

Zeitschrift: Schriftenreihe = Collection / Forum Helveticum
Herausgeber: Forum Helveticum
Band: 5 (1993)

Artikel: Oeffentliches und/oder privates Gesundheitswesen?
Autor: Saladin, Peter
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-833063>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 22.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

W. über die Kapitalisierung und die damit verbundene Verlagerung von Risiken (z.B. Bereichs- oder Gewinnverzweigung und der Verteilung), als auch gesetzliche Regelungen zur Zuständigkeiten von Bund und Kantonen, wie etwa ab § 294a und der Kleinmittelkontrolle. So führt der Bund gemäss Art. 30 des Epidemiegesetzes die Kontrolle über Herstellung, Einfuhr und Versuch der sogenannten immunbiologischen Produkte (d.h. der Impfstoffe und Seren) aus.

PETER SALADIN

DIE ZUKUNFT DES ÖFFENTLICHEN DIENSTES IN DER SCHWEIZ

LE SERVICE PUBLIC EN SUISSE -INTERROGATIONS SUR L'AVENIR

Oeffentliches und/oder privates Gesundheitswesen ?

Peter Saladin

1. Einleitung

Das Gesundheitswesen weist nicht nur in der Schweiz, sondern in praktisch allen Staaten der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) - und auf diese beschränke ich mich - Krankheitssymptome auf, wenn auch in unterschiedlichem Ausmass und unterschiedlicher Intensität. Der Veränderungsbedarf scheint unbestritten. An der Veränderungsrichtung scheiden sich die Geister. Die Frage, ob das Gesundheitswesen eher dem öffentlichen oder dem privatwirtschaftlichen Raum zugeordnet werden soll, weist zwar lediglich auf *einen* wichtigen, wohl aber auf einen zentralen Parameter in einem möglichen Veränderungsprogramm hin.

Die gestellte Frage bedarf in verschiedener Hinsicht der Präzisierung.

Das Gesundheitswesen umfasst im wesentlichen:

- Die Einrichtungen zur stationären und ambulanten Behandlung und Betreuung von Patienten, eingeschlossen die Spitäler-Dienste, d.h. die *Gesundheitsversorgung*;
- die *Gesundheitsberufe*, ihre Ausbildung sowie ihre fachliche und gewerkschaftliche Organisation;
- die Herstellung und den Vertrieb von *Heilmitteln* und *medizintechnischen Geräten*;
- das *Finanzierungs- und Versicherungssystem*;
- die *Gesundheitsvorsorge*.

Für jedes dieser Gebiete müssten die inhaltlich-fachlichen, sozialpolitischen, wirtschaftlichen und rechtlichen Aspekte im Hinblick auf die Fragestellung «öffentlichtes und/oder privates Gesundheitswesen» herausgearbeitet und beurteilt werden. Dies ist angesichts der sachlichen Eigenständigkeit und systemischen Unterschiedlichkeit der einzelnen Bereiche hier nicht möglich. Ich beschränke mich im folgenden im wesentlichen auf die Versorgung mit Gesundheitsdienstleistungen, durchaus im Bewusstsein, dass alle angesprochenen Bereiche sich gegenseitig beeinflussen, ja voneinander abhängig sind.

Ich verzichte hier auf eine systematische Beschreibung des Status quo der rechtlichen Gestaltung des schweizerischen Gesundheitswesens¹.

¹ Vgl. dazu: ZENGER Christoph A., «Rechtliche Ordnung des Gesundheitswesens in der Schweiz», in: *Rechtshandbuch für das Gesundheitswesen, mit besonderer Berücksichtigung des Krankenhauswesens*, VESKA, Aarau 1992, Seite 7ff.; Undritz Nils, *Gesundheitswesen in der Schweiz - Aufbau, Daten, Strukturen*, 1987, Verlag NZZ Zürich; vgl. dazu auch die Standardwerke über das schweizerische Staats- und Verwaltungsrecht.

