

lichten sind kaum in der Lage, das Gesamtsystem vollständig zu überschauen. Das Gesundheitswesen erweist sich nämlich als ein ausserordentlich komplexes System. Steuerungsversuche müssen von daher wohl überlegt sein und die gesamte Komplexität berücksichtigen. Die vielversprechendsten Steuerungsansätze scheinen auf der mittleren (der Verbands-)Ebene angesiedelt zu sein. Der Freiheitsspielraum, der zwischen Arzt und Patient gegeben sein muss, kann so am ehesten erhalten werden. Sobald das Steuerungspotential der mittleren Ebene ausgeschöpft ist, muss man allerdings nach andern Lösungen suchen.

Eine weitere Absicht der Gesundheitsökonomik ist es, das gesamte Steuerungspotential aufzuzeigen, so dass eine Vielfachsteuerung ermöglicht werden kann. Vor allem muss es gelingen, bisher ungenutztes Steuerungspotential einzusetzen. Durch diese Gesamtbeurteilung wird aber auch bei den Steuerungsmöglichkeiten ein hoher Komplexitätsgrad erreicht. Man darf sich dabei aber nicht verleiten lassen, durch das Verfolgen von Einzelaspekten aus dem Gesamtzusammenhang gedrängt zu werden.

Abschliessend sollte betont werden, dass hier spezifisch deutsche Verhältnisse diskutiert wurden. In der Bundesrepublik ist die Verbandsebene besonders stark besetzt. Ist dies nicht der Fall, so wird der hier vorgestellte Ansatz nicht funktionieren können. Gesundheitspolitik ist immer auf die spezifischen Verhältnisse des betreffenden Gesundheitssystems auszurichten.

Weiterführende Schriften von Professor Herder-Dorneich:

Sozialökonomischer Grundriss der Gesetzlichen Krankenversicherung, Köln 1966.

Zur Dienstleistungswirtschaft. Systemanalyse und Systempolitik der Krankenhauspflegeleistungen, Berlin 1972.

Wirtschaftssysteme. Systemtheorie einer allgemeinen Mikroökonomik, 2. Auflage, Opladen 1973.

Zur Verbandsökonomik: Ansätze zu einer ökonomischen Theorie der Verbände, Berlin 1973.

Wirtschaftsordnungen. Pluralistische und dynamische Ordnungspolitik, Berlin 1974.

Wachstum und Gleichgewicht im Gesundheitswesen. Die Kostenexplosion in der gesetzlichen Krankenversicherung und ihre Steuerung, Opladen 1976.

Soziale Ordnungspolitik, Bonn Aktuell, Stuttgart 1979.

Gesundheitsökonomik, Stuttgart 1980.

Zusammenfassung

Die Erfahrungen mit Kostendämpfungsmassnahmen in der Bundesrepublik Deutschland zeigten, dass Systemsteuerung und Ordnungspolitik im Gesundheitswesen die Besonderheiten des Nicht-Marktsystems «Gesundheitswesen» beachten muss. Es gilt, die Steuerungsmöglichkeiten jedes einzelnen am System beteiligten Aggregats zu entfalten und miteinander zu kombinieren. Ordnungspolitik erstrebt nicht die «grosse Reform», sondern sie möchte die Entwicklung des gesamten Systems schrittweise gestalten.

Summary

System Control and Regulatory Policy in the Health Care Sector. Experiences with cost control measures in the Federal Republic of Germany demonstrate that policies and interventions in the Health Care Sector must take account of the particularities of its "non-market-system". It is important to use and combine the potential to influence every one of the involved aggregates. Regulatory Policy does not aim at the "big reform", rather at a step-by-step development of this complex system.

Résumé

Contrôle du système et politiques de régulation dans le secteur sanitaire

Les expériences en République fédérale allemande en ce qui concerne les mesures de maîtrise des coûts montrent que prises d'options et interventions doivent tenir compte des particularités du secteur sanitaire, qui n'est pas un système de marché habituel. Il s'agit de développer les possibilités de contrôle au niveau de chacun des partenaires impliqués dans le système et de les combiner entre elles. Les politiques de régulation ne tendent pas vers une réforme fondamentale mais plutôt à contribuer progressivement à l'aménagement et au développement du système dans son ensemble.

Health Maintenance Organizations: Ansatzpunkt einer marktwirtschaftlichen Reform im Gesundheitswesen¹

Heinz Hauser²

Ich will mein Argument in drei Schritten entwickeln. Im ersten Teil gebe ich eine skizzenhafte Analyse der Kostenentwicklung in der Schweiz. Hauptargument wird sein, dass Drittfinanzierung und fragmentiertes

Leistungssystem die wichtigsten Ursachen für die festgestellten ungünstigen Kostenentwicklungen sind. Im zweiten Teil skizziere ich die Reformstrategie der Health Maintenance Organizations, die im wesentlichen eine privatwirtschaftliche Antwort auf die vorhin genannten Mängel sind. In einigen Stichworten sollen dabei die amerikanischen Erfahrungen mit solchen Institutionen angegeben werden. Im dritten Teil gehe ich der Frage nach, welche Problembereiche in erster Linie geklärt werden müssten, falls man das Konzept auf die schweizerischen Verhältnisse übertragen möchte.

¹ Das Referat beschreibt einen Teilbereich aus dem Forschungsprojekt «Massnahmen der Kosten- und Leistungskontrolle» des Nationalen Forschungsprogramms Nr. 8, mit dem ausländische Erfahrungen für die schweizerische Diskussion fruchtbar gemacht werden sollen.

