

Handout: «Kosten im Gesundheitswesen»

Veranstaltung Kränzli-Fortbildung Privatklinik Obach, Solothurn

Thema der Fortbildung Kosten des Gesundheitswesens

Dr. Karolin Becker
Plaut Economics, Consultant Gesundheit
karolin.becker@plaut.ch

Verfasser, Datum Dr. Karolin Becker, 4. November 2007

Zentrale Fragestellungen

- Wieso wird von einer Explosion der Gesundheitskosten gesprochen?
- Welches sind die Hauptkostentreiber des Gesundheitswesens?
- Welche Leistungen im Gesundheitswesen stehen den Kosten gegenüber?
- Ist der Nutzen, den die Bevölkerung aus den Gesundheitsleistungen zieht, quantifizierbar?
- Welchen Beitrag können die verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen leisten, um ein angemessenes Kosten-Leistungs- bzw. Kosten-Nutzen-Verhältnis zu gewährleisten?

Einige Zahlen zum Einstieg

- Verdoppelung Anteil Gesundheitsausgaben am BIP in letzten 30 Jahren (2005: 11.4%)
- Verdreifachung der Gesundheitsausgaben absolut in den letzten 30 Jahren (2005: CHF 53 Mrd.)
- Vervierfachung der Gesundheitsausgaben pro Kopf in den letzten 30 Jahren (2005: CHF 7'000)
- etwa 3 bis 4% Ausgabenwachstum jährlich (Wirtschaftswachstum rund 1%)

Gesundheitskosten aus ökonomischer Sicht

Wie hoch die Gesundheitskosten einer Gesellschaft optimalerweise sein sollen, ist a priori nicht festzulegen. Die entscheidende Frage ist, ob das Angebot der Gesundheitsversorgung den individuellen Präferenzen einer Gesellschaft gerecht werden kann und ob die Leistungen effizient bereitgestellt werden.

Der Anteil der Ausgaben für das Gesundheitswesen steigt mit steigendem Einkommen, «Gesundheit» gilt somit als so genanntes superiores Gut. Dies ist grundsätzlich aus volkswirtschaftlicher Sicht nicht problematisch. Es gibt allerdings Hinweise, dass Gesundheit auf indivi-

dueller Ebene kein superiores Gut ist, und es ist letztlich eine gesellschaftliche Frage, was für Gesundheit ausgegeben werden soll.

Geht man von heterogenen Präferenzen in der Bevölkerung aus, greifen Einheitslösungen zu kurz. So wünscht beispielsweise nicht jeder Versicherte eine umfangreiche Abdeckung von alternativmedizinischen Behandlungsmethoden und auch die Bereitschaft einen Teil der Kosten über eine höhere Franchise selber zu tragen ist unterschiedlich.

Ursachen der Ausgabensteigerung

Die **Präferenzen der Versicherten und Patienten** haben sich über die Zeit verändert und die Anspruchshaltung bezüglich des Umfangs der erstattungsfähigen Leistungen ist grösser geworden. Krankheiten, die früher nicht unbedingt als solche «deklariert» worden wären, rechtfertigen heute die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen.

Es gibt in der Schweiz eine obligatorische Krankenversicherung für alle, mit einheitlichen Pro-Kopf-Prämien. Der **Versicherungsmarkt** ist geprägt von einer Vielzahl an **Anreizproblemen**, die eine effiziente Inanspruchnahme behindern:

- Nachfrageinduziertes Angebot: aufgrund der Versicherungsdeckung besteht bei den Patienten der Anreiz, zu viele Leistungen nachzufragen bzw. zu fordern.
- Angebotsinduzierte Nachfrage: aufgrund der Einzelleistungsvergütung besteht auf Seiten der Ärzte der Anreiz, zu viele Leistungen anzubieten bzw. zu verordnen.
- Verhalten der Krankenversicherungen: sollten ein Interesse an einem effizienten Gesundheitswesen haben, unterliegen aber diversen regulatorischen Beschränkungen und der Wettbewerb «verpufft» in Risikoselektion.

Des Weiteren ist der **medizinisch-technische Fortschritt** als Ursache für steigende Gesundheitsausgaben zu nennen. Es kommt mangels Preisen für die versicherten Leistungen zu einem Wettbewerb über die Qualität. Die Frage eines angemessenen Kosten-Nutzen-Verhältnisses stellt sich kaum.