Es gibt bekanntlich eigenständige Kompetenzen der Kantone (z.B. im Bereich der Grundversorgung und der Vorsorge), als auch gemischte Formen der Zuständigkeiten von Bund und Kantonen, wie etwa im Bereich der Heilmittelkontrolle. So übt der Bund gemäss Art. 30 des Epidemiegesetzes die Kontrolle über Herstellung, Einfuhr und Vertrieb der sogenannten immunbiologischen Produkte (d.h. der Impfstoffe und Sera) aus, was die Kantone nicht daran gehindert hat, die Kontrolle der Heilmittel konkordatsmässig zu regeln. Schliesslich bestehen Bereiche, in denen die Kantone im Rahmen von Bundesgesetzen handeln (z.B. Einführung der obligatorischen Krankenversicherung).

Die verbreitete Ansicht, die Ordnung des Gesundheitswesens sei grundsätzlich eine Aufgabe der Kantone, stimmt bei Tage betrachtet schon *de lege lata* auf weite Strecken nicht mehr. Das KVG wird, wenn es in der vorgesehenen Weise in Kraft tritt, direkt oder indirekt die kantonale Hoheit über das Gesundheitswesen weiter einschränken. Gesamthaft gesehen ist das Gesundheitswesen heute eine gemeinsame Aufgabe von Bund und Kantonen.

Nach welchen Kriterien wären dann allfällige Veränderungen in der bestehenden Aufgabenteilung zwischen öffentlicher und privater Gesundheitsversorgung zu beurteilen? Hierfür müssten vorerst die quantitativen und qualitativen Ziele, die mit der medizinischen Versorgung zu erreichen sind, festgelegt werden. Darüber bestehen sehr unterschiedliche Auffassungen. In der Regel werden diese Ziele hierzulande nur in Form abstrakter Gesundheitsförderungs- bzw. Krankheitsbekämpfungspostulate festgehalten; die operativen Freiräume der Leistungserbringer sind gross. Eine direkte Ziel-Mittel-Wirksamkeitsanalyse ist daher schwierig. Dazu kommt, dass das Datenmaterial, besonders hinsichtlich der qualitativen Aspekte, äusserst dürftig und kaum international vergleichbar ist. Die schweizerische Gesundheitsstatistik ist erst im Aufbau begriffen.

Wie immer die von einem Gemeinwesen umschriebenen qualitativen und quantitativen Ziele der Gesundheitsversorgung definiert sind, sie müssen im Rahmen beschränkter Ressourcen angestrebt bzw. verwirklicht werden. Aus volkswirtschaftlicher Sicht sollten diese Ressourcen so eingesetzt werden, dass sie im Gesundheitssektor weder einen kleineren noch grösseren Grenznutzen bewirken als in andern Bereichen der Volkswirtschaft². Qualität und Quantität des Ressourceneinsatzes sind also derart aufeinander abzustimmen, dass volkswirtschaftlich ein optimaler Nutzen für die Gesamtheit der Heilungssuchenden entsteht. Ich betrachte hier bewusst nicht die Frage aus der Sicht des einzelnen Patienten; für ihn tendiert unter dem heutigen Gesundheitssystem in der Schweiz das Optimum sowieso hin zum Maximum, unabhängig von Kostenüberlegungen. Weitere Ziele liegen in der Verteilungsgerechtigkeit (Equity) des wirtschaftlichen Ressourceneinsatzes (Efficiency), der optimalen Zielerreichung (Effectivity) sowie einer institu-

² Vgl. dazu a.l. CULYER A. J., «Cost containment in Europe», in: *Health Care systems in transition, The search for efficiency*, OECD, Paris 1990, Seite 29ff.

tionellen Ausstattung der Organe des Gesundheitsversorgung, die ermächtigt und fähig sind, zielführende Massnahmen durchzusetzen (Empowerment).

Lassen sich nun aus den bestehenden unterschiedlichen Gesundheitsversorgungssystemen in den OECD-Staaten sowie aus heutigen gesundheitsökonomischen Erkenntnissen Hinweise für die Beantwortung der Frage finden, ob ein öffentliches und/oder privates Versorgungssystem mit medizinischen Dienstleistungen gesamthaft gesehen optimalere Resultate bringt?