² PD Dr. oec., Institut für Finanzwirtschaft und Finanzrecht, Hochschule St. Gallen. (Kredit Nr. 4.345 des Schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der Wissenschaftlichen Forschung.)

1. Analyse der Kostenentwicklung³

Der Problemaufriss beginnt mit zwei Feststellungen. Anschliessend werden drei Arbeitshypothesen formuliert. Der Abschnitt schliesst mit einer Diagnose.

a) Feststellungen

Ich möchte meine Analyse mit zwei Feststellungen beginnen:

Feststellung 1: Die Ausgaben für das Gesundheitswesen steigen insgesamt stärker an als gesellschaftlich erwünscht. Hinter dieser Feststellung steht die These, dass dem steigenden Aufwand im Gesundheitswesen nicht ein entsprechend verbessertes Ergebnis der medizinischen Versorgung der Bevölkerung gegenübersteht.

Feststellung 2: Es besteht ein gewisses Ausmass an Fehlverteilung von Ressourcen, was heisst, dass mit den eingesetzten Mitteln nicht der bestmögliche Ertrag erreicht wird. Angesprochen sind Beispiele unwirtschaftlicher Produktion, sowie die häufig geäusserte Feststellung, dass im schweizerischen Gesundheitswesen eine Verzerrung zugunsten der Spitzenmedizin und der spezialärztlichen Versorgung, zulasten der allgemeinärztlichen Versorgung besteht. Diese Feststellung läuft auf die These hinaus, dass die Leute, gemessen an ihren medizinischen Bedürfnissen, in einem zu aufwendigen Segment des Gesundheitswesens versorgt werden.

Ich möchte diese beiden Feststellungen nicht näher begründen. Sie unterliegen letztlich dem Nationalen Forschungsprogramm, unter dessen Leitung das Projekt steht.

b) Arbeitshypothesen

Die folgende Diagnose baut auf drei Arbeitshypothesen auf:

Arbeitshypothese 1: Der Patient bzw. dessen Angehörige sind schlecht in der Lage, die im einzelnen Falle notwendige medizinische Behandlung zu bestimmen. Sie haben sowohl ungenügende Diagnosekenntnisse wie auch ungenügende Informationen über die grundsätzlich offenstehenden Behandlungsmöglichkeiten. Diese Arbeitshypothese entspricht dem allgemeinen Patientenverständnis wie dem Berufsverständnis des Arztes. Sie hat als unmittelbare Folge, dass der medizinische Sektor einen grösseren Spielraum hinsichtlich Art und Umfang der beanspruchten medizinischen Leistungen hat.

Arbeitshypothese 2: Die Möglichkeiten für eine weitere quantitative und qualitative Ausdehnung der medizinischen Versorgung sind im relevanten Bereich

praktisch unbegrenzt. Die medizinische und technologische Forschung führt immer wieder zu neuen Verfahren, die angesichts der beschränkten Kapazitäten nur einem begrenzten Kreis von Patienten zugänglich sind und bei genügender Ausdehnung der Ressourcen schrittweise auf das gesamte Krankengut übertragen werden können. Die grosse Unsicherheit in der medizinischen Behandlung stützt diese Arbeitshypothese ebenfalls. Ärzte können immer versuchen, über zusätzliche Diagnoseverfahren eine bessere Diskriminierung in der Diagnose zu gewinnen; sie können mehr «hoffnungslose» Fälle einer Behandlung mit sehr geringen Erfolgsaussichten unterwerfen, und schliesslich können sie mehr und mehr dem Wunsch der Patienten entsprechen, sie zu vergewissern, dass sie gesund sind. Diese Ausdehnung ist nicht unnötig in dem Sinne, dass kein zusätzlicher Nutzen mehr anfallt. Sie stösst aber an die Grenze stark abnehmender Grenzerträge und damit an die Frage, inwieweit die Kosten einer solchen Behandlung gerechtfertigt sind.

Arbeitshypothese 3: Ein soziales System, hier das Gesundheitswesen einschliesslich seiner Finanzierung, verhält sich entsprechend den eingebauten Strukturen und Anreizen, unter denen die einzelnen Teile entscheiden. Dies heisst, dass die eingangs festgestellten ungünstigen Entwicklungstendenzen nicht das Ergebnis einer Konspiration gegen das soziale Wohl, sondern Resultat der bestehenden Strukturen und Anreize sind. Diese Arbeitshypothese hat als Folge, dass Reformen weniger auf die Kontrolle unerwünschter Verhaltensweisen, sondern vielmehr auf eine Änderung der Strukturen und Anreize ausgerichtet sein sollten.

c) Diagnose

Arbeitshypothese 3 sagt, dass die Ergebnisse des Gesundheitssystems weitgehend von den eingebauten Strukturen und Anreizen abhängen. Arbeitshypothesen 1 und 2 haben zur Folge, dass sich die innere Dynamik des Gesundheitssystems im engeren Sinne weitgehend durchsetzen kann und nur geringen externen Einschränkungen unterworfen ist. Welches sind nun aber die Strukturen, welche für die festgestellten ungünstigen Entwicklungstendenzen verantwortlich sind? Ich sehe hier vor allem drei Ursachen kumulativ wirksam:

Ursache 1: Professionelle Anreize, Risikoaversion bei den Ärzten und den Patienten, die schlechte Informationslage der Patienten und finanzielle Anreize begünstigen eine Medizin, die auf Spezialisierung und auf die Versorgung in möglichst hoch technisierten Segmenten des Gesundheitswesens ausgerichtet ist.

