



Soziale Krankenversicherung zwischen Wettbewerb und Solidarität (I)

Prof. Dr. Konstantin Beck
Leiter CSS-Institut für empirische Gesundheitsökonomie

www.css-institut.ch

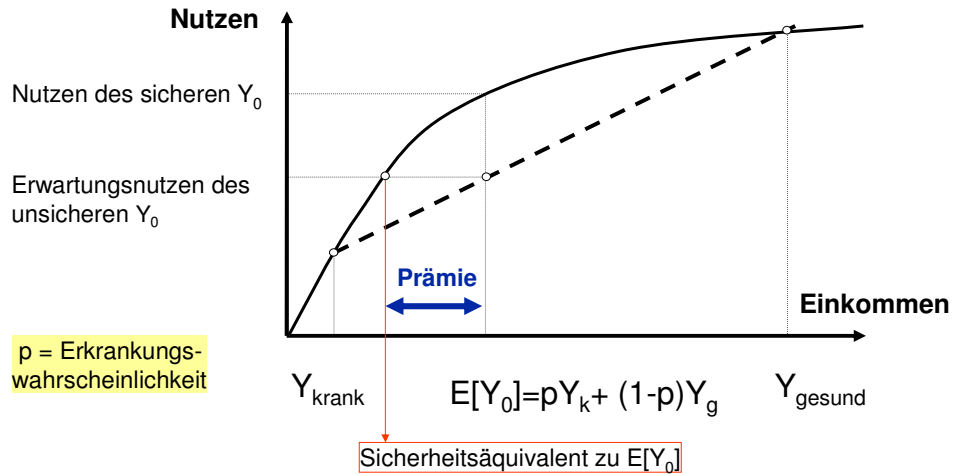


Inhaltsverzeichnis

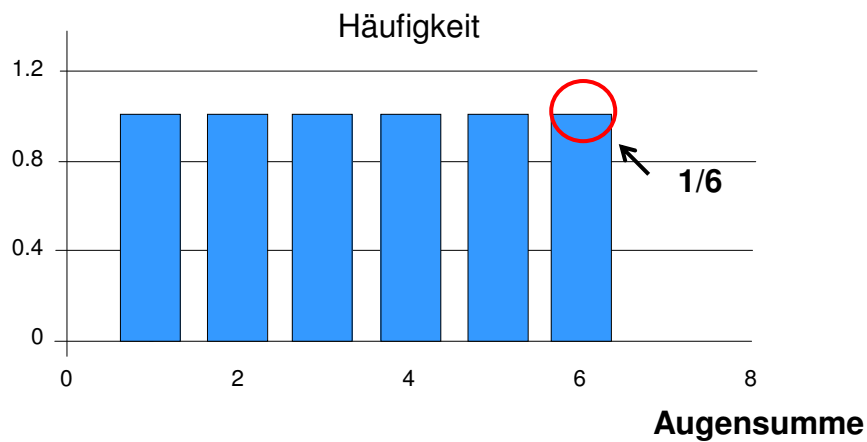
- Organisation / Aufbau der Vorlesung
- Nachfrager in der privaten Krankenversicherung
- Anbieter in der privaten Krankenversicherung
(Gesetz der grossen Zahl als Grundlage)
- Solidarität in der privaten und sozialen Krankenversicherung
- Gerechtigkeitsvorstellungen
- Implementation der Gerechtigkeitsvorstellungen:
Der Enthoven Plan
Das Krankenversicherungsgesetz (KVG)
- Finanzielle Bedeutung des KVG



