

wirtschaft.

der baz-gast: Professor Reiner Eichenberger*

Tiefere Gesundheitskosten durch tiefere Prämien



Das Parlament debattiert zwar viel über die explodierenden Gesundheitskosten, unternimmt dagegen aber nur wenig Wirksames. Nach jahrelangen Reformdiskussionen hat es gerade beschlossen, den Risikoausgleich zwischen den Kassen und den Ärztestopp unverändert zu verlängern. Reform durch Fortschreibung des Status quo! Doch das bewegt höchstens die Preise für alte Arztpraxen und die Löhne von Praxisassistenten.

PRÄMIEN SENKEN. Wenn junge Ärzte an lukrativen Standorten keine neuen Praxen mehr gründen, sondern nur noch bestehende Praxen übernehmen dürfen, können ihre pensionierungswilligen Kollegen höhere Preise für ihre alten Praxen verlangen oder junge «Nachfolger in spe» zu tieferen Löhnen als Assistenten arbeiten lassen. Zu befürchten bleibt, dass junge Ärzte nach der Entrichtung solcher Eintrittspreise noch weniger motiviert sind, in ihrer Tätigkeit privaten Profit gesellschaftlichen Sparzielen unterzuordnen. Die Ratlosigkeit unserer Räte ist unverständlich. Denn es gibt eine Massnahme, die allen nützt und nur Vorteile hat: Einfach die Prämien senken. Genauer, die Prämien der Alten in besonders kostensparenden Versicherungsmodellen. Wie kann das funktionieren?

BUDGETVERANTWORTUNG ÜBERNEHMEN. Die Gesundheitssystemexperten sind sich einig, dass die Kosten nur kontrolliert werden können, wenn die Ärzte Budgetverantwortung übernehmen müssen. Erst wenn sie nicht mehr an jeder einzelnen Leistung verdienen, sondern wie in einer HMO (Health Maintenance Organization) pauschal pro Patient entschädigt werden, haben sie wirksame Anreize, die Patienten nicht überzuversorgen. Wissenschaftliche Analysen finden ein Sparpotenzial von 30 bis 50% – bei gleicher Behandlungsqualität. Tatsächlich soll auch die Aufhebung des Vertragszwangs, auf die viele Politiker ihre letzte Hoffnung setzen, HMOs und andere Anreizmodelle fördern. Doch sie alleine kann dies nicht. Tatsächlich dürfen die Versicherer schon heute solche effizienten Modelle anbieten, aber trotzdem entwickeln sich die HMOs nur langsam. Weshalb? Heute verbietet das Gesetz den Krankenkassen, den Versicherten wirksame Anreize zu bieten, in kostensparende Versicherungsmodelle zu wechseln. Denn erstens müssen die Prämien für alle Versicherten eines Modells einheitlich sein. Zweitens dürfen sie um höchstens 20% unter den Prämien der normalen Grundversicherung liegen, trotz viel höherem Einsparpotenzial. Damit können Kassen bei der heutigen Grundprämie von durchschnittlich gut 250 Fr. den Versicherten höchstens 50 Fr.

als Anreiz für den Eintritt in kostensparende Modelle geben. Das ist aber für ältere Menschen, die öfter zum Arzt müssen, viel zu wenig. Denn die mit kosteneffizienten Versicherungsmodellen verbundene Einschränkung der Arztwahl ist für sie besonders belastend. Deshalb treten vor allem Gesunde in effizienzorientierte Versicherungsmodelle ein. Da diese aber sowieso nur wenig Leistungen konsumie-

Die Kassen müssen die Prämien für Alte, Kranke und auch Frauen in den alternativen Modellen tiefer ansetzen dürfen als für Gesunde, Junge und Männer.

ren, kann an ihnen kaum etwas gespart werden. Deshalb blieben die Einsparungen der HMO bisher weit unter dem realen Sparpotenzial.

ATTRAKTIVITÄT STEIGERN. Eine erfolgreiche Reform muss die kostensparenden Modelle auch für überdurchschnittlich oft kranke Menschen attraktiv machen. Dazu müssen die Kassen die Prämien für Alte, Kranke und auch Frauen in den alternativen Modellen tiefer ansetzen

dürfen als für Gesunde, Junge und Männer. So können sie den Versicherten eine ihrem Sparbeitrag äquivalente Entschädigung für die Unannehmlichkeiten bieten, die sie durch die freiwillige Beschränkung ihrer Arztwahl erfahren. Das vorgeschlagene Modell – nennen wir es «Äquivalenzprämie» – ist besonders effizient und gerecht, denn es entlastet die besonders stark von Krankheit betroffenen Gruppen, ohne andere zusätzlich zu belasten. Dank dem grossen Sparpotenzial bleibt selbst bei grossen Prämienachlässen für die Alten und Kranken ein Überschuss, der für die Senkung der Prämien der Jungen verwendet werden kann. Und die Versicherer können auch bei sehr tiefen HMO-Prämien noch an den Alten verdienen, da sie für diese «schlechten Risiken» aus dem Risikoausgleich zwischen den Kassen entschädigt werden. Die Äquivalenzprämie könnte sofort umgesetzt werden. Sie funktioniert auch mit dem heutigen Risikoausgleich und wirkt unabhängig von weiteren komplexen Neuerungen. Gleichzeitig wird sie durch andere Reformen nicht überflüssig. Vielmehr ist sie eine entscheidende Ergänzung zur Aufhebung des Vertragszwangs und würde nur noch wirksamer, wenn der Risikoausgleich auch die frühere Krankengeschichte der Versicherten berücksichtigen würde.