Ursache 2: Die vorherrschende Drittfinanzierung bewirkt, dass die Behandlungsentscheide ohne Rücksicht auf die Kosten getroffen werden können. Mit Drittfinanzierung spreche ich weniger die Tatsache an, dass die einzelne medizinische Leistung für den Patienten

³ Die Argumentation in diesem Abschnitt wurde stark beeinflusst durch W. McClure, «The Medical Care System under National Health Insurance: Four Models», in: Journal of Health Politics, Policy and Law, 1976, S. 22ff.

ten keinen unmittelbaren Preis hat. Drittfinanzierung heisst vielmehr, dass beide am Behandlungsentscheid beteiligte Parteien, nämlich der Patient und der Arzt, keine Kostenverantwortung tragen. Solange die Kosten kein Entscheidungsargument sind, ist es auch nicht erstaunlich, dass das Gesamtsystem den Kosten ungenügend Rechnung trägt.

Ursache 3: Das Leistungssystem ist sehr stark fragmentiert, was in hohem Ausmasse Externalitäten entstehen lässt. Selbst wenn die Beteiligten kostenbewusst entscheiden, fallen die Ersparnisse häufig in anderen Teilbereichen an. Oft wirkt sich ein Verhalten, das insgesamt kostensparend ist, ungünstig auf die finanzielle Lage des jeweiligen Entscheidungsträgers aus. Einige Beispiele sollen diesen Punkt verdeutlichen. Die Verkürzung der durchschnittlichen Spitalaufenthaltsdauer wirkt sich insgesamt kostensenkend aus, bewirkt aber bei den heutigen Entschädigungssystemen eine Verschlechterung des Deckungsgrades beim Spital und kann beim Patienten zusätzliche Ausgaben verursachen. Sowohl Spital wie Patient handeln gegen ihre eigenen Interessen, wenn sie mit Rücksicht auf die hohen Gesamtkosten alles daran setzen, die Aufenthaltsdauer zu verkürzen. Die Hauspflege für Langzeitpatienten ist zweifelsohne kostengünstiger als eine Spitaleinweisung; sie führt aber sowohl beim behandelnden Arzt wie bei der Familie des Pflegebedürftigen zu zusätzlichen Ausgaben. Mit steigender Arztdichte und damit mit wachsendem Wettbewerb um Patienten werden kostenbewusst handelnde Ärzte, die im Gesamtinteresse schlecht ausgenutzte Geräte nicht anschaffen und die Patienten in solchen Fällen an spezialisierte Institute überweisen, Mühe haben, ihr Patientengut zu halten.

Insgesamt sind es also die in Richtung einer spezialisierten, hoch technisierten Spitzenmedizin verzerrten Anreize, die Drittfinanzierung der Ausgaben im Gesundheitswesen sowie die Tatsache, dass das Leistungssystem stark fragmentiert ist, die als hauptsächliche Strukturmerkmale die eingangs festgestellten ungünstigen Kostentendenzen bewirken. Der erste Punkt ist meines Erachtens schlecht änderbar. Ich glaube nicht, dass es möglich ist, die professionellen Spielregeln und die Erwartungshaltung der Patienten kurzfristig zu ändern. Besser steuerbar sind die strukturellen Faktoren 2 und 3. Sie zeigen gleichzeitig die grundsätzliche Ausrichtung von Reformbestrebungen an. Entscheidend scheint mir, dass eine Institution, in der Ärzte Verantwortung mittragen, für die Gesamtkosten der medizinischen Versorgung einer gegebenen Bevölkerung verantwortlich ist. Die Finanzierung und die medizinische Leistungserbringung müssen organisatorisch oder vertraglich in eine einheitliche Verantwortung für die medizinische Gesamtversorgung einer gegebenen Bevölkerung gebunden werden.

Diese Aussage macht keine Angaben über den Träger dieser vereinheitlichten Gesamtverantwortung. Meines Erachtens kann die angezeigte Reformrichtung innerhalb staatlicher Gesundheitsdienste, innerhalb

verbandlicher Lösungen und innerhalb eines marktwirtschaftlichen Ansatzes verfolgt werden. Ich möchte mich im folgenden auf den privatwirtschaftlichen Ansatz beschränken, weil für ihn aus den USA Erfahrungen vorliegen und er hier wenig bekannt ist. Es ist zumindest zu prüfen, ob er nicht als Lösungsansatz auch für die Schweiz denkbar wäre.

2. Health Maintenance Organizations (HMOs) als Lösungsansatz⁴

a) Beschreibung

Es sei gleich zu Beginn vermerkt, dass es nicht so etwas wie *die* Health Maintenance Organization gibt. Der Ausdruck umschreibt vielmehr eine Vielzahl von Institutionen, die nach Grösse, nach dem eigenen medizinischen Leistungsangebot, nach Trägern und Organisationsform sehr stark verschieden sind. Der Kaiser-Plan, der in die dreissiger Jahre zurückgeht und heute innerhalb eines umfassenden ambulanten und Spital-Systems rund 3,5 Millionen Mitglieder versorgt, zählt ebenso dazu wie zahlreiche junge Pläne, die in den letzten 2 Jahren gegründet wurden, nur einige wenige Tausend Mitglieder zählen und einen Grossteil der erforderlichen spezial- und spitalärztlichen Dienste von auswärts einkaufen. Es sind andererseits Organisationen, die entweder auf einer bestehenden Gruppenpraxis aufbauen oder mehr als tausend Ärzte in Einzelpraxen vertraglich zu Leistungen an ihre Mitglieder verpflichten.