2. Typologie von Gesundheitssystemen³

Die folgende Tabelle zeigt eine Typologie von Gesundheitssystemen mit einigen hervorstechenden Merkmalen auf. Die pluralistischen Systeme lassen der privaten Initiative und damit dem Markt grösseren Spielraum, während in den Systemen mit einer stark ausgebauten Sozialversicherung oder einem nationalen Gesundheitsdienst staatliche Regelungen bzw. Institutionen vorherrschen. In allen Systemen fällt dem Staat die Aufgabe zu, die Rahmenordnung für das Gesundheitswesen zu schaffen. Je intensiver er sich durch seine Verwaltung oder andere öffentliche Institution an der Versorgung selber beteiligt, desto engmaschiger werden die Regeln des Gesundheitswesens ausfallen müssen.

Eine Typologie von Gesundheitssystemen

Typ	Pluralistisch	Sozialversicherung	Nationaler Gesundheitsdienst
Generelle Definition	Gesundheitsgüter sind überwiegend Konsumgüter	Gesundheitsversorgung als garantiertes Grundrecht	Staatlich regulierte Versorgung mit Gesundheitsleistungen
Stellung der Aerzte	Einzelunternehmer und Mitglied vieler verschiedener Organisationen	Einzelunternehmer und Mitglied berufsständischer Organisationen	Einzelunternehmer und Mitglied berufsständischer Organisationen
Rolle der Berufsverbände	sehr stark	stark	weniger stark
Eigentümer der Versorgungseinrichtungen	private und öffentliche Eigentümer	private und öffentliche Eigentümer	überwiegend öffentliche Eigentümer
Zahlungs-transfer	direkt und indirekt	überwiegend indirekt	indirekt
Intervention des Staates	schwach/indirekt	stärker/indirekt	stark/direkt
Länder (Prototypen)	USA, Schweiz	BR Deutschland, Japan, Frankreich, Italien, Belgien, Niederlande, Luxemburg, Oesterreich	Grossbritannien, Portugal, Griechenland, Spanien, Irland, Finnland, Norwegen

³ Nach FIELD Mark G., «Comparative evolution of health systems», in: *Health and illness in America and Germany*, Hsg. Lüschen u.a., München, 1989, zitiert aus *Gesundheitspolitischen Informationen (GPI)* der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik SGGP, Nr. 4, 1992, Seite 19.

3. Ausgaben für das Gesundheitswesen

Die folgende Tabelle zeigt die Ausgaben einiger OECD-Länder im Verhältnis zum Bruttoinlandprodukt und pro-Kopf der Bevölkerung in Dollars (umgerechnet mit Kaufkraftparitäten) sowie dem Preisindex der Medizinkosten (1985 = 100%).

Gesundheitskosten 1990 in den OECD-Staaten*

	in % des Bruttoin- landproduktes (BIP)	Rang	Pro-Kopf-Aus- gaben in \$ (um- gerechnet mit Kaufkraft- paritäten)	Rang	Preisindex der Medizin- kosten (1985=100)	Rang
Australien	7.7	9	1 227	12	137.7	10
Belgien	7.5	11	1 227	12	117.8	19
Bundesrepublik Deutschland	8.1	7	1 487	5	110.4	21
Dänemark	6.3	16	1 054	15	123.5	16
Finnland	7.6	10	1 257	10	134.4	12
Frankreich	8.9	3	1 543	4	113.7	20
Griechenland	5.5	19	402	21	201.4	3
Grossbritannien	6.1	17	974	17	144.0	7
Japan	6.5	15	1 171	13	109.3	22
Irland	7.5	11	801	18	129.0	13
Island	8.6	5	1 358	8	262.2	2
Italien	7.6	10	1 234	11	146.2	6
Kanada	9.0	2	1 730	2	126.8	15
Luxemburg	7.2	13	1 393	7	126.9	14
Neuseeland	7.4	12	976	16	172.4	4
Niederlande	8.0	8	1 266	9	109.0	23
Norwegen	7.4	12	1 170	14	135.0	11
Oesterreich	8.4	6	1 393	7	122.2	17
Portugal	5.7	18	558	20	172.2	5
Schweden	8.8	4	1 479	6	139.5	8
Schweiz	7.7	9	1 633	3	119.0	18
Türkei	4.0	20	132	22	1 091.0	1
USA	12.4	1	2 566	1	134.4	12

