Der Trend zur Zuzahlung: Wie viel darf und wie viel soll den Bürger seine Gesundheit kosten?

Wort & Bild Verlag
Seminar
Baierbrunn, 21.11.2008

Prof. Dr. Jonas Schreyögg

Fachgebiet Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin/ Centre for Primary Care and Outcomes Research, Stanford University

Ökonomische Begründung für mehr Eigenverantwortung

Moral Hazard

Schadenswahrschein-lichkeit vor Schadenseintritt (Ex-ante-Moral Hazard)

- **zu wenig Prävention**
- **Leichtsinn**
- **gesundheitsgefährdender Lebensstil**

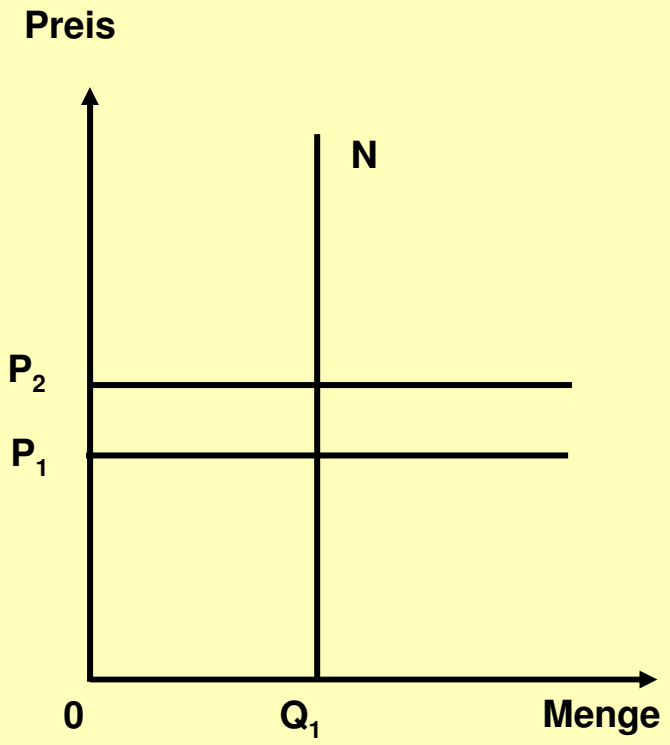
bei Schadenseinritt

- **Vortäuschung von Krankheit**

Schadenshöhe nach Schadenseintritt (Ex-post-Moral Hazard)

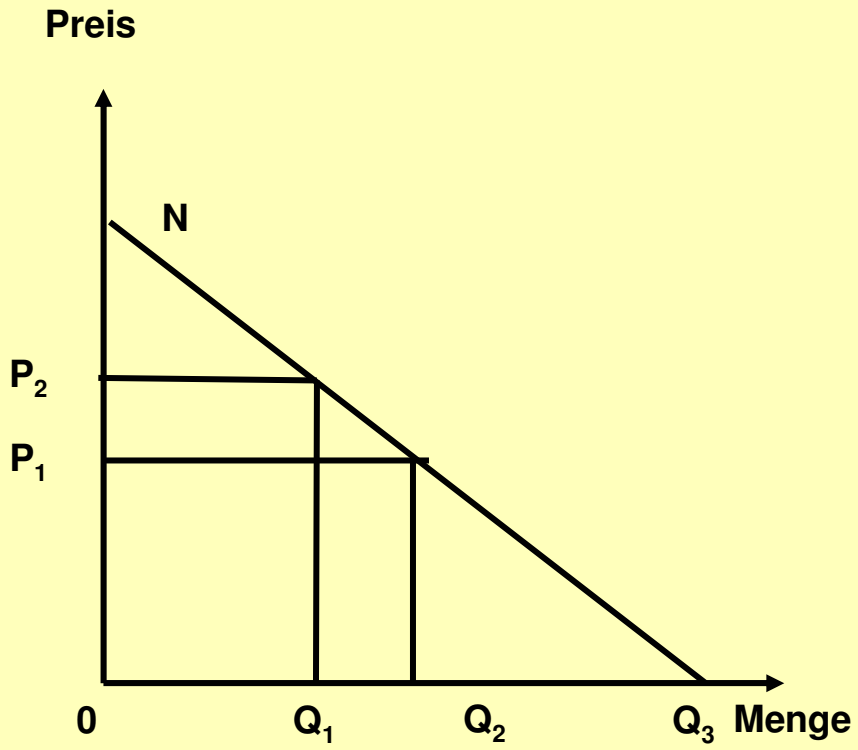
- **Inkaufnahme übermäßig hoher Aufwendungen zur Wiederherstellung der Gesundheit**
- **Vollkaskomentalität/ fehlendes Kostenbe-wusstsein**

Preiselastizität der Nachfrage



I: unelastische Nachfrage

- Tarif mit Selbstbehalt hat reine Finanzierungsfunktion



II: elastische Nachfrage

- Tarif mit Selbstbehalt hat Steuerungs- und Finanzierungsfunktion

Die Preiselastizität von Gesundheitsleistungen

- Studien zeigen, dass die Nachfrage ohne Vollversicherung insbesondere nach nicht unmittelbar lebensnotwendigen Gesundheitsleistungen zurückgeht