Gemeinsames Merkmal ist nur, dass sich diese Organisationen verpflichten, gegen eine feste jährliche Prämie die umfassende medizinische Versorgung der Mitglieder selbst zu leisten oder zumindest zu organisieren. Die medizinische Versorgung (einschliesslich Spital) einer gegebenen Bevölkerung muss damit innerhalb eines festen Budgets gesichert werden. Entscheidend ist, dass Finanzierungs- und Leistungsfunktion organisatorisch und/oder vertraglich eng verbunden sind.

Übertragen auf die schweizerischen Verhältnisse könnte man sich solche Organisationen als Krankenkassen denken, die die medizinische Versorgung ihrer Mitglieder teilweise selbst erbringen, zumindest aber organisieren. Die Organisation liesse sich aber auch als Ärztegruppe denken, welche die Verantwortung für die medizinische Gesamtversorgung der angeschlossenen Mitglieder sowie die Versicherungsfunktion übernimmt. Die zweite Analogie entspricht im übrigen den Verhältnissen in den USA besser.

Wenn eine solche Organisation gegen ein festes Budget die Verantwortung für die umfassende medizinische Versorgung übernimmt, so heisst dies auf der andern Seite, dass die Mitglieder verpflichtet sind, ihre medizinische Versorgung über diese Organisation zu

⁴ Dieser Abschnitt ist die Zusammenfassung eines längeren Berichtes über die HMO-Entwicklung in den USA. Vgl. H. Hauser, «Health Maintenance Organizations: Erfahrungen in den USA, Ansatzpunkte für die Schweiz», *Manuskript*.

beanspruchen. Die freie Arztwahl wird auf den Kreis der angeschlossenen ärztlichen Anbieter beschränkt. Man kann sich die Funktionsweise einer Health Maintenance Organization am besten vorstellen, wenn man sich vor Augen hält, dass damit eigentlich ein anderes Produkt verkauft wird. Während im herkömmlichen System einzelne Leistungen, die als Inputs in die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit eingehen, von einer Vielzahl von Anbietern gekauft werden, bietet die HMO einen Servicevertrag an und organisiert die einzelnen benötigten Leistungen selbst.

b) Entwicklung

Der Ausdruck «Health Maintenance Organization» wurde anfangs der siebziger Jahre als politisches Schlagwort für die beabsichtigte Förderungspolitik der Bundesregierung⁵ geprägt. Er beschrieb aber bestehende Organisationsformen, deren Anfänge bis in die dreissiger Jahre zurückgehen. Es sind dies die «Prepaid Group Practice» einerseits und die «Foundation for Medical Care» andererseits.

Die erste «Prepaid Group Practice» wurde 1929 in Los Angeles gegründet. Der Ross-Loos Plan besteht heute noch und zählt rund 225 000 Mitglieder. In die dreissiger Jahre gehen ebenfalls die Anfänge des Kaiser-Planes zurück, der anfänglich die medizinische Versorgung der Arbeiter von Grossbauprojekten sicherte, nach dem Zweiten Weltkrieg aber der breiten Bevölkerung geöffnet wurde. Ende der dreissiger Jahre und dann wieder nach dem Zweiten Weltkrieg wurden weitere Pläne gegründet. «Prepaid Group Practice»-Pläne entwickelten sich verhältnismässig langsam, nicht zuletzt deshalb, weil sie erbittertem Widerstand seitens der organisierten Medizin auf allen Ebenen ausgesetzt waren. Sie hatten sich Ende der sechziger Jahre aber doch als Minderheitsmedizin mit teilweise recht beachtlichem Leistungsausweis durchgesetzt⁶.

Die erste «Foundation for Medical Care» wurde 1957 als Antwort auf den drohenden Eintritt des Kaiser-Planes von der lokalen Ärztesgesellschaft des San Joaquin Valley gegründet. Sie bot ebenfalls für eine feste jährliche Prämie eine umfassende medizinische Versorgung an, baute organisatorisch aber auf den bestehenden Einzelpraxen auf⁷. Sowohl Anlass wie Organisationsmuster sind in zahlreichen Fällen wiederholt worden.

Bis anfangs der siebziger Jahre verlief die Entwicklung verhältnismässig ruhig. Während der letzten Dekade sind aber sowohl die Mitgliederzahlen wie die Zahl der Pläne stärker gestiegen, wobei vor allem die letzten 2–4 Jahre zumindest in der Zahl der neu gegründeten Pläne eine beachtliche Entwicklung zeigen. *Tabelle 1* und *2* belegen dies zahlenmässig.

c) Erfahrungen

Es liegen inzwischen zahlreiche Studien vor, die Health Maintenance Organizations mit dem traditionellen Versorgungssystem und verschiedene Formen von HMO untereinander vergleichen. Ihre Ergebnisse sowie meine Erfahrungen aus Gesprächen mit Leitern zahlreicher Pläne, die ich im Verlaufe des Sommers 1980 führen konnte, sollen im folgenden kurz zusammengefasst werden.

