



EUROPA

**Regionalkomitee für Europa
Zweiundfünfzigste Tagung**

Kopenhagen, 16.–19. September 2002

Punkt 7 e) der vorläufigen Tagesordnung

EUR/RC52/10

8. Juli 2002

22525

ORIGINAL: ENGLISCH

**DIE ROLLE DES PRIVATSEKTORS UND DER PRIVATISIERUNG IN
GESUNDHEITSSYSTEMEN DER EUROPÄISCHEN REGION**

Viele Mitgliedstaaten der Region befassen sich im Rahmen der Reform ihres Gesundheitssystems auch mit der Rolle des Privatsektors und dem Stellenwert der Privatisierung. Im vorliegenden Dokument werden die zur Zeit zu beobachtenden einschlägigen Entwicklungen untersucht, zwei für die Debatte wesentliche Elemente (Begriffsdefinitionen und die Rolle von Wertvorstellungen und Ideologie) angesprochen und die bestehenden Fakten dargelegt. Außerdem wird die Bedeutung der staatlichen Aufsichts- und Schutzfunktion hervorgehoben. Zuletzt geht es um die Frage, wie die WHO ihren Mitgliedstaaten mit Faktenmaterial und durch direkte Unterstützung der Länder helfen kann.

Inhalt

	<i>Seite</i>
Hintergrund	1
Was bedeutet das Wort „privat“ und was fällt nicht darunter?	2
Werte und Ideologie	3
Erfahrung und wissenschaftlich erhärtete Fakten.....	4
Privatfinanzierung.....	4
Private Krankenversicherung	5
Selbstzahlungen.....	5
Private Leistungserbringung	7
Krankenhäuser.....	7
Primärversorgung	8
Soziale Betreuung und häusliche Pflege	9
Mischmodelle	9
Wahrnehmung der staatlichen Aufsichts- und Schutzfunktion	10
Die Zukunft	10
Literaturhinweise.....	12

Hintergrund

1. Viele Länder der Europäischen Region der WHO befassen sich im Rahmen der Reform ihres Gesundheitssystems auch mit der Rolle des Privatsektors und dem Stellenwert der Privatisierung. Technischer Fortschritt, alternde Bevölkerungen und immer höhere Erwartungen von Seiten der Öffentlichkeit bewirken eine Nachfrage nach kostentreibenden Leistungen der Gesundheitsversorgung, während vom makroökonomischen Kontext der Druck ausgeht, die Defizite der öffentlichen Haushalte zu bremsen. Als Reaktion darauf haben die Mitgliedstaaten Reformstrategien entwickelt, mit denen sie die kostenwirksame Ressourcenallokation zu verbessern und die Effizienz zu fördern suchen, während sie sich gleichzeitig um Beibehaltung der Finanzierungssolidarität bemühen (1, 2). Das wachsende Interesse an der Rolle des Privatsektors muss deshalb sowohl in diesem breiteren Kontext der Reform gesehen werden wie auch als Teil der Debatte über die Frage, wie man, ohne sich bei den Standards auf Kompromisse einzulassen, die Kosten dämpfen und die Effizienz erhöhen kann, um ein finanziell tragfähiges, hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem zu bekommen.

2. Die Privatisierung der Finanzierung der gesundheitlichen und sozialen Daseinsvorsorge gilt als Mittel zur Drosselung der öffentlichen Ausgaben, wobei man damit die Kosten von der öffentlichen Kasse auf den einzelnen Verbraucher abwälzt. Maßnahmen wie die Einführung oder der Ausbau von privaten (freiwilligen) Versicherungen, Selbstzahlung und Selbstbeteiligung (Zuzahlung) und die Kürzung des vom öffentlichen Sektor bereitgestellten Leistungskatalogs sollen die Nachfrage dämpfen und für die Gesundheitsversorgung Ressourcen freimachen, die vom Staat dann nicht über die Steuern oder über Versicherungen beschafft werden müssen. Die Privatisierung der Leistungserbringung ist teilweise mit der breiteren Überzeugung verknüpft, dass die Bürokratie des öffentlichen Sektors ineffizient und nicht verbraucherorientiert ist und ihre Zielsetzung von denen vereinnahmt wird, die für diese Bürokratie arbeiten. Deshalb geht man davon aus, dass Marktmechanismen die Effizienz fördern und kostenwirksame, hochwertige und verbraucherorientierte Leistungen sichern.

3. Politiker geraten immer wieder in eine Zwangslage, wenn sie über die bedarfsgerechte Rolle des öffentlichen und des privaten Sektors in der Gesundheitsversorgung entscheiden müssen. Hier herrscht echte Begriffsverwirrung und es fehlt an eindeutigen Definitionen dafür, was unter „Privatisierung“, „privater Sektor“ oder sogar „öffentlicher Sektor“ zu verstehen ist. Beispielsweise spricht man oft von Privatisierung, wenn eigentlich sinnvoller von Unternehmertum oder der Anwendung von Marktmechanismen im öffentlichen Sektor die Rede sein sollte. Auch die Unterscheidung zwischen den Begriffen privat gewinnorientiert, privat gemeinnützig und selbständig erwerbstätig ist häufig unscharf. Unter dem Privatsektor sortiert eine Fülle von Mechanismen, die alle ganz unterschiedliche Implikationen haben.

4. Hinzu kommt, dass nur wenige wissenschaftlich abgesicherte Fakten Auskunft darüber geben, wie sich diese Mechanismen in der Praxis auf gesellschaftliche Zielsetzungen auswirken. Insbesondere wissen wir relativ wenig darüber, wie neue Modelle des öffentlichen und privaten Leistungsmix funktionieren. Vielleicht liegt es an den fehlenden Fakten, dass die Debatte über die Rolle des öffentlichen und des privaten Sektors in der Gesundheitsversorgung hauptsächlich auf ideologischem Boden ausgetragen wird, so dass sich die Privatisierung im Wortschatz der europäischen Gesundheitsreform zu einem äußerst kontroversen und wertebefrachteten Begriff entwickelt hat. Ihre Befürworter singen das Loblied der Privatisierung und erblicken darin das „Allheilmittel“ für alle „Übel“ des Gesundheitssystems. Die Gegner verteuern die Privatisierung, verbinden sie mit persönlicher Profitgier und sehen darin das Ende der Solidargemeinschaft. Die Debatte wogt häufig heftig, wobei allerdings erstaunlich wenig Klarheit herrscht, und die Faktenlage zu den Konsequenzen der Einbeziehung des Privatsektors in die Gesundheitsversorgung ist denn bestenfalls auch uneinheitlich. Ein Großteil der Debatte über die Überlegenheit der vorwiegend öffentlichen oder überwiegend privaten Modelle ist demnach ideologisch überfrachtet, doch ironischerweise wird dies nur selten explizit erkannt, und auch die Werte, die einer bestimmten Struktur des Gesundheitswesens zugrunde liegen, werden meist nicht konkret thematisiert.

5. Die Situation verkompliziert sich noch durch die ganz unterschiedlichen Wege, die die einzelnen Länder der Europäischen Region hinsichtlich der Einbeziehung des Privatsektors in die

Gesundheitsversorgung beschreiten. In westeuropäischen Ländern mit Sozialversicherungssystemen spielt der private Sektor in der Erbringung gesundheitlicher Leistungen herkömmlicherweise eine zentrale Rolle, die im Großen und Ganzen auch nicht hinterfragt wird. In den nord- und südeuropäischen Ländern mit staatlichem Gesundheitswesen wurden Reformen angetrieben durch das Versagen des Kommando- und Kontrollkonzepts, das traditionelle Kennzeichen der staatlichen Steuerung von öffentlichen Einrichtungen, die auch von der öffentlichen Hand betrieben werden. In diesen Ländern sollen Reformen also das Unternehmertum im öffentlichen Sektor stärken. Sie ermöglichen es, mit öffentlichen Geldern Leistungen vom Privatsektor zu kaufen, und übertragen dem (gewinnorientierten wie dem gemeinnützigen) Privatsektor eine wesentlichere Rolle in der Leistungserbringung.

