

Tiefere Kosten dank mächtigen «Konsumenten»?

Die Gesundheitsausgaben pro Kopf sind in der Schweiz tiefer als in den USA. Liegt das daran, dass die Versicherten/Patienten in der Schweiz eine Konsumentenrolle und dadurch eine Steuerungsfunktion innehaben? Diese Frage wurde neulich im «Journal of the American Medical Association» debattiert.

Rita Schnetzler

In den USA werden neue Versicherungsformen erprobt, die als «consumer-driven health plans» bezeichnet werden [1, 2]. Diese Versicherungsformen räumen den Versicherten und Patienten eine wichtigere Funktion ein, als das im herkömmlichen US-amerikanischen Gesundheitssystem üblich ist: Während im herkömmlichen System die Arbeitgeber die Krankenversicherung für ihre Arbeitnehmer einkaufen, haben die Arbeitnehmer im System der «consumer-driven health care» (CDHC) die Möglichkeit, gemäss ihren individuellen Bedürfnissen über die Art, den Umfang und den Preis ihrer Krankenversicherung zu entscheiden. Dabei ist zwischen zwei Modelltypen zu unterscheiden [1]:

■ In den «health reimbursement»- oder «health savings accounts»-Programmen erhält jeder Versicherte/

Patient ein «Gesundheitskonto», aus dem er seine Gesundheitsausgaben selber berappen muss. Ist das Konto ausgeschöpft, so muss er die Kosten bis zu einem gewissen Höchstbetrag pro Jahr (Selbstbehalt) selber tragen. Hier wird der Patient also zum (kostenbewussten) Einkäufer von Gesundheitsleistungen.

■ In anderen Modellen bezieht sich die Kundenrolle des Versicherten/Patienten primär auf den Einkauf der Krankenversicherung. Die Versicherten können ihr Leistungserbringer-Netzwerk und den Leistungskatalog individuell zusammenstellen oder eines von verschiedenen vordefinierten Versicherungspaketen auswählen. Der Preis des Versicherungspakets (d.h. die Versicherungsprämie) richtet sich nach der Grösse des Netzwerks und dem Umfang des Leistungskatalogs. Wenn der Preis des Pakets einen vom Arbeitgeber definierten Betrag überschreitet, muss der Arbeitnehmer die Differenz selber bezahlen.

Befürworter des Konsumenten-gesteuerten (consumer-driven) Systems gehen davon aus, dass das Kundenverhalten der Versicherten/Patienten die Kosten dämpft und die Qualität erhöht, wie dies in anderen Bereichen der Wirtschaft zu beobachten sei. Stimmt diese These? Die US-amerikanischen Erfahrungen sind zu jung, um diese Frage abschliessend zu beantworten. Deshalb haben Regina E. Herzlinger und Ramin Parsa-Parsi sich der «einzigen Industriena-tion mit langjähriger Erfahrung mit einem CDHC-System» zugewandt: der Schweiz.

Sie haben untersucht, wie weit das schweizerische Gesundheitssystem die Anforderungen an ein CDHC-

System erfüllt, wo es davon abweicht und welche Folgen sich daraus ergeben. Die Ergebnisse ihrer Untersuchung haben sie im «Journal of the American Medical Association» (JAMA) publiziert [2]. In derselben Zeitschrift ist ein Kommentar von Uwe E. Reinhardt erschienen [3], der die von Herzlinger und Parsa-Parsi postulierten kausalen Zusammenhänge hinterfragt (siehe *Kasten*).

Das schweizerische System ...

