

DGAPanalyse

Frankreich

Forschungsinstitut der
Deutschen Gesellschaft für Auswärtige Politik

Juni 2010 N° 4
ISSN 1865-701X

Gesundheit um jeden Preis?

Jüngste Reformen im
französischen Gesundheitswesen

von Patrick Hassenteufel



Deutsche Gesellschaft
für Auswärtige Politik e.V.

Die DGAPanalysen Frankreich erscheinen im Rahmen des Deutsch-französischen Zukunftsdialogs, eines Gemeinschaftsprojekts der Deutschen Gesellschaft für Auswärtige Politik, des Institut français des relations internationales und der

Robert Bosch **Stiftung**

Herausgeber und Redaktion:
Claire Demesmay und Katrin Sold

Kontakt: Claire Demesmay <demesmay@dgap.org>

Herausgeber:

Forschungsinstitut der Deutschen Gesellschaft für Auswärtige Politik e.V. | Rauchstraße 17/18 | 10787 Berlin
Tel.: +49 (0)30 25 42 31-0 | Fax: +49 (0)30 25 42 31-16 | info@dgap.org | www.dgap.org | www.aussenpolitik.net
© 2010 DGAP

Die DGAP trägt mit wissenschaftlichen Untersuchungen und Veröffentlichungen zur Bewertung internationaler Entwicklungen und zur Diskussion hierüber bei. Die in den Veröffentlichungen geäußerten Meinungen sind die der Autoren.

Zusammenfassung / Summary

Patrick Hassenteufel

Gesundheit um jeden Preis?

Jüngste Reformen im französischen Gesundheitssystem

- Trotz einer strengen Kostenkontrolle im Rahmen nationaler Zielvorgaben ist das französische Krankenversicherungssystem seit den siebziger Jahren defizitär.
- Ein Kurswechsel in der Gesundheitspolitik im Jahr 2002 läutete die Ablösung des Prinzips der Kostenkontrolle durch eine Strategie der Nachfragekontrolle und einer verstärkten Beteiligung der Patienten an der Gesundheitsfinanzierung ein.
- Einsparungen sollen zudem durch die Einführung einer umfanga- und leistungsbezogenen Vergütung der Ärzte und Gesundheitseinrichtungen sowie eine Reorganisation des Behandlungsangebots zur Effektivitätssteigerung im Gesundheitswesen erzielt werden.
- Die Maßnahmen zur Effizienzsteigerung, insbesondere die Neustrukturierung der Gesundheitsverwaltung, stehen im Zeichen einer Stärkung der regulierenden Rolle des Staates im Gesundheitswesen, was bei den Berufsverbänden auf heftige Kritik stößt.

Health at Any Price?

Recent Reforms in the French System of Public Health

- In spite of a strict cost control in line with national target setting, the French health insurance system is in deficit since the 1970s.
- Within the reorientation of the health insurance policy in 2002, the cost control principle was replaced by a strategy of demand control and a strengthened patient participation in health financing.
- Furthermore, costs should be reduced by a new performance-related payment of doctors and health centers as well as by a reorganization of the treatment offer for an increase of efficiency in the public health system.
- These measures, especially the restructuring of the public health administration, are in line with a strengthening of state regulation in health care, which is severely criticized by health professionals.

Inhalt

Ein neuer Kurs in der Krankenversicherungspolitik seit 2002.....	6
Erhöhung der finanziellen Beteiligung der Patienten und Verringerung der von der Krankenversicherung übernommenen Kosten.....	6
Effizienz in der medizinischen Versorgung	7
Die Reorganisation des Behandlungsangebots: Koordinierung und territoriale Verteilung	8
Die Widersprüche der staatlichen Regulierung des Gesundheitssystems	9
Die Regierung auf Distanz zum Gesundheitswesen	10
Die Grenzen des regulierenden Staates im Gesundheitswesen	11
Anmerkungen.....	12

Gesundheit um jeden Preis?

Jüngste Reformen im französischen Gesundheitssystem

von Patrick Hassenteufel

Das Gesundheitswesen und die Krankenversicherung in Frankreich standen in den letzten Monaten vor drei bedeutenden Herausforderungen: die Reform des Krankenhauswesens (Verabschiedung des HPST-Gesetzes¹), die Impfung gegen den H1N1-Virus und das Anwachsen des Krankenversicherungsdefizits, das für 2009 auf 11,5 Milliarden Euro geschätzt und für 2010 mit 14,6 Milliarden Euro veranschlagt wird. Obwohl das Thema Gesundheitspolitik deutlich konjunkturellen Charakter hat und der Zusammenhang mit der wirtschaftlichen Rezession und der weltweiten Grippepandemie bei den genannten Fragestellungen deutlich erkennbar ist, weisen diese doch zugleich auf strukturelle Problemstellungen hin: die Ausgabenkontrolle im Gesundheitssektor, die Finanzierung der Krankenversicherung, die Organisation eines medizinischen Versorgungssystems unter Einbeziehung der niedergelassenen Ärzte, die Steuerung des Gesundheitssystems und die Rolle des Staates. Eine Betrachtung der aktuellen Herausforderungen in ihrer längerfristigen Entwicklung macht daher nicht nur jüngst getroffene (bzw. nicht getroffene) Entscheidungen verständlicher, sondern legt darüber hinaus die Grenzen und Widersprüche der gegenwärtigen französischen Gesundheitspolitik im Allgemeinen offen.