Aber auch die **politisch-institutionellen Rahmenbedingungen** haben einen entscheidenden Einfluss auf die Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen. Hier sind u.a. die föderalen Strukturen (26 abgeschottete Gesundheitssysteme), die Rolle des Staates als Leistungserbringer (im stationären Bereich) sowie regulatorische Vorgaben im Bereich der Ausbildung zu nennen.

Als **weitere Ursachen** für die beobachteten Ausgabensteigerungen lassen sich demographische Veränderungen, das Aufkommen neuer Krankheiten sowie eine gestiegene Prävalenz von «teuren» Krankheiten nennen.

Die Nutzenseite des Gesundheitswesens

In der Schweiz gibt es eine flächendeckende **Grundversorgung** und ein grosses Angebot an **Spitzenmedizin**. Die Schweiz ist ein wichtiger Standort für die pharmazeutische Forschung und **innovative Medikamente** werden hierzulande mit am schnellsten zugelassen. Hinsicht-

lich der Versorgungsqualität belegt die Schweiz gemäss internationalen WHO-Indikatoren den zweiten Rang (s. Tabelle 1 unten).

Die Schweizer Bevölkerung hat im internationalen Vergleich mit 76 Jahren bei den Männern und 83 Jahren bei den Frauen eine sehr **hohe Lebenserwartung** und äussert grundsätzlich eine hohe Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung. Der gute Gesundheitszustand einer Bevölkerung wirkt sich zudem positiv auf die Arbeitsproduktivität aus.

Aus volkswirtschaftlicher Sicht ist das Gesundheitswesen ein wichtiger Sektor. Die Wertschöpfung des Gesundheitssektors machte 2002 rund 14% des BIP aus. Insbesondere die sich abzeichnenden demographischen Veränderungen haben ihn zu einem **Wachstumssektor** werden lassen. In den letzten Jahren konnte eine starke Zunahme der Beschäftigten im Gesundheitswesen verzeichnet werden. Insgesamt wies das Gesundheitswesen im Jahr 2002 rund 525'000 Vollzeitstellen auf. Rund 17% der Schweizer Bevölkerung sind im Gesundheitswesen tätig.

Zwischenfazit: Wie an dieser Stelle deutlich wird, greift eine Fokussierung allein auf die Kostenseite zu kurz. Hohe Kosten können durchaus gerechtfertigt sein, wenn damit auch ein hoher Nutzen einhergeht. Hohe Kosten, die auf Ineffizienzen im Gesundheitssystem zurückzuführen sind, sind hingegen unerwünscht. Im derzeitigen Krankenversicherungsgesetz gibt es zahlreiche Fehlanreize, die Qualität gegenüber Kosten begünstigen. Eine effiziente Leistungserbringung kann so nur schwer erreicht werden.

Allgemeine Beurteilung der Leistungen eines Gesundheitswesens

Die Bewertung der Leistungen des Gesundheitssystems stellt eine grosse Herausforderung dar. Insbesondere die Erfassung des Nutzens aus einer gesteigerten Arbeitsproduktivität oder Lebensqualität erweist sich als schwierig. Die WHO oder auch die OECD wenden Indikatoren an, anhand derer die Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme verschiedener Länder beurteilt und auch verglichen werden. Aber sind diese Indikatoren geeignet, die tatsächlichen Leistungen und den Nutzen, den ein Gesundheitssystem für eine Gesellschaft oder auch Volkswirtschaft hat zu messen? Lässt sich der effiziente Ressourceneinsatz angesichts der vielen Aspekte des Gesundheitswesens überhaupt genau ermitteln? Welche zusätzlichen Instrumente sind einzusetzen, um die Kosten eines Gesundheitssystems auf ihre Angemessenheit hin zu untersuchen?

Bewertung des schweizerischen Gesundheitswesens: Evidenz

Qualität im Gesundheitswesen in internationalen Vergleich

Folgende Tabelle zeigt auf, wie die Schweiz im internationalen Vergleich bezüglich verschiedener international üblicher Indikatoren abschneidet (weitere Erläuterungen zu den Indikatoren siehe Telser et al., 2004).