Zahlungsbereitschaft im privaten Versicherungsmarkt

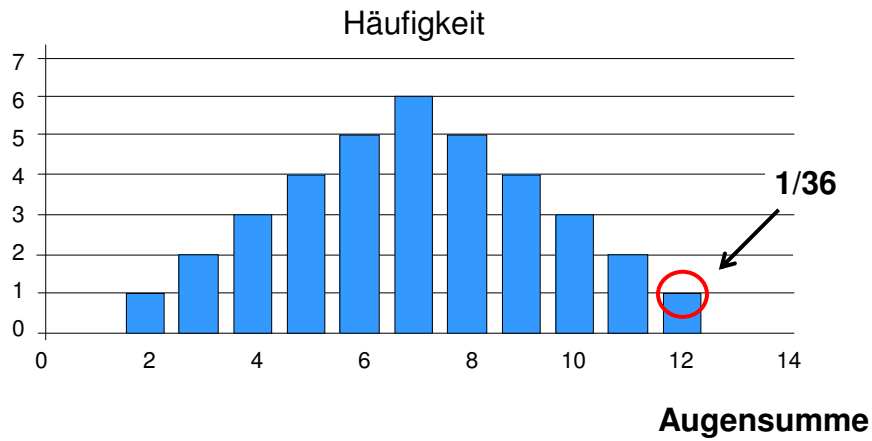


Wurf mit einem Würfel

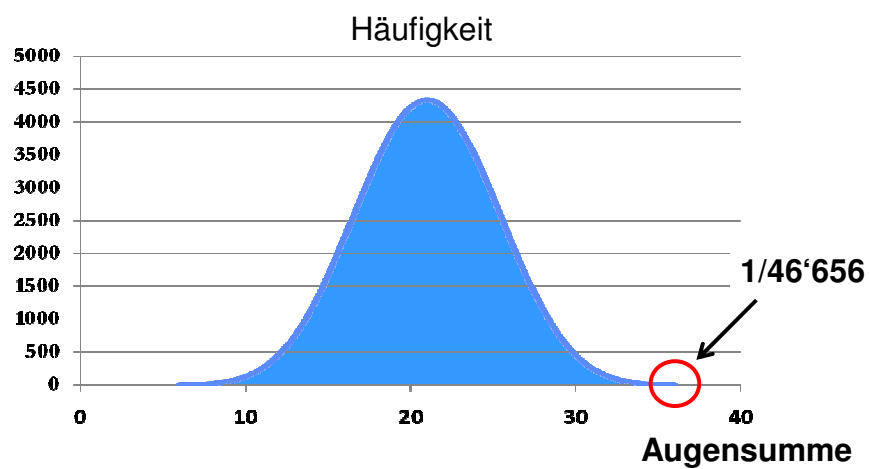




Wurf mit zwei Würfeln



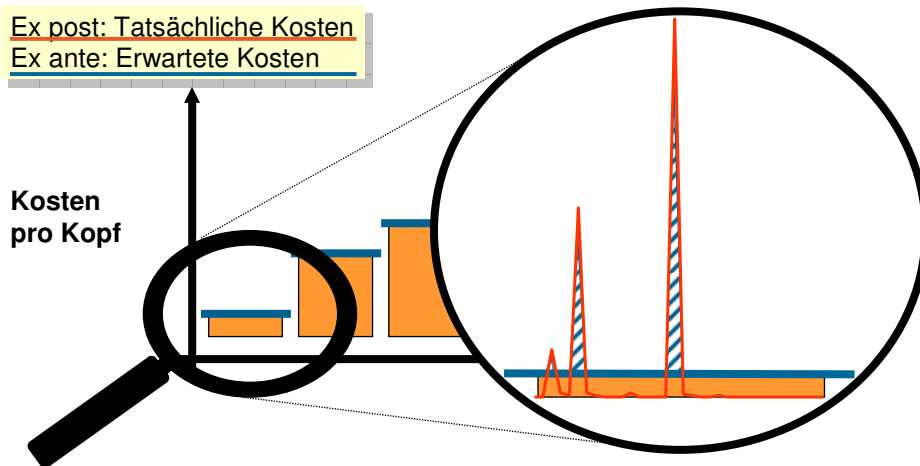
Wurf mit (nur!) sechs Würfeln





Zufällige Umverteilung = Versicherungseffekt

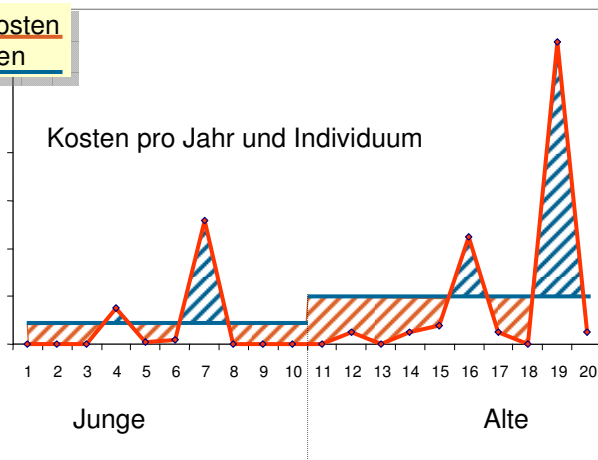
Ex post: Tatsächliche Kosten
Ex ante: Erwartete Kosten