* Reiner Eichenberger ist Wirtschaftsprofessor an der Universität Fribourg

wirtschaft.

der baz-gast: Professor Reiner Eichenberger*

Tiefere Gesundheitskosten durch tiefere Prämien



Das Parlament debattiert zwar viel über die explodierenden Gesundheitskosten, unternimmt dagegen aber nur wenig Wirksames. Nach jahrelangen Reformdiskussionen hat es gerade beschlossen, den Risikoausgleich zwischen den Kassen und den Ärztestopp unverändert zu verlängern. Reform durch Fortschreibung des Status quo! Doch das bewegt höchstens die Preise für alte Arztpraxen und die Löhne von Praxisassistenten.

PRÄMIEN SENKEN. Wenn junge Ärzte an lukrativen Standorten keine neuen Praxen mehr gründen, sondern nur noch bestehende Praxen übernehmen dürfen, können ihre pensionierungswilligen Kollegen höhere Preise für ihre alten Praxen verlangen oder junge «Nachfolger in spe» zu tieferen Löhnen als Assistenten arbeiten lassen. Zu befürchten bleibt, dass junge Ärzte nach der Entrichtung solcher Eintrittspreise noch weniger motiviert sind, in ihrer Tätigkeit privaten Profit gesellschaftlichen Sparzielen unterzuordnen. Die Ratlosigkeit unserer Räte ist unverständlich. Denn es gibt eine Massnahme, die allen nützt und nur Vorteile hat: Einfach die Prämien senken. Genauer, die Prämien der Alten in besonders kostensparenden Versicherungsmodellen. Wie kann das funktionieren?

BUDGETVERANTWORTUNG ÜBERNEHMEN. Die Gesundheitssystemexperten sind sich einig, dass die Kosten nur kontrolliert werden können, wenn die Ärzte Budgetverantwortung übernehmen müssen. Erst wenn sie nicht mehr an jeder einzelnen Leistung verdienen, sondern wie in einer HMO (Health Maintenance Organization) pauschal pro Patient entschädigt werden, haben sie wirksame Anreize, die Patienten nicht überzuversorgen. Wissenschaftliche Analysen finden ein Sparpotenzial von 30 bis 50% – bei gleicher Behandlungsqualität. Tatsächlich soll auch die Aufhebung des Vertragszwangs, auf die viele Politiker ihre letzte Hoffnung setzen, HMOs und andere Anreizmodelle fördern. Doch sie alleine kann dies nicht. Tatsächlich dürfen die Versicherer schon heute solche effizienten Modelle anbieten, aber trotzdem entwickeln sich die HMOs nur langsam. Weshalb? Heute verbietet das Gesetz den Krankenkassen, den Versicherten wirksame Anreize zu bieten, in kostensparende Versicherungsmodelle zu wechseln. Denn erstens müssen die Prämien für alle Versicherten eines Modells einheitlich sein. Zweitens dürfen sie um höchstens 20% unter den Prämien der normalen Grundversicherung liegen, trotz viel höherem Einsparpotenzial. Damit können Kassen bei der heutigen Grundprämie von durchschnittlich gut 250 Fr. den Versicherten höchstens 50 Fr.

als Anreiz für den Eintritt in kostensparende Modelle geben. Das ist aber für ältere Menschen, die öfter zum Arzt müssen, viel zu wenig. Denn die mit kosteneffizienten Versicherungsmodellen verbundene Einschränkung der Arztwahl ist für sie besonders belastend. Deshalb treten vor allem Gesunde in effizienzorientierte Versicherungsmodelle ein. Da diese aber sowieso nur wenig Leistungen konsumieren,

Die Kassen müssen die Prämien für Alte, Kranke und auch Frauen in den alternativen Modellen tiefer ansetzen dürfen als für Gesunde, Junge und Männer.

ren, kann an ihnen kaum etwas gespart werden. Deshalb blieben die Einsparungen der HMO bisher weit unter dem realen Sparpotenzial.

ATTRAKTIVITÄT STEIGERN. Eine erfolgreiche Reform muss die kostensparenden Modelle auch für überdurchschnittlich oft kranke Menschen attraktiv machen. Dazu müssen die Kassen die Prämien für Alte, Kranke und auch Frauen in den alternativen Modellen tiefer ansetzen

dürfen als für Gesunde, Junge und Männer. So können sie den Versicherten eine ihrem Sparbeitrag äquivalente Entschädigung für die Unannehmlichkeiten bieten, die sie durch die freiwillige Beschränkung ihrer Arztwahl erfahren. Das vorgeschlagene Modell – nennen wir es «Äquivalenzprämie» – ist besonders effizient und gerecht, denn es entlastet die besonders stark von Krankheit betroffenen Gruppen, ohne andere zusätzlich zu belasten. Dank dem grossen Sparpotenzial bleibt selbst bei grossen Prämienachlässen für die Alten und Kranken ein Überschuss, der für die Senkung der Prämien der Jungen verwendet werden kann. Und die Versicherer können auch bei sehr tiefen HMO-Prämien noch an den Alten verdienen, da sie für diese «schlechten Risiken» aus dem Risikoausgleich zwischen den Kassen entschädigt werden. Die Äquivalenzprämie könnte sofort umgesetzt werden. Sie funktioniert auch mit dem heutigen Risikoausgleich und wirkt unabhängig von weiteren komplexen Neuerungen. Gleichzeitig wird sie durch andere Reformen nicht überflüssig. Vielmehr ist sie eine entscheidende Ergänzung zur Aufhebung des Vertragszwangs und würde nur noch wirksamer, wenn der Risikoausgleich auch die frühere Krankengeschichte der Versicherten berücksichtigen würde.

* Reiner Eichenberger ist Wirtschaftspräsident an der Universität Fribourg