4. Verhältnis von Gesundheitsversorgung zu Gesundheitsausgaben

Die Frage liegt auf der Hand, ob die höheren Ausgaben einzelner Länder für das Gesundheitswesen (vor allem im Vergleich zum BIP und pro Kopf) mit einer besseren Gesundheit der Bevölkerung und/oder einer besseren Gesundheitsversorgung ihrer Bevölkerung korrelieren und ob diese Ausgabensituation mit der vorstehenden Typologie kausal verbunden ist.

Zwar lassen sich einzelne Gesundheitsindikatoren durchaus anführen, so z.B. Lebenserwartung, die Einweisungsquote in die Spitäler pro Einwohner, Sterblichkeits- und Krankheitsstatistiken usw. Die Vergleiche von Qualitäten von Gesundheitsversorgung und ihren Leistungen stehen erst am Anfang ihrer Erarbeitung. Die bestehenden Indikatoren sind heute kaum in der Lage, den Gesundheitszustand einer Bevölkerung systematisch und aussagekräftig zu umschreiben; noch weniger ist die Kausalität zu den Gesundheitsausgaben pro Kopf der Bevölkerung nachzuweisen. Jedenfalls lassen sich daraus keine eindeutigen Schlüsse hinsichtlich der Vor- und Nachteile der Systemwahl private/öffentliche Gesundheitsversorgung herleiten.

So geben z.B. die Vereinigten Staaten sowohl absolut, im Verhältnis zum BIP (1990: 12.4%) wie gemessen pro Kopf mehr aus für die Gesundheitsversorgung als alle andern Länder. Dabei kann das absolut höhere Bruttosozialprodukt der Vereinigten Staaten nur einen kleinen Teil dieser Entwicklung erklären. Die Vereinigten Staaten haben mehr oder weniger das gleiche Arzt-Einwohner-Verhältnis wie der Durchschnitt der übrigen OECD-Länder; sie verfügen über fast am wenigsten stationäre Betten gegenüber den meisten andern OECD-Staaten; die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Spital gehört zu den tiefsten in den OECD-Staaten. Trotzdem sind die Kosten für die medizinische Behandlung und pro Spitalbetttag und Aufenthalt die höchsten der Welt. Amerika scheint eine viel intensivere Art der Medizin zu betreiben. Aber trotzdem, betrachtet man das Resultat dieser Medizin etwa hinsichtlich der Kindersterblichkeit oder der Lebenserwartung oder auch im Hinblick auf den Zugang zur Behandlung und Pflege, fallen die Vereinigten Staaten weit hinter viele übrige OECD-Staaten zurück⁴.