6. In den mittel- und osteuropäischen Ländern (MOE) und in den neuen unabhängigen Staaten (NUS) führten der Zusammenbruch der kommunistischen Systeme und die in der Bevölkerung herrschende Enttäuschung über das Versagen der stark zentralisierten, qualitativ schlechten und unflexiblen staatlichen Bürokratie, in einigen Fällen gepaart mit Schwierigkeiten bei der Steuererhebung, in der gesamten Wirtschaft zur Einführung umfassender Privatisierungsprogramme. In der Gesundheitsversorgung geht der Markttrend zu Sozialversicherungssystemen, in denen private Leistungsanbieter, vor allem im Arzneimittelbereich und in der primären Gesundheitsversorgung eine wichtigere Funktion erhalten. Darüber hinaus vollzieht sich in einigen Ländern auch eine implizite Privatisierung der Finanzierung, da öffentliche Mittel fehlen und man sich sichtlich auf (inoffizielle) Direktzahlungen verlässt.

7. Diese konzeptionelle Unschärfe, die ideologisch überfrachtete Debatte, das Fehlen von wissenschaftlich erhärteten Fakten über die Auswirkungen der Privatisierung sowie wesentliche regionale Unterschiede stellen die Entscheidungsträger vor eine erhebliche Herausforderung.

8. Mit dem vorliegenden Dokument wird versucht, durch einen kurzen Abriss der derzeitigen Entwicklung der Rolle, die der öffentliche und der private Sektor in europäischen Gesundheitssystemen spielen, eine konzeptionelle Präzisierung und eine methodische Ordnung der Faktengrundlage zu erreichen. Dabei geht es vor allem darum, Schlüsselprobleme aufzuzeigen und festzustellen, wie die WHO den Mitgliedstaaten mit wissenschaftlich erhärteten Fakten und durch direkte Unterstützung der Länder helfen kann. Die ersten beiden Abschnitte sind zwei wesentlichen Elementen der Debatte gewidmet, nämlich den Definitionen und dem Stellenwert von Werten. Danach wird die Faktenlage zu Trends und Auswirkungen der Privatisierung erläutert, bevor die Bedeutung der staatlichen Aufsichts- und Schutzfunktion, des so genannten „Stewardship“, herausgearbeitet wird. Abschließend wird überlegt, welche Rolle der WHO bei der Unterstützung der Mitgliedstaaten zukommt.

9. Die Grundlage des Papiers bilden die vom Europäischen Observatorium für Gesundheitssysteme zusammengestellten Fakten; u. a. wurden die Länderprofile „Gesundheitssysteme im Wandel“ (Health Systems in Transition = HiT) und einschlägige Studien des Observatoriums in Schlüsselbereichen wie Finanzierung, Kauf und Regulierung einbezogen, darüber hinaus aber auch das Faktenmaterial anderer WHO-Programme, aus der Länderarbeit und aus externen Quellen.

Was bedeutet das Wort „privat“ und was fällt nicht darunter?

10. Die Bedeutung des Wortes „privat“ ist in der im Gesundheitsbereich üblichen Verwendung nur schwer einzukreisen, denn private Elemente nehmen ganz unterschiedliche und komplexe Formen an. Mit neuen Initiativen werden zunehmend grenzüberschreitende Regelungen etabliert, die sich nicht ohne weiteres als öffentlich oder privat einstufen lassen. Die gesellschaftlichen Akteure müssen sich deshalb darauf verständigen, was unter öffentlichem und privatem Sektor zu verstehen ist, und sie brauchen eine Rahmendefinition, die sie wie ein Ariadnefaden durch den Begriffsdschungel der Privatisierung geleiten kann.

11. Der zentrale, dem Konzept eines privaten Sektors in der Gesundheitsversorgung zugrunde liegende Gedanke ist täuschend einfach: Er besagt, dass es sich dabei um *das private Eigentum an Gütern der Gesundheitsversorgung* handelt. Privatisierung bedeutet demnach *die Überführung öffentlicher Güter in*

Privateigentum, wobei die Güter die Infrastruktur des Gesundheitssystems, seine Gebäude, seine Geräte und die Kontrolle über seine Ressourcen und Funktionen umfassen. Diese Definition, oder genauer gesagt ihre Simplizität, könnte die terminologische Verwirrung klären helfen, die die nationalen gesundheitspolitischen Debatten durchzieht, weil sie es den konzeptionellen Vordenkern ermöglicht, den Begriff des Privateigentums von den Organisations- und Managementcharakteristika zu trennen, die zwar oft damit verbunden, doch nicht inhärent Teil davon sind.

12. Konzentriert man den Blick auf den Eigentumsbegriff, so lassen sich die Rolle des Privatsektors und der konkreten Privatisierung von der breiteren Thematik des Unternehmertums im Gesundheitssektor trennen. Die Privatisierung wäre danach eindeutig *eine* Strategie zur Förderung des „Unternehmertums“, sollte aber nicht damit verwechselt werden. Unternehmertum beinhaltet eine größere Bandbreite von marktwirtschaftlich beeinflussten Maßnahmen, mit denen man sich bemüht, die Leistungsinnovation anzukurbeln und Qualität und Effizienz zu verbessern, und zwar im öffentlichen wie im privaten Sektor. Dazu gehören die Einführung von Strategien wie leistungsbezogene Vergütungssysteme, Binnenmärkte, die Kommerzialisierung öffentlicher Leistungsanbieter (die so genannte „corporatization“), die freie Anbieterwahl, die vertragliche Aushandlung von Leistungen und Funktionen mit dem Privatsektor und die Überführung von Leistungen und Funktionen in den Privatsektor (3). Die Privatisierung stellt damit wie gesagt nur einen von vielen methodischen Annäherungen an den Begriff des Unternehmertums dar.

13. Begreift man also die Privatisierung als Strategie zur Einführung von Marktwettbewerb, so wird sie diesen Erwartungen nicht unbedingt gerecht werden. Privateigentum beinhaltet an sich noch nicht die Existenz von Wettbewerbskräften, weshalb Privatisierung auch keinen automatischen Schritt zur Ausnutzung der Vorteile einer Wettbewerbssituation bedeutet. Es gibt zahlreiche Beispiele großer, im Privatbesitz befindlicher Kapitalgesellschaften mit Monopolcharakter, die nicht dem Wettbewerb unterliegen. Umgekehrt können öffentliche Körperschaften miteinander oder auf einem offenen Markt konkurrieren, wie das in Finnland, Schweden und im Vereinigten Königreich bei Krankenhausverträgen der Fall ist.

14. Außerdem unterscheiden sich Privateigentum und Privatisierung strukturell von Initiativen, die einfach ein unabhängigeres Management von Krankenhäusern und Gesundheitszentren fördern sollen, sind also nicht so sehr als deren Vorläufer zu betrachten. Bei solchen Initiativen geht es um Organisationsmodelle wie „Autonomisierung“ oder „Kommerzialisierung“, wobei der Staat seine Kommando- und Kontrollfunktion zugunsten einer Steuerungs- und Kanalisierungsfunktion aufgibt. Oft finden diese Initiativen ihren Ausdruck in selbstverwalteten Krankenhausstiftungen oder öffentlichen Unternehmen. Die betreffenden Anbieter sind weiterhin Eigentum der öffentlichen Hand und es findet keine Überführung von Gütern, folglich keine Privatisierung, statt. Dies löst die anstehenden Probleme von Management, Effizienz und Klientenorientierung natürlich nicht.

