

Was leistet unser Gesundheitswesen?

Die Plaut-Studie aus ökonomischer Sicht

P. Zweifel, H. Telsler

In der gesundheitspolitischen Diskussion stehen meist die Kosten und nicht der Nutzen im Zentrum. Dabei besteht ein enger Zusammenhang: Die Reduktion der Gesundheitskosten geht meist einher mit einem Nutzenverlust. Ziel der Plaut-Studie ist es, herauszufinden, wie Nutzeneinbussen akzeptiert werden, wenn sie gleichzeitig mit einer Reduktion der Prämien kompensiert werden. Gefragt wurde nach dem Nutzenverlust, der sich durch Einschränkung des Leistungspakets der obligatorischen Grundversicherung ergeben würde.

Am grössten wäre der Nutzenverlust der Befragten bei einer Einschränkung der freien Arztwahl, nämlich durchschnittlich 103 Franken monatlich. Eine Kompensation von 65 Franken müsste garantiert sein, damit zwei Jahre lang auf neue Methoden und Medikamente verzichtet würde und mit 37 Franken müsste die Einschränkung der Spitalwahl abgegolten werden. Die Einschränkung der Medikamentenwahl mittels Generika und Verzicht auf Bagatellmedikamente wären dagegen besser akzeptiert.

Die Präferenzunterschiede zwischen den Befragten waren jedoch gross. Dies legt nahe, mit der flexibleren Gestaltung der Krankenversicherung fortzufahren und den Patienten massgeschneiderte Lösungen anzubieten.

Was ist das Besondere an dieser Studie?

Verfolgt man die politische Diskussion um das Schweizer Gesundheitswesen, fällt auf, dass beinahe immer die Kosten im Zentrum stehen. Man spricht von der Kostenexplosion im Gesundheitswesen, und im Parlament werden Reformvorschläge zur Kostenreduktion diskutiert. Vergessen wird dabei meistens, dass den Kosten auch ein Nutzen gegenübersteht. Reformvorschläge, die zum Ziel haben, die Gesundheitskosten zu reduzieren, sind typischerweise mit einer Nutzeneinbusse für die Bevölkerung verbunden, da gewisse Leistungen nicht mehr oder in eingeschränkter Form nachgefragt werden können. Wissen um den Nutzen aus Gesundheitsleistungen und dessen Veränderung bei Einschränkungen oder Ausweitungen ist somit von zentraler Bedeutung für rationale Entscheidungen in der Gesundheitspolitik.

Untersuchungen zur Einstellung der Bevölkerung eines Landes zu ihrem Gesundheitswesen gibt es viele. Als Basis für gesundheitspolitische Entscheidungen sind sie jedoch von beschränktem Wert. Ein einfaches Beispiel möge dies veranschaulichen: 80% der Befragten sollen angeben, die freie Arztwahl sei ihnen wichtig,

und 60% sollen sich gegen die Vorschrift aussprechen, vor einem Spitaleintritt stets eine Zweitmeinung einzuholen. Der Schluss liegt nahe, dass eine Versorgungsform, welche diese beiden Elemente kombiniert, in der Schweiz chancenlos sei. Tatsächlich wählen aber knapp 10% der Versicherten mit der Health Maintenance Organization (HMO) freiwillig eine Versorgungsform, welche üblicherweise diese beiden Einschränkungen kombiniert.

Was die erhobenen Einstellungen vernachlässigen, ist die Tatsache, dass Einschränkungen auch im Gesundheitswesen auf Akzeptanz stossen, wenn sie entsprechend kompensiert werden. Das Besondere an der vorliegenden Studie besteht nun darin, dass sie mittels der Methode der Marktexperimente die verschiedenen möglichen Einschränkungen immer auch mit einer Kompensation in Form reduzierter Krankenversicherungsprämien in Verbindung bringt.

Untersucht wurden folgende Änderungen des Leistungspakets der obligatorischen Grundversicherung:

- *Einschränkung der freien Arztwahl:* Es werden nur Leistungen von Ärzten vergütet, die auf einer Liste stehen. Die Liste wird vom Versicherer nach Kosten-, Qualitäts- oder Effizienzkriterien jährlich erstellt;
- *verzögerter Zugang zu neuen Methoden und Medikamenten:* Die ersten zwei Jahre werden neue Therapie- und Diagnosemethoden sowie neue Medikamente nicht vergütet. In dieser Zeit kommen bereits bestehende Methoden und Medikamente zum Einsatz;
- *Einschränkung der Medikamentenwahl:* Verzicht auf Originalpräparate zugunsten von Generika, falls solche vorhanden sind, oder Verzicht auf Medikamente gegen Bagatellkrankungen;
- *Einschränkung der Spitalwahl:* Reduzierte Spitalliste ohne kleine, lokale Spitäler, welche geschlossen und zu Zentrumsspitalern zusammengefasst werden;
- *Einführung einer altersabhängig finanzierten Pflegeversicherung:* Alle Pflegekosten werden erstattet. Personen über 50 Jahre müssen eine Zusatzprämie von Fr. 50.– pro Monat bezahlen.