- Keeler et al. (1998) zeigen sogar, dass die jährlichen Ausgaben pro Person bei einer Vollversicherung 75% höher sind als bei Personen ohne Versicherung

- Preiselastizität ambulanter Gesundheitsleistungen ist höher als die stationärer (z.B. Keeler et al. 1998)

Die Preiselastizität von Gesundheitsleistungen

	Outpatient			Total Demand			
Coinsurance Range	**Acute**	**Chronic**	**Well**	**Total Outpatient**	**Hospital**	**Total Medical**	**Dental**
0%-25%	**-0.16**	**-0.20**	**-0.14**	**-0.17**	**-0.17**	**-0.17**	**-0.12**
25%-95%	**-0.32**	**-0.23**	**-0.43**	**-0.31**	**-0.14**	**-0.22**	**-0.39**

Quelle: Keeler et al. 1998.

-> Um Moral Hazard zu minimieren sollte bei der Wahl der Finanzierungsformen zwischen der Elastizität verschiedener Nachfragebereiche differenziert werden

Mehr Eigenverantwortung als Lösung

Direkte Formen der Eigenverantwortung

- Prozentuale Selbstbeteiligung, z.B. Zuzahlungen
- fixe Selbstbeteiligung, z.B. Gebühr pro Arztbesuch
- fixer Selbstbehalt pro Jahr oder Quartal, wie bei PKV
- Trennung von Grund- und Wahlleistungen
- Gesundheitssparkonten/Medical Savings Accounts

Indirekte Formen der Eigenverantwortung

- Eingrenzung des Leistungskatalogs, z.B. keine Erstattung von versicherungsfremden Leistungen
- Positiv- bzw. Negativlisten
- Festbeträge

Internationale Evidenz zu Zuzahlungen

Der überwiegende Teil der Studien zeigt einen deutlichen Rückgang der Nachfrage d.h. der Arztkontakte:

- Cherkin et al (1990): Zuzahlung von US$5
  -> Rückgang der Arztkontakte um 14%
- Scitovsky and McCall (1977): 25% Zuzahlung im ambulanten Bereich
  -> Rückgang der Arztkontakte um 24%

Aber, einige Studien zeigen auch, dass das Design der Zuzahlungen besonders wichtig ist, da ansonsten best. Gruppen ausgegrenzt werden:

- Beck and Horne (1980) and Manning et al (1987): ältere Menschen und Menschen mit geringem Einkommen
- Elofsson et al (1998): besonders arme Bevölkerungsteile

Winkelmann Studie zur Erhöhung von Arzneimittelzuzahlungen

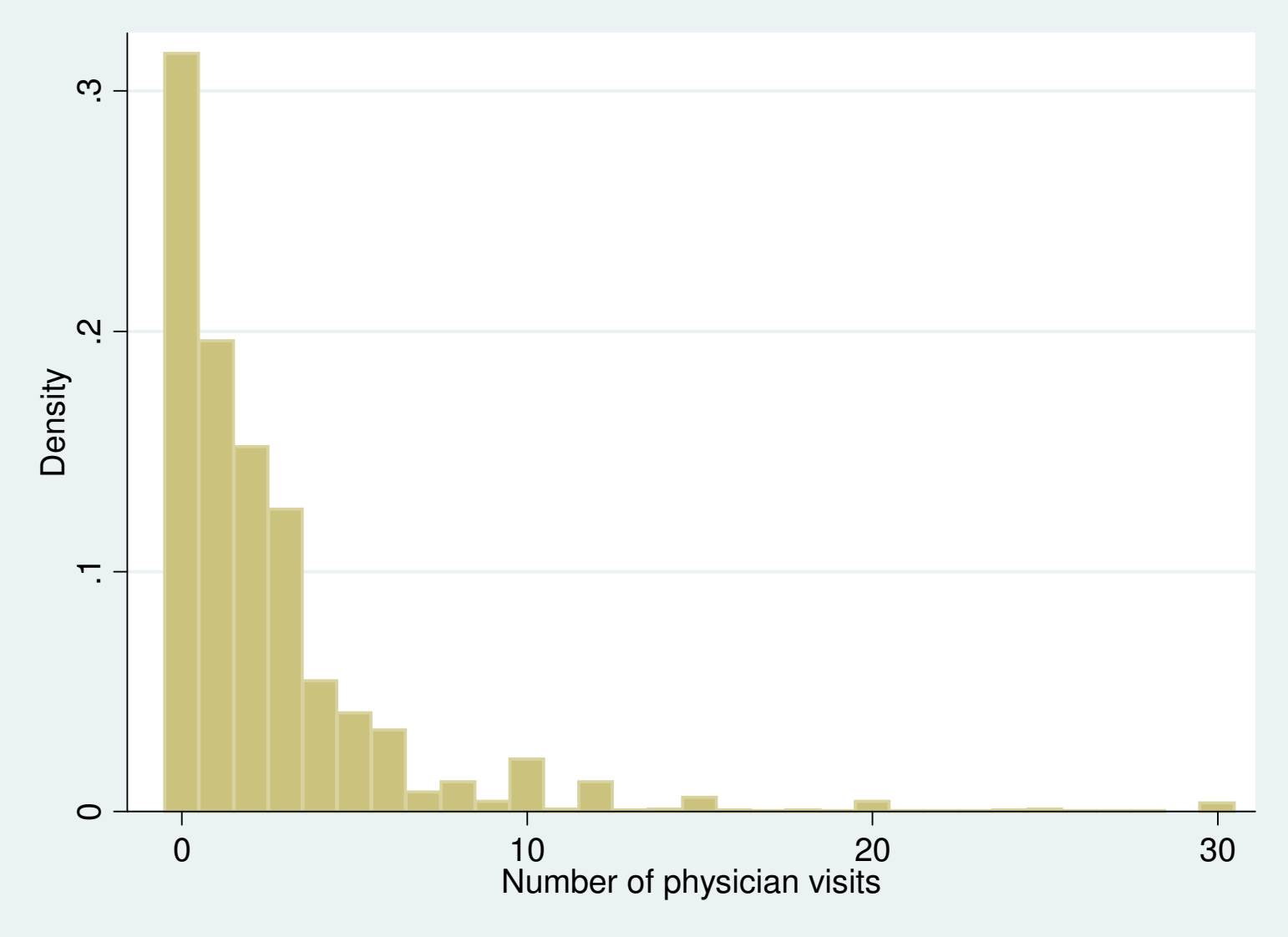
- Erhöhung der Zuzahlungen für verschreibungspflichtige Arzneimittel um 6 DM im Jahre 1997 (d.h. auf 9 DM,11 DM und 13 DM)
- Studie zur Wirkung Zuzahlungserhöhung auf die Anzahl der Arztbesuche
- Berechnungen basierend auf dem Sozioökonomischen Panel des DIW
- Vergleich: 1995-1996 und 1998-1999/ GKV vs. PKV
- Ergebnisse: Erhöhung der Zuzahlungen hat die Zahl Arztbesuche signifikant um ca. 10% reduziert