Was die *Mitgliederzahlentwicklung* betrifft, so ist klar festzuhalten, dass Health Maintenance Organizations, vor allem in der Form der «Prepaid Group Practice», nicht den Bedürfnissen aller Leute entsprechen. Als obligatorisches System würde es zuviel Unzufriedenheit wecken. Auf der andern Seite ist zu sehen, dass die Einschränkung der freien Arztwahl kein grundsätzliches Hindernis darstellt.

Rund 9 Millionen Leute haben heute freiwillig darauf verzichtet, obwohl die Kostenvorteile innerhalb des bestehenden Finanzierungssystems nur teilweise weitergegeben werden.

Es ist im übrigen zu sehen, dass die bestehenden Pläne

Tabelle 1. Entwicklung von HMOs 1970–1980

| ZEITPUNKT | ZAHL DER PLÄNE | MITGLIEDER | |
|-----------|----------------|---------------|----------|
| | | ANZAHL (MIO.) | WACHSTUM |
| JAN. 1970 | 26 | 2,9 | |
| JAN. 1971 | 30 | 3,1 | 6,9 % |
| JAN. 1972 | 39 | 3,5 | 12,9 % |
| JAN. 1973 | 72 | 4,4 | 25,7 % |
| JAN. 1974 | 123 | 5,0 | 13,6 % |
| JAN. 1975 | 154 | 5,4 | 8,0 % |
| JAN. 1976 | 166 | 5,8 | 7,6 % |
| JAN. 1977 | 169 | 6,2 | 6,9 % |
| JUNI 1977 | 163 | 6,3 | |
| JAN. 1978 | 183 | 6,9 | 11,3 % |
| JUNI 1978 | 198 | 7,3 | |
| JAN. 1979 | 208 | 7,8 | 13,0 % |
| JUNI 1979 | 215 | 8,2 | |
| JAN. 1980 | 225 | 8,8 | 12,8 % |
| JUNI 1980 | 234 | 9,0 | |

Quellen: U.S. Departement of Health, Education, and Welfare, Office of Health Maintenance Organizations, *National HMO Census of Prepaid Plans 1979*, DHEW Publication No (PHS) 80-50127, Washington D.C.: U.S. Government Printing Office, 1980; U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Office of Health Maintenance Organizations, *Fact Sheet*, July 1980

⁵ Die Formulierung und die inhaltliche Ausfüllung der HMO-Förderungspolitik durch die Bundesregierung sind sehr gut beschrieben in P. Bauman, «The Formulation und Evolution of the Health Maintenance Organization Policy, 1970–1973», in: *Social Science and Medicine*, 10 (1976), S. 129–142, und J. L. Falkson, *HMOs and the Politics of Health System Reform*, Chicago: American Hospital Association, 1980.

⁶ Für einen guten geschichtlichen Rückblick auf die Entwicklung von Prepaid-Group-Practice-Plänen vgl. W. A. MacColl, *Group Practice and Prepayment of Medical Care*, Washington D. C.: Public Affairs Press, 1966.

⁷ Vgl. dazu J. L. Falkson, *HMOs and the Politics of Health System Reform*, Chicago: American Hospital Association, 1980, S. 20ff.

Tabelle 2. Zahl von HMOs nach Alter und Grösse, Juni 1979

| ALTER \ GRÖSSE | GRÖSSE | | | | ZEILEN-SUMME |
|----------------|---------|-------------------|-------------------|---------|--------------|
| | <10'000 | 10'000 BIS 25'000 | 25'000 BIS 50'000 | >50'000 | |
| < 2 JAHRE | 50 | 5 | 1 | 0 | 56 |
| 2-5 JAHRE | 27 | 21 | 9 | 0 | 57 |
| 5-10 JAHRE | 30 | 28 | 13 | 7 | 78 |
| > 10 JAHRE | 3 | 3 | 3 | 14 | 23 |
| SPALTENSUMME | 110 | 57 | 26 | 21 | 214 * |

* Für einen Plan war die Mitgliederzahl nicht angegeben.

Quelle: U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Office of Health Maintenance Organizations, *National HMO Census of Prepaid Plans 1979*, DHEW Publication No (PHS) 80-50127, Washington D.C.: U.S. Government Printing Office, 1980, S. 17ff.

nicht in erster Linie die Kostenersparnisse, sondern vielmehr die umfassendere Deckung sowie die medizinischen Vorteile einer integrierten Versorgung als Verkaufsargumente in den Vordergrund rücken. Es kann heute kaum mehr bestritten werden, dass HMOs bei richtiger Struktur oder Umweltsituation kostengünstiger sind als das herkömmliche fragmentierte Einzelleistungssystem. Mit der gemachten Einschränkung ist folgendes angesprochen: Health Maintenance Organizations, die als «Prepaid Group Practice» organisiert sind, erweisen sich mit wenigen Ausnahmen als effizienter. HMOs, die nach dem Muster der «Foundation for Medical Care» auf Einzelpraxen aufbauen, haben in der Regel nur dann bessere Kostenerfahrungen als das traditionelle System, wenn sie im Wettbewerb mit anderen HMOs stehen⁸. Die Kostenerfolge, die nach einer Übersichtsstudie in der Grössenordnung von 20–40% liegen, gehen im wesentlichen auf eine deutlich tiefere Beanspruchung des Spitalsektors zurück⁹. Für den medizinischen