Werte und Ideologie

15. Ein Großteil der in der Debatte über die Rolle des öffentlichen und privaten Sektors auftretenden Spannungen wurzelt in den politischen Wertvorstellungen und der Ideologie ihrer Verfechter. Terminologische Klarheit und ein eindeutiges Verständnis dafür, was der Begriff „privat“ eigentlich beinhaltet, kann den programmatischen Vordenkern helfen, sich auf diese Fragen zu konzentrieren. Die vorhandenen Fakten können dabei die Konsequenzen eines bestimmten Modells veranschaulichen. Allerdings gibt es für die meisten Grundsatzdilemmata nicht nur eine bestimmte „wissenschaftliche“ oder „rationale“ Lösung. An einem bestimmten Punkt werden sich die Länder einfach für das von ihnen bevorzugte Privatisierungskonzept entscheiden müssen.

16. Dabei wird es sich unweigerlich um eine politische Wahl handeln, und einige Gruppen werden wohl ausschließlich aus ideologischen Gründen am Privatisierungsgedanken festhalten. Privatisierung im Gesundheitsbereich sollte jedoch nicht Selbstzweck sein, sondern als ein Mittel diskutiert werden, mit dem sich ein mit den Werten der jeweiligen Gesellschaft übereinstimmendes, angestrebtes Ziel erreichen lässt. Das setzt voraus, dass jede Gesellschaft ihre Ziele absteckt und der Stellenwert von Ideologie, Kultur und Wertvorstellungen explizit gemacht wird.

17. Die Länder verfolgen unterschiedliche gesundheitliche Zielsetzungen und messen diesen auch unterschiedliche Priorität bei. Sie fordern Gesundheitssystemstrategien, die auf ihre eigenen kulturellen und historischen Gegebenheiten zugeschnitten und für die Verwirklichung ihrer spezifischen gesellschaftlichen Ziele geeignet sind. Art und Umfang der privaten Gesundheitsversorgung eines Landes sollten deshalb nach den Zielsetzungen dieses Landes und seiner Strategie für den gesamten Gesundheitsversorgungssektor beurteilt werden. Der Lackmustest für den Privatsektor ist somit die Frage, inwieweit er wirksam zur Erreichung des vereinbarten Ziels beitragen kann. (4).

18. Die Politik muss sich unvermeidlich dem ständigen Balancegang zwischen widersprüchlichen Anforderungen stellen. Sie muss zwischen verschiedenen gesellschaftlichen Zielen Kompromisse eingehen, beispielsweise zwischen der freien Anbieterwahl oder dem chancengerechten Zugang zu Leistungen und der Kostendämpfung. Das ist keine einfache Sache. Wir sollten die Schwierigkeiten anerkennen, denen die Entscheidungsträger ausgesetzt sind, wenn sie diese Art von ausdrücklicher Wahl treffen müssen. Doch die Debatte über die Funktion des Privatsektors und der Privatisierung und ihre Abwägung gegenüber der Rolle des öffentlichen Sektors wird nur dann vorankommen, wenn man Ideologien und Wertvorstellungen auf Prioritäten und Zielkompromisse ausrichten kann, statt sie für die Durchsetzung dieser Prioritäten und Ziele zu instrumentalisieren.

19. Gebraucht wird ein Entscheidungsrahmen, bei dem die Ermittlung gesellschaftlicher Zielsetzungen von Anfang an ausdrücklicher im Vordergrund steht. Erst dann lässt sich beurteilen, inwieweit der Privatsektor und Privatisierungsstrategien (unter anderen möglichen Optionen) wirksam zur Erreichung dieser Ziele beitragen. Zu den Bewertungskriterien für die Effektivität zählen dabei unbedingt die Auswirkungen auf den Zugewinn an Gesundheit, Chancengerechtigkeit, Kostendämpfung, Fach- und Allokationseffizienz sowie Verbraucherorientierung. Mit diesem Rahmen sollten die Mitgliedstaaten die wissenschaftliche Faktenlage beurteilen können, ohne Ideologie und politisches Urteil ausklammern zu müssen, und er sollte es ihnen ermöglichen, die Werte ihrer Gesellschaft widerspiegelnde Entscheidungen zu treffen.

20. Die Politiker der Mitgliedstaaten werden ihre Entscheidungen also abhängig von ihren individuellen gesellschaftlichen Wertvorstellungen treffen, die von der WHO vertretenen Werte und Prinzipien sind jedoch klar. Die WHO steht für eine Reihe von Grundprinzipien, nämlich Solidarität, Verbesserung von Gesundheit, Chancengleichheit und Verbraucherorientiertheit (5, 6).

Erfahrung und wissenschaftlich erhärtete Fakten

21. Im Rahmen eines kurzen Papiers lassen sich die in diesem Bereich vorliegenden Fakten nicht umfassend darlegen, hinzu kommt jedoch, dass diese auch etwas uneinheitlich sind. Deshalb soll im Folgenden eher ein Überblick über die Palette der in der Europäischen Region gewonnenen Erfahrungen gegeben werden. Außerdem werden die wichtigsten Lehren hervorgehoben, die sich aus dem Wissen über die Trends und die Auswirkungen des Privatsektors in den europäischen Gesundheitssystemen ziehen lassen. Die Darstellung bedient sich dabei der üblichen Unterscheidung zwischen der Finanzierungsfunktion des Privatsektors und seiner Rolle bei der Erbringung gesundheitlicher Leistungen.

Privatfinanzierung

22. Die meisten Gesundheitssysteme der Europäischen Region stützen sich auf eine Mischung aus öffentlichen und privaten Finanzierungsformen. In der letzten Zeit hat sich die aus privaten Quellen stammende Finanzierungsgrundlage zwar verbreitert, doch die Gesundheitssysteme finanzieren sich, außer in einigen NUS, überwiegend immer noch aus Steuereinnahmen und Sozialversicherungsbeiträgen. Die wichtigsten Quellen der Privatfinanzierung sind private (oder freiwillige) Krankenversicherungen und Selbstzahlungen, d. h. Direktzahlungen, offizielle Selbstbeteiligung (Zuzahlungen) und inoffizielle Zahlungen. In den stark von der Privatfinanzierung abhängigen NUS wird die Lücke bei den staatlichen Einnahmen durch Selbstzahlungen (überwiegend inoffizieller Art) ausgeglichen. In Westeuropa stammen nur in Griechenland, Italien, Portugal und in der Schweiz 30 Prozent oder mehr der Gesamtaufwendungen für

die gesundheitliche Daseinsvorsorge aus privaten Quellen (meist aus Selbstzahlungen). Außer in Frankreich und in den Niederlanden machen Selbstzahlungen einen größeren Anteil der privaten Aufwendungen für die Gesundheitsversorgung aus als die privaten (oder freiwilligen) Krankenversicherungen (7).

Private Krankenversicherung

23. Wie bereits gesagt, spielt die Privatversicherung als wichtigste Finanzierungsgrundlage in der Europäischen Region keine vorherrschende Rolle. Die Mitgliedstaaten der Europäischen Region versuchen von alters her an dem Prinzip der staatlich oder durch gesetzliche Krankenversicherungen finanzierten gesundheitlichen Daseinsvorsorge für alle Bürger, ungeachtet ihrer Zahlungsfähigkeit, festzubehalten. Die aus Ländern außerhalb der Region, wie z. B. aus den Vereinigten Staaten kommenden Fakten sind eindeutig. Wenn die private Krankenversicherung freiwillig ist und nicht ausreichend reguliert wird, verfehlt sie ihre gesellschaftlichen Ziele, und zwar nicht nur hinsichtlich von Werten wie Chancengleichheit und Zugang zur Versorgung, sondern auch was die Kostendämpfung und die Effizienz betrifft. Selbst mit Regulierung zeigen die Fakten zwingend, dass es sich dabei nicht um eine effiziente oder chancengerechte Form der Finanzierung von gesundheitlicher Daseinsvorsorge handelt (8).