Umverteilung in der privaten Versicherung

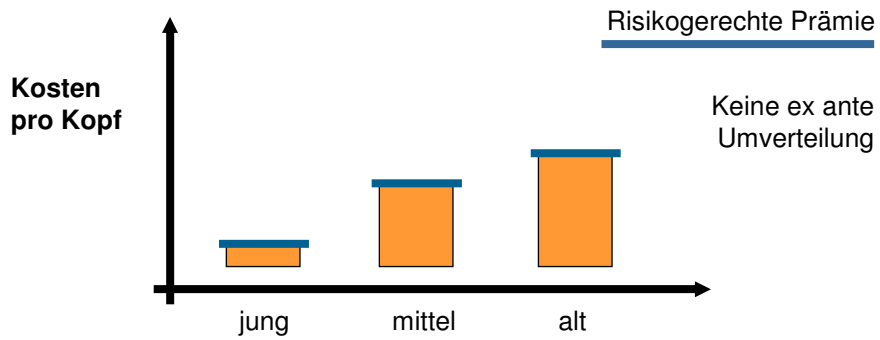
Ex post: Tatsächliche Kosten
Ex ante: Erwartete Kosten

Umverteilung
von den zufällig
Gesunden
zu den zufällig
Kranken

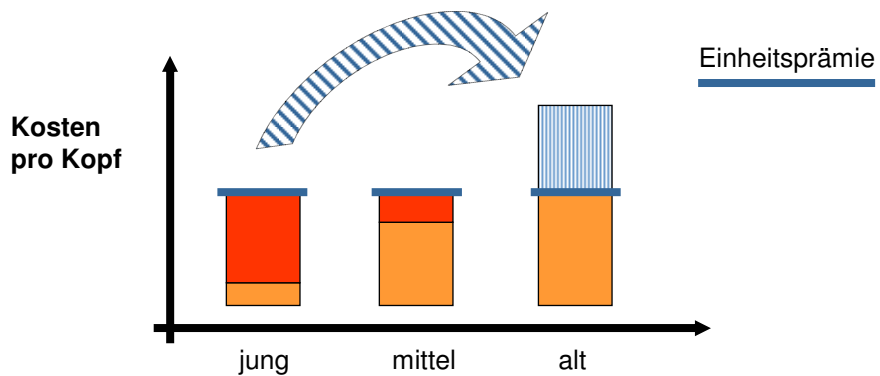




Risikogerechte Prämie in der privaten Versicherung



Umverteilung in der sozialen Krankenversicherung





Positive Gründe für eine soziale Krankenversicherung

- Altruismus: Garantiert Zugang zum Gesundheitswesen
Grundlage für Solidarität
- Vermeidung von „free riding“
(allerdings ist freeriding ebenfalls nur in einer solidarischen
Gesellschaft möglich.)
- Gesundheit als Menschenrecht:
Problematisch, Menschenrechte sind Garantien zur Erlangung
der Menschenwürde. Ist Krank sein dann menschenunwürdig?

Quelle: Zweifel / Breyer (2006): The Econ. of Soc. Health Insurance, Chelthamm.
Widmer (2011): Gesundheitswesen der Schweiz, Zürich.



Normative Gründe für eine soziale Krankenversicherung

- Z.B. christliche Werte: Jeder Mensch hat unveräußerlichen und bedingungs-
losen Wert. Dieser ist ableitbar aus der Ebenbildlichkeit von Schöpfer und
Geschöpf (1. Mose 1/27). Daraus folgt das wichtigste christliche Gebot (Lukas
10/27).
- Übereinstimmung mit Judentum (3. Mose 19/18) und Islam (Almosen gelten als
Pfeiler des Glaubens).
- Universell ist Konvergenz der Sittenlehren bei alten Ägyptern, Römern, Griechen,
Babyloniern und Chinesen feststellbar (C.S. Lewis (1988), Pardon, ich bin ein
Christ, Basel).