Tabelle 1 Qualität der Gesundheitssysteme (WHO-Bericht 2000)

	Gesundheit Niveau, DALE (in Jahren)		Gesundheit (Zugangsgleichheit)		Erfüllung Patientenbedürfnisse (Niveau)		Fairness der finanziellen Belastung		Zielerreichung insgesamt, (in Prozent)	
Japan	74.5	(1)	0.999	(3)	7.00	(6)	0.977	(8-11)	93.4	(1)
Schweiz	72.5	(8)	0.978	(10)	7.44	(2)	0.964	(38-40)	92.2	(2)
Frankreich	73.1	(3)	0.978	(12)	6.82	(16-17)	0.971	(26-29)	91.9	(6)
Kanada	72.0	(12)	0.977	(18)	6.98	(7-8)	0.974	(17-19)	91.7	(7)
Grossbritannien	71.7	(14)	0.999	(2)	6.51	(26-27)	0.977	(8-11)	91.6	(9)
Italien	72.7	(6)	0.978	(14)	6.65	(22-23)	0.961	(45-47)	91.4	(11)
Deutschland	70.4	(22)	0.977	(20)	7.10	(5)	0.978	(6-7)	91.3	(14)
USA	70.0	(24)	0.966	(32)	8.10	(1)	0.954	(54-55)	91.1	(15)

In Klammern jeweils die im WHO-Bericht 2000 erzielte Platzierung unter allen 191 Ländern.

DALE = Disability Adjusted Life Expectancy.

Quelle: World Health Report (2000), Tabelle aus Telser et al., (2004).

Hinsichtlich der Interpretation der Kennzahlen und den daraus abzuleitenden Schlüssen ist jedoch Vorsicht geboten. So schneidet Grossbritannien beispielsweise gut ab beim Merkmal der Zugangsgleichheit, dass es jedoch im National Health Service, dem staatlich organisierten Gesundheitssystem, lange Wartelisten für Operationen gibt, wird mit diesem Indikator nicht erfasst. Der Schweiz wird anhand dieser Indikatoren eine hohe Qualität des Gesundheitssystems attestiert, was sich auch mit den Einschätzungen der Schweizer Bevölkerung deckt (gfs-Gesundheitsmonitor, 2006). Dass es in der Schweiz im Vergleich zu anderen Ländern kaum systematische Qualitätssicherungssysteme gibt, fliesst in diese Art der Bewertung nicht ein.

Anhand der Darstellung in folgenden Tabelle 2 wird deutlich, dass die Schweiz hinsichtlich eines effizienten Ressourceneinsatzes eher durchschnittlich abschneidet. Länder, die weniger finanzielle Mittel für das Gesundheitswesen einsetzen, wie Frankreich (9.6% des BIP) oder Grossbritannien (7.6% des BIP) und bei den von der WHO gewählten Qualitätsindikatoren nicht schlecht abschneiden, erreichen bezogen auf die Gesamtzielerreichung bessere Ränge (Telser et al., 2004).

Um ein Gesundheitssystem hinsichtlich der Zielerreichung und auch wirtschaftlichen Effizienz zu bewerten, bedarf es einer Vielzahl von Indikatoren. Nicht zuletzt ist auch die Perspektive der Bevölkerung einzunehmen und deren Bereitschaft zu eruieren, sich ein umfassendes Gesundheitssystem, das seinen Preis hat, zu leisten. Angesichts der hohen Zufriedenheit der Schweizer Bevölkerung mit dem Gesundheitssystem (z.B. gfs-Gesundheitsmonitor, 2006 oder Telser et al., 2004) kann die Hypothese aufgestellt werden, dass die gute Qualität von den meisten Versicherten gewünscht wird und sie bereit sind, dafür zu bezahlen.

Tabelle 2: Ausschöpfung des Potenzials der einzelnen Länder (WHO-Bericht 2000)

	Leistungen in Bezug auf DALE	Leistungen in Bezug auf die Gesamtzielerreichung
Frankreich	0.974 (4)	0.994 (1)
Italien	0.976 (3)	0.991 (2)
Japan	0.945 (9)	0.957 (10)
Grossbritannien	0.883 (24)	0.925 (18)
Schweiz	0.879 (26)	0.916 (20)
Deutschland	0.836 (41)	0.902 (25)
Kanada	0.849 (35)	0.881 (30)
USA	0.774 (71)	0.838 (37)

In Klammern steht die Platzierung aus allen 191 WHO-Ländern.