Den Ausgangspunkt unserer Betrachtung bilden die Fragen der Kostendämpfung und des Defizits der Krankenversicherung, die zugleich einen zentralen Aspekt in der grundlegenden Debatte über das Defizit der Sozialversicherung sowie der öffentlichen Ausgaben im Allgemeinen darstellen. Darüber hinaus sollen die Grundlinien der Gesundheitspolitik seit Ende der siebziger Jahre beleuchtet werden. Im Durchschnitt stiegen die Gesundheitsausgaben seit den sechziger Jahren um zwei Prozent schneller als das Bruttoinlandsprodukt, was nach Zahlen der OECD zur Folge hatte, dass der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP von 7,0 Prozent im Jahr 1980 auf 8,4 Prozent im Jahr 1990, auf 9,6 Prozent im Jahr 2000 und auf 11,0 Pro-

zent im Jahr 2006 stieg. Ähnliche Steigerungsraten erfahren die Ausgaben der Krankenversicherung (Kostenanteil der Sozialversicherung): Von 1982 bis 2002 stiegen die Kosten um 3,2 Prozent pro Jahr, also um durchschnittlich 1,1 Prozent mehr als das BIP.² Daraus resultierte ein strukturelles Problem: Wie kann, angesichts der Tatsache, dass die im Wesentlichen beitragsfinanzierte Krankenversicherung von der Lohnentwicklung abhängt, die ihrerseits wiederum von der wirtschaftlichen Situation bestimmt wird, das Haushaltsgleichgewicht gewahrt werden? Mit Ausnahme des Zeitraums 1982–1989³ ist das französische Krankenversicherungssystem seit den siebziger Jahren defizitär. Anfang des neuen Jahrtausends nahm dieses Defizit weiter zu, es stieg von 1,3 Milliarden Euro im Jahr 2000 auf 11,8 Milliarden Euro im Jahr 2004. Die Entwicklung zeigt deutlich, dass die Strategie der Kostenkontrolle, die im April 1996 per Verordnung (»Plan Juppé«) eingeführt worden war und der das Prinzip der Haushaltskontrolle zugrunde lag, gescheitert ist. Die Budgetierung basiert auf einer nationalen Zielvorgabe für die Krankenversicherungskosten (Objectif national des dépenses de l'Assurance maladie – ONDAM), über die jedes Jahr im Rahmen des Gesetzes zur Finanzierung der Sozialversicherung (Loi de financement de la sécurité sociale – LFSS) im Parlament abgestimmt wird. Seit Beginn des neuen Jahrtausends zeichnet sich hierbei ein Kurswechsel ab, den das Gesetz zur Reform der Krankenversicherung von 2004 deutlich belegt und der seither weiter vorangetrieben wird. Die Auswirkungen dieses Kurswechsels werden im ersten Teil der folgenden Betrachtung näher analysiert, um später auf die Tatsache einzugehen, dass dieser Prozess mit der allgemeinen Befürwortung eines im Gesundheitsbereich regulierend eingreifenden Staates einhergeht.

Ein neuer Kurs in der Krankenversicherungspolitik seit 2002

Eine der ersten Entscheidungen der neuen Regierung unter Jean-Pierre Raffarin, die nach der Wiederwahl Jacques Chiracs zum französischen Staatspräsidenten im Mai 2002 gebildet wurde, war die Anhebung des Honorars für die Konsultation eines Allgemeinarztes auf 20 Euro. Diese Entscheidung ist die Konsequenz der starken Mobilisierungskampagne der Allgemeinärzte im Januar 2002. Die Tatsache, dass die Regierung der Forderung nachgab, obwohl das Defizit der Krankenversicherung immer weiter anstieg und die nationale Zielvorgabe für die Krankversicherungskosten nicht eingehalten werden konnte, lässt das Abrücken vom Prinzip der Haushaltskontrolle bzw. der Kostendämpfung bei den Gesundheitsausgaben offensichtlich werden. Dieses Prinzip war allerdings schon zuvor dadurch grundsätzlich in Frage gestellt worden, dass im Falle einer Überschreitung der vom Parlament beschlossenen Zielvorgaben kein Sanktionsmechanismus vorgesehen war.⁴

Erhöhung der finanziellen Beteiligung der Patienten und Verringerung der von der Krankenversicherung übernommenen Kosten

Das 2004 verabschiedete Krankenversicherungsgesetz kann als ein neuer Kurs im Kontext der der Kostendämpfung im Gesundheitswesen interpretiert werden. Sein zentrales Element: die stärkere Kontrolle der Nachfrage über eine finanzielle Beteiligung der Patienten. Genau dies war von Alain Juppé noch im November 1995 in seinem Plan zur Reform der Sozialversicherung ausdrücklich abgelehnt worden. Allerdings hatte sich diese Tendenz bereits seit Ende der siebziger Jahre deutlich abgezeichnet, wie beispielsweise die rückläufigen Erstattungssätze der sogenannten Komfortmedikamente (Veil-Plan von 1977), die Einführung des »Ticket modérateur d'ordre public« – eine staatlich festgelegte Pauschale bei der Kostenrückerstattung für bestimmte medizinische Leistungen, die auch nicht von den »Mutuelles«⁵ erstattet wird – (Barrot-Plan von 1979), die Schaffung des freien Honorarsektors für Ärzte (»Sektor 2«) oder die Schaffung einer Krankenhauspauschale (Bérégovoy-Plan

1983) deutlich machen. Während der Séguin-Plan von 1986 und der Veil-Plan von 1993 mehrere Maßnahmen beinhalteten, die auf eine geringere Kostenerstattung für medizinische Leistungen und Medikamente abzielten, wich der Juppé-Plan von diesem Kurs ab, wie auch die Einführung der »Couverture maladie universelle« (allgemeine Krankenversicherung für Bedürftige, die nicht über ein Beschäftigungsverhältnis krankenversichert sind – CMU) im Jahr 1999 zeigt.