Gerechtigkeitspositionen

Libertär: Betont individuelle Freiheit (inkl. Recht auf Privateigentum). Das Individuum weiss selbst am besten, was es will. Eigenverantwortung und Zahlungsbereitschaft sind auch bei der medizinischen Versorgung relevant. (Nur Zugang zur Grundversorgung für wirtschaftlich Schwache ist Sache des Staates.)

Utilitaristisch: Die gesamtgesellschaftliche Wohlfahrtsfunktion soll maximiert werden (bedingt gerechte Aggregationsmethode → Arrow-Paradox).

Marxistisch: Alle nach ihren Bedürfnissen versorgen (Allokation und Produktion staatlich gelenkt)



Gerechtigkeitspositionen

Egalitär: Möglichst gleiche Allokation der zu verteilenden Güter und Dienstleistungen anstreben. Medizinische Versorgung entsprechend dem individuellen Bedarf erbringen und gemäss der Zahlungsfähigkeit der Gesellschaft finanzieren.

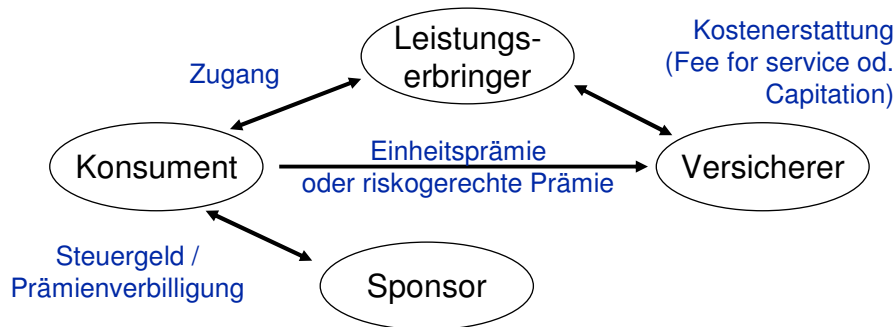
Rawls: Staatliche Massnahme danach beurteilen, ob die sich die Lage des wirtschaftlich Schwächsten verbessert.

Verdienstorientiert: Höchste Beiträge an diejenige Person, welche der Gesellschaft am meisten Gutes leistet oder sich verdienstvoll verhalten.



Managed Competition (Enthoven Plan)

- Oblig. minimale Grunddeckung, identisch für alle
- Periodischer Versicherungswechsel möglich



Consumer Choice Health Plan

- Freier Markt für Gesundheit mit fee for service und Capitation Verträgen mit den Leistungserbringern.
- Konsument hat freie, informierte Wahl auf diesem Markt.
- Konsument wählt eine Versicherungsmodell. Er erhält Gutscheine, die bis zu 100% seiner Prämien decken (falls arm). Er hat Anreiz, das günstigste Angebot zu wählen.
- Die Prämien sind risikogerecht. Die Kostenbeteiligung wird limitiert.
- Das Minimale Package wird vorgeschrieben.
- Kassenwechsel ist regelmässig möglich. Der Wechsel wird durch staatliche Stellen abgewickelt



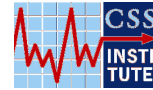
Struktur der gesetzlichen Grundlagen

- KVG (Krankenversicherungsgesetz) ab 1.1.1996 unterteilt in:
 - a) Obligatorische Krankenpflegeversicherung (Art.3)
 - b) Möglichkeit für Zusatzversicherungsangebot nach VVG (KVG Art. 12), d.h. Obligatorium ist nicht voll umfassend.



Consumer Choice Health Plan im KVG (I)

- Freier Markt für Gesundheit (fee for service und Capitation)
 - Kontrahierungszwang für Versicherer mit Ärzten (Art. 36);
 - Zugang für Ärzte zum Markt mit Notrecht (2002 – 2009) eingeschränkt. Zugangsbeschränkung für Spezialärzte bis Ende 2011 verlängert.
 - Verbot von Kartellabsprachen (Wegfall des Sondervertragsverbots, und des Verbandszwangs für Ärzte...) (Art. 46)
 - Möglichkeit zur Abkehr von fee for service (Pauschalen etc.) (Art. 43)
- Konsument hat freie, informierte Wahl auf diesem Markt.
 - Volle Freizügigkeit beim Kassenwechsel (keine Leistungs-Vorbehalte) (Art. 4)



Consumer Choice Health Plan im KVG (II)

- Konsument wählt eine Versicherungsmodell
 - Erlaubnis für Versicherung mit eingeschränkter Arztwahl (HMO etc.) (Art. 41 & 62)
 - Erlaubnis für Wahlfranchisen (Art. 62 & 64)
Min. Fr. 300, optional 500, 1000, 1500, 2000, 2500 (KVV 93)
- Gutscheine, die bis 100% der Prämien decken (falls arm).
 - Prämienverbilligung für wirtschaftlich Schwache durch Bund & Kanton (Art. 65 & 66)
- Die Prämien sind risikogerecht
 - Gleiche Prämie ab 26 innerhalb Region, Versicherungsmodell und Kasse. (Art. 61)
Risikoausgleich zwischen den Kassen (Art. 105; Details in Kap. 9 & 10)
- Die Kostenbeteiligung wird limitiert: KVG 64



Consumer Choice Health Plan im KVG (III)

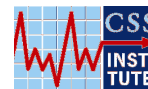
- Das Minimale Package wird vorgeschrieben
 - Abschliessend verbindlicher Leistungskatalog (Art. 24-34)
- Kassenwechsel ist regelmässig möglich
 - Halbjährlich respektive jährlich möglich (Art. 7)
- Der Wechsel wird durch staatliche Stellen abgewickelt
 - Nein !



Beurteilung und Entscheide betreffend OKP-Leistungsumfang

Kategorie	Verordnung/Liste	Instanz	Beratende Kommission
Leistungserbringer	KVV	Bundesrat	Eidg. Leistungs- und Grundsatzkommission (ELGK)
Leistungen	KLV / Anhang 1 KLV	Departement des Innern	Eidg. Leistungs- und Grundsatzkommission (ELGK)
Mittel- und Gegenstände	Anhang 2 KLV (MiGel)	Departement des Innern	Eidg. Kommission für Analysen, Mittel und Gegenstände, Ausschuss für Mittel und Gegenstände
Analysen	Anhang 3 KLV (AL)	Departement des Innern	Eidg. Kommission für Analysen, Mittel und Gegenstände, Ausschuss für Analysen
Konfektionierte Arzneimittel	SL Spezialitätenliste	Bundesamt für Gesundheit	Eidg. Arzneimittelkommission
Magistralrezepturen	Anhang 4 KLV (ALT)	Departement des Innern	Eidg. Arzneimittelkommission

Nach: Urs Brügger, zhaw, 2011.



Zusammenfassung des Enthoven Modells im KVG

- **Kein freier Markt** für Gesundheit : **Kontrahierungszwang und Recht auf Fee for Service**
- Capitation Verträge mit den Leistungserbringern **OK, sind möglich**
- Konsument hat freie, informierte Wahl auf diesem Markt. **OK**
- Konsument wählt eine Versicherungsmodell. Er erhält Gutscheine, die bis zu 100% seiner Prämien decken (falls arm). Er hat Anreiz, das günstigste Angebot zu wählen. **OK (Prämienverbilligung statt Gutscheine)**
- Die Prämien sind risikogerecht. **(NEIN)** Die Kostenbeteiligung wird limitiert. **(OK)** Das minimale (?) Package wird vorgeschrieben. **(OK)**
- Kassenwechsel ist regelmässig möglich. **OK** Der Wechsel wird durch staatliche Stellen abgewickelt **(NEIN)**



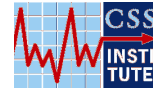
Prämien und Rabatte (siehe auch Kap. 7)

- Eine Prämie ab 26 innerhalb Region, Versicherungsmodell und Kasse (Art. 61)
- Rabatte möglich
 - für Jugendliche (19–25) und Kinder
 - Für Versicherte mit eingeschränkter Arztwahl (Max. 20% in den ersten 5 Jahren) (KVV 99).
 - Komplizierte Maximalrabatte für Wahlfranchisen (KVV 95)
 - Für Unfallausschluss (max. 7%, KVV 91a)
 - Summe aller Rabatte $\leq 50\%$ (KVV 90c)
- Kostenbeteiligung:
Erwachsene: Fr. 300 Franchise plus 10% Selbstbehalt bis maximal Fr. 700.
Kinder: Fr. 0.– Franchise plus 10% Selbstbehalt bis maximal Fr. 350.
(KVG 64)



Spezialfall Spitalfinanzierung

- Definition der OKP-Spitäler auf Listen **durch den Kanton** (Art. 39)
- Spitalfinanzierung bis 31.12.2008: Übernahme von max. 50% der Betriebskosten für die Patienten in allg. Abteilung im Wohnkanton (Ausnahmen möglich) von öffentlichen oder öffentlich subventionierten Krankenhäusern (ohne Investitionskosten und Lehre & Forschung). (Art. 49)
- Neu Spitalfinanzierung ab 1.1.2012 – APDRG (Übergangsfrist ab 1.1.2009): Vergütung mit leistungsbezogenen Pauschalen. **Die Kantone übernehmen** von diesen **mindestens 55 %**. (Kantone mit unterdurchschnittlich hohen Prämien mind. 45 %), Sonderregelungen für gemeinwirtschaftlichen Leistungen wie Forschung und Notfallversorgung
- **FAZIT: Der Kanton ist Leistungsanbieter, definiert die zu subventionierenden Spitäler und ist gleichzeitig Schlichtungsstelle bei Tarifstreitigkeiten zwischen Versicherer und Spital.**



Planwirtschaftliche Regelungen im KVG

- Einführung ausserordentlicher Massnahmen zur Kostendämpfung (Prämien- oder Tarifstop, resp. Vorgabe eines Globalbudgets) (Art. 54 & 55)
- Gemeinsame Stelle für Prävention betrieben von Kassen, SUVA, Bund, Kantonen, Ärzten, Wissenschaftlern, Fachverbänden (KVG 19)
- Qualitätskontrollen der Leistungserbringer durch den Bundesrat (Art. 58)



Reformdiskussion

- Managed Care Vorlage des Parlaments zur Förderung der integrierten Versorgung (IV); vom Parlament verabschiedet (Referendum Ärzte & SP):
 - Angebotszwang für IV in der ganzen Schweiz
 - Ärzte in der IV müssen ins finanzielle Risiko eingebunden sein (Budgetverantwortung)
 - Zur Steigerung der Attraktivität: Tiefere Kostenbeteiligung in IV Modellen als in der ordentlichen OKP.
 - Versicherer dürfen an IV nicht finanziell beteiligt sein.
 - Zweite Optimierung des Risikoausgleichs
- Eidg. Volksinitiative "Ja zur Hausarztmedizin" (eingereicht: 27.4.10), Garantie des Berufs des Hausarztes, Abgeltung für Qualität etc.
- Eidg. Volksinitiative zur Einführung einer Einheitskasse (SP und Gewerkschaften)



Anteil der Gesundheitskosten am BIP 1996 bis 2010

	1996	2003	2010
CH-Gesundheitskosten in % des BIP	9.9%	11.3%	11.6%
Anstieg	–	+ 14%	2003–2009 stagnierend (+ 1%)
Rang innerhalb von 16 OECD-Staaten	4	2	6
OKP-Kosten in % des BIP	3.6%	4.3%	4.6%
Anstieg	–	+ 19%	Seit 2005 keine Zunahme mehr

Quelle: BAG (2011) Statistik der obl. Krankenversicherung 2010, T 9.19



Bedeutung der Sozialen Krankenversicherung

Totalkosten des Gesundheitswesens (Total CH):
61 Mia. Fr. (2010)

Aufteilung nach Direktzahlern (2010):

19% Staat

41% Sozialversicherung oder 25.5 Mia
(KV 24.3 Mia., Rest UVG, IV, Militär)

9% Privatversicherung

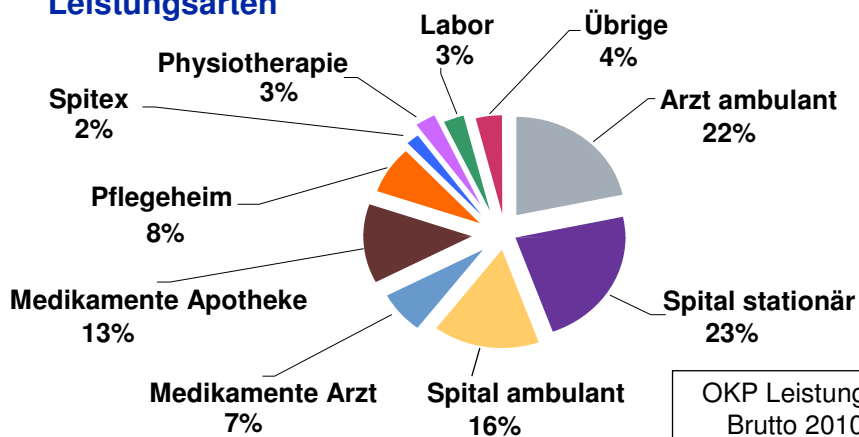
30% Private (d.h. Kostenbeteiligung und out of pocket)

1% andere Quellen

Quelle: BAG (2011) Statistik der obl. Krankenver. 2010, T 9.02 und T 2.14
(Hochrechnung der Konj. Forschungsstelle)



Aufteilung der oblig. Krankenversicherung nach Leistungsarten



OKP Leistungen
Brutto 2010:
24'293 Mio.

Quelle: BAG (2011) Statistik der obl. Krankenver. 2010, Tab. 2.14

06.02.2012

Prof. Dr. Konstantin Beck

Seite 29



KVG Bedeutung

Gesamtkosten OKP inkl. Anteil öffentlicher Hand (Bruttokosten)	32'965 Mio. Fr.
– Out-of-Pocket der Versicherten OKP	2'270 Mio. Fr.
– Kostenbeteiligung der Versicherten OKP	3'155 Mio. Fr.
– Privatversicherung	310 Mio. Fr.
Nettokosten OKP	27'230 Mio. Fr.
Kosten getragen von den Krankenversicherern	19'477 Mio. Fr.
Kosten getragen von der öffentlichen Hand	7'753 Mio. Fr.

Quelle: INFRAS 2010, Finanzströme der OKP, Zürich (Angaben: 2007)

06.02.2012

Prof. Dr. Konstantin Beck

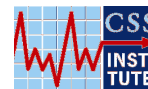
Seite 30



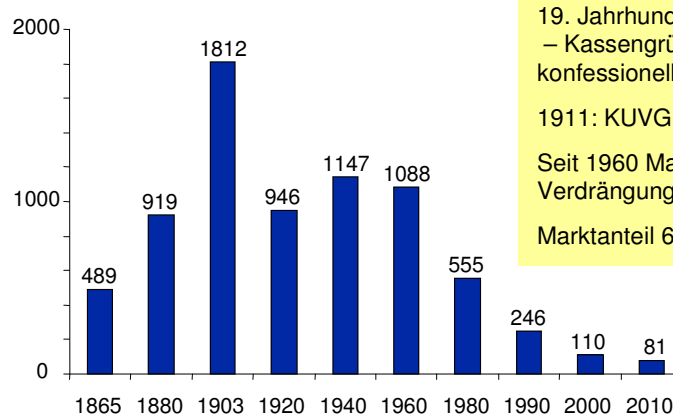
Entwicklung der Finanzierungsströme (CH)

(in Mia. CHF.)	1997	2006	Wachstum
Totale Kosten des Gesundheitswesens	38.2	52.8	38.2%
Obligatorische Krankenpflegeversicherung	9.8	16.0	63.3%
Private Haushalte	20.1	29.8	48.3%
<i>Privater Konsum</i>	9.6	11.5	19.8%
Kostenbeteiligung bei Versicherung	1.9	3.1	63.2%
<i>Private Zusatzversicherungen VVG</i>	5.0	5.6	12.0%
Bund, Kanton, Gemeinde	5.9	8.5	44.1%
Bruttoinlandprodukt	371.4	486.2	30.9%

Quelle: BAG (2008) Statistik der obl. Krankenversicherung 2007, Tabelle 9.06 und BFS, Jahrbuch der Schweiz



Marktentwicklung / Anzahl Krankensicherer



19. Jahrhundert – Industrialisierung
– Kassengründung – politisch/
konfessionelle Bindung

1911: KUVG mit Bundessubv.

Seit 1960 Marktsättigung &
Verdrängungswettbewerb

Marktanteil 6 Grosse: ~ 60% (2005)

Quelle: B. Degen (2011): Hist. Lexikon der Schweiz, Krankenkassen, www.hls-dhs-dss.ch
Wert 2010: BAG, Statistik der obl. Krankenversicherung, Tab. A5.