Laien ist es erstaunlich, welche Einsparungen bei medizinisch anerkannt gleichwertiger Versorgung möglich sind. Health Maintenance Organizations in der Form der Prepaid Group Practice rechnen im Durchschnitt mit einer um 25–45% tieferen alters- und geschlechtsbereinigten Zahl von Spitaltagen pro 1000 Einwohner¹⁰. Dabei ist zu beachten, dass der amerikanische Durchschnitt als Massstab bereits unter kontinentaleuropäischen Vergleichswerten liegt. Kommt, wie im Falle von Kaiser, hinzu, dass die Spitalkapazitäten sorgfältig auf den gut planbaren Bedarf abgestimmt werden können, so sind die Leistungsausweise beachtlich. Der Kaiser-Plan rechnet mit 1,4 Spitalbetten pro 1000 Mitglieder, verglichen mit einem international diskutierten Normwert von 4 und einem effektiven Wert von 6,4 Akutbetten für die Schweiz. Kulturelle Unterschiede sowie die günstigere Risikostruktur der Kaiser-Mitglieder können solche Unterschiede allein nicht erklären.

Hinsichtlich der Qualität der medizinischen Versorgung sind Aussagen nicht so leicht zu quantifizieren. Wenn auch einige Skandale im Zusammenhang mit staatlichen Verträgen für die Medicaid-Bevölkerung anfangs der siebziger Jahre nicht ausblieben¹¹, so wird doch allgemein anerkannt, dass die Qualität der Versorgung unter medizinischen Gesichtspunkten durchaus mit dem traditionellen Versorgungssystem zu konkurrieren vermag¹². Dies, obwohl die eingebauten Anreize eine Unterversorgung der Mitglieder finanziell lohnend erscheinen lassen.

Es ist allerdings zu sehen, dass Health Maintenance Organizations ihre Mitglieder in einem verhältnismässig offenen Wettbewerb zu traditionellen Versorgungsformen jährlich neu gewinnen müssen. Die Krankenversicherung wird von den Unternehmen als Nebenleistung ihren Arbeitnehmern angeboten. Sofern mehrere Versicherungsmöglichkeiten gleichzeitig angeboten werden, und HMOs werden immer nur in Verbindung mit traditionellen Versicherungen angeboten, müssen sich die Versicherer verpflichten, einer jährlichen Periode des «open enrollment» zuzustimmen. Die Arbeitnehmer wählen somit jährlich ihren Versicherungsplan neu, wobei sie ohne Rücksicht auf bestehende Krankheiten oder individuelle Risikofaktoren aufgenommen werden müssen. Zudem bestehen keine Prämienunterschiede nach dem Eintrittsalter. Mitglie-

⁸ Es gibt keinen strengen Beweis für diese Verallgemeinerung; die von Meier gesammelten Indizien sprechen aber stark für diese Aussage. Vgl. G. B. Meier, «The Individual Practice Association: What are the Issues?», Manuskript, Excelsior, Minn.: Inter Study.

⁹ Der Aufsatz von H. S. Luft, «How Do Health Maintenance Organizations Achieve Their «Savings»? Rhetoric and Evidence», in: *The New England Journal of Medicine*, 298 (1978), S. 1336–1343, fasst die Ergebnisse empirischer Untersuchungen von 1950 bis 1977 zusammen.

¹⁰ Vgl. H. S. Luft, «How Do Health Maintenance Organizations Achieve Their «Savings»? Rhetoric and Evidence», in: *The New England Journal of Medicine*, 298 (1978), S. 1329.

¹¹ Neben allgemeinen Qualitätsproblemen spielten hier zweifelsohne spezifische Probleme des Medicaid-Programmes eine grosse Rolle. Vgl. U.S. General Accounting Office, *Better Controls Needed for Health Maintenance Organizations under Medicaid in California*, Washington D. C.: GAO Report No B-16 403 (3), September 1974.

¹² Vgl. J. W. Williamson, F. C. Cunningham, P. J. Ward, «Quality of Health Care in HMOs as Compared to Other Settings. A Literature Review and Policy Analysis», Paper prepared for the Office of Health Maintenance Organizations, April 1979. Von 25 Studien zeigten 19 Studien bessere und 6 Studien vergleichbare Qualitätsindikatoren wie das traditionelle Versorgungssystem.

der, die mit dem Leistungsangebot einer HMO nicht zufrieden sind, können somit nach einem Jahr ohne irgendwelche Einschränkungen wieder in das traditionelle Versorgungs- und Versicherungssystem wechseln. Abwanderung bei ungenügenden Leistungen ist somit eine sehr reale Gefahr und zweifellos eine wirksame Qualitätskontrolle.

Gesamthaft gesehen sind Health Maintenance Organizations zweifelsohne eine interessanter Ansatz für eine privatwirtschaftliche, organisierte medizinische Versorgung der Bevölkerung. Ebenso ist eindeutig, dass sie nicht ausschliessliche Lösung, sondern lediglich Teil einer umfassenden Gesamtlösung sein können. Gesamthaft betrachtet scheint das Nebeneinander von einem Teilsystem mit Einzelleistungsvergütung und freier Arztwahl und einem in HMOs geschlossenen Teilsystem sehr günstige Kontrollwirkungen zu haben. Das Einzelleistungssystem ist Massstab gegen eine Unterversorgung der Bevölkerung, während die geschlossenen Pläne einen Kostenmassstab liefern¹³. Dies gilt allerdings nur unter der Voraussetzung, dass Konsumenten verhältnismässig einfach zwischen den beiden Teilbereichen wechseln können.

