

Warum das Tessin so hohe Prämien hat – und was man dagegen tun könnte

Warum hat das Tessin überdurchschnittlich hohe Krankenkassen-Prämien? Der Seniorenverband «Consiglio degli anziani» hat das «Istituto di Microeconomia ed Economia Pubblica» der Universität Lugano damit beauftragt, die Faktoren zu untersuchen, welche die im Vergleich zum schweizerischen Durchschnitt höheren Prämien verursachen. Wir stellen hier eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und Lösungsstrategien vor, die sich aus der Forschung ergeben haben.

Wer die Unterschiede bei den KVG-Kosten zwischen den verschiedenen Kantonen untersuchen will, muss in den Vergleich auch die öffentlichen Ausgaben einbeziehen. Die kantonalen Steuersysteme finanzieren gewisse Leistungen der Grundversicherung in unterschiedlichem Umfang mit. Die vorliegende Studie hat sich, in Übereinstimmung mit den verfügbaren Daten, auf die sogenannten sozialisierten kantonalen Ausgaben konzentriert. Darin sind die Bruttoleistungen zu Lasten des KVG, die Verwaltungskosten der obligatorischen Versicherung und die direkten öffentlichen Ausgaben der Kantone und Gemeinden enthalten.

Gesundheitskosten sind bis zu 80 Prozent höher

Die sozialisierten Pro-Kopf-Ausgaben sind in den 26 Schweizer Kantonen sehr unterschiedlich. Im Jahr 2005 lagen die sozialisierten Ausgaben pro Versicherten des Tessins um 17 Prozent über dem nationalen Durchschnitt. Dieser Unterschied ist im Zeitverlauf stabil geblieben. Bei den Kantonen der Ostschweiz (Appenzell, Thurgau und St. Gallen) und der Zentralschweiz (Nidwalden, Obwalden, Uri, Schwyz und Luzern) erreicht der Unterschied zu den Ausgaben im Tessin sogar Werte zwischen 45 und 80 Prozent. Zu diesen Unterschieden kommen noch einige Unstimmigkeiten in der Finanzierung der sozialisierten Ausgaben hinzu. Im Vergleich

zum schweizerischen Durchschnitt sind die direkten öffentlichen Ausgaben für das Gesundheitswesen relativ tief, was nahezu vollständig durch überproportionale Beiträge zur Prämienverbilligung ausgeglichen wird.

Das Tessin hat überdurchschnittlich hohe öffentliche Ausgaben bei den Pflegeheimen und der Spitex, während Behandlungen im Spital und in der Psychiatrie steuerlich deutlich unterfinanziert sind. Im Tessin gehört ein bedeutender Teil des Spitalangebots zum Privatsektor. Dennoch zählt der grösste Teil der in diesen Kliniken erbrachten Leistungen zum medizinischen Grundbedarf. Wären diese Einrichtungen nicht da, müsste die Kapazität des öffentlichen Sektors erhöht werden. Die Privatkliniken wurden trotzdem nie als Teil des öffentlichen Interesses angesehen. Sie haben deshalb nicht von den in Artikel 49 KVG vorgesehenen steuerlichen Beiträgen profitiert.

Tiefe Steuerausgaben – hohe Prämienverbilligung

Bei der Prämienverbilligung ist in den letzten Jahren ein steiler Anstieg der ausbezahlten Beiträge zu verzeichnen. Der Grund ist jedoch nicht der politische Wille zur Ausweitung des Sozialstaates, sondern das Beharrungsver-

mögen des Systems. Trotz wiederholter Versuche konnte die Kantonsregierung letztlich nichts daran ändern. Die vom Tessin gezahlten Prämienverbilligungen liegen über dem nationalen Durchschnitt. Trotzdem hat eine Schätzung der Prämienbelastung in Prozent des verfügbaren Einkommens bei alleinstehenden Rentnern und Familien mit zwei Kindern besorgniserregende Resultate gezeigt. Im Falle des Rentners ist das Problem ein bedeutender «Schwelleneffekt»: Bei einer geringen Veränderung des Einkommens erhöht sich die Prämienbelastung von 0 Prozent auf Werte zwischen 10 und 13 Prozent des verfügbaren Einkommens. Im Falle der Familie ist der absolute Wert der Belastung beunruhigend. Für Familien der Mittelschicht (mit Bruttoeinkommen zwischen 65 000 und 100 000 Franken) übersteigt die Nettoprämie in der Regel die Schwelle von neun Prozent des verfügbaren Einkommens, wobei die Höchstwerte bei 13 bis 15 Prozent liegen. Trotz der stärkeren Inanspruchnahme der Prämienverbilligung sind für viele Tessiner die Krankenkassen-Prämien eine schwere Belastung. Das gegenwärtige System der Prämienverbilligung ist wenig transparent und wenig wirksam. Es braucht tiefgreifende Reformen.