24. Die private Krankenversicherung kann jedoch in Ländern wie der Schweiz eine Rolle spielen, wo es sich um eine Pflichtversicherung mit öffentlichen und privaten Versicherungsträgern handelt. Seit 1996 sind alle in der Schweiz ansässigen Personen gesetzlich verpflichtet, sich bei einem Anbieter aus einer begrenzten Zahl von (öffentlichen oder privaten) Versicherungsträgern versichern zu lassen. Die Versicherungsträger müssen beim Bundesamt für Sozialversicherung registriert sein, das als Aufsichtsbehörde fungiert und ihre Konten prüft. Die Versicherungsunternehmen dürfen mit ihrer Pflichtversicherung keinen Gewinn machen, und die Beitragssätze sind wohnsitzabhängig.

25. Bei der privaten Krankenversicherung kann es sich um eine Ersatz- oder Zusatzversicherung oder um eine ergänzende Versicherung handeln. Die *Ersatzversicherung* ist eine Alternative zur obligatorischen (oder gesetzlichen) Versicherung und gilt für die Teile der Bevölkerung, die von der gesetzlichen Pflichtversicherung ausgeschlossen sind oder aus dem öffentlichen System austreten dürfen. Sie spielt eine relativ begrenzte Rolle in Deutschland und in den Niederlanden, wo Personen mit hohem Einkommen eine Ersatzversicherung abschließen dürfen. Da Einkommen und Krankheitsrisiko zueinander in Beziehung stehen, konzentrieren sich mit der einkommensabhängigen Trennung von öffentlicher und privater Versicherung die Versicherten mit hohem Risiko im öffentlichen System, was die Kombination von Finanzierungsmechanismen regressiv macht.

26. Die private Krankenversicherung erfolgt in der Europäischen Region meist als *ergänzende Versicherung*, die Leistungen umfasst, die von der gesetzlichen Versicherung ausgeschlossen sind (oder nicht voll gedeckt werden), oder es handelt sich um *Zusatzversicherungen*, die einen schnelleren Zugang zu bestimmten Leistungen und die verbesserte Wahlfreiheit der Verbraucher sichern sollen. In der Region bestehen hier zwar wichtige Unterschiede, nichts spricht jedoch deutlich dafür, dass die Mitgliedstaaten eine Ausweitung der freiwilligen Krankenversicherung befürworten. Der Leistungskatalog ist in vielen Ländern weiterhin ziemlich begrenzt, obwohl die Bevölkerung einen erheblichen Teil der Aufwendungen für die Anbieter gesundheitlicher Leistungen aus eigener Tasche bezahlt. Es gibt einige Ausnahmen, z. B. Frankreich, wo der Staat die Zusatzversicherung subventioniert und der Versicherungsschutz hoch ist. Für die MOE-Länder und die GUS liegen nur begrenzte Angaben vor, doch in diesen Ländern spielt die private Versicherung eine noch geringere Rolle als in Westeuropa. Insgesamt lässt sich sagen, dass die private (ergänzende oder zusätzliche) Krankenversicherung, in den Fällen, in denen die Grenzen zwischen der öffentlichen und der privaten Gesundheitsversorgung nicht eindeutig definiert sind, u. U. einen negativen Einfluss auf das breitere System der Gesundheitsversorgung hat. Sie könnte gesellschaftlichen Zielen widersprechen, die Verteilungsgerechtigkeit verschlechtern und sogar die Bemühungen um Effizienzverbesserungen untergraben (9).

Selbstzahlungen

27. Zu den Selbstzahlungen gehören alle vom Verbraucher aus eigener Tasche bestrittenen Aufwendungen, d. h. Direktzahlungen, offizielle Selbstbeteiligung (Zuzahlungen) und inoffizielle Zahlungen.

28. *Direktzahlungen* werden für Leistungen erbracht, für die im öffentlichen System kein Versicherungsschutz besteht oder deren Zugänglichkeit begrenzt ist. Sie werden normalerweise im privaten Sektor geleistet und gehen oft an Zahnärzte, Apotheker (für rezeptfreie oder aus der Arzneimittelliste herausgenommene Arzneimittel), an Laboratorien oder sind die Vergütung für die Privatbehandlung durch Ärzte und Krankenhäuser. Private Aufwendungen für gesundheitliche Leistungen sind in einigen Ländern der Region steuerlich absetzbar, was für den Einzelnen einen Anreiz darstellt, private Leistungen in Anspruch zu nehmen, und in der Praxis einer recht erheblichen Subventionierung des Privatsektors gleichkommt.

29. Die Befürworter von *Selbstbeteiligung* oder *Nutzergebühren* behaupten, die finanzielle Belastung des Patienten drosselt insgesamt die unnötige Nachfrage nach Leistungen und erhöhe die Einnahmen, so dass man wiederum die Leistungserbringung ausweiten könne. Die Länder verfahren hier ganz unterschiedlich, doch in der Region machen offizielle Nutzergebühren überall nur einen relativ geringen (wenngleich wachsenden) prozentualen Anteil an den Gesamtaufwendungen aus. In Westeuropa gibt es in der Hälfte der Länder irgendeine Form der Selbstbeteiligung für die Erstinanspruchnahme von Leistungen, und in etwa der Hälfte gilt die Selbstbeteiligung für die ambulante Versorgung. Die Gebühren sind allerdings normalerweise geringfügig und häufig bestehen für schwache Bevölkerungsgruppen Ausnahmeregelungen. Nur wenige Länder betrachten die Selbstbeteiligung als für den Gesundheitssektor wesentliche Einnahmequelle, und in den meisten dieser Länder (z. B. in Frankreich und in Slowenien) schließen die Patienten Zusatzversicherungen ab, um möglichst geringe Aufwendungen aus eigener Tasche bestreiten zu müssen. Für dieses allgemeine Muster gilt nur eine Ausnahme, nämlich die weit verbreitete Zuzahlung bei Arzneimitteln, obwohl auch hier schwache Bevölkerungsgruppen typischerweise durch Sonderregelungen vor zu hohen finanziellen Belastungen geschützt sind. Mehrere MOE-Länder und NUS führten in den 90er Jahren im Rahmen ihrer neuen Sozialversicherungssysteme eine offizielle Selbstbeteiligung ein. Wie in Westeuropa, so sind die Gebühren für die ambulante, gebietsärztliche und stationäre Versorgung relativ niedrig, und für schwache Gruppen sind Ausnahmeregelungen in Kraft. Nutzergebühren für Arzneimittel sind allgemein üblich und machen einen beträchtlichen Teil der Aufwendungen für Arzneimittel aus.

30. Die Fakten deuten darauf hin, dass die Selbstbeteiligung für die Effizienzverbesserung und die Kostendämpfung in der Gesundheitsversorgung ein schwaches Instrument darstellt. Die Nachfrage nach gesundheitlichen Leistungen wird sehr weitgehend durch die Anbieter bestimmt, und die (ebenfalls anbieterinduzierte) Leistungsintensität hat großen Einfluss auf die Kosten der Gesundheitsversorgung. Die Selbstbeteiligung, die nur die verbraucherinduzierte Inanspruchnahme verringern kann, ist deshalb nicht das wirksamste Instrument der Kostendämpfung. Ohne administrative Ausgleichsverfahren und Ausnahmeregelungen wirkt sich die Selbstbeteiligung zudem nachteilig auf die Verteilungs- und Finanzierungsgerechtigkeit der gesundheitlichen Leistungen aus. Trotz dieser Einwände hält man von politischer Seite allgemein an der Selbstbeteiligung fest, zum Teil einfach aus politischen und ideologischen Gründen. Schwierigkeiten bei der Anhebung oder Erhebung von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen haben dazu beigetragen, die Selbstbeteiligung verlockend erscheinen zu lassen, weil sie als Möglichkeit gesehen wird, dem Gesundheitssektor die dringend benötigten Einnahmen zu verschaffen. Kurz, die Selbstbeteiligung dient wahrscheinlich der Beschaffung zusätzlicher staatlicher Einnahmen oder soll von der Inanspruchnahme marginaler Leistungen abhalten, dürfte aber wohl kaum zu einem wichtigen selbständigen politischen Instrument werden (10, 11).