Quelle: Winkelmann (2004)

TU Berlin/DIW Studie zur Praxisgebühr

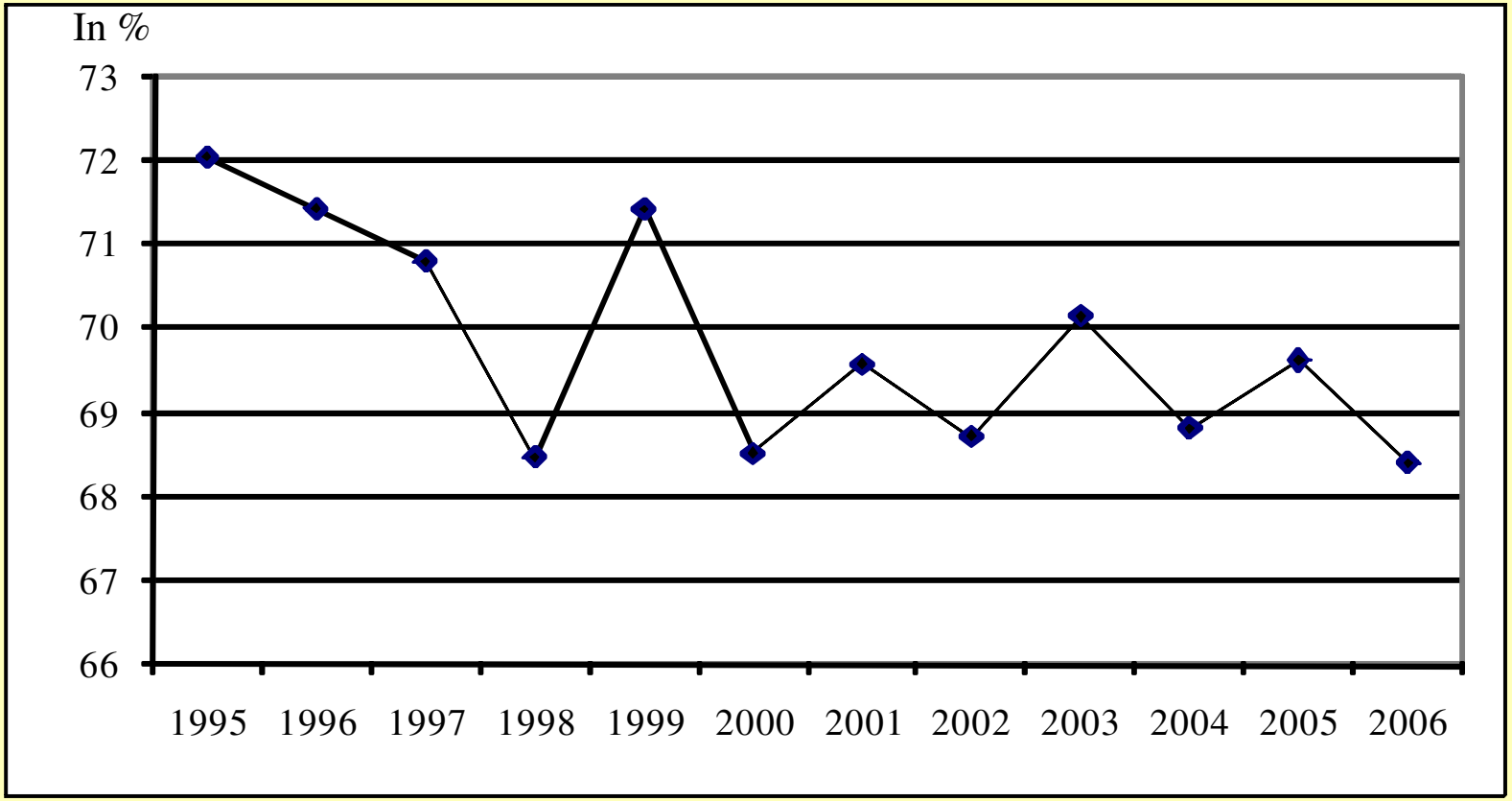
- Im Januar 2004 wurde Praxisgebühr von €10 für den ersten Arztkontakt pro Quartal eingeführt
- Ausnahmen: best. präventive Leistungen/ Personen unter 18/ über 2% des lebensnotwendigen Einkommens (bei Chronikern 1%)
- Hintergrund waren hohe Arztkontaktzahlen in Deutschland: Deutschland 10.0, EU-15: 6.8 (in 2006, jeweils pro Person und Jahr)
- Ziel der Praxisgebühr: zusätzlich zum Finanzierungseffekt sollte ein Steuerungseffekt bewirkt werden, d.h. es sollten unnötige Arztbesuche reduziert werden
- Studienziel: Untersuchung Wirkung der Praxisgebühr auf die Arztkontaktzahl /Berechnung auf Grundlage des Sozioökonomischen Panels des DIW