3. Problembereiche einer allfälligen Übertragung auf die Schweiz

Abschliessend möchte ich kurz auf die wichtigsten Problembereiche hinweisen, die intensiv diskutiert werden müssten, fall man das Konzept der Health Maintenance Organizations auf die schweizerischen Verhältnisse übertragen möchte.

a) Kollektive Verhandlungsstruktur

Health Maintenance Organizations bauen darauf auf, dass einzelne Gruppen von Ärzten für die medizinische Versorgung einer gegebenen Bevölkerung (Mitglieder) verantwortlich sind. Es muss somit möglich sein, Teilgruppen von Ärzten organisatorisch oder vertraglich enger an die Organisation zu binden. Dies steht in klarem Widerspruch zu den bestehenden kollektiven Vertragsverhandlungen, in denen Nichtdiskriminierung ein wesentlicher Bestandteil ist.

b) Koordination von ambulantem und Spital-Sektor

Wie die amerikanischen Erfahrungen zeigen, erzielen Health Maintenance Organizations ihre Kostenersparnisse vor allem im Spitalsektor. Dies stellt für die Schweiz zwei besondere Probleme. Zum einen ist der Spitalbereich ausserordentlich stark subventioniert. Einsparungen durch eine verminderte Nutzung des Spitalsektors würden somit zu einem erheblichen Teil in den öffentlichen Budgets und nicht in den Prämien der Mitglieder anfallen. Dies machte es schwierig, einen angemessenen finanziellen Ausgleich für die eingeschränkte Arztfreiheit an den Konsumenten weitergeben zu können.

Zum zweiten setzen die amerikanischen Kostenerfahrungen voraus, dass die für die medizinische Versorgung verantwortlichen ambulanten Ärzte eine ausreichende Kontrolle über den Spitalbereich haben. In den USA ist dies mit dem vorherrschenden Belegarztsystem weitgehend gegeben. Im schweizerischen Spitalsystem stellte dies aber zusätzliche Probleme.

c) Sozialer Ausgleich und Konsumentenschutz

Hier geht es um die Spielregeln für den Wettbewerb zwischen alternativen Versorgungssystemen. Konkret geht es vor allem um drei Fragen:

Minimalleistungen: Einerseits soll den Plänen und den Konsumenten ein gewisses Wahlrecht hinsichtlich der gedeckten Leistungen zustehen. Andererseits ist sicherzustellen, dass der Wettbewerb zwischen den Versicherungen nicht zu unerwünschten Deckungslücken führt. Mit grosser Wahrscheinlichkeit wäre eine Lösung vorteilhaft, die ein minimales Leistungspaket analog zur KUVG-Regelung vorsieht, dafür aber eine grössere Wahlfreiheit hinsichtlich von Selbstbehalten hat. Selbstbehaltslösungen sind für den Konsumenten verhältnismässig einfach zu beurteilen, nicht aber unterschiedliche Leistungspakete.

Prämiendifferenzierung: Eine Diskriminierung der Prämien nach dem individuellen Risiko ist zweifelsohne sozialpolitisch unerwünscht. Damit stellt sich die Frage, welche Risikogruppen gesetzlich vorgegeben werden sollen. Dies ist unter dem doppelten Aspekt von sozialem Ausgleich und Risikokumulation für die Versicherung zu diskutieren. In der Schweiz hat sich eine Differenzierung nach Familiengrösse, Alter, Geschlecht, Eintrittsalter und Region herausgebildet. In USA haben wir innerhalb der arbeitsvertraglichen Krankenversicherung keine Unterscheidung nach Alter, Eintrittsalter und Geschlecht sowie nur eine beschränkte Differenzierung nach Familiengrösse. Dafür wird nach den Unternehmungen diskriminiert. Ich habe dies nicht als anzustrebendes Ziel formuliert, sondern wollte nur darauf hinweisen, dass bestehende Umschreibungen der zulässigen Risikodifferenzierung grundsätzlich diskutabel sind.

Freizügigkeit: Wechsel des Versorgungssystems ist für Health Maintenance Organizations ein zentrales Kontrollinstrument. Wie ich erwähnt habe, ist in den USA der Wechsel innerhalb der von einer Unternehmung angebotenen Pläne sehr einfach. In der Schweiz besteht zwar nach KUVG Freizügigkeit; diese kann jedoch nur beansprucht werden, wenn man aus irgendwelchen Gründen aus dem Einzugsbereich der bisherigen Kasse fällt. Damit Wechsel als Kontrollinstrument tatsächlich wirksam wird, müsste meines Erachtens die Freizügigkeit erheblich ausgedehnt werden, was faktisch nur dann möglich ist, wenn gleichzeitig die Abstufung der Prämien nach dem Eintrittsalter aufgegeben wird. Es ist allerdings zu sehen, dass Freizügigkeit wiederum in Konflikt zu der grundsätzlich

¹³ Ähnlich I. Metze, «Marktwirtschaftliche Lenkung als Alternative zu staatlicher Planung – Ein Konzept zur Organisation des Gesundheitswesens», Vortrag vor dem 4. Bosch-Colloquium vom 8. Mai 1980, Manuskript, S. 20ff.

erwünschten Risikokontrolle durch die Versicherer steht.

Alle drei Problembereiche konnten hier nur angesprochen, nicht aber beantwortet werden. In welcher Form sich Health Maintenance Organizations in das bestehende schweizerische System einfügen liessen, welche Änderungen dazu notwendig wären und welche Auswirkungen solche Änderungen auf das bisher Erreichte hätten, ist Gegenstand unserer zukünftigen Untersuchungen.