31. *Inoffizielle Zahlungen* gestalten sich ganz unterschiedlich und können aus den verschiedensten Gründen existieren. Diese Zahlungen oder Geschenke spiegeln u. U. die Nationalkultur wider oder haben ihre Ursache darin, dass keine Mittel vorhanden sind, um die im Gesundheitswesen Beschäftigten zu bezahlen oder für die Behandlung der Patienten Arzneimittel und die grundlegenden Geräte bereitzustellen. Oder sie gehen vielleicht sogar darauf zurück, dass es keinen offiziellen Privatsektor gibt. Möglicherweise tragen auch schwache staatliche Aufsichtsstrukturen die Schuld. Im schlimmsten Fall handelt es sich dabei um eine Form der Korruption, die offizielle Zahlungssysteme untergräbt und die Zugänglichkeit gesundheitlicher Leistungen verringert (12). Die zum Umfang der inoffiziellen Zahlungen aus einer Auswahl von osteuropäischen Ländern vorliegenden Angaben sprechen dafür, dass sie in der ambulanten wie in der stationären Versorgung weit verbreitet sind und in einigen wenigen NUS die größte Finanzierungsquelle darstellen. Die Fakten deuten darauf hin, dass eine Formalisierung der Zahlungen und die

Etablierung von Vorauszahlungssystemen (oder Versicherungen) ausgesprochen schwierig sind und staatliche sowie fachliche Kompetenz sowie die Anerkennung externer Hindernisse voraussetzt (13).

32. Insgesamt macht die Faktenlage deutlich, dass die von Bedarf und Nutzung abhängige Bezahlung für gesundheitliche Leistungen in Form von Selbstzahlungen negative Folgen für den Gesundheitszustand der Bevölkerung und die Chancengerechtigkeit hat, wenn sie nicht durch umfassende Ausnahmeregelungen für schwache Bevölkerungsgruppen flankiert wird. In dem dem Thema Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen gewidmeten *Weltgesundheitsbericht 2000* wird nachdrücklich dafür argumentiert, von der Finanzierung der Gesundheitsversorgung durch Selbstzahlungen zu Formen der (steuer- oder versicherungsbasierten) Vorauszahlung überzugehen, die eher einkommensbestimmt als risikoabhängig sein sollte (4). Die private Krankenversicherung wirkt sich ebenfalls negativ auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung aus, wenn sie in einem System der freiwilligen Krankenversicherung die Hauptform des für gesundheitliche Leistungen geltenden Versicherungsschutzes darstellt. Handelt es sich jedoch um eine gut regulierte Pflichtversicherung, kann sie u. U. die Rolle des Anbieters der gesetzlichen Versicherung übernehmen und auch Ersatz- und Zusatzversicherungen sowie ergänzende Versicherungsleistungen anbieten.

Private Leistungserbringung

33. Die private Leistungserbringung umfasst eine Reihe von Begriffen: das Privateigentum an Einrichtungen, in denen die Leistungen erbracht werden, die private Erbringung von Leistungen, die Privatisierung der Beschäftigungsverhältnisse, bei der die Arbeitsverträge in private Regie übergehen, sowie die vertragliche Auslagerung von Hoteldiensten und anderen Leistungen. Hier sind viele Konzepte ebenfalls nur schlecht definiert und überschneiden sich. Zudem hat die Frage, ob ein selbständig erwerbstätiger niedergelassener Arzt, der unter Vertrag steht und aus öffentlichen Mitteln bezahlt wird, als private Körperschaft oder öffentlich Bediensteter anzusehen ist, eine ideologische Dimension. Die Fakten deuten darauf hin, dass diese Unterscheidungen zwar unscharf sein mögen, dass sie jedoch die grundlegende Debatte über Eigentum, über Privatisierung als Mittel der Effizienzverbesserung und über die Kompromisse zwischen verschiedenen gesellschaftlichen Zielsetzungen nicht schwächen.

34. Wenn man sich mit der Rolle des Privatsektors in der Leistungserbringung befasst, muss man zunächst unterscheiden zwischen dem gemeinnützigen Privatsektor, der nichtstaatliche Organisationen sowie auf die Erfüllung eines bestimmten Auftrags ausgerichtete bürgernahe, religiöse und wohltätige Einrichtungen umfasst, und dem gewinnorientierten Privatsektor, zu dem kleine Unternehmen, z. B. Apotheken oder Zahnarztpraxen, aber auch große Aktiengesellschaften gehören.

35. Am stärksten vertreten sind die privaten Leistungsanbieter in der gesamten Region zweifellos in der zahnärztlichen Versorgung und im Arzneimittelbereich. Die Vorteile, die der private gegenüber dem öffentlichen Sektor vor allem in der Arzneimittelversorgung hat, sind relativ unumstritten und werden von vielen Mitgliedstaaten akzeptiert. In den 90er Jahren verstärkte der Privatsektor auch seine Rolle in den wichtigsten und teuersten Bereichen des Krankenhauswesens, der Primärversorgung und der sozialen Betreuung und häuslichen Pflege.

Krankenhäuser

36. In den staatlichen Gesundheitswesen von Nordeuropa (d. h. in den skandinavischen Ländern und im Vereinigten Königreich) findet man nahezu ausschließlich öffentliche Krankenhäuser. Dort sind unter 10% der Krankenhausbetten Privatbetten. In südeuropäischen Ländern mit staatlichem Gesundheitswesen liegt der prozentuale Anteil der Privatbetten höher. In Italien, Portugal und Spanien beträgt er zwischen 20 und 30 Prozent. Die Hälfte dieser Betten gehört gewinnorientierten Privatunternehmen. In den MOE-Ländern und in den NUS fallen die meisten Krankenhäuser unter den öffentlichen Sektor und gehören normalerweise der örtlichen Selbstverwaltung oder, weniger häufig, dem Staat.

37. In der Krankenhausorganisation haben sich eine Reihe von Veränderungen vollzogen, nachdem in mehreren staatlichen Gesundheitswesen und in den MOE-Ländern und NUS, die in den letzten Jahren zu Sozialversicherungsmodellen übergegangen sind, die Käufer- bzw. Trägerseite von der Anbieterseite

getrennt wurde (14). Bei den meisten Veränderungen ging es hauptsächlich um bessere Krankenhausführung und die Unabhängigkeit der Krankenhäuser. Außerdem wollte man vom Kommando- und Kontrollprinzip (oder den Budgeteinheiten) weg. Stattdessen wurden unabhängigere Organisationsformen eingeführt. Dafür gibt es eine ganze Palette von Modellen für unabhängige, in Gesellschaftsform betriebene und privatisierte Institutionen. Diesen Veränderungen liegt die Zielvorstellung eines Rahmens zugrunde, der es diesen verschiedenen Formen selbstverwalteter Krankenhäuser ermöglicht, miteinander und mit dem Privatsektor um Verträge der Einkäufer bzw. Träger, d. h. von Versicherern oder Gesundheitsbehörden, zu konkurrieren. Weniger häufig haben diese organisatorischen Umstellungen jedoch zu einem Wechsel der Eigentumsverhältnisse und zur Privatisierung geführt.