Verteilung der Arztbesuche in Deutschland



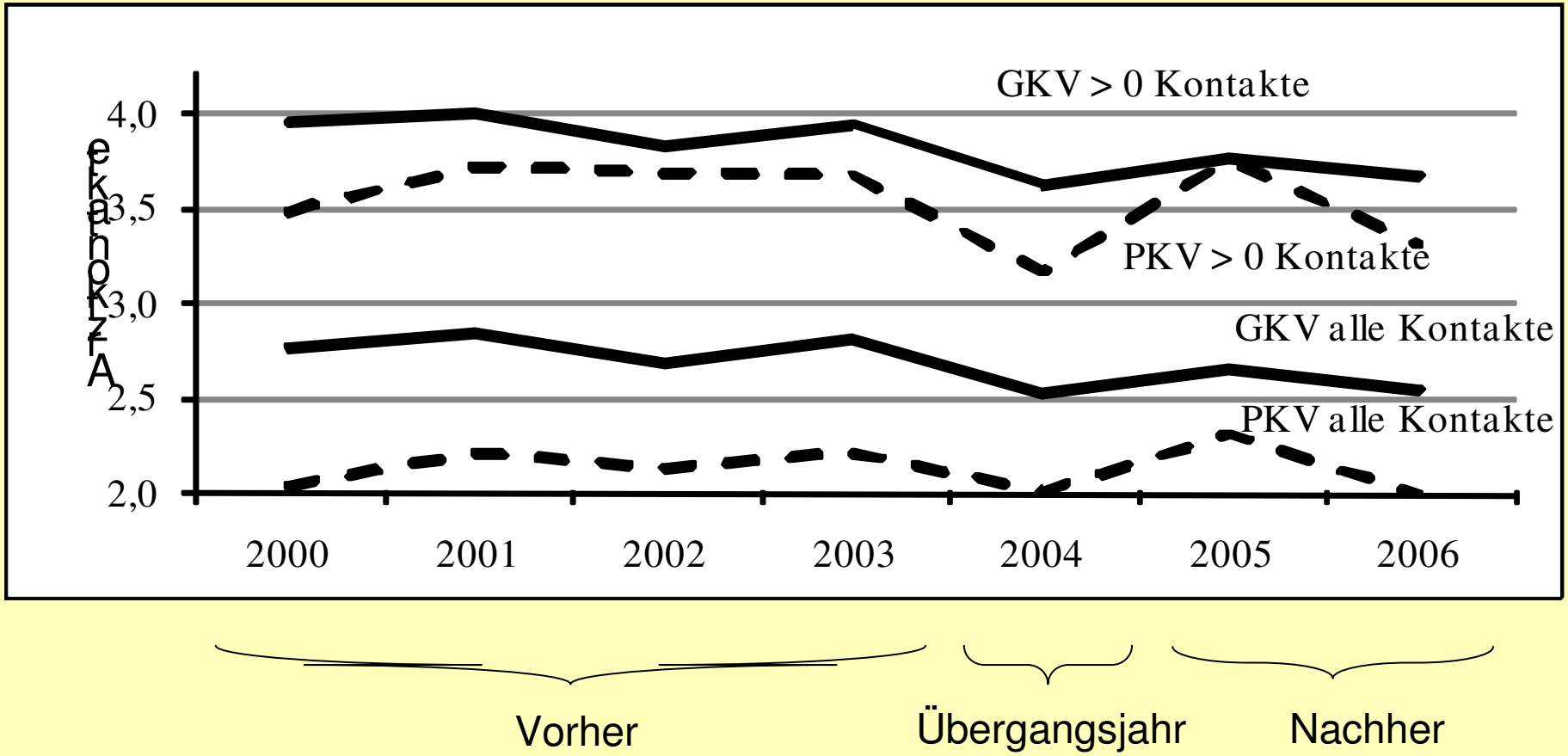
Quelle: Schreyögg und Grabka (2008)

Wie viele Leute gehen überhaupt zum Arzt?