Das Gesetz von 2004 führte zum Ticket modérateur d'ordre public zusätzlich eine pauschale finanzielle Beteiligung der Patienten in Höhe von einem Euro pro Arztbesuch und pro Laboruntersuchung ein, erhöhte die Krankenhauspauschale und erlaubte den Ärzten des »Sektors 1«⁶ bei Nichtbeachtung des Hausarztmodells höhere Honorare zu berechnen, was als deutlicher Hinweis für die Rückkehr zu einer Politik der finanziellen Beteiligung der Patienten gewertet werden kann. Dieser Kurs wurde seitdem weiter vorangetrieben; es folgten die Einführung einer neuen Pauschale von 18 Euro bei ärztlichen Untersuchungen mit Kosten von mehr als 91 Euro im Rahmen eines Krankenhausaufenthalts (davon ausgenommen Bildaufnahmen und Laboruntersuchungen) gemäß LFSS für 2006 sowie die Einführung einer Selbstbeteiligung an Medikamenten von 0,50 Euro pro erstattetem Medikament (bis 50 Euro pro Jahr), an den durch medizinische Hilfskräfte erbrachten Leistungen (0,50 Euro pro Behandlung) und an Krankentransporten (2 Euro pro übernommene Fahrt) gemäß LFSS für 2008. Das im Dezember 2009 beschlossene LFSS für 2010 sieht – angesichts des steigenden Defizits der Krankenversicherung (von 4,4 Milliarden Euro im Jahr 2008 auf 11,5 Milliarden Euro im Jahr 2009) – eine erneute Erhöhung der Krankenhauspauschale⁷ und eine weitere Verringerung des Rückerstattungssatzes für Medikamente, deren medizinische Wirkung als gering eingeschätzt wird,⁸ vor.

Infolgedessen wird die Kostendeckung durch die Krankenkassen immer geringer. Die Maßnahmen zur finanziellen Beteiligung der Patienten sowie die geringeren Erstattungssätze seit den siebziger Jahren ließen den Anteil der Krankenversicherung an der Finanzierung medizinischer Güter und

Dienstleistungen zunächst von 80 Prozent im Jahr 1980 auf 77 Prozent im Jahr 1995 zurückgehen. Dieser Anteil blieb in den Folgejahren stabil, bevor er im Zeitraum 2004 bis 2008 um weitere 1,6 Prozentpunkte und schließlich auf heute 75,5 Prozent zurückging.⁹ Noch signifikanter ist die Angabe, dass der direkt von den Privathaushalten finanzierte Anteil im gleichen Zeitraum um 13 Prozent stieg, was einer Erhöhung der finanziellen Beteiligung der Versicherten um etwa 3 Milliarden Euro entsprach.¹⁰ Eine weitere Folge war die Erhöhung des von den Zusatzversicherungen übernommenen Anteils. Ihr Charakter ist im Vergleich zur Krankenversicherung weniger egalitär, da sie sich meist unabhängig vom Einkommen und stärker in Abhängigkeit von der Höhe des Risikos finanzieren. Hinzu kommt, dass trotz der 1999 in Ergänzung zur CMU eingeführten Zusatz-CMU sieben Prozent der Bevölkerung nach wie vor von dieser erweiterten Absicherung ausgeschlossen sind.¹¹

Die Fokussierung auf die finanzielle Beteiligung der Patienten und die Lockerung der Haushaltskontrolle sollten uns jedoch nicht zu der Annahme verleiten, dass die Arbeit der medizinischen Leistungserbringer, insbesondere der Ärzte, oder Gesundheitsorganisationen von Maßnahmen zur Kostensenkung verschont bleiben. In diesem Zusammenhang wäre zunächst hervorzuheben, dass seit dem Jahr 2008 die Neubewertung der Honorare stärker an die Einhaltung der jährlichen nationalen Zielvorgabe für die Krankheitskosten gekoppelt wird und die Preise für bestimmte Laboranalysen und Röntgenuntersuchungen gesunken sind. Vor allem aber stehen, und dies bereits seit dem Jahr 2002, die Effektivitätssteigerung und die Reorganisation des Behandlungsangebots im Vordergrund der Bemühungen.

Effizienz in der medizinischen Versorgung

Das Gesetz zur Krankenversicherung von 2004 griff erneut die Forderung nach einer besseren und gleichzeitig kostengünstigeren Versorgung auf, die zu Beginn der neunziger Jahre für bestimmte Krankheitsbilder mit vergleichbaren »medizinischen Referenzen« (d. h. Behandlungsvorgaben, die entsprechend den von den Gesundheitsevaluierungsagenturen festgelegten Empfehlungen für ein

bestimmtes Krankheitsbild einzuhalten sind) gestellt worden war. Ungeachtet des äußerst kritischen Berichts des Rechnungshofs zu dieser Forderung¹² wurde dieser Kurs im Ärzteabkommen von 2005 in Form von Zielvorgaben zur Erhöhung des Anteils von Generika an den verschriebenen Medikamenten¹³ und zur Reduzierung des Umfangs gezielter Maßnahmen (bei Verschreibung von Medikamenten wie Statinen, Krankschreibungen usw.) klar bestätigt. Seither sind Maßnahmen dieser Art in sämtlichen Gesetzen zur Finanzierung der Sozialversicherung enthalten, insbesondere im Gesetz für 2009, das die sogenannten CAPI (Contrat d'amélioration des pratiques individuelles: individuelle Verträge zur Verbesserung der Behandlung) einführt. Hierbei handelt es sich um eine dreijährige Verpflichtung zwischen dem Hausarzt und der öffentlichen Krankenkasse. Diese umfasst sechzehn Zielvorgaben, die in drei große Bereiche gegliedert sind: die Prävention (Brustkrebsvorsorge, Grippeimpfung von Personen ab dem 65. Lebensjahr usw.), die Behandlung chronischer Krankheiten wie Diabetes und Bluthochdruck sowie die Optimierung der Verabreichung von Medikamenten (insbesondere Generika). Bei Einhaltung dieser Vorgaben ist eine jährliche Pauschalvergütung von maximal sieben Euro pro Patient vorgesehen. Ende 2009 hatten nach Angaben der Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) bereits 12 000 Allgemeinärzte (von insgesamt 55 000) die Verpflichtung unterzeichnet.