38. Einiges deutet darauf hin, dass diese unabhängigeren Formen der Krankenhausorganisation (autonome oder kommerzialisierte Institutionen) kostenwirksamer arbeiten als die herkömmlichen Kommando- und Kontrollorganisationen. Wenig liegt jedoch zu der Frage vor, inwieweit der Schritt zur Überführung der Krankenhausorganisationen in Privateigentum zusätzliche Vorteile oder Nachteile mit sich bringt.

39. Eine weitere, damit zusammenhängende Form des privaten Engagements, die vor allem im Krankenhaussektor besonders wichtig war, ist die vertragliche Auslagerung von Hilfsleistungen wie sie von Hotels und diagnostischen Diensten erbracht werden. In vielen Fällen hat sich gezeigt, dass die direkten Aufwendungen für diese Leistungen unter dem Kostenniveau öffentlich erbrachter Leistungen lagen, wobei man in diese Gleichung allerdings auch die Konsequenzen einbeziehen sollte, die diese Form der Privatisierung für die im Gesundheitssektor Beschäftigten gehabt hat.

40. In den westeuropäischen Ländern mit Sozialversicherungssystemen werden die Krankenhäuser ebenfalls hauptsächlich in öffentlicher Regie geführt, der Anteil der (meist gemeinnützigen) Privatbetten ist jedoch höher als in den Ländern mit staatlichem Gesundheitswesen und beträgt etwa bis zu einem Drittel der Gesamtbettenzahl. Diese Angabe vermittelt einen allgemeinen Eindruck von der Zahl dieser Betten, doch dahinter verbergen sich in den Ländern ganz unterschiedliche Verhältnisse. Beispielsweise machen in Frankreich die gewinnorientierten Betten annähernd 20 Prozent aus und stehen damit nach den öffentlichen Betten (65 Prozent) an zweiter Stelle. Nur in den Niederlanden sind die meisten Krankenhäuser gesetzlich als gemeinnützige Privateinrichtungen verankert. Da in diesen Ländern die Einkäufer- bzw. Trägerseite von der Anbieterseite ganz natürlich getrennt ist, ist das Management aller öffentlichen Krankenhäuser, die autonom und oft in Gesellschaftsform organisiert sind, bis zu einem gewissen Grad unabhängig (15-17).

41. Die Rolle des Privatsektors bei der Erbringung von Krankenhausleistungen ist akzeptiert und oft von den stark dezentralisierten Formen der öffentlichen Krankenhäuser kaum zu unterscheiden. Diskutiert wird allerdings, ob gewinnorientierte Privateinrichtungen mehr oder weniger kostenwirksam arbeiten als gemeinnützige Institutionen. Die Aktionäre erwarten, dass sich ihre Investitionen in gewinnorientierte Einrichtungen rentieren, was u. U. die Effizienzgewinne ausgleicht. Außerdem könnte es sich auch negativ auf die Qualität auswirken, weil die Krankenhäuser beispielsweise gezwungen sein könnten, es bei Mitarbeiterqualifikationen nicht so genau zu nehmen.

Primärversorgung

42. Die ambulante bzw. primäre Gesundheitsversorgung hat häufig multidimensionalen Charakter und wird von Ärzten erbracht, die allein oder partnerschaftlich mit anderen Ärzten und bzw. oder anderen Gesundheitsfachkräften in ihren eigenen Räumlichkeiten oder in staatlichen Räumlichkeiten und Polikliniken tätig sind. Deshalb ist in der Primärversorgung die Unterscheidung zwischen öffentlich und privat weniger eindeutig, und wir unterscheiden zwischen öffentlichen Bediensteten, selbständigen Erwerbstätigen, die einen Vertrag mit dem öffentlichen Sektor haben, und Privatunternehmern, die unabhängig vom öffentlichen Sektor arbeiten.

43. In den Ländern mit Sozialversicherungssystemen sind die niedergelassenen Allgemeinärzte normalerweise selbständige Erwerbstätige, die auf Vertragsbasis arbeiten und Einzelleistungsvergütung erhalten, während es sich in staatlichen Gesundheitssystemen entweder (wie im Vereinigten Königreich) um

selbständige Erwerbstätige oder (wie in Finnland und Portugal) um öffentliche Bedienstete mit Gehalt handeln kann. In den letzten zehn Jahren war das Unternehmertum in der öffentlichen Primärversorgung auf dem Vormarsch. In vielen Ländern arbeiten die niedergelassenen Allgemeinärzte zunehmend unabhängig, verbleiben jedoch im öffentlichen System. Es hat in der Primärversorgung aber auch eine Reihe von Neuerungen gegeben, die bewirkt haben, dass man mittlerweile immer unterschiedlichere Modelle findet, d. h. Einmannunternehmen, Partnerschaften, Genossenschaften, Verbände, Wohlfahrtsorganisationen, Selbsthilfegruppen und kommerzielle Unternehmen. Wenn man sie alle zusammen in den „privaten“ Topf wirft, verwischt man wichtige Unterschiede. Diese unterschiedlichen Akteure verfolgen unterschiedliche Ziele und reagieren auf unterschiedliche Anreize. Auch hat man mit diesen Modellen unterschiedliche Erfahrungen gemacht, weshalb sich nicht eindeutig feststellen lässt, ob und wieweit ein Modell einem anderen überlegen ist. Hier braucht man eine neue Begrifflichkeit, die den Gedanken der nicht unterschiedenen Anbieter durch differenziertere Kategorien ersetzt, die noch genauer untersucht und evaluiert werden müssen (18).

44. In den MOE-Ländern und den NUS waren die niedergelassenen Allgemeinärzte öffentlich angestellt, inzwischen arbeiten sie jedoch zunehmend als selbständige Erwerbstätige, die Verträge mit den neuen Krankenkassen abschließen und ihre eigenen Pflegefachkräfte einstellen. Die Zahl derjenigen, die wirklich aus dem Staatsdienst ausgetreten sind und eine unabhängige Praxis aufgemacht haben, ist in den Ländern ganz unterschiedlich, und bisher liegen auch nur vorläufige Angaben über die Auswirkungen dieser Veränderungen vor. In einer Reihe von Fällen zeigte die vorläufige Analyse Effizienz- und Qualitätsverbesserungen und eine stärkere Klientenorientierung. Die Erfahrungen veranschaulichen aber auch, dass die Privatisierung wichtige Konsequenzen hat, die im Voraus erwogen werden müssen. Beispielsweise lässt sich nachweisen, dass die plötzliche Privatisierung zum Wettbewerb unter den niedergelassenen Allgemeinärzten geführt hat, bevor berufsethische Werte entwickelt wurden, die ein Gegengewicht zu persönlichen Interessen hätten bilden können (19). Deshalb ist den raschen und pauschal durchgeführten Veränderungen wahrscheinlich eine schrittweise Umstellung vorzuziehen.

Soziale Betreuung und häusliche Pflege

45. In Bereich der sozialen Betreuung und häuslichen Pflege laufen mehrere unternehmerische Experimente, die beinhalten, dass der Staat oder der Versicherer dem einzelnen Klienten eine bestimmte Summe auszahlt, die der Betreffende dann für verschiedene öffentliche oder private, gewinnorientierte oder gemeinnützige Dienstleistungen ausgeben kann (so in Dänemark, Deutschland oder in den Niederlanden). Dadurch spielt die private Leistungserbringung in diesem Bereich mittlerweile eine wesentlich größere Rolle. Die bisherigen Erfahrungen belegen positive und negative Resultate und haben erhebliche Konsequenzen für die Struktur und die Regulierung der sozialen Dienste aufgedeckt.

