beitragserhebung festzuhalten, gleichzeitig aber dafür zu sorgen, dass die Krankenkassen mögliche Einsparungen an alle ihre Versicherten einkommensunabhängig in gleicher absoluter Höhe weitergeben. Von möglichen Effizienzgewinnen einer Kasse profitieren dann die Bezieher höherer und niedrigerer Einkommen gleichermaßen.

Ein weiteres Ziel der Reform ist die langfristige Ausweitung der Steuerfinanzierung. Diese soll durch steigende Staatszuschüsse zum Gesundheitsfonds erfolgen – in Höhe von zunächst 2,5 Mrd. Euro, dann 4 Mrd. Euro ab 2009 mit weiter steigender Tendenz. Diese dritte Finanzierungssäule soll versicherungsfremde Leistungen, wie die Mitversicherung der Kinder, decken und das Gesundheitswesen unabhängiger von Entwicklungen am Arbeitsmarkt machen.

Es stellt sich die Frage, wie sich der fortgesetzte Kostendruck, etwa durch die Alterung der Bevölkerung oder die Einführung neuer medizinischer Verfahren, auf die drei Finanzierungssäulen auswirken wird. Im bestehenden System führen steigende Kosten im Gesundheitswesen zu steigenden Beitragssätzen, gegen die vor allem die Arbeitgeber Widerstand leisten, da sie zunehmende Lohnnebenkosten zu tragen haben. Somit steht hier jeder Kostenerhöhung der Widerstand einer mächtigen Gruppe gegenüber. Zugleich ist auch sonst der politische Druck gegen steigende Krankenkassenbeiträge hoch, da diese für die Arbeitslosigkeit mitverantwortlich gemacht werden.

In den Ländern, in denen das Gesundheitssystem aus Steuermitteln finanziert wird, wie z.B. Großbritannien, wirkt der Zwang zur Begrenzung der öffentlichen Defizite als Kostenbremse. Tatsächlich sind in diesen Ländern die Gesundheitsausgaben oft niedrig und in vielen Fällen sogar mit Kapazitätsengpässen in der Gesundheitsversorgung, wie Wartezeiten, verbunden.

Bei steigenden Gesundheitskosten führt also die Erhöhung des lohnabhängigen Beitrags zum Widerstand der Arbeitgeber und zur Warnung vor hohen Lohnnebenkosten. Will der Staat dies vermeiden, aber auch die Steuerfinanzierung nicht weiter ausweiten, bleibt als Ausweg nur die Erhöhung des Zusatzbeitrags. Die Gesundheitsreform begrenzt diesen zwar auf 1 Prozent des individuellen Einkommens und seinen Finanzierungsbeitrag auf 5 Prozent der Ausgaben aller Krankenkassen.

sen, allerdings dürfte ein starkes Interesse bestehen, diese Begrenzungen zu lockern bzw. aufzuheben.

Das neue System hat somit die Tendenz zum steigenden Zusatzbeitrag bereits eingebaut. Dies kann sich wiederum auf die Kostenentwicklung selbst auswirken. Fehlt eine politisch einflussreiche Kraft, die gegen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen opponiert, dann mangelt es an Druck, Effizienzreserven im System zu nutzen, und können die Kosten unkontrolliert steigen. Es ist unwahrscheinlich, dass die Gruppe der Versicherten, die den Zusatzbeitrag allein zu zahlen hat, diese politische Kraft besitzt. Die Einführung des Zusatzbeitrags kann somit ausgabensteigernd wirken.

Die Erfahrungen anderer Länder mit Beiträgen, die die Versicherten allein zu zahlen haben, bestätigen dies. Diese gibt es insbesondere in Form von Kopfpauschalen in den Niederlanden und der Schweiz. In den Niederlanden, wo es das Nebeneinander von Kopfpauschale und lohnbezogenen Beiträgen schon seit 1989 gibt, ging die Zunahme der Gesundheitsausgaben in den letzten Jahren mit einem deutlich überproportionalen Anstieg der Kopfpauschale einher. Die Schweiz, in der die Krankenversicherer fast vollständig durch Kopfpauschalen finanziert werden, hat seit Einführung der Kopfpauschale im Jahr 1996 einen ungebrochen starken Anstieg der Gesundheitsausgaben erlebt und besitzt gemessen am Bruttoinlandsprodukt das höchste Niveau der Gesundheitsausgaben in Europa.

Einen Beitrag zur Kostendämpfung könnte die Ausweitung von Wettbewerbselementen leisten, die sehr oft gefordert wird, etwa durch mehr Vertragsfreiheit der Krankenkassen gegenüber den Leistungserbringern. Die aktuelle Reform enthält jedoch nur wenige neue Elemente des Preiswettbewerbs. Auch würden weitere Vorstöße in diese Richtung an Grenzen stoßen, die durch das Prinzip der freien Arztwahl gesetzt werden. Die freie Arztwahl ist für den Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen notwendig, sie impliziert jedoch, dass die Krankenkassen nicht einzelne Ärzte ausschließen dürfen. Damit entfällt hier für die Kassen ein wichtiges Instrument der wettbewerblichen Preisdämpfung: die Drohung mit Ausschluss einzelner Leistungserbringer aus der Gruppe der Vertragspartner.

In dieser Struktur, in der Marktkräfte nur begrenzt zum Einsatz kommen, ist dafür zu sorgen, dass neben dem Interesse der Leistungserbringer an hohen Einnahmen und dem Interesse der Patienten an umfassender und guter Versorgung auch das Interesse der Versichertengemeinschaft an niedrigen Kosten zur Geltung kommt. Somit wird es aus politökonomischen Gründen notwendig sein, auch in Zukunft politisch starke Kräfte an der Finanzierung des Gesundheitswesens zu beteiligen, um die Kostenentwicklung zu begrenzen. Zwar ist der Staat durch seinen steuerfinanzierten Zuschuss beteiligt, dieser ist jedoch als Milliarden-Euro-Betrag definiert. Sinnvoller wäre es, wenn die Bundesregierung zur Finanzierung eines festgelegten Anteils an den Gesundheitsausgaben verpflichtet würde. Unter dieser Bedingung würde jeder Kostenanstieg automatisch die Ausgaben des Bundes für die Krankenkassen erhöhen. Dadurch würde die Bundesregierung ständig ein direktes Interesse an der Kostendämpfung im Gesundheitswesen behalten.

*Ingmar Kumpmann
Ingmar.Kumpmann@iwh-halle.de*