Das Idealmodell der CDHC kombiniert laut Herzlinger und Parsa-Parsi *freie Nachfrage* und *freies Angebot*, *Transparenz* und eine *aktive staatliche Aufsicht*. In Abweichung vom Idealmodell sei im schweizerischen Gesundheitssystem die Nachfrage viel freier als das Angebot:

■ *Freie Nachfrage*: In der Schweiz tragen primär die Versicherten/Patienten (und nicht die Arbeitgeber oder die Regierung) die Gesundheitsausgaben, und zwar in Form von Prämien und von selbst bezahlten Leistungen. Weil zudem keine Versicherung die gesamten Gesundheitskosten deckt und weil für die Franchisen und Selbstbehalte keine Versicherung abgeschlossen werden kann, sind die Schweizer den Gesundheitskosten direkter ausgesetzt als die US-Amerikaner. Auf der Nachfrageseite besteht in der Schweiz also ein potenziell hohes Kostenbewusstsein. Die freie Nachfrage ist allerdings dadurch eingeschränkt, dass für die obligatorische Grundversicherung ein vorbestimmter fixer Leistungskatalog besteht. Dafür gibt es im Zusatzversicherungsbereich viele Wahlmöglichkeiten. Und in der Grundversicherung

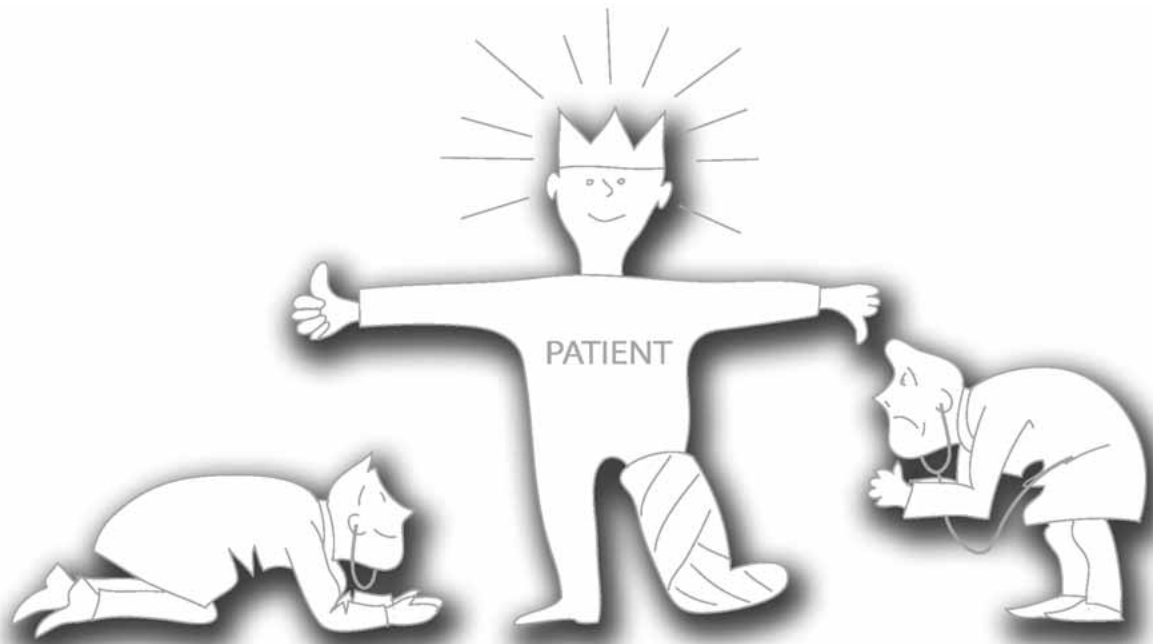


Illustration: Peter Wanner

kann die Bevölkerung unter anderem zwischen verschiedenen Franchisen, HMOs und Bonus-Systemen wählen.