Mischmodelle

46. Dieser vorläufige Überblick über die private Bereitstellung gesundheitlicher Leistungen zeigt, dass „die Grenzen zwischen öffentlich und privat zunehmend verschmelzen“ (20), wobei eine Reihe neuer Formen öffentliche und private Elemente verbindet und die Grenzen zwischen öffentlichen und privaten Einheiten eng miteinander verzahnt sind. Ein Modell, in das man einige Erwartungen setzt, ist beispielsweise das Franchising, bei dem Privatunternehmen das Management öffentlicher Krankenhäuser übernehmen. Ein weiteres Beispiel aus dem Vereinigten Königreich sind öffentliche Krankenhäuser, die über die Private Finanzierungsinitiative Anleihen für Infrastrukturaufgaben aufnehmen.

47. Die Versuche, den Privatsektor in die Leistungserbringung einzubeziehen und diese zu privatisieren, sind zahlreich und weit reichend, bisher liegen jedoch noch zu wenige Fakten über ihre Auswirkungen auf die Bereitstellung von Gesundheitsversorgung und noch weniger über die Konsequenzen dieser neuen Formen öffentlich-privater Partnerschaften vor. Insgesamt bleibt noch zu beweisen, dass private Anbieter effizienter arbeiten als öffentliche Leistungserbringer, vor allem wenn die beiden Sektoren gleichberechtigt antreten. In vielen Fällen führte das Privateigentum allerdings nachweislich zu Effizienzerhöhungen. Umgekehrt sind jedoch auch Probleme belegt, die entstehen, wenn die privaten Anbieter keiner ausreichenden Regulierung unterliegen.

Wahrnehmung der staatlichen Aufsichts- und Schutzfunktion

48. Die Art und Weise, wie Politiker auf die Elemente der privaten Finanzierung und Bereitstellung gesundheitlicher Leistungen reagieren, wird durch ihre ideologische Haltung und ihre Wertvorstellungen mitbestimmt, muss aber auch auf die vorhandenen Fakten abheben. Das Experiment der Einbeziehung des Privatsektors läuft im Gesundheitsbereich bereits seit einiger Zeit, weshalb die WHO den Nationalregierungen die Instrumente für eine angemessene Reaktion an die Hand geben muss. Das im *World health report 2000* (5) definierte Konzept der staatlichen Aufsichts- und Schutzfunktion („government stewardship“) bezieht sich direkt auf die Verantwortung, die die Mitgliedstaaten gegenüber ihren Gesundheitssystemen haben. Es umfasst drei Hauptelemente: i) die Festlegung der Gesundheitspolitik, d. h. die Definition der Vision und Ausrichtung des Gesundheitssystems, ii) Regulierung, d. h. die Aufstellung fairer Spielregeln für gleichberechtigt antretende Spieler, und iii) Wissen, d. h. Leistungsbeurteilung und Informationsaustausch. Das „Stewardship“ muss zudem seine Werte absolut ethisch vertretbar verfolgen und die Ressourcen höchst effizient nutzen.

49. Die jüngsten Privatisierungserfahrungen und das dazu vorliegende Faktenmaterial zeigen eindeutig, dass private Modelle nur dann Erfolg versprechen, wenn eine starke Regulierungs-, Management- und Informationskompetenz vorhanden ist, die in vielen Mitgliedstaaten zur Zeit noch fehlt. Wenn die staatliche „Stewardship“-Funktion schwach ist, bringt die Privatisierung für eine Gesellschaft unweigerlich neue schwere Probleme mit sich, und zwar ungeachtet der Verdienste und sonstigen Vorzüge bestimmter Modelle.

50. Gutes „Stewardship“ setzt eine widerstandsfähige Rahmenregulierung voraus. Damit das Stewardship sowohl seinen ethischen Ansprüchen wie den Effizienzanforderungen gerecht werden kann, muss diese Rahmenregulierung die privatwirtschaftlichen Aktivitäten begrenzen, wenn sie Gefahr laufen, grundlegenden gesundheitspolitischen Zielsetzungen zu schaden (21). Die Regulierung muss also Restriktionen für das individuelle Unternehmertum beinhalten, um die Entstehung nachhaltiger marktwirtschaftlicher Verhältnisse zu erleichtern. In Deutschland wurde beispielsweise der verstärkte Wettbewerb unter den Krankenkassen seit 1989 durch zunehmend strenger gehandhabte rückwirkende und kollektive Risikoausgleichsmechanismen (Kontrahierungszwang) flankiert, die sicherstellen sollen, dass die finanzielle Stabilität der Kassen, die aufgrund einer verzerrten Risikoauswahl mit einem höheren Anteil älterer, arbeitsloser oder chronisch kranker Versicherungsnehmer belastet sind, langfristig nicht gefährdet ist (22).

51. Zweitens muss das individuelle Unternehmerverhalten reguliert werden, damit in Bereichen wie öffentliche Gesundheit und Sicherheit, Zugang zu Leistungen, sozialer Zusammenhalt und Qualität der Versorgung gesellschaftliche Kernziele geschützt sind. Einschlägige Beispiele sind die unterschiedlichsten Regulierungsmechanismen, die den Versicherungsgesellschaften in den Mitgliedstaaten beispielsweise eine wohnsitzabhängige statt einer auf Risiken oder Inanspruchnahme basierenden Beitragsbemessung vorschreiben oder sie zwingen, allen Patienten bedarfsgerechte Leistungen zuzusichern, oder die Zulassung von Krankenhäusern und Anbietern zur Pflicht machen.

52. Für die Konstruktion des Regulierungsrahmens und die erfolgreiche Umsetzung der Regulierungsvorschriften muss eine Reihe organisatorischer Voraussetzungen erfüllt sein. Dazu gehört, dass ausreichende Angaben über die Tätigkeit aller Anbieter von Gesundheitsversorgung vorliegen und das Anbieterverhalten zweckgerecht beaufsichtigt wird. Gutes „Stewardship“ beinhaltet, dass privatisierte wie öffentliche Anbieter zur Einhaltung der gleichen hohen Leistungsstandards verpflichtet sind.

Die Zukunft

53. Der Privatsektor gewinnt in den Gesundheitssystemen vieler Mitgliedstaaten zunehmend an Bedeutung und wirft damit schwerwiegende Grundsatzprobleme auf. Die WHO ist imstande, die Politiker darauf hinzuweisen, welche Schlüsselemente bei der Festlegung des jeweils angemessensten öffentlichen und privaten Leistungsmix zu berücksichtigen sind. Im Folgenden werden vier der sich aus vorliegendem Papier ergebenden Grundaspekte zusammengefasst.

54. Erstens dürfen die Entscheidungsträger die Rolle des Privatsektors und die Thematik Privatisierung nicht isoliert betrachten, sondern müssen sie zusammen mit der Frage beantworten, wie das öffentliche und private Engagement in verschiedenen Bereichen des Gesundheitssystems unter Berücksichtigung seiner Auswirkungen auf gesellschaftliche Ziele am sinnvollsten zu kombinieren wäre. Deshalb stellt sich nicht nur die Frage, in welchen Teilen des Gesundheitswesens man mit der Privatisierung der Eigentumsverhältnisse am besten fahren würde, sondern man muss sich umgekehrt auch fragen, in welchen Fällen private in öffentliche Leistungen überführt werden sollten.

55. Zweitens müssen sich die Politiker völlig darüber im Klaren sein, was unter dem Privatsektor, d. h. dem privaten Eigentumsrecht an Gütern der Gesundheitsversorgung, zu verstehen ist, und sie müssen begreifen, dass Privateigentum nicht notwendigerweise Wettbewerb und bzw. oder Unternehmerverhalten beinhaltet noch Effizienzverbesserungen bewirkt.