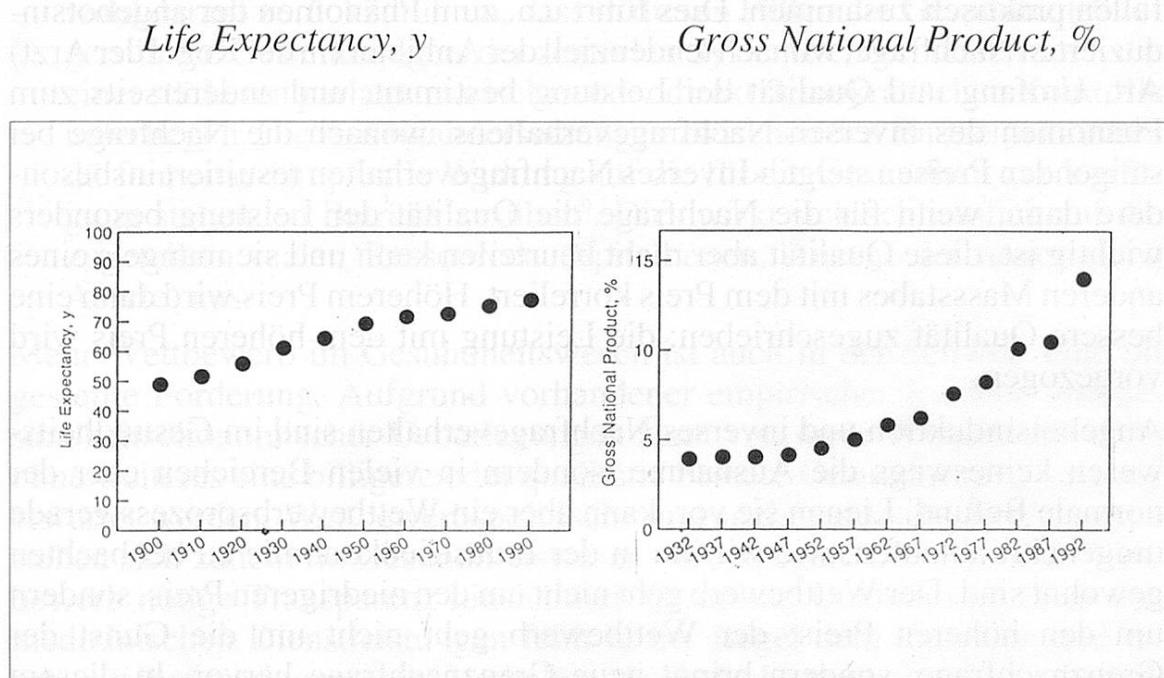
Dabei ist zu bedenken, dass die USA eines der liberalsten Gesundheitssysteme aufweisen⁵. Aufgrund vorliegender Angaben scheint jedenfalls die Feststellung erlaubt, dass höhere Ausgaben für das Gesundheitswesen nicht eo ipso generell zu einer qualitativ besseren Versorgung oder einer «besseren» Gesundheit (was immer dies bedeutet) führen.

Nicht schlüssige Folgerungen ergeben sich auch für das Kriterium der sozialpolitisch gerechten Versorgung. Es ist ja bekannt, dass in den USA über 30 Millionen Bürger kaum Zugang zum Versorgungssystem haben. In

⁴ Vgl. dazu SCHIEBER, George J. und POULLIER, Jean-Pierre, «Overview of international comparisons of health care expenditures», in: *Health care systems in transition, The search for efficiency*, OECD 1990, Seite 9ff.

⁵ Vgl. dazu auch folgende Angaben von LUNDBERG, Georg D., Präsident der amerikanischen Aerztegesellschaft, in: *Journal of the American Medical Association*, 13. Mai 1992, zitiert aus *GPI*, Nr. 3/1993, Seite 16;

der Schweiz mit ihrem ebenfalls relativ freiheitlichen Gesundheitssystem ist dieser Zugang aber weitgehend gesichert; trotz fehlendem Versicherungsobligatorium sind etwa 97% der Bevölkerung versichert.



Since the year 1900, we Americans have added 7 hours to the average life expectancy at birth for every 24 hours lived - an incredible modern achievement³. Of this we as a civilization should be extremely proud. But a look at Fig. 1 demonstrates that the major gains were in the first several decades when expenditures were low, while in the middle and latter portions of the century, the slope has been much more gradual.

Figure 2 allows comparison of that simple outcome measure (life expectancy) with the amount of money invested in medical and health care in this country as measured by the percentage of the gross national product. It signals an entirely different perspective.

Whether or not there is cause and effect, there seems to be little relationship between the percentage of gross national product spent on medical and health care and the extent of improvements in expected life span. Is there any wonder why many doubt that we are providing value for money?

Producing Real Cost Control. - Without real cost control, successful health care reform cannot happen. The slope of costs for medical and health care in this country, as expressed in the percentage of gross national product expended on medical and health care, has changed from asymptotic to the horizontal to nearly asymptotic to the vertical in the course of my lifetime (Fig. 2). Obviously, this extreme is unacceptable. During the burgeoning scientific revolution of the 20th century, to increase the amount and percentage of resources spent on medical and health care was entirely valid. But now health care costs have reached a doubling time of less than 5 years. Earlier articles have itemized the reasons for these out-of-control costs and proposed many solutions^{5,6}. A mixture of several solutions is probably the best answer. I believe that the following steps should be taken to control costs.