Am deutlichsten zeigte sich das Bemühen um mehr Effizienz im Krankenhausbereich an der Einführung des Prinzips der »tarification à l'activité«, einer umfangs- und leistungsbezogenen Vergütung. Das bedeutet, dass die finanzielle Ausstattung der Einrichtungen, die ausgeglichene Konten vorweisen müssen, künftig auf der Grundlage ihrer Leistungserbringung erfolgt, die anhand von vereinheitlichten Tarifen nach Krankheitstyp (homogene Verweilgruppen) abgerechnet wird. Das LFSS für 2008 und das HPST-Gesetz von 2009 (das jedoch die vorgesehene tarifliche Gleichstellung zwischen öffentlichen und privaten Einrichtungen nicht wie geplant ab 2012, sondern erst ab 2016 vorsieht) bestätigen diesen neuen Kurs und befördern eine rentabilitäts- und leistungsorientierte Denkweise, die auf einer Kostenkontrolle bei der stationären Behandlung beruht.

Die Reorganisation des Behandlungsangebots: Koordinierung und territoriale Verteilung

Zwei Probleme in der Organisation des französischen Versorgungssystems sind seit Langem bekannt: die mangelnde Koordinierung zwischen den verschiedenen Akteuren – vor allem den Ärzten – und die schlechte territoriale Verteilung des Behandlungsangebots, welche die stationäre Behandlung betrifft und auch auf dem Gebiet der medizinischen Versorgung durch niedergelassene Ärzte zur Entstehung von »Versorgungswüsten« führt. In jüngster Zeit kam angesichts der Überfüllung der Notaufnahmen das Problem der Bereitschaftsdienste hinzu, das im Zusammenhang mit der gekürzten Übernahme dieser Leistungen durch die Krankenversicherung betrachtet werden muss. Als Reaktion auf die genannten Probleme wurden seit 2002 mehrere Maßnahmen ergriffen.

Zu nennen ist hierbei zunächst das Gesetz von 2004, das mit der Einführung des »behandelnden Arztes« nach dem Hausarztprinzip (*médecin traitant*) einen Schwerpunkt auf die Koordinierung der ärztlichen Versorgung legte. Das Hausarztprinzip sieht vor, dass der Patient einen fest zu benennenden Arzt (der nicht zwangsläufig ein Allgemeinarzt sein muss) aufsucht, bevor er einen Facharzt konsultiert. Dabei muss erwähnt werden, dass dieses neue System an die Stelle des *médecin référent*¹⁴ getreten ist, ein Konzept, das ursprünglich im Ärzteabkommen von 1997 festgehalten worden war. Dieses Abkommen von 1997 enthielt mehr Verpflichtungen für den Arzt, u. a. eine personenbezogene Betreuung, Prävention, einen Anteil von Generikaverschreibungen sowie die Deckelung der Behandlungen. Es bestand ebenso die Verpflichtung zu einer regelmäßigen, von den Pharmazieunternehmen unabhängigen Weiterbildung und die Pflicht, das System der Vorauszahlungsbefreiung des Patienten bei medizinischen Leistungen durch Krankenversicherungsträger weiter auszubauen. Das neue Hausarztprinzip dagegen fördert die Überschreitung von Honorargrenzen für Fachärzte in den Fällen, in denen der Hausarzt nicht zuvor aufgesucht wurde.¹⁵ Im Übrigen stellt dieses Prinzip keine Lösung für die immer größer werdende Schiefe in der Verteilung der ärztlichen Versor-

gung dar. Das Gesundheitswesen und das Krankenversicherungssystem werden weiterhin getrennt betrachtet und behandelt, wie die Verabschiedung eines eigenen Gesetzes zur Krankenversicherung und eines davon unabhängigen Gesetzes zum Gesundheitswesen im August 2004 verdeutlicht.¹⁶

Hinzu kommt, dass 2002 in einem Anhang an eine Konvention eine Zwangspauschale und die Bezahlung von »Regulierungsstunden« eingeführt wurde (beide wurden 2005 aufgestockt), um die niedergelassenen Ärzte stärker in die Bereitschaftsdienste einzubeziehen. Der *Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)* zufolge haben sich im Jahre 2007 30 000 Ärzte in diese Maßnahme eingebracht.¹⁷ Vor allem wurde nach 2004 die Prüfung zur Zulassung als Assistenzarzt von neuen, landesweiten Einstufungsprüfungen abgelöst, die den Weg zu Facharztabschlüssen öffneten, unter denen die Allgemeinmedizin, für die seit 1997 in den ärztlichen Akademien entsprechende Abteilungen existieren, gleichberechtigt mit den klassischen Fachrichtungen angeboten wird. Die Allgemeinmedizin wurde damit eine gleichberechtigte Fachdisziplin,¹⁸ obwohl eine allgemeinmedizinische Konsultation nach wie vor nicht als fachärztliche Konsultation bezahlt wird und die Attraktivität nach wie vor begrenzt zu sein scheint; dies zeigt die Zahl der unbesetzten Assistenzarztstellen für Allgemeinmedizin: etwa 600 in den Jahren 2008 und 2009. Parallel dazu wurde der *Numerus clausus* von 5600 Plätzen im Jahr 2005 auf 7400 Plätze im Jahr 2009 angehoben, um die rückläufige Zahl der Ärzte (die Zahl sank zwischen 2008 und 2009 um zwei Prozent) und die geringer werdende Versorgungsdichte (von 300 Ärzten für 100 000 Einwohner im Jahre 2008 auf 290 Ärzte im Jahre 2009) aufzufangen.