56. Drittens kann die Debatte über die Rolle des privaten und des öffentlichen Sektors nur dann weiterkommen, wenn die (notwendigen) politischen Überlegungen zu gesellschaftlichen Wertvorstellungen, ideologischen Fragen und Kompromissen entwirrt und die Fakten über die konkreten Auswirkungen von Privatsektormodellen auf diese gesellschaftlichen Wertvorstellungen einer gründlichen Bewertung unterzogen werden. Man braucht also einen Entscheidungsrahmen, der eine Bewertung des Faktenmaterials ermöglicht, ohne Ideologie und politischem Urteil ihre Schlüsselrolle abzusprechen.

57. Viertens sind die Ergebnisse der Untersuchung des Faktenmaterials aus den Mitgliedstaaten nicht überall einheitlich, was unterstreicht, dass man Gesundheitssysteme und Ländergegebenheiten differenziert betrachten muss, einige wichtige Punkte lassen sich aber dennoch herauschälen. Die Privatisierung der Finanzierung durch die Einführung von freiwilligen Privatversicherungen und bzw. oder durch die Erhöhung der Selbstzahlungen, d. h. der Kostenbeteiligung oder der Zahlungen, die „unter dem Ladentisch“ erfolgen, wirkt sich negativ auf die Solidargemeinschaft aus, erschwert den unterprivilegierten Gruppen den Zugang zu den Leistungen und verschlechtert die gesundheitliche Lage. Auf der Anbieterseite lässt sich feststellen, dass der private Sektor im Bereich der Arzneimittelversorgung und der zahnärztlichen Versorgung schon immer eine wesentliche Rolle gespielt hat, dass insgesamt aber sehr viel Neudenken zu verzeichnen ist. Besonders spürbar und unterschiedlich erfolgreich war dies in der Primärversorgung, in der sozialen Betreuung und der häuslichen Pflege sowie bei der vertraglichen Auslagerung von Hoteldienstleistungen und diagnostischen Diensten. Außerdem scheinen sich die Grenzen zu verwischen, da sich bei den Leistungsanbietern öffentliche und private Elemente vereinen. Insgesamt liegen über das Funktionieren und die Auswirkungen dieser Modelle bisher allerdings erst spärliche wissenschaftlich erhärtete Fakten vor. Klar ist jedoch, dass die Privatisierung nur dann gesellschaftlichen Zielsetzungen gerecht wird, wenn der Staat eine starke Aufsichtsfunktion wahrnimmt.

58. Das WHO-Sekretariat möchte wissen, wie es seine Mitgliedstaaten in diesem politischen Grundsatzbereich am besten unterstützen kann, und bittet deshalb um Orientierungshilfe. Angesichts der oben angeführten Überlegungen wird das Regionalkomitee gebeten, Stellung zu drei möglichen Handlungsbereichen zu nehmen.

- Die WHO hat zwar die unterschiedlichen gesellschaftlichen Wertvorstellungen der Mitgliedstaaten zu respektieren, sollte sich jedoch nachdrücklich für die Ziele Solidarität, Chancengerechtigkeit und Effizienz des Gesundheitssystems einsetzen. Sie sollte hinsichtlich der Überführung von Leistungen in den öffentlichen oder umgekehrt in den privaten Sektor eine auf wissenschaftlich erhärtete Fakten gestützte Entscheidungsfindung befürworten und den Mitgliedstaaten helfen sicherzustellen, dass eventuelle Veränderungen durch zweckdienliche Führungskompetenz und „Stewardship“ flankiert werden.
- Die WHO sollte ihre anhand der existierenden Informationen und Fakten ihre Fähigkeit zur Beurteilung von Gesundheitssystemen im Allgemeinen und des Privatsektors im Besonderen weiter verbessern und die Resultate so weitervermitteln, dass sie als Grundlage für politische Entscheidungen dienen können. Von daher und aufgrund der Tatsache, dass über Modelle der privaten Leistungsbereitstellung bisher nur wenig wissenschaftlich erhärtetes Faktenmaterial vorliegt, wird

vorgeschlagen, dass die WHO in diesem Bereich eine eingehende Untersuchung durchführt, dass sie sich dabei möglichst vollständig auf die vorhandenen Fakten stützt und sich durch die aktive Zusammenarbeit mit Netzen öffentlicher und privater Anbieter sowie mit Experten und wissenschaftlichen Analytikern aktiv um die Beschaffung dieser Fakten bemüht.

- Die WHO sollte ihre Mitgliedstaaten unterstützen, so dass sie im öffentlichen und im privaten Sektor eine wirksame und aktive Aufsichts- und Schutzfunktion erfüllen können, und sie sollte ihnen helfen, an einer Vision festzuhalten, die im Staat in erster Linie den Hüter des Gemeinwohls sieht.

Literaturhinweise

1. *European health care reform: analysis of current strategies*. Kopenhagen, WHO Regionalbüro für Europa, 1997 (WHO Regional Publications, European Series, No. 72).
2. *Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham, Open University Press, 1998.
3. SALTMAN, R.B. ET AL. *Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*. Buckingham, Open University Press, 2002 (European Observatory on Health Care Systems series). (s. auch „Policy brief“ zum selben Thema.)
4. CULYER, A.J. & SALTMAN, R.B. *Assessing privatization for the health sector in Kazakhstan. Health economic modules*. Kopenhagen, WHO Regionalbüro für Europa (im Druck).
5. *The world health report 2000. Health systems: improving performance*. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2000.
6. *Die Charta von Ljubljana über die Reformierung der Gesundheitsversorgung*. Kopenhagen, WHO Regionalbüro für Europa, 1996 (Dokument EUR/ICP/CARE 9401/CN01).
7. MOSSIALOS, E. ET AL., ED. *Funding health care: options for Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002 (European Observatory on Health Care Systems series). (s. auch „Policy brief“ zum selben Thema.)
8. MAYNARD, A. & DIXON, A. Private health insurance and medical savings accounts: theory and experience. In: *Funding health care: options for Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002 (European Observatory on Health Care Systems series).
9. MOSSIALOS, E. & THOMPSON, S.M.S. *Voluntary health insurance in the European Union* (im Druck). (s. auch „Policy brief“ zum selben Thema.)
10. ROBINSON, R. User charges for health care. In: *Funding health care: options for Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002 (European Observatory on Health Care Systems series).
11. KUTZIN, J. The appropriate role for cost sharing. In: *Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002.
12. ENSOR, T. & DURAN, A. Corruption as a challenge to effective regulation in the health sector. In: *Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*. Buckingham, Open University Press, 2002 (European Observatory on Health Care Systems series).
13. LEWIS, M. Informal health payments in CEE and the FSU: issues, trends and policy implications. In: *Funding health care: options for Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002 (European Observatory on Health Care Systems series).
14. FIGUERAS, J. ET AL. *Purchasing for health gain*. Buckingham, Open University Press (European Observatory on Health Care Systems series) (im Druck).
15. MCKEE, M. & HEALY, J., ED. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002 (European Observatory on Health Care Systems series).
16. BUSSE, R. ET AL. Regulating entrepreneurial behaviour in hospitals: theory and practice. In: *Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*. Buckingham, Open University Press, 2002 (European Observatory on Health Care Systems series).

17. JAKAB, M. ET AL. Linking organizational structure to the external environment: experiences from hospital reform in transition economies. *In: Hospitals in a changing Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002 (European Observatory on Health Care Systems series).
18. GROENEWEGEN, P.P. ET AL. The regulatory environment of general practice: an international perspective. *In: Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*. Buckingham, Open University Press, 2002 (European Observatory on Health Care Systems series).
19. SALTMAN, R.B. ET AL. *Primary care in the driving seat*. Buckingham, Open University Press (European Observatory on Health Care Systems series) (im Druck).
20. SALTMAN, R.B. Melting public-private boundaries in European health systems. *European journal of public health* (im Druck).
21. SALTMAN, R.B. *Regulating the private sector*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems (European Observatory on Health Care Systems policy brief) (im Druck).
22. *Gesundheitssysteme im Wandel – Deutschland*. Kopenhagen, Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme, 2000.