- Clearly futile care should cease.
- Unnecessary and inappropriate care should stop.

Hier sind einige gesundheitsökonomische Betrachtungen angebracht. Die Leistungen im Gesundheitswesen zeichnen sich weitgehend durch das uno-actu-Prinzip aus, d.h. die Produktion und der Konsum von Dienstleistungen fallen praktisch zusammen. Dies führt u.a. zum Phänomen der angebotsinduzierten Nachfrage, wonach tendenziell der Anbieter (in der Regel der Arzt) Art, Umfang und Qualität der Leistung bestimmt, und andererseits zum Phänomen des inversen Nachfrageverhaltens, wonach die Nachfrage bei steigenden Preisen steigt. «Inverses Nachfrageverhalten resultiert insbesondere dann, wenn für die Nachfrage die Qualität der Leistung besonders wichtig ist, diese Qualität aber nicht beurteilen kann und sie mangels eines anderen Massstabes mit dem Preis korreliert. Höherem Preis wird dann eine bessere Qualität zugeschrieben; die Leistung mit dem höheren Preis wird vorgezogen.

Angebotsinduktion und inverses Nachfrageverhalten sind im Gesundheitswesen keineswegs die Ausnahme, sondern in vielen Bereichen eher der normale Befund. Liegen sie vor, kann aber ein Wettbewerbsprozess gerade umgekehrt ablaufen, wie wir ihn in der Industrieökonomie zu beobachten gewohnt sind. Der Wettbewerb geht nicht um den niedrigeren Preis, sondern um den höheren Preis; der Wettbewerb geht nicht um die Gunst der Grenznachfrage, sondern bringt neue Grenznachfrage hervor. In diesem Falle führt eine Verstärkung des Wettbewerbsdruckes nicht zur Kostendämpfung, sondern zu Ausgabenexpansion⁶.» Die Gesundheitsgüter verhalten sich wie Luxusgüter: Je höher das Einkommen, desto höher die nachgefragte Menge.

Eine interessante Fragestellung ergibt sich hinsichtlich der Höhe der Kosten für die Gesundheitsadministration. Staatliche Versorgungssysteme müssten eigentlich höhere administrative Kosten aufweisen. Entsprechende Untersuchungen, allerdings auf einer sehr schmalen Zahlenbasis, lassen auch hier kaum klare Aussagen zu⁷. Jedenfalls haben die Vereinigten Staaten (1990) weit höhere per-capita Ausgaben für Gesundheitsadministration als etwa Deutschland oder Frankreich.

5. Einige vorläufige Schlussfolgerungen

Nach dem bisherigen Stand der Untersuchungen scheint folgendes festzustehen:

- Je höher das per-capita Einkommen eines Landes, desto mehr gibt es pro Kopf für Gesundheit aus und umso grösser ist der Anteil der Gesundheitsausgaben am Volkseinkommen⁸.

⁶ HERDER-DORNEICH, Philipp: «Ordnungspolitik des Gesundheitswesens - eine analytische Grundlegung», Seite 62-63; in: *Schriften des Vereins für Sozialpolitik, Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften*, Neue Folge/Band 159; Bericht über die Jahrestagung vom 16.-18. Sept. 1985.

⁷ Vgl. dazu POULLIER, Jean-Pierre: «Administrative costs in selected industrialized countries», in *Health Care Financing Review*/Summer 1992/ Volume 13, Nr. 4, Seite 167ff.

⁸ LEU Robert E., «The public-private-mix and international health care costs» in: *Public and private healthservices, complementarities and conflicts*, edited by A. J. Culyer and Bengs Jönsson, Basil Blackwell 1986, Seite 41ff.