Quelle: Schreyögg und Grabka (2008)

Vergleich der Arztbesuche zwischen PKV-Versicherten und den GKV-Versicherten (ohne Zuzahlungsbefreiung)



Ergebnisse TU Berlin/DIW Studie

- Kein signifikanter Rückgang der Arztbesuche durch Praxisgebühr feststellbar (nur 2-5%) /starker Rückgang nur vorübergehend in 2004
- Keine Evidenz für weniger Arztbesuche bei Personen mit geringem Einkommen, staatliche Transferempfänger oder chronisch Kranke

-> Design der Praxisgebühr ist falsch/zu vorsichtig und hat deshalb keinen Effekt

1) Gebühr müsste pro Arztbesuch sein z.B. €5 und nicht pro Quartal -> ähnlich Studie Cherkin
2) Befreiungsregelung sollte beibehalten werden

Quelle: Schreyögg und Grabka (2008)

Das Gesundheitssystem Singapurs

- Singapur hat einzigartiges Gesundheitssystem, das traditionell auf Eigenverantwortung setzt
- Anteil der Gesundheitsausgaben beträgt nur 4% des BIP/ während die meisten anderen Industrieländer das zwei- oder dreifache für Gesundheit ausgeben
- Lebenserwartung (79 bzw. 84 Jahre), Säuglings-sterblichkeit (2,29/1000) und die meisten anderen Gesundheitsindikatoren sind besser als in den meisten anderen Industrieländern

-> WHO Ranking 2000: Singapur Platz 6/ Deutschland Platz 25

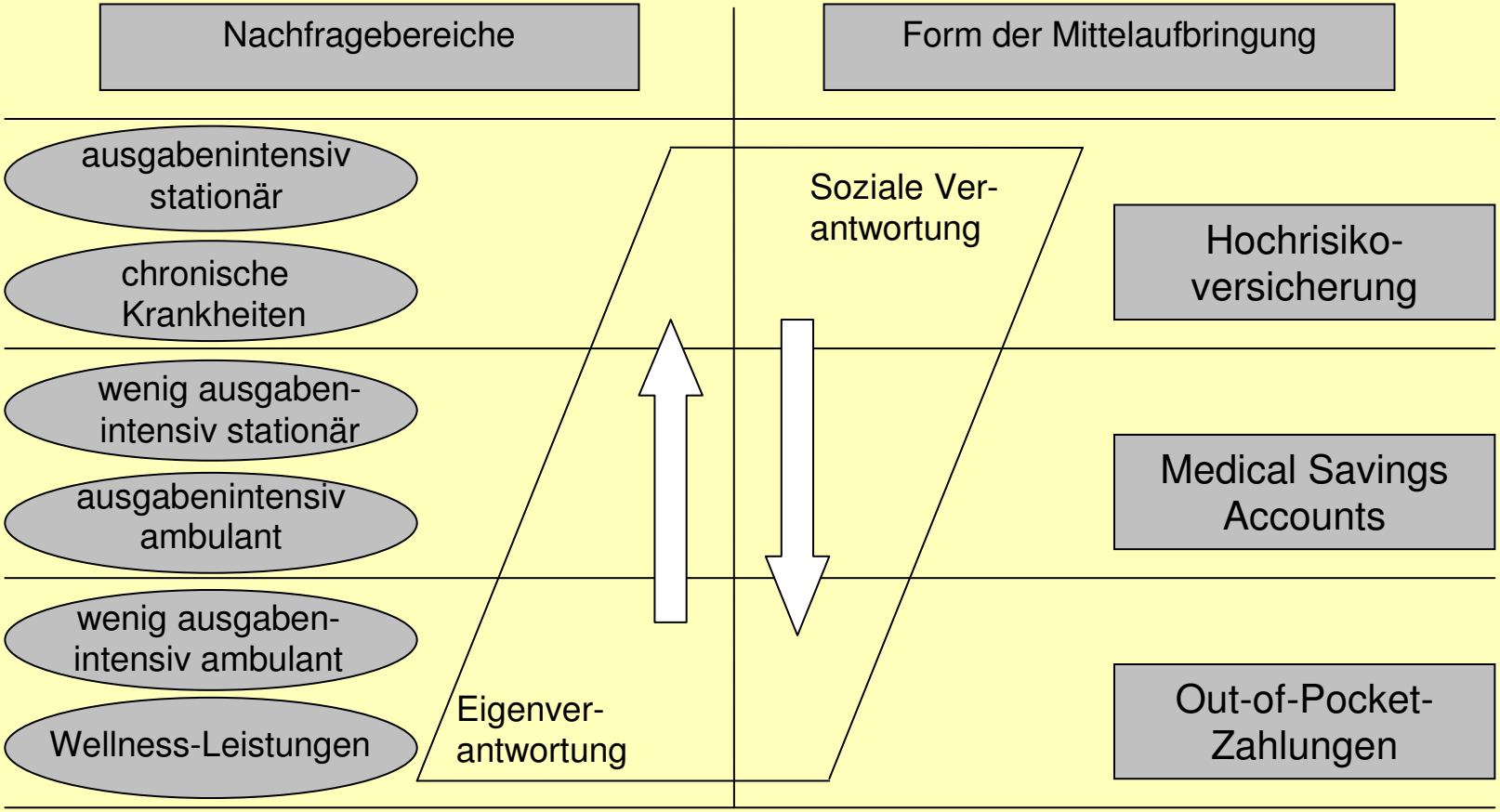
Quelle: Schreyögg (2004)