Zusammenfassung

Ich bin davon ausgegangen, dass unter Kostenaspekten der hauptsächlichste Mangel des jetzigen Systems darin besteht, dass die für den Behandlungsentscheid Verantwortlichen (Arzt und Patient) keine finanzielle Verantwortung tragen und dass das Gesamtsystem stark fragmentiert ist, was in hohem Masse Externalitäten entstehen lässt. In Anwendung dieser Diagnose muss die Reformstrategie vor allem darin liegen, Einheiten zu schaffen, die unter Kostenverantwortung für die umfassende medizinische Versorgung einer gegebenen Bevölkerung verantwortlich sind. Health Maintenance Organizations sind ein privatwirtschaftlicher Lösungsansatz in diese Richtung. Sie haben sich in den USA zumindest als Minderheitsmedizin über lange Jahre bewährt und weisen unter Kostenaspekten beachtliche Leistungen aus. Sie konnten sich innerhalb des weitgehend offenen institutionellen Rahmens in den USA evolutionär entwickeln. In der Schweiz haben wir bedeutend stärker strukturierte Systeme, die in einem gewissen Widerspruch zu der aufgezeigten Lösung stehen. Eine allfällige Übertragung des Konzeptes setzt deshalb eine vorgängige intensive Diskussion über die Bedeutung der kollektiven Vertragsstruktur, die Stellung der Spitäler in einem privatwirtschaftlichen Versorgungssystem sowie über die Rahmenbedingungen des angestrebten Wettbewerbs voraus.

Résumé

Organisations de maintien de la santé (HMO):

Éléments pour une réforme dans le sens de l'économie de marché

A la base du présent travail se trouvent les constatations que, en ce qui concerne le coût des soins, la difficulté principale du système actuel est que ceux qui sont responsables de la décision de traitement (médecin et patient) ne portent pas de responsabilité financière y

relative et que, d'autre part, le système dans son ensemble est très fragmenté, ce qui permet l'apparition dans une mesure importante d'«externalités». En conséquence d'un tel diagnostic, une stratégie de réforme doit surtout chercher à mettre en place des unités qui sont rendues responsables de l'ensemble des soins de santé que nécessite une population donnée et de leur coût. Les «Health Maintenance Organizations» (HMO) sont une tentative de solution dans ce sens basée sur l'économie de marché. Elles se sont révélées comme une possibilité certaine aux Etats-Unis depuis des années, tout au moins pour une minorité de la population, et montrent sur le plan des coûts des performances intéressantes. Elles ont pu se développer et évoluer dans le contexte institutionnel très ouvert de la société américaine. En Suisse, nous connaissons divers systèmes nettement plus fortement structurés, qui apparaissent en contradiction relative avec des modalités de type HMO. Une adaption éventuelle du concept à notre pays nécessite par conséquent, préalablement, une discussion approfondie sur la signification de la structure contractuelle collective, sur la situation des hôpitaux dans un système de soins en économie privée comme aussi sur les conditions de la concurrence recherchée dans la perspective des HMO.

Summary

Health Maintenance Organizations: Elements for a market economy oriented reform in the health system

The present work was based on the observations that, as regards health care costs, the major problem in most present systems is that those who are responsible for the treatment decision (physician and patient) do not bear a direct financial responsibility for it, and that the overall system is very fragmented, which leads to numerous externalities. In accordance with this diagnosis, a reform strategy should particularly aim at creating units which are responsible for the provision and the financial coverage of comprehensive health services to a given population. Health Maintenance Organizations (HMOs) are a private economy oriented solution in this direction. They have proved to be a real possibility in the USA over years, at least for part of the population, and show interesting performances as regards costs. They were able to develop and evolve in the largely open US institutional framework. In Switzerland, we have more strongly structured systems, which appear to stand in relative contradiction to the HMO solution. A potential adaptation of the concept to our country would therefore require a preliminary in depth discussion about the meaning of the present collective (insurance) contract structure, the position of hospitals in a private economy health care system as well as about the conditions of the sought for competition in the HMO model.

Datenanalyse in der Krankenversicherung¹

Heinz Schmid² und Jean-Pierre Volkmer³, Merligen

1. Einleitung

Die Krankenversicherung muss heute noch als ein mathematisch unterentwickeltes Gebiet bezeichnet werden. Dies hängt weitgehend damit zusammen, dass das Risiko «Krankheit» stark subjektiv beeinflussbar und deshalb nur schwer zu definieren ist. Auch in der

Fachliteratur werden vorwiegend mathematische Einzelaspekte untersucht, eine neuere systematische Darstellung fehlt.

Wenn wir die Entwicklung der schweizerischen Krankenpflegeversicherung in den letzten fünfzig Jahren ansehen, stellen wir fest, dass aus dem umfangreichen Beobachtungsmaterial lediglich vier bis sechs mathematische Untersuchungen von allgemeiner Bedeutung hervorgegangen sind. Gemessen an der Zahl der Versicherungsfälle und im Vergleich mit der reinen Lebensversicherung ist die Zahl der publizierten

¹ Schwerpunktprojekt des Nationalen Forschungsprogramms Nr. 8 (Kredit Nummer 4.349 des Schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der Wissenschaftlichen Forschung).

² Dr. phil. nat., Direktor der Krankenkasse KKB, Bern

³ Lic. phil. nat., Personalabteilung SBB, Bern