Das 2009 beschlossene HSTP-Gesetz enthält eine ganze Reihe von Maßnahmen, die u. a. die demografische Situation im Gesundheitswesen und die Koordinierung der Versorgung betreffen. Zu Ersterem bietet das Gesetz einerseits den neu eingeführten Regionalen Gesundheitsagenturen (ARS) die Möglichkeit, »solidarische Gesundheitsverträge« abzuschließen, in denen sich die niedergelassenen Ärzte verpflichten, einen Teil ihrer ärztlichen Leistungen in unterversorgten Regionen zu erbringen

oder anderenfalls einen Pauschalbeitrag pro Jahr zu entrichten. Weiterhin werden Medizinstudenten »Verträge zur Dienstverpflichtung« angeboten, in deren Rahmen sie gegen eine monatliche Beihilfe während des Studiums nach dessen Abschluss für mindestens zwei Jahre an von den ARS zugewiesenen Orten (in einer freien Praxis oder im Krankenhaus) als Arzt praktizieren. Keine der beiden Maßnahmen ist verpflichtend, die zuletzt genannte scheint allerdings größere Aussichten auf Erfolg zu haben.¹⁹ Dem demografischen Wandel im Gesundheitswesen versucht man sich durch eine Systematisierung und Verstetigung des Wissenstransfers zu freiwilligen Pflegekräften zu stellen, wodurch eine verstärkte Kooperation des Pflegepersonals erreicht werden soll.²⁰ Von den Bemühungen um bessere Koordination zeugt auch die Einrichtung von Gesundheitszentren,²¹ die Betonung der Schlüsselrolle des Allgemeinarztes (im Gesetz neu bezeichnet als »der Allgemeinarzt als erste Anlaufstelle«) in der Organisation der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten²² sowie die Möglichkeit, »Verbundkrankenhäuser« einzurichten, in deren Rahmen öffentliche Krankenhäuser eines Gebietes kooperieren. Auch hierbei handelt es sich nicht um eine Zwangsmaßnahme, sondern um eine freiwillige Verpflichtung.

Letztendlich wird die Neuorganisation des Versorgungssystems im Wesentlichen von den regionalen Gesundheitsagenturen ARS abhängen, die mit dem HPST-Gesetz geschaffen wurden. Sie haben die Regionalen Krankenhausagenturen, die Regionalen Krankenkassenverbände, die Gesundheitsdienste innerhalb der Direktionen für gesundheitliche und soziale Betreuung in den »Départements« und »Régions«, die regionalen Gesundheitsmissionen und die regionalen Gruppierungen des Gesundheitswesens übernommen, ihr Kompetenzbereich ist sehr weit gefasst und schließt die gesamte Krankenhausversorgung sowie die Versorgung durch niedergelassene Ärzte, die Prävention und den medizinisch-sozialen Bereich ein. Sie sind entsprechend ausgestattet, um die gesamte Gesundheitspolitik auf regionaler Ebene festzulegen und zu steuern. Ihre Befugnisse gehen durch die Stärkung ihrer Autorität gegenüber den Krankenhausdirektoren jedoch im Krankenhausbereich weiter als bei den niedergelassenen Ärzten, da hier die wesentlichen

Handlungsinstrumente weiterhin von der CNAM und dem medizinisch-sozialen Bereich verwaltet werden, in dem die Kompetenzen mit den Départements geteilt werden.²³ Ungeachtet dessen bleibt festzustellen, dass die ARS einen weiteren Schritt in Richtung eines im Gesundheitsbereich regulierend eingreifenden Staates darstellen.

Die Widersprüche der staatlichen Regulierung des Gesundheitssystems

Der Trend in Richtung sich stetig erweiternder Kompetenzen des Staates als regulierender Kraft zeichnet sich seit Mitte der neunziger Jahre klar ab. Dies betrifft sowohl das öffentliche Gesundheitswesen, für das nach einer Reihe von Krisen (Aids, BSE usw.) eine Art Gesundheitssicherheitsrahmen entwickelt wurde,²⁴ als auch den Bereich der Krankenversicherung, hier vor allem in Folge der Schwierigkeiten, eine mit Sozialpartnern und Ärzten ausgehandelte Kostenkontrolle zu etablieren.²⁵

Vor diesem Hintergrund waren der Juppé-Plan und die Verfassungsreform von 1996, die dem Parlament die Verantwortung für die Erarbeitung eines Gesetzes zur Finanzierung der Sozialversicherung (LFSS) übertrug, wegweisend. Dieses Gesetz, bei dessen Ausarbeitung auf Finanzgesetze Bezug genommen wurde, soll jedes Jahr eine landesweite Debatte über die Finanzierung der Soziallasten im Staatshaushalt anregen. Im Rahmen des LFSS legt das Parlament ebenfalls jedes Jahr eine nationale Zielvorgabe für die Krankenversicherungsausgaben (ONDAM) für Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte fest. Tatsächlich scheinen die LFSS eine Stärkung der Handlungsfähigkeit und der Reformkraft der Regierung, insbesondere des mit der Sozialversicherung betrauten Ministeriums und der Behörden darzustellen, indem sie die Legitimität ihrer Einflussnahme auf das Krankenversicherungssystem stärken. Ähnlich dem Finanzgesetz muss das LFSS in erster Linie als ein Gesetz verstanden werden, das eher die Regierung als das Parlament ermächtigt. In der Gestaltung des Finanzierungsgesetzes spielen die Regierungsinstanzen, d. h. das (die) mit der Sozialversicherung beauftragte(n)

Ministerium (Ministerien) und vor allem die Direktion der Sozialversicherung (DSS) eine entscheidende Rolle. Dies betrifft sowohl die Ausarbeitung des Haushaltsentwurfs, der dem Parlament zur Abstimmung vorzulegen ist, als auch dessen praktische Umsetzung.