Differenzierung von Nachfragebereichen in Singapur

Nachfrage-bereiche / Kriterien	Nachfrage-bereich 1: ausgabenintensiv stationär/ chronische Krankheiten	Nachfrage-bereich 2: wenig ausgaben-intensiv stationär/ ausgabenintensiv ambulant	Nachfrage-bereich 3: wenig ausgaben-intensiv ambulant/ Wellness-Leistungen
Elastizität	gering	mittel	hoch
Finanzielles Risiko	hoch	mittel	gering
Verfügbarkeit von Ressourcen	sehr wichtig	wichtig	weniger wichtig
	↓	↓	↓
	Hochrisiko-versicherung	Medical Savings Accounts	Out-of-pocket

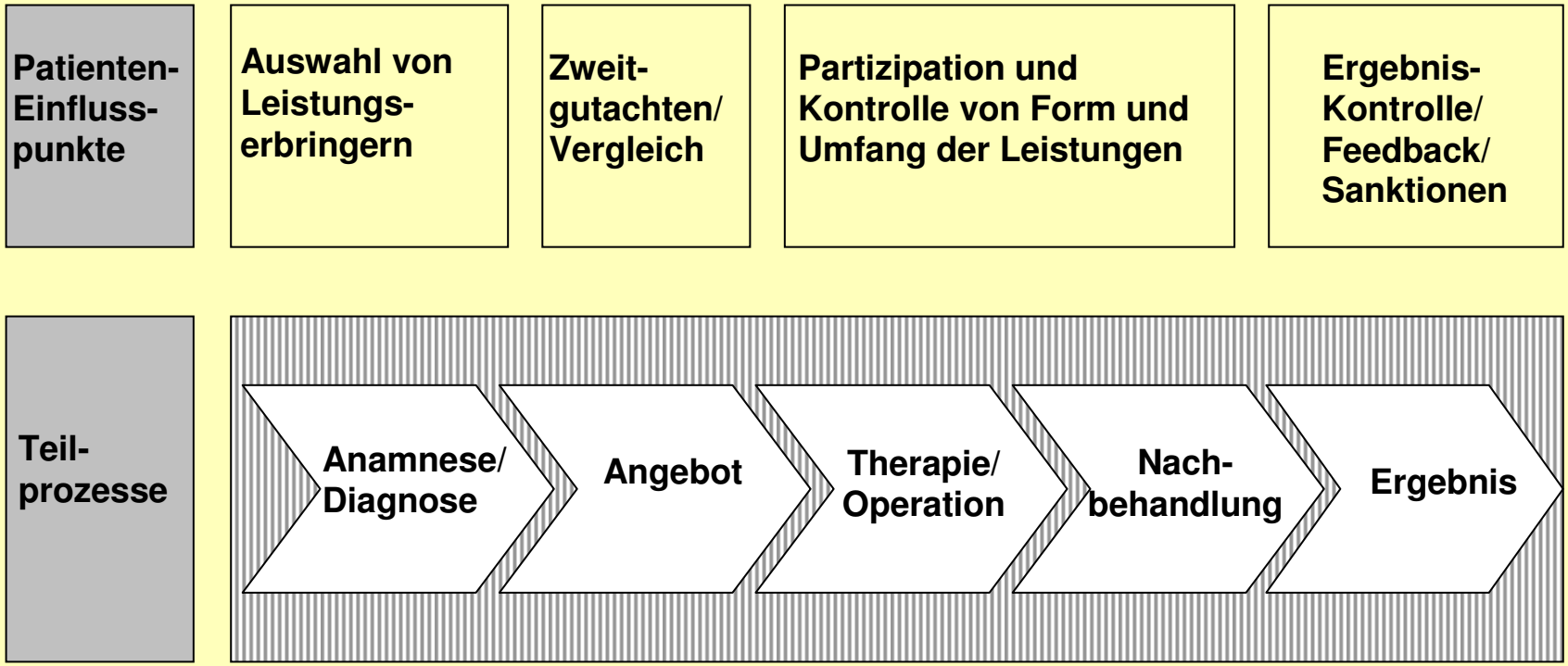
Quelle: Schreyögg (2004)

Zuordnung der Finanzierungsformen



Quelle: Schreyögg (2004)