Korrespondenz:
Prof. Dr. Peter Zweifel
Universität
Sozialökonomisches Institut
Hottingerstrasse 10
CH-8032 Zürich

Hohe Kompensationsforderungen im Durchschnitt, geringere für Untergruppen

Abbildung 1 zeigt im Überblick die Resultate für die untersuchten Reformvorschläge.

Besonders hoch, nämlich mit durchschnittlich Fr. 103.– monatlich, müssten die Versicherten kompensiert werden, damit sie auf einen Versicherungsvertrag übergehen, bei dem eine Ärzteliste rein nach Kostenkriterien zusammengestellt würde. Der Nutzenverlust und damit die Kompensationsforderung reduziert sich auf etwa die Hälfte, wenn die Ärzteliste nach Qualitäts- (Fr. 53.–) oder Effizienzkriterien (Fr. 42.–) anstatt lediglich Kostenüberlegungen erstellt würde. Ebenfalls eine hohe Kompensation von Fr. 65.– müsste den Versicherten durchschnittlich gewährt werden, damit sie zwei Jahre lang auf neue Methoden und Medikamente verzichten würden.

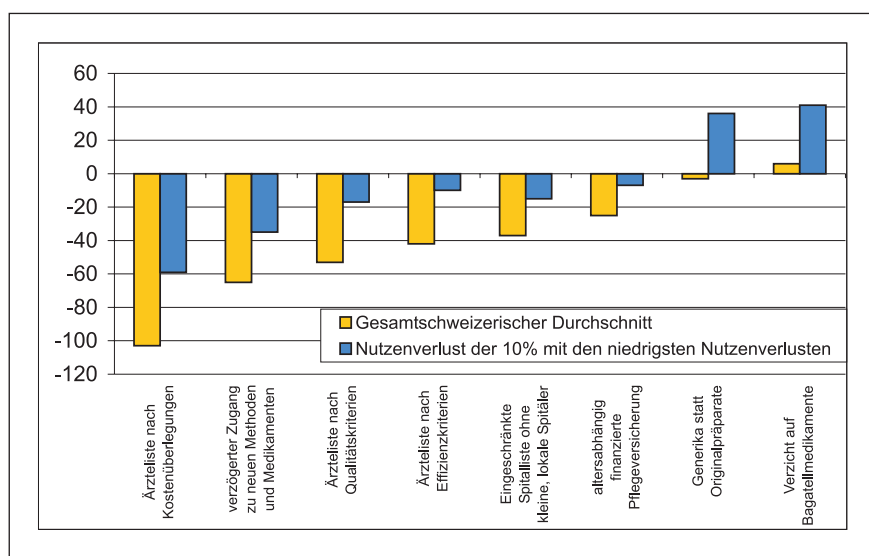
Der Nutzenverlust aus einer Einschränkung der Spitalwahl mit Verzicht auf kleine, lokale Spitäler ist ungefähr gleich gross wie bei einer Ärzteliste nach Effizienzkriterien (Fr. 37.–). Die Einschränkung der Medikamentenwahl mittels Generika und Verzicht auf Bagatellmedikamente wäre hingegen leichter akzeptiert. Der Ersatz von Originalpräparaten durch Generika müsste nur gerade mit Fr. 3.– kompensiert werden, und beim Verzicht auf Medikamente gegen Bagatellerkrankungen resultiert sogar ein kleiner Nutzen Gewinn. Dabei könnte es sich um einen sogenannten «Warm-Glow-Effekt» handeln: Personen haben einen Nutzen aus der Tatsache, dass sie sich einschränken, wenn sie dabei glauben, etwas Gutes zu tun.

Im vorliegenden Fall könnte dieser Effekt auftreten, wenn die befragten Personen das Gefühl haben, mit ihrem Verzicht auf Bagatellmedikamente einen Beitrag zur Kosteneindämmung im Gesundheitswesen zu leisten. Die altersabhängig finanzierte Pflegeversicherung wird von der Schweizer Bevölkerung mit einem Nutzenverlust von Fr. 25.– in Verbindung gebracht. Dies ist erstaunlich, da die Pflegeversicherung eine Ausweitung des Versicherungsangebotes bedeutet hätte. Es scheint, dass die Finanzierungsvariante, bei der nur über 50jährige einen Zusatzbeitrag bezahlen, für diese Ablehnung verantwortlich ist.