■ **Weniger freies Angebot:** Die *Arzt-tarife* werden zwischen der Berufsorganisation der Ärzte und dem Versichererverband ausgehandelt. Die Leistungserbringer müssen sich an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten und dürfen für Leistungen nach KVG keine weitergehenden Vergütungen verrechnen. Auch die *Spitäler* sind in ihrer Unternehmensfreiheit eingeschränkt. Viele öffentliche und öffentlich subventionierte Spitäler werden von Kantonen und Gemeinden betrieben und profitieren von öffentlichen Subventionen (bis hin zur Defizitdeckung). Privatspitäler sind in manchen Kantonen nur für Zusatzversicherte zugänglich. Für die Versicherten schliesslich gilt in der Grundversicherung eine Aufnahme-pflicht; nur in den Zusatzversicherungen dürfen sie Versicherte abweisen und risikogerechte Prämien verlangen.

■ **Unterschiedliche Transparenz:** Im schweizerischen *Krankenversicherungsmarkt* ist die Transparenz gegeben: Die Krankenversicherungsprämien werden vom Bund veröffentlicht; zudem publizieren verschiedene private Organisationen, zum Beispiel die Zeitschrift «Beobachter», regelmässig Ratings der Versicherer. Auf Seiten der *Gesundheitsleistungs-*

Anbieter dagegen werden zwar ebenfalls Leistungsvergleiche (Benchmarkings) durchgeführt. Die Ergebnisse sind aber nicht öffentlich zugänglich.

■ **Starke staatliche Aufsicht:** Personen mit tiefem Einkommen erhalten in der Schweiz von den Kantonen eine steuerfinanzierte Prämienverbiligung. Der Bund kontrolliert die Zahlungsfähigkeit und die Prämien der Krankenversicherer. Die Prämien der obligatorischen Grundversicherung mit tiefer Franchise werden gemäss Herzlinger und Parsa-Parsi durch die staatlichen Kontrolleure künstlich tief gehalten. Der Eingriff des Bundes bewirke also neben direkten Subventionen an Minderbemittelte wahrscheinlich auch indirekte Subventionen von Seiten der Versicherten mit hoher Franchise sowie der Zusatzversicherten zu Gunsten der Versicherten mit tiefer Franchise. Zudem führe der Staat einen Risikoausgleich zwischen den Anbietern der obligatorischen Grundversicherung durch.

... und seine Ergebnisse

Um den Erfolg des schweizerischen Systems zu beurteilen, vergleichen Herzlinger und Parsa-Parsi ausgewählte Ergebnisse des schweizerischen Systems (z.B. Gesundheitsausgaben pro Kopf, Kindersterblichkeit, Sterblichkeitsrate bei zerebrovaskulärer Erkrankung) mit jenen in den USA. Um Verzerrungen

zu vermeiden, wählen sie drei US-Staaten aus, die bezüglich wichtiger soziodemografischer Merkmale (Einkommen, Bildungsniveau und Rasse/Ethnie) sowie bezüglich Bevölkerungsdichte mit der Schweiz vergleichbar sind: Connecticut, Maryland und Massachusetts. Die Gesundheitsausgaben in der Schweiz erweisen sich als merklich tiefer, bei vergleichbaren oder besseren epidemiologischen Merkmalen. Allerdings hat die Schweiz mehr Spitalbetten, mehr Ärzte und mehr diagnostische und therapeutische Geräte. Zudem ist die Hospitalisierungsrate vermutlich höher und die Spitalaufenthalte dauern länger als in den USA.

Beurteilung

In folgender Hinsicht beurteilen Herzlinger und Parsa-Parsi das schweizerische CDHC-System als erfolgreich:

■ **Kostenkontrolle und Patientenorientierung:** Die Gesundheitskosten sind tiefer als in den USA. Zudem sind die Patienten in der Schweiz gemäss einer Studie [4] in fast allen Bereichen (Information und Schulung, Behandlungs-koordination, Komfort, emotionale Unterstützung, Berücksichtigung der Patientenpräferenzen, Einbezug von Angehörigen und Freunden) weniger unzufrieden als in den USA, in Deutschland, Schweden und Grossbritannien.