Die Regierung auf Distanz zum Gesundheitswesen

Der Staat verstärkt seine regulierende Rolle im Wesentlichen durch die Schaffung neuer Institutionen, durch die er die übrigen Akteure des Gesundheitssystems steuert und stärker kontrolliert. In diesem Zusammenhang wäre zunächst die Bildung des Nationalen Krankenkassenverbands (Union nationale des caisses d'assurance maladie – UNCAM) zu nennen, der laut Krankenversicherungsgesetz von 2004 die drei wichtigsten Krankenversicherungsarten in sich vereint: die allgemeine Krankenversicherung, die Krankenversicherung für Beschäftigte im Agrarsektor sowie die Krankenversicherung für Selbstständige. Er wird vom Direktor der CNAMTS geleitet, der von der Regierung ernannt wird und mit erweiterten Befugnissen ausgestattet ist: Künftig wird er derjenige sein, der mit den Verbänden der Ärzte und anderer niedergelassener medizinischer Berufe auf der Grundlage eines Mandats die Verhandlungen führen wird, das er vom Direktorenkollegium erhält, in dem seine Stimme ausschlaggebend ist. Zudem wird er künftig die Ärzteabkommen unterzeichnen, die der Regierung zur Begutachtung vorgelegt werden und dafür sorgen sollen, dass die vom Parlament beschlossenen Zielvorgaben für die Krankenversicherungskosten (ONDAM) eingehalten werden. Es handelt sich hier um ein entscheidendes Vorrecht, das früher dem unter den Sozialpartnern gewählten Vorsitzenden des Verwaltungsrates der CNAMTS zustand. Der Generaldirektor der UNCAM entscheidet auch über die Zulässigkeit der Erstattung von Behandlungen und Leistungen und über die Höhe dieser Erstattung bzw. des nicht erstatteten Anteils (Höhe des »ticket modérateur« und der Behandlungs- und Konsultationspauschale, Umfang des Honorarsektors 2 usw.) sowie über die Nomenklatur. Diese deutliche Ausweitung der Befugnisse des Generaldirektors des französischen Krankenkassenverbandes UNCAM, der für 5 Jahre

ernannt wird und allein befugt ist, die Direktoren der lokalen Krankenkassen (caisses primaires d'assurance maladie) zu ernennen, die damit voll seiner Autorität unterstellt sind, hat die Schwächung der paritätischen Strukturen zur Folge. Die UNCAM verfügt wie alle anderen Krankenkassen über keinen Verwaltungsrat mehr, sondern lediglich über einfache »Beiräte«, die sich darauf beschränken, die Orientierungen festzulegen, Stellungnahmen abzugeben (z. B. zu den einzelnen Abkommen) und die sich zu Vorschlägen des Direktorenkollegiums sowie zur Berufung bzw. Abberufung der Direktoren lediglich äußern können.

Die ARS folgen der gleichen Logik und verstärken das regulierende Eingreifen des Staates in das Gesundheitswesen. Ihre Direktoren werden im Ministerrat ernannt, sie sind mit einem Verwaltungsrat unter Leitung des Präfekten der Region ausgestattet und dem nationalen Lenkungsrat der ARS, der von den Fachministern geleitet wird, unterstellt. Sie treten an die Stelle der 1996 geschaffenen regionalen Krankenhausagenturen, deren Aufgabe es war, die regionale Politik in Bezug auf die stationäre Versorgung zu definieren (Steuerung), die Tätigkeit der staatlichen und der privaten Einrichtungen zu koordinieren (Planung) und deren Ressourcen festzulegen (Finanzierung). Diese Agenturen vereinigten zum damaligen Zeitpunkt die Kompetenzen, die früher zwischen dem Staat und der Krankenversicherung aufgeteilt waren.

Erwähnenswert ist ebenfalls die Schaffung der Hauptverwaltung für Gesundheit (Haute autorité de santé – HAS) im Jahr 2004. Sie hat die Aufgabe, Produkte und Leistungen im Gesundheitswesen zu evaluieren und festzulegen, welche medizinischen und pharmazeutischen Güter und Leistungen von der Krankenkasse erstattet werden. Diese Verwaltung hat u. a. die Nationale Agentur zur Akkreditierung im Gesundheitswesen (Agence nationale d'accréditation en santé – ANAES) mit all ihren Befugnissen zur Festlegung der Normen für die besten medizinischen Verfahren und deren Evaluierung, zur Akkreditierung ärztlicher Teams und zur Zertifizierung der Gesundheitseinrichtungen übernommen. Obwohl die HAS unabhängiger als die ANAES ist, kann sie ebenfalls lediglich Stellungnahmen abgeben, die der Minister in Bezug