Die bisherige Betrachtung der Durchschnittswerte täuscht darüber hinweg, dass die Nutzenverluste individuell unterschiedlich anfallen. Gewisse Personen sind schon bei geringeren Kompensationen bereit, sich einzuschränken. Die beträchtliche Streuung der Kompensationsforderungen kann man auch in Abbildung 1 erkennen. Sortiert man nämlich aus der Stichprobe jene 10% heraus, welche die geringsten Forderungen stellen, sinken die Werte auf die Beträge, die als kleinere Balken rechts abgetragen sind.

Für eine Ärzteliste nach Kostenkriterien und beim verzögerten Zugang zu neuen Methoden und Medikamenten halbiert sich der Betrag beinahe und kommt noch auf Fr. 59.– bzw. 35.– zu stehen. Bei den übrigen Reformvorschlägen liegen die Kompensationsforderungen dieser Minderheit sogar noch niedriger. So beträgt der Nutzenverlust bei einer Ärzteliste nach Effizienzkriterien noch Fr. 10.– oder bei einer eingeschränkten Spitalwahl noch Fr. 15.– für die untersten 10%. Dies sind geforderte Prämienreduktionen, die manche Krankenversicherer auf einem entsprechenden Vertrag bieten könnten, wenn es ihnen nicht per Verordnung verboten würde.

Abbildung 1
Durchschnittliche Nutzenverluste und 10%-Quantilwerte.



Plädoyer für eine Gesundheitspolitik nach Mass und mit Mass

Die Forderung, «Extrem Lösungen» wie eine rein kostenbasierte Ärzteliste nicht zuzulassen, nimmt solchen Untergruppen die Möglichkeit, nach ihren Präferenzen zu handeln und ein entsprechendes Vertragsangebot überhaupt zu prüfen. Sie zementiert Einheitslösungen, die schlecht zu den eruierten Unterschieden in den verlangten Kompensationen (und damit Präferenzen der Betroffenen) passen. In dieser Situation entstehen Spannungen, weil fast jeder in irgendeiner Beziehung zu einer dieser Untergruppen gehört und dann für sein Geld nicht das eigentlich Gewünschte erhält.

Hier können die Krankenversicherer einen wesentlichen Beitrag leisten, indem sie diese Minderheiten aufspüren und mit entsprechenden Vertragsangeboten und Prämienreduktionen zur freiwilligen Akzeptanz von Einschränkungen bewegen. Niemand wird dazu gezwungen sich einzuschränken, wenn er das Gefühl hat, dadurch schlechtergestellt zu werden. Personen, für die der gewährte Prämienrabatt mehr wert ist als die Einschränkung, können hingegen besser gestellt sein. Ob es sich dabei um «Extremlösungen» handelt, entscheiden die Versicherten. Wirklich falsch positionierte Verträge werden rasch wieder vom Markt verschwinden.

Geld gegen Gesundheit – unethisch?

Gerade Leser aus der Ärzteschaft werden spätestens an diesem Punkt kritisieren, dass die Befragten mit solchen Experimenten vor die unethische Alternative Geld oder Gesundheit gestellt würden. Doch kein Gesundheitswesen der Welt kann die vollkommene Gesundheit garantieren; es kann nur versuchen, einen Beitrag zur Verbesserung der Chancen auf gute Gesundheit zu leisten. Dementsprechend begnügt sich eine richtig verstandene Gesundheitspolitik damit, die Überlebens- und Gesundheitschancen

breiter Bevölkerungsgruppen zu beeinflussen und nicht jeden Einzelfall zu regeln.

Diese Art von Entscheidungen treffen wir alle im täglichen Leben, indem wir z.B. durch überlange Arbeitszeiten, Rauchen oder falsche Ernährung unsere Gesundheit gefährden. Abwägungen, die Überlebens- und Gesundheitschancen beeinflussen, müssen (in der Schweiz nicht zuletzt auch an der Urne) immer wieder vorgenommen werden, und sie bringen niemanden in besondere Bedrängnis. Die Aufgabe der Gesundheitspolitik besteht dann darin, die Rahmenbedingungen für individuelle Entscheidungen zu schaffen.

Von daher sind die hier durchgeführten Marktexperimente unbedenklich. Durch ihre Nähe zum Alltag kommt ihnen auch ein hohes Mass an Glaubwürdigkeit zu. Die festgestellten Präferenzunterschiede legen nahe, auf dem mit dem KVG 94 eingeschlagenen Weg zur flexibleren Gestaltung der Krankenversicherung fortzufahren. Insbesondere sollten die Fesseln der Krankenversicherer gelockert werden, damit sie auch die Möglichkeit haben, innovative und flexible Lösungen anzubieten. Im Gegenzug muss aber auch dafür gesorgt werden, dass die Einheitlichkeit nicht durch eine Absprache der Krankenversicherer z.B. in bezug auf eine gemeinsame Ärzteliste wiederhergestellt wird.