Steuerung des Behandlungsprozesses durch den Patienten in Singapur

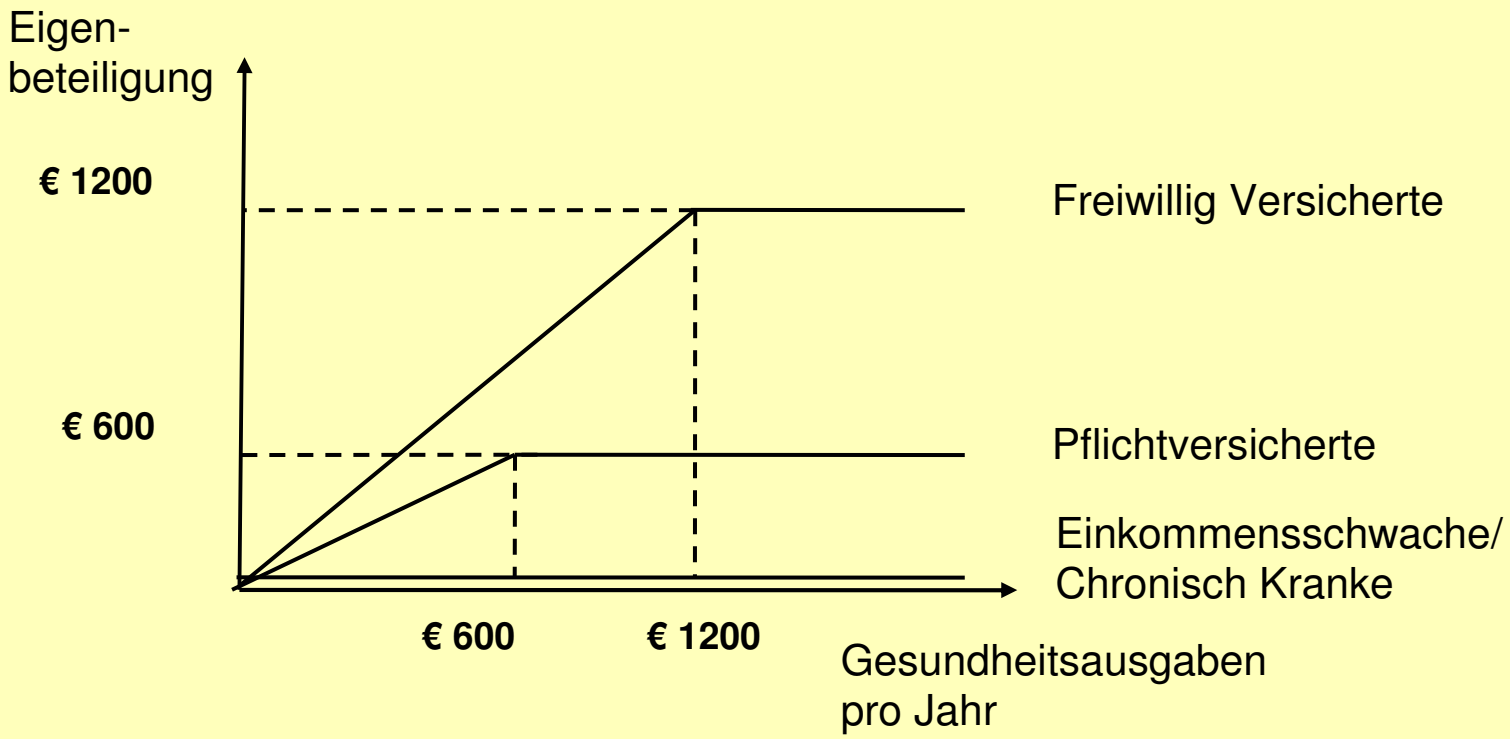


-> erhöhte Patientensouveränität
-> Verringerung des moral hazard

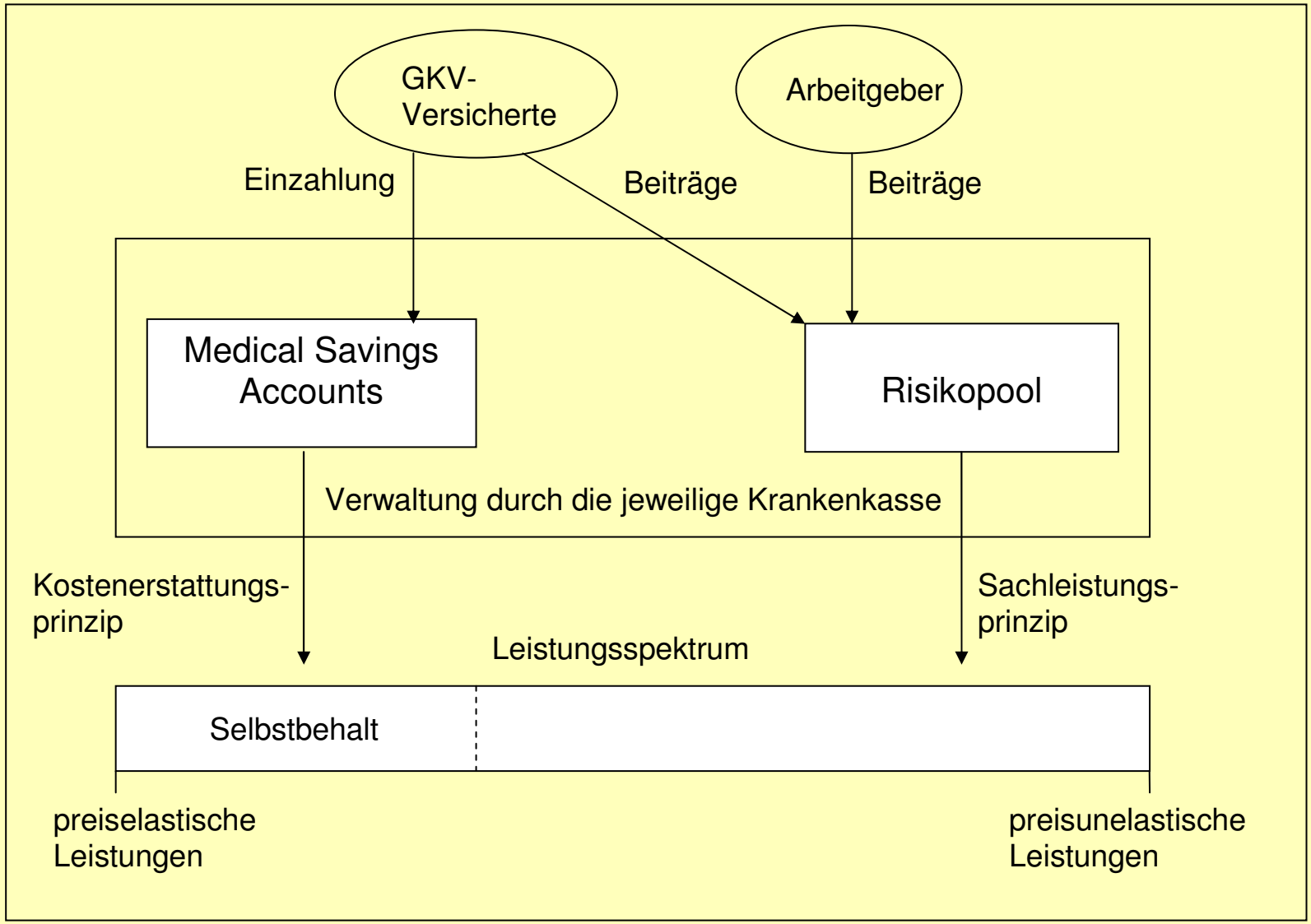
Quelle: Schreyögg (2004)

Medical Savings Accounts in der deutschen GKV

- Medical Savings Accounts könnten als Ergänzung zum bestehenden System der GKV eingesetzt werden
- Institutionelle Voraussetzung könnte eine soziale Staffelung von Selbstbehalten sein, die durch Medical Savings Accounts gedeckt werden



Ergänzung der GKV durch Medical Savings Accounts



Vorzüge des Modells

- Verringerung des Moral Hazard -> Reduktion von Leistungs-ausgaben
- Selbstbehalt reduziert die Leistungsausgaben und somit auch das Ausmaß der intergenerativen Umverteilung
- Sicherstellung der Finanzierbarkeit von Selbstbehalten
- Förderung einer Präventionskultur in Deutschland

-> ein weiterer Schritt zur nachhaltigen Finanzierbarkeit des Gesundheitsmarktes als zukunftsträchtigem Wachstumsmarkt

Medizin in den Medien: Privatsache von Laien oder gesundheitspolitische Hefe im Teig? Die Rolle der massenmedialen Gesundheitsinformationen aus der Sicht der Gesundheitsökonomie