■ **Zugänglichkeit und Zugangsgerechtigkeit:** Das Versicherungsobligatorium, die Aufnahmepflicht, die Prämienverbilligung für Minderbemittelte sowie der Risikoausgleich führen dazu, dass in der Schweiz alle Menschen den gleichen Zugang zur Gesundheitsversorgung haben.

■ **Angemessene Löhne:** Die Ärzte in der Schweiz verdienen gut, wenn auch nicht ganz so gut wie in den USA. Möglicherweise widerspiegeln die Löhne der Ärzte und Spitäler in der Schweiz die Preisvorstellungen («value for money») der Versicherten/Patienten, die ja die wichtigsten Kostenträger sind.

Misserfolge des schweizerischen CDHC-System sehen Herzlinger und Parsa-Parsi in den folgenden Bereichen:

■ **Ineffizienzen im Leistungsangebot:** Im schweizerischen System sind Beiträge an fixe Leistungen (entsprechend dem Leistungskatalog) gebunden. Dies mindert den Anreiz für Innovationen. Wenn beispielsweise ein Spital in der Schweiz ein Disease-Management-Programm für Patienten mit Herzinsuffizienz anbietet, das die Spitalinanspruchnahme senkt, sinken seine Einnahmen.

■ **Risikoselektion:** Weil der Risikoausgleich nur Alter und Geschlecht berücksichtigt, bestehen für die Krankenversicherer weiterhin Anreize, gesunde Versicherte anzulocken und kranke abzuschrecken.

■ **Verzerrtes Versichertenverhalten:** Zwar bestehen in der Schweiz innovative Versicherungsmodelle. Aber möglicherweise sind sie nicht ideal ausgestaltet. Um die Spitalaufenthaltsdauern zu senken, wären beispielsweise anstelle höherer Franchisen eher höhere Selbstbehalte im Spital (heute nur 7 US-Dollar/10 Franken pro Spitaltag) zu erproben. Insgesamt können die im Vergleich zu den USA tieferen Gesundheitskosten in der Schweiz gemäss Herzlinger und Parsa-Parsi primär auf die stärkere Steuerungsfunktion der Versicherten/Patienten und die relativ hohe Kostentransparenz des Systems sowie auf das Versicherungsobligatorium und den Risikoausgleich zwischen den Versicherern zurück-

Tiefere Kosten dank staatlicher Regulierung! (Kommentar)

«Tatsächlich wurde in der Schweiz versucht, den Versicherten im Krankenversicherungsmarkt mehr Wahlmöglichkeiten einzuräumen», bestätigt Uwe E. Reinhardt in seinem Kommentar [3] zum Artikel von Herzlinger und Parsa-Parsi. Allerdings würde man in einem von den Versicherten gesteuerten (consumer-driven) Krankenversicherungsmarkt nicht die Trägheit erwarten, die sich in der Schweiz zeige. Reinhardt verweist auf die Studie von Vaterlaus et al. [5], die zeigt, dass nur wenige junge Versicherte schon einmal die Versicherung gewechselt haben und dass die meisten Versicherten ihre aktuelle Prämienhöhe nicht nennen können. Die Trägheit des Versicherungsmarkts sei vermutlich auch eine wichtige Ursache für die überraschend grossen Prämiendifferenzen zwischen den Versicherern, die nicht auf einen grossen Wettbewerbsdruck hindeuteten. Im Jahr 2001 hätten 45 Prozent der Versicherten das Standard-Modell mit tiefstmöglicher Franchise gewählt, und nur gerade 9 Prozent das sehr viel billigere Modell mit maximaler Franchise; rund 8 Prozent seien in Managed-Care-Modellen versichert gewesen (v.a. Hausarztmodelle).