Foto: Pina



Die Menge – und weniger die Preise – sind das Problem.



Ein Mengen- und weniger ein Preisproblem

Ein weiteres Ziel der Untersuchung bestand darin, die sozialisierten Ausgaben in Preis- und Mengenunterschiede im Vergleich zum schweizerischen Durchschnitt aufzugliedern. Die Ursachen für die höheren sozialisierten Ausgaben im Tessin liegen überwiegend beim Verbrauch, während die Preise und die Kosten pro Leistungseinheit weniger problematisch erscheinen. Die Mengenunterschiede im Vergleich zum nationalen Durchschnitt sind besonders bedeutsam beim Arzneimittelverbrauch (+29 Prozent), der Physiotherapie (+39 Prozent) und den Laboruntersuchungen (+57 Prozent). Grosse Unterschiede zeigen sich auch bei den Fällen, die in Akutspitäler eingewiesen wurden (+14 Prozent) und bei den Aufenthaltstagen in Rehabilitationskliniken (+13 Prozent). Die ärztlichen Leistungen in freier Praxis (+9 Prozent) und die Behandlung in Spezialkliniken (+95 Prozent) weisen deutlich höhere Preise auf, während für viele andere Leistungen die Preise unter dem nationalen Durchschnitt liegen.

Schliesslich hat die Studie dank eines mehrdimensionalen Modells die Hauptfaktoren identifiziert, welche die Unterschiede bei den sozialisierten Ausgaben der Kantone zwischen 1998 und 2005 statistisch erklären. Von besonderer Bedeutung sind der Anteil der Einwohner mit einem Alter über 75 Jahren und unter fünf Jahren, die Ärztedichte, der Preisindex für die KVG-Leistungen sowie die lateinische Kultur.

Risikoausgleich unter den Kantonen?

Das Tessin hat einen sehr hohen Anteil von Personen über 65 Jahren. Wenn die Demografie des Kantons teilweise von der Einwanderung von älteren Menschen aus anderen Kantonen bestimmt wäre, dann würden der Tessiner Bevölkerung Lasten des Generationenvertrags aufgebürdet, die eigentlich den jungen Generationen anderer Kantone zufallen. Eine Lösung des Problems wäre,

den Risikoausgleich nicht nur zwischen den Kassen eines bestimmten Kantons durchzuführen, sondern auch zwischen den Kantonen, unter Berücksichtigung der Ab- und Zuwanderung älterer Menschen.

Managed Care mit finanzieller Verantwortung

Es besteht die Gefahr, dass eine Senkung der Preise sich mittelfristig auf die von den Patienten in Anspruch genommenen Mengen auswirkt – gemäss dem bekannten Phänomen der angebotsinduzierten Nachfrage. Im Tessin ist eine offenkundig übermässige Inanspruchnahme gewisser Arten von Gesundheitsleistungen festzustellen. Zur Behebung des Problems ist ein struktureller Eingriff nötig, der hilft, die heutige Zersplitterung des Gesundheitssystems zu überwinden. Die Akteure müssen vermehrt auf die Gesamteffizienz einer Leistung achten und stärker auf Prävention und gesundheitsfördernde Verhaltensweisen setzen. Es ist notwendig, Managed Care-Modelle mit finanzieller Verantwortung zu verbinden und zugleich darauf zu achten, das auf die Leistungserbringer übertragene Risiko im Rahmen zu halten. Die ärztliche Entscheidung muss dabei bei den Leistungserbringern bleiben. Die Zuweisung eines Budgets ermöglicht es, ärztliche Entscheidungen

ihren Kosten und ihrer Zweckmässigkeit gegenüber zu stellen. Zur Vermeidung einer Rationierung der Gesundheitsleistungen ist es sinnvoll, den Institutionen, die das Risikomanagement leiten (d.h. den Krankenversicherern), die höchsten Risiken zu übertragen. Dafür gibt es heute vielversprechende Modelle, die das Budget für die Gesundheitsversorgung einer festgelegten Bevölkerung auf genaue Weise berechnen. Durch eine Rückversicherung wird dann das Risiko auf angemessene Weise zwischen Leistungserbringern und Versicherern verteilt.

Die Reform der Spitalfinanzierung, von den eidgenössischen Räten im Dezember 2007 beschlossen, wird die steuerliche Unterfinanzierung des Tessiner Spitalsektors beseitigen. Das belastet die Kantonskasse mit zusätzlichen 80 Millionen Franken. Da mit dem Neuen Finanzausgleich die Verpflichtungen der Kantone im Bereich der Prämienverbilligungen weniger zwingend sind, könnte das Tessin beschliessen, einen Teil der öffentlichen Mehrausgaben im Spitalbereich über eine Kürzung der Prämienzuschüsse zu finanzieren. Diese Massnahme wäre jedoch unklug. Sie hätte bedeutende Auswirkungen mit unangenehmen Folgen für die Mittelschicht. Ein Franken an öffentlichen Geldern, der für die Mitfinanzierung der Spitalbe-

Führen allzu starke finanzielle Anreize zu einer Schwächung der inneren Werte?



Foto: Keystone



Die Tessiner Bevölkerung zahlt deutlich höhere Prämien als der schweizerische Durchschnitt.



handlungen ausgegeben wird, hat nämlich eine weniger umverteilende Wirkung als ein Franken Prämienverbilligung. Zugleich wird man sicherstellen müssen, dass die neuen öffentlichen Beiträge für die Spitäler von Prämienermässigungen begleitet werden (im Bereich KVG und VVG). Durch die Änderung soll kein Zusatzbeitrag für die Krankenkassen entstehen.

Finanzielle Anreize und innere Werte

Das zentrale Problem des schweizerischen Gesundheitswesens ist das Fehlen finanzieller Anreize für Patienten und Leistungserbringer, persönliche Eigenverantwortung zu übernehmen und das optimale Niveau an Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen oder zu erbringen. Zahlreiche Experten schlagen deshalb tiefgreifende Reformen vor, die eine Stärkung der Marktmechanismen und der finanziellen Anreize bringen. Auch wenn die Diagnose in vielen Aspekten stimmt, wird bei den vorgeschlagenen Therapien ein Prob-

lem fast immer unterschätzt: Finanzielle Anreize stehen immer in Wechselwirkung mit der Eigenmotivation und den inneren Werten. In vielen Fällen kann die Stärkung finanzieller Anreize einen Effekt des crowding-out erzeugen, also zu einer Schwächung der inneren Motivationen führen. Das soziale Spiel ist sehr kompliziert, und die Anreize, welche das Zusammenleben der Menschen regeln, üben eine bedeutende Wirkung nicht nur auf die kurzfristigen Entscheidungen aus, sondern auch auf die Vorlieben und «Werte» der Gesellschaft und ihrer Mitglieder. Jedes Versicherungssystem basiert auf dem Prinzip der Gegenseitigkeit, das in den Sozialversicherungssystemen um das Solidaritätsprinzip ergänzt wird. Wenn nun durch die Stärkung finanzieller Anreize in der Krankenversicherung die Versicherten dazu verleitet würden, die langfristige Beziehung aus den Augen zu verlieren, die sie untereinander in einem Generationenvertrag verbindet, wenn die Verschärfung der finanziel-

len Anreize die Individuen dazu anspornt, Kosten und Nutzen des eigenen Versicherungsschutzes unter einem kurzfristigen Blickwinkel zu optimieren, könnten wir eine beträchtliche Zunahme des moralischen Risikos erleben. Die Gefahr bestünde, dass die Fundamente der Krankenversicherung erschüttert werden.

LUCA CRIVELLI

Der Autor ist Professor an der Universität Lugano (Università della Svizzera italiana) und der SUPSI, sowie Leiter des MAS Net-MEGS für Ökonomie und Management im Gesundheitswesen.

Der Artikel fasst folgende Studie zusammen: Crivelli, L., M. Filippini, B. Mantegazzini-Antonioli e F. Pallotti (2007), «I costi dell'assicurazione malattia in Ticino», Studie im Auftrag des Consiglio degli Anziani des Kantons Tessin (http://www.common.unisi.ch/pdf_pub3449)