- Zentralisierte Kontrolle von Gesundheitsbudgets, die sich vor allem im öffentlichen Gesundheitswesen finden, scheinen zu weniger hohen Ausgabeniveaus zu führen als man eigentlich annehmen würde. Dies ist wohl darauf zurückzuführen, dass in diesen Fällen die Gesundheitsbudgets in die Gesamtbudgets der zentralen Systeme eingebunden sind, die einer stärkeren parlamentarischen oder direkt demokratischen Kontrolle unterliegen. Die Auseinandersetzungen zwischen den Budgetprioritäten dürften eine dämpfende Wirkung auf die für die Gesundheit zur Verfügung stehenden Beträge ausüben⁹. Dies wirkt sich schliesslich auf die zugeteilten realen Ressourcen (Spitalbetten, Anzahl der angestellten Aerzte) aus.

Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen ist auch in der Schweiz eine oft gestellte Forderung. Aufgrund vorhandener empirischer Evidenz und gesundheitsökonomischer Ueberlegungen kann von mehr Wettbewerb nicht ohne weiteres eine billigere oder qualitativ bessere Gesundheitsversorgung erwartet werden. Wettbewerbspolitische und sozialpolitische Forderungen stehen sich zudem im Gesundheitswesen oft entgegen. Die für mehr Wettbewerb nötige Transparenz hinsichtlich Quantität, Qualität und Preis von medizinischen Dienstleistungen fehlt in der Regel dem Patienten und erschwert ihm marktgerechtes Verhalten. Auch die Kartellkommission ist sich dieser Situation in ihrem jüngsten Bericht über die Wettbewerbsverhältnisse unter Krankenkassen und die Tarifverträge zwischen Krankenkassen und Leistungsträgern bewusst¹⁰.

Aktuelle Reformbestrebungen in zahlreichen Ländern zielen, soweit ich das beurteilen kann, eher auf eine grössere Einflussnahme des Staates in die Gesundheitsversorgung und -finanzierung hin und dies sowohl durch die Gestaltung der Rahmenbedingungen wie auch durch recht weitgehende Reglementierungen im operationellen Bereich (vgl. etwa die jüngsten Reformen in der BRD). Gleichzeitig wird aber auch dem Wettbewerbsgedanken Rechnung getragen. So räumt z.B. die englische Gesundheitsreform dem Wettbewerb zwischen den Anbietern von Gesundheitsleistungen einen wichtigen Platz ein. Staatliche Einflussnahmen bestehen etwa in der verbindlichen Festlegung von Budgets mit Risikoübertragung an den Spitalträger in der Kontrolle des Marktzuganges von Anbietern für Gesundheitsleistungen in der festen Bezahlung von Aerzten anstelle der «fee for service Abgeltung» sowie in verschiedenen direkten Preis- und Angebotseingriffen¹¹. Die «managed health care» in verschiedenen Formen (z.B.

⁹ Vgl. dazu Culyer, Seite 36.

¹⁰ Vgl. dazu Veröffentlichungen der schweizerischen Kartellkommission und des Preisüberwachers Nr. 2, 1993.

¹¹ Vgl. dazu Culyer Seite 39. Ferner Saltman, Richard B.: Recent Health policy initiatives in nordic countries, in: Health Care Financing Review/Summer 1992/Volume 13, Nr. 4, Seite 157ff.; Wiley, Miriam M.: Hospital financing reform and case-mix measurement: An international review, in: Health Care Financing Review/Summer 1992/Volume 13/Number 4, Seite 119ff.

HMO) scheint vielerorts an Attraktivität zu gewinnen, wenn auch über deren Langzeitwirkung (medizinisch und wirtschaftlich) keine zuverlässigen Angaben vorliegen.

Veränderungsschritte in der einen oder anderen Richtung sind sorgfältig zu prüfen. Die Formulierung klarer Zielsetzungen bildet eine Grundvoraussetzung für zielkonforme Massnahmen. Forderungen nach mehr Wettbewerb oder mehr staatlichen Eingriffen reichen nicht aus. Jedenfalls ist der Mix private/öffentliche Gesundheitsversorgung nur eine Variable, wenn auch eine zentrale, in Reformbestrebungen.