Bereits aufgrund dieser Daten bezweifelt Reinhardt, dass sich die kaufkraftbereinigte Differenz von 1822 US-Dollars zwischen den Gesundheitskosten pro Kopf in der Schweiz und jenen in den USA massgeblich durch die besseren Wahlmöglichkeiten und die damit verbundene Steuerungsmacht der Schweizer Versicherten/Konsumenten erklärt. Doch er führt noch drei weitere Argumente ins Feld:

Erstens bestehe in den Industrienationen ein enger Zusammenhang zwischen dem Bruttoinlandprodukt und den Pro-Kopf-Ausgaben für das Gesundheitswesen. Im Jahr 2002 sei das Bruttoinlandprodukt der USA um 17 Prozent höher gewesen als jenes der Schweiz. Allein dieser Umstand erkläre rund die Hälfte der Differenz zwischen den Gesundheitsausgaben pro Kopf.

Zweitens hätten die US-amerikanischen Haushalte tatsächlich einen wesentlich geringeren Teil der Gesundheitsausgaben selber getragen als die schweizerischen (14 vs. 31,5%). Dies könne aber die höheren Kosten nicht erklären, denn in anderen Ländern mit ähnlich geringem Anteil der Gesundheitsausgaben wie in den USA (Kanada: 15%, Niederlande: 10%) seien die Gesundheitskosten nicht höher, sondern sogar wesentlich tiefer als in der Schweiz (Kanada: 10% tiefer, Niederlande: 23 % tiefer).

Drittens falle auf, dass die Schweiz beispielsweise mehr Ärzte, Pflegende, Spitalbetten, Spitaltage, MRI-, CT- und Röntgengeräte pro Kopf aufweise als die USA. Wenn sie trotzdem 35 Prozent weniger ausbehalte als die USA, lasse sich das nur durch tiefere Preise erklären. Dass sich die tieferen Preise, wie es Herzlinger und Parsa-Parsi postulieren, durch den erhöhten Druck von Seiten der Patienten erklären lassen, hält Reinhardt für unwahrscheinlich. Die Preise würden in der Schweiz nämlich unter staatlicher Aufsicht zwischen den kartellähnlichen Verbänden der Versicherern und jenen der Leistungserbringer ausgehandelt. Auch die Medikamentenpreise und der Umfang des Leistungskatalogs sowie die Spital- und Pflegeheimplanung unterstehe der staatlichen Kontrolle. Die Preise widerspiegeln also eher die Preisvorstellungen («value for money») des Staates als jene der Versicherten.

Dass die Gesundheitsausgaben in der Schweiz unter jenen in den USA liegen, muss deshalb gemäss Reinhardt gar nicht an der stärkeren Kostenbeteiligung sowie der stärkeren Konsumenten- und Steuerungsfunktion der SchweizerInnen liegen; Hauptursache könne ebenso gut die starke staatliche Regulierung sein. Ohne diese Regulierung wäre das schweizerische System aus seiner Sicht vermutlich ähnlich ineffizient und ungerecht wie das weit weniger stark regulierte US-amerikanische System.

geführt werden. Durch eine Liberalisierung der Kostendeckungs- und Entschädigungspraxis auf dem Gesundheitsleistungsmarkt könnten wahrscheinlich zusätzliche Einsparungen erzielt werden. ■

Zusammenfassung und Übersetzung aus dem Englischen:
Rita Schnetzler

Redaktion «Managed Care»

Literatur:

1. Gabel JR, Lo Sasso AT, Rice T.: Consumer-driven health plans: Are they more than talk now? Health Affairs - Web Exclusive. W395-W407. Internet: www.healthaffairs.org
2. Herzlinger RE, Parsa-Parsi R: Consumer-driven health care: Lessons from Switzerland. JAMA, September 8, 2004 (292), 10: 1213-1220.
3. Uwe E. Reinhardt: The Swiss health system: Regulated competition without managed care. JAMA, September 8, 2004 (292), 10: 1227-1231.
4. Coulter A, Cleary PD: Patients' experiences with hospital care in five countries. Health Affairs (Millwood). 2001; 20: 244-252.