auf die Medikamente nicht zwingend einhalten muss. Die Entscheidung über die Zulässigkeit der Erstattung von Behandlungen und Leistungen sowie die Kontrolle der Wirksamkeit der sogenannten »best practices« hängen ganz von dem neuen starken Mann im Krankenversicherungssystem ab: vom Generaldirektor der UNCAM (und gleichzeitig der CNAMTS). Es stellt sich also die Frage, ob die HAS nicht wie die anderen seit Ende der neunziger Jahre in großer Zahl entstandenen Gesundheitsagenturen auch nur eine »neue Form der Bürokratie am Rande der traditionellen Verwaltung [darstellt], die eine neue Form von offizieller wissenschaftlicher Expertise [liefert], die Vorrechte des Staates [ausweitet] und die Rolle des ärztlichen Berufsstandes in den Bereichen [verstärkt], die sich ihrer Jurisdiktion entzogen, ohne die demokratische Legitimität von Entscheidungen, die im Namen von Wissenschaft und Technik getroffen werden, notwendigerweise zu stärken.«²⁶

Nach und nach etabliert sich also der Staat als regulierende Instanz im Gesundheitswesen, wobei er sich auf administrative oder fachliche Agenturen stützt, die mit einer gewissen Autonomie gegenüber der ministeriellen Administration und der Politik sowie mit neuen Instrumenten zur Kontrolle der Versorgung ausgestattet sind.²⁷ Die Rolle der Sozialpartner wird dabei eingeschränkt.

Die Grenzen des regulierenden Staates im Gesundheitswesen

Trotz der Entwicklung dieser neuen Instrumente kennt das regulierende Eingreifen des Staates Grenzen. Wie eingangs beschrieben, führt der gegenwärtige gesundheitspolitische Kurs zu einem Absenken des Anteils der von den Krankenkassen erstatteten Gesundheitskosten, d. h. zu einer Verringerung der staatlich garantierten solidarischen Versorgungsleistungen. Die seit der Rezession von 2009 stärker ausgeprägte strukturelle Diskrepanz zwischen Kostenentwicklung und Wachstum ist allerdings nicht die einzige Erklärung für den Rückzug des Staates. Er hat auch unmittelbar mit der Entscheidung zu tun, die Grundlagen der Finanzierung der Krankenversicherung nicht zu verändern. Obwohl punktuell nach Möglichkeiten für neue Einnahmen gesucht wird (vor allem durch

Einbehaltungen von den Zusatzversicherungen), zielt die vom französischen Staatspräsidenten vorgegebene und vom Haushaltsminister unterstützte Strategie auf ein Absenken der Pflichtbeiträge, was jeden größeren Reformversuch zur Finanzierung der Krankenversicherung blockiert. Dabei wird der Einfluss des Haushaltsministeriums auf die Krankenversicherungspolitik immer größer. Die Aufsichtskompetenz des Haushaltsministeriums über die Direktion der Sozialversicherung, die das Finanzierungsgesetz zur Sozialversicherung LFSS ausarbeitet, zeigt dies deutlich.

Eine weitere Grenze für den Handlungsspielraum des Staates stellen die Spannungen dar, die zwischen ihm und den Berufsverbänden des Gesundheitswesens, insbesondere den Ärztenverbänden herrschen. Im Zuge der Ausarbeitung des HPST-Gesetzes gab es mehrere Protestaktionen. Die Auswirkungen der neuerdings leistungs- und umfangsbezogenen Vergütung, die Reduzierung der Mitarbeiterzahlen und das Einstellen bestimmter Dienste bzw. die Schließung von Einrichtungen führen zunehmend zu Konflikten, wie die gegenwärtige Mobilisierung der Mitarbeiter der Pariser Krankenhäuser gegen einen Umstrukturierungsplan zeigt. Das Zögern der Regierung, die vorgesehene Erhöhung der Vergütung für die Konsultation eines Allgemeinarztes umzusetzen, hat die Unzufriedenheit der Verbände der niedergelassenen Ärzte noch verstärkt, was gegenwärtig in einer Welle von Praxisschließungen und verweigerter Datenfernübertragungen zum Ausdruck kommt. Dabei war die Unzufriedenheit unter den Allgemeinärzten aufgrund ihres Ausschlusses von der Impfkampagne gegen den H1N1-Virus auch vorher schon groß. Diese zunehmenden Spannungen zwischen dem französischen Staat und den Berufsständen des Gesundheitswesens könnte die Umsetzung der jüngsten Reformen stark behindern, denn die Beteiligung letzterer ist unabdinglich, da sämtliche Reformen im Wesentlichen auf freiwilliger Basis erfolgen und auf vertraglichen Anreizen beruhen.

Patrick Hassenteufel ist Professor für Politikwissenschaft an der Universität Versailles-Saint-Quentin;
Übersetzung: ECHOO Konferenzdolmetschen.