Quelle: World Health Report (2000); Tabelle aus Telser et al. (2004).

Der Nutzen der Schweizer Bevölkerung aus dem Gesundheitssystem

Um den Nutzen, den die Schweizer Versicherten aus dem Gesundheitssystem ziehen zu quantifizieren, lassen sich so genannte Marktexperimente (Discrete-Choice-Experimente) durchführen. Im gesundheitsökonomischen Bereich gewinnt sich diese Methode der Präferenzmessung zunehmend an Bedeutung, da sich für Produkte, Leistungen oder bestimmte Behandlungsmethoden, die typischerweise aus Sicht der Versicherten keinen Preis haben, Zahlungsbereitschaften ermitteln lassen.

Die folgende Tabelle fasst die Ergebnisse aus zwei Marktexperimenten zusammen, die 2003 durchgeführt wurden, mit dem Ziel verschiedene Reformoptionen im Schweizer Gesundheitswesen sowie verschiedene Elemente der Krankenversicherung monetär zu bewerten (Telser et al., 2004; Becker, 2006). Die angegebenen Zahlungsbereitschaften bzw. Kompensationsforderungen für die einzelnen Eigenschaften gelten jeweils für das Durchschnittsindividuum der Stichprobe. Die untersuchten Änderungen des Umfangs der Krankenversicherung waren teilweise mit beträchtlichen Nutzenverlusten verbunden. Allerdings täuschen die in der Tabelle ausgewiesenen Durchschnittswerte über die Tatsache hinweg, dass die Nutzenverluste einzelner Individuen durchaus unterschiedlich ausfallen können. Bei der Berechnung von individuellen Nutzenverlusten streuen die Werte je nach vorgeschlagener Änderung unterschiedlich stark, und es lassen sich teilweise grosse Unterschiede zwischen verschiedenen sozioökonomischen Gruppen ausmachen.

Tabelle 3 Ergebnisse aus den Marktexperimenten

Nutzenverlust aus verschiedenen Veränderungen des Krankenversicherungsvertrages (in CHF/Monat)	
Ärzteliste nach Kostenkriterien*	-103
Ärzteliste nach Qualitätskriterien*	-53
Ärzteliste nach Effizienzkriterien*	-42
Einschränkung der Spitalwahl*	-37
Verzögerter Zugang zu Innovationen***	-65
Kostenerstattung nur für Generika (wenn vorhanden)***	-3
Verzicht auf Erstattung von Medikamenten für Bagatellerkrankungen*	+6
Verzicht auf Erstattung von alternativmedizinischen Leistungen**	-25
Erhöhung des Selbstbehalts auf 20% (mit Obergrenze von 1'200 CHF/Jahr)**	-19
Erhöhung der Jahresfranchise von 400 auf 1'500 CHF**	-40

* im Experiment von Telser et al. (2004); ** im Experiment von Becker (2006); *** in beiden Experimenten berücksichtigt, Werte hier aus Telser et al. (2004).

Ausgewählte Literatur

Becker, K. (2006), Flexibilisierungsmöglichkeiten in der Krankenversicherung, Dissertation Universität Zürich, Hamburg: Dr. Kovač Verlag.

Infras (2006), Wertschöpfung und Beschäftigung im Gesundheitssektor Schweiz, Studie im Auftrag der Vereinigung importierender Pharmafirmen in der Schweiz (VIPS).

Kirchgässner, G. (2006), Probleme des Gesundheitswesens in der Schweiz. Übersicht und grundsätzliche Aspekte, Abschnitte 1, 3 und 5 des Jahresberichts 2006 der Kommission für Konjunkturfragen : Beilage zu Die Volkswirtschaft, 1/2006, 2006.

Longchamps, C. et al. (2006), Bewegung Richtung Markt, Schlussbericht zum Gesundheitsmonitor 2006, Interpharma (Hrsg.).

OECD (2006), OECD Reviews on Health Systems: Switzerland, Paris.

Telser, H., S. Vaterlaus, P. Zweifel und P. Eugster (2004), Was leistet unser Gesundheitswesen? Zürich: Ruediger Verlag.

World Health Report (2000 und 2003), World Health Organisation, Geneva.