1. Eigenverantwortung wird in den deutschen Medien eher als negativ gesehen. Viele Medien sehen sich eher als Anwalt der Bürger, um den Staat in die Verantwortung zu ziehen.
2. Medien schenken dem Gesundheitssystem eher in konjunkturell schlechten Zeiten Aufmerksamkeit, wenn es um Kürzungen geht.
3. Pfadabhängigkeit des Gesundheitsystems wird von vielen Medien zementiert. Kleinste Veränderungen des GKV Systems werden häufig als Angriff auf den Sozialstaat interpretiert.
4. Internationale Sichtweise: die Schwerpunktsetzung von Gesundheitssystemen z.B. Gerechtigkeit ist zu großen Teilen auf die Präferenzen der Bürger zurückzuführen, die durch Medien artikuliert werden.

Backup Folien

Ergebnisse TU Berlin/DIW Studie zur Praxisgebühr

Treatment group vs. PHI as control group	Negative Binomial Model	Zero-Inflated Negative Binomial Model
Model	Marg. Eff.	Marg. Eff.
SHI w./o. exemption		
SHI	0.133***	-0.001
DiD SHI	-0.023	-0.055
SHI w. chronic condition		
Chronic	0.620***	0.947
DiD Chronic	-0.061**	0.100
SHI-lowest income quintile		
Lowest income quintile	0.130*	-0.128
DiD Lowest income quintile	-0.086**	-0.015
SHI-public welfare		
Public assistance	0.108	-0.019
DiD Public assistance	-0.065	-0.049

***P<0.01, **P<0.05, *P<0.1