Anmerkungen

- 1 Die Abkürzung HPST steht im Französischen für hôpital (Krankenhaus), patient (Patient), santé (Gesundheit) und territoire (Gebiet).
- 2 Bericht des Hohen Rates für die Zukunft der Krankenversicherung (Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie – HCAAM), 2004.
- 3 Bruno Palier, Gouverner la Sécurité sociale, Paris 2005, S. 171.
- 4 Patrick Hassenteufel, Le premier septennat du Plan Juppé. Un non-changement décisif, in: Jean de Kervasdoué (Hrsg.), Carnet de santé de la France 2003, Paris, S. 121–147.
- 5 Die »Mutuelles« sind private Krankenkassen, die zusätzlich zu der öffentlichen Krankenkasse einen Teil der Gesundheitskosten übernehmen.
- 6 Im Verzeichnis der Gebührenordnung für Ärzte gilt im Sektor 1 ein einheitlicher Bewertungsmaßstab, während der Sektor 2 der Abrechnung privatärztlicher Leistungen entspricht.
- 7 Sie beträgt gegenwärtig 18 Euro, was eine Versechsfachung seit ihrer Einführung bedeutet (vgl. Didier Tabuteau, La métamorphose silencieuse des assurances maladies, in: Droit social 1/2010, S. 85–92, hier S. 86).
- 8 Vergleichbare Maßnahmen waren schon bei anderen Medikamenten in den Jahren 2005 und 2006 ergriffen worden.
- 9 Bericht des Hohen Rates für die Zukunft der Krankenversicherung, 2009.
- 10 Didier Tabuteau hat, davon abgeleitet, einen Erstattungssatz bei laufenden Behandlungen (also ohne Einrechnung von Langzeiterkrankungen (ADL) und Krankenhausaufenthalten) von ca. 55 Prozent ermittelt. Vgl. Tabuteau (Anm. 7), S. 88.
- 11 Ebd., S. 89.
- 12 Bericht zur Sozialversicherung im Jahr 2005. Dem Rechnungshof zufolge hat von den seit 1999 eingeführten 36 Maßnahmen zur Kostenkontrolle nur eine einzige zu realen Einsparungen geführt: Die Kampagne zur reduzierten Verschreibung von Antibiotika (»Es müssen nicht automatisch Antibiotika sein.«) hat wohl zu einer Reduzierung der Krankenversicherungskosten um 300 Millionen Euro geführt.
- 13 2003 wurden die »tarifs forfaitaires de responsabilité – TFR« eingeführt (Anm.: von der Krankenversicherung anhand des günstigsten Generikapreises festgelegter Referenzbetrag für die Kostenerstattung von Medikamenten), wodurch die Medikamente einer Generikagruppe auf der gleichen Grundlage erstattet werden. Im Jahr 2006 wurde zudem das Prinzip »tiers payants contre générique« eingeführt (Anm.: Prinzip der Übernahme der Medikamentenvorauszahlung durch Krankenversicherungsträger, wenn der Versicherte das vom Apotheker vorgeschlagene Generikum akzeptiert. Andernfalls muss er selbst in Vorleistung für die Medikamente gehen.) Heute enthalten etwa ein Viertel der erstatteten Medikamente ein Generikum.
- 14 Anm.: Im Unterschied zum neueren, freieren Modell des médecin traitant kann ein Patient einen médecin référent nicht aussuchen. Vielmehr erklärt sich ein Arzt bereit, für einen Patienten der médecin référent, also eine Art Leitarzt, zu sein. Er muss Allgemeinarzt sein und erhält bei Einhaltung einer Reihe von Bedingungen eine Pauschalvergütung pro Patient und Jahr.
- 15 Pierre-Louis Bras, Le médecin traitant: raisons et déraison d'une politique publique, Droit social 1/2006, S. 59–72.
- 16 Didier Tabuteau, Politique d'assurance maladie et politique de santé publique : cohérence et incohérences des lois des 9 et 13 août 2004, in: Droit social 2/2006, S. 200–205.
- 17 Nelly Bonnet et Christelle Pavillon, La participation des médecins au dispositif de permanence des soins ambulatoires, in: Points de repères, 28, CNAMTS, 2009.
- 18 Géraldine Bloy, La constitution paradoxale d'un groupe professionnel, in: Géraldine Bloy und Francois-Xavier Schweyer (Hrsg.), Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale, Rennes 2010.
- 19 Rémi Pellet, Assurance maladie et territoires, in: Revue de droit sanitaire et social, Sonderausgabe, 2009, S. 38–64, hier S. 44–45.
- 20 Claudine Bergoignan-Esper, Les formes nouvelles de coopération entre acteurs de santé : entre innovation et modernisation, in: Revue de droit sanitaire et social 5/2009, S. 806–819, hier S. 808.
- 21 Ein dem Gesundheitsministerium im Januar 2010 übergebener Bericht spricht von 160 Gesundheitszentren, in denen Ärzte verschiedener Fachrichtungen tätig sind, hebt jedoch hervor, dass die Einrichtung derartiger Strukturen durch die Komplexität des juristischen Status, durch Schwierigkeiten bei der Aufteilung der Krankenakte eines Patienten unter den verschiedenen Ärzten und durch die vorherrschende Bezahlung nach ärztlicher Leistung, die für eine gemeinschaftliche Betreuung wenig geeignet ist, behindert wird.
- 22 Joël Moret-Bailly, La loi HPST et l'accès aux soins, in: Revue de droit sanitaire et social 5/2009, S. 820–831, hier S. 826–827.
- 23 Pierre-Louis Bras, La création des agences régionales de santé : notre système de santé sera-t-il encore mieux gouverné, in: Droit social 11/2009, S. 1126–1135.
- 24 Olivier Borraz, Les politiques du risque, Paris 2008. Das zentralstaatliche Vorgehen bei der Organisation der Impfung gegen das H1N1-Virus ist dafür ein besonders deutliches Beispiel.
- 25 Patrick Hassenteufel, Le rôle de l'État dans la régulation de l'assurance maladie, in: Pierre-Louis Bras, Gérard de

Pouvoirville et Didier Tabuteau (Hrsg.), *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Paris, 2009, S. 369–378.

- 26 Daniel Benamouzig et Julien Besançon, *Les agences, de nouvelles administrations publiques?*, in: Olivier Borraz et Virginie Guiraudon (Hrsg.), *Politiques publiques*. 1,

La France dans la gouvernance européenne, Paris, 2008, S. 302.

- 27 Pierre-Louis Bras, *Notre système de soins sera-t-il mieux gouverné?*, in: *Droit social* 11/2004, S. 967–985, hier S. 976–977.