

# Massnahmen gegen wachsende Gesundheitskosten in der alternden Bevölkerung

---

Dr. Urs Meister

St. Gallen, Mittwoch 28. August 2013

## Gesundheit als «höchstes Gut»

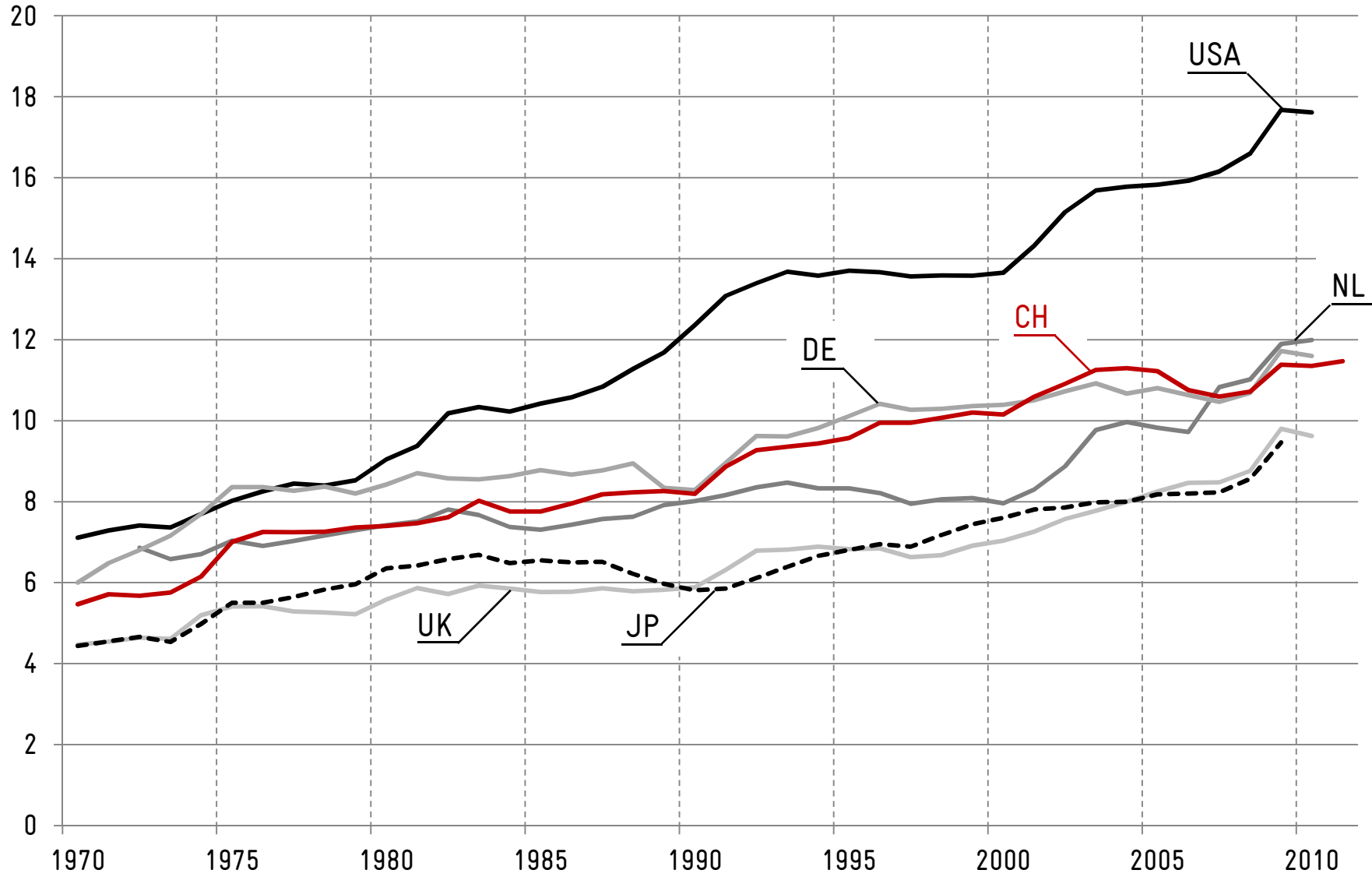
---

### – Definition der WHO 1964

*«Gesundheit ist der Zustand vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens.»*

# Gesundheitsausgaben (in % des BIP)

Quelle: OECD 2013



## Optimale Gesundheitsversorgung

---

– Platon, Athen, (427-347 v. Chr.)

*«Die ständige Sorge um die Gesundheit ist auch eine Krankheit.»*

## Treiber der Gesundheitskosten (I)

---

### – Makroökonomische Erklärungen

- Arbeitsintensive Branchen mit geringerem Potenzial für Produktivitätssteigerungen, Löhne steigen dennoch an, um konkurrenzfähig zu bleiben (*Baumol Effekt*)
- Steigendes Einkommen impliziert überproportionales Wachstum der Nachfrage nach Gesundheit (*Einkommenseffekt*)

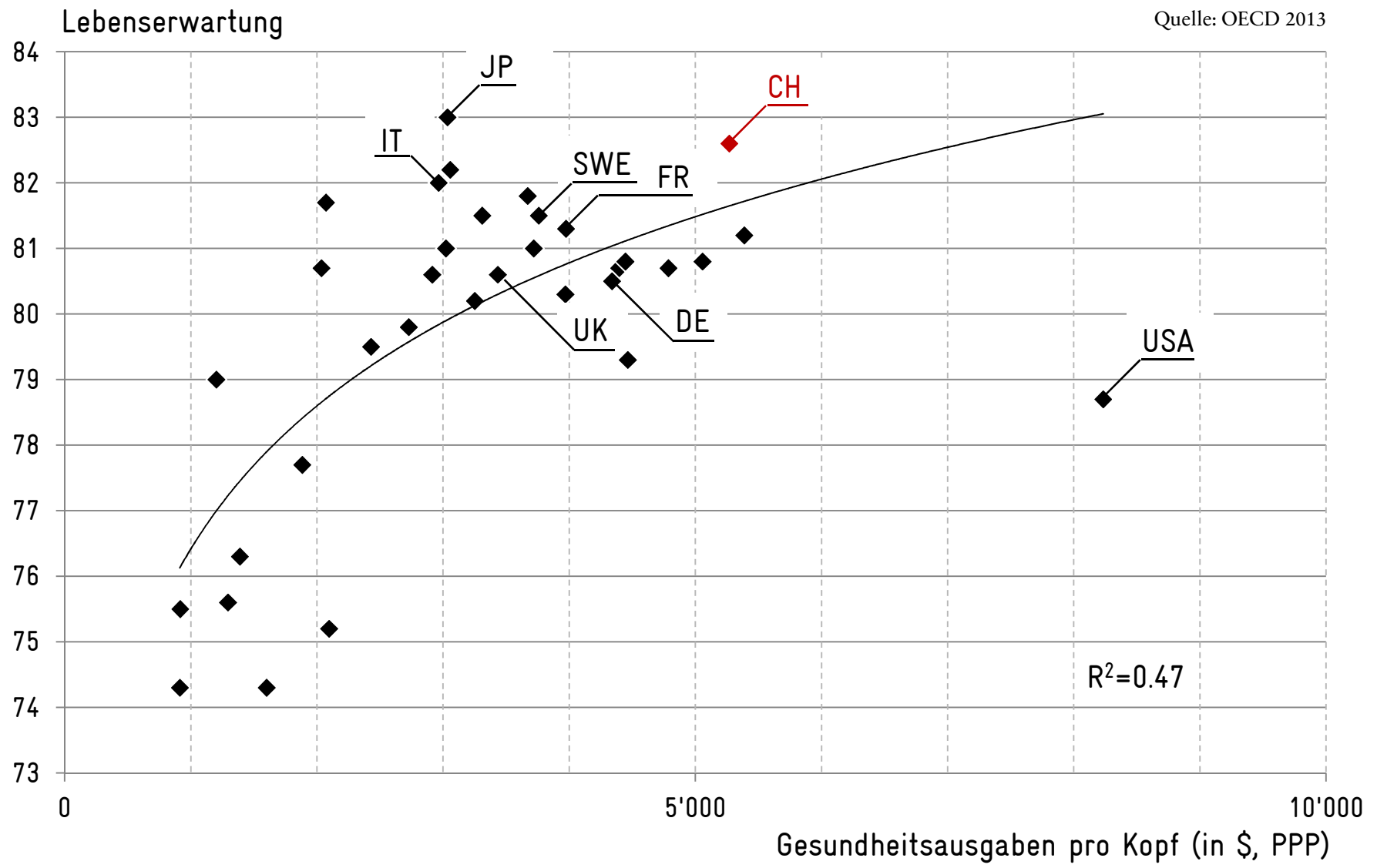
## Treiber der Gesundheitskosten (II)

---

### – Weitere Einflüsse

- *Medizinisch-technischer Fortschritt*
- *Versicherungseffekte*: Ex-Ante (Verhalten mit Risiko) und Ex-Post-Moral-Hazard-Effekte (Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen) bei Versicherten
- *Angebots-induzierte Nachfrage*
- *Mangelnder Wettbewerb*: Markteintrittsbarrieren (z.B. Spitalplanung der Kantone), Kontrahierungszwang zwischen Versicherern und Leistungserbringern
- *Alternde Bevölkerung*

# Lebenserwartung bei Geburt und Gesundheitsausgaben pro Kopf (2010)



## Besseres Kosten-Nutzen-Verhältnis möglich?

---

- **Zweifelhafte Qualität – einige Hinweise**
  - *Fehlende Qualitätstransparenz* verhindert gute Vergleiche
  - Schweiz ist oft nur *OECD-Mittelmass*: Mortalität bei einzelnen Krankheitsbildern (z.B. Brustkrebs)
  - Uneinheitliches Bild bei *Komplikationsraten bei chirurgischen Eingriffen, z.B.*
    - *Gute Werte bei postoperativer Sepsis (Entzündungsreaktion auf Infektion)*
    - *Schlechte Werte bei unbeabsichtigt belassene Fremdkörper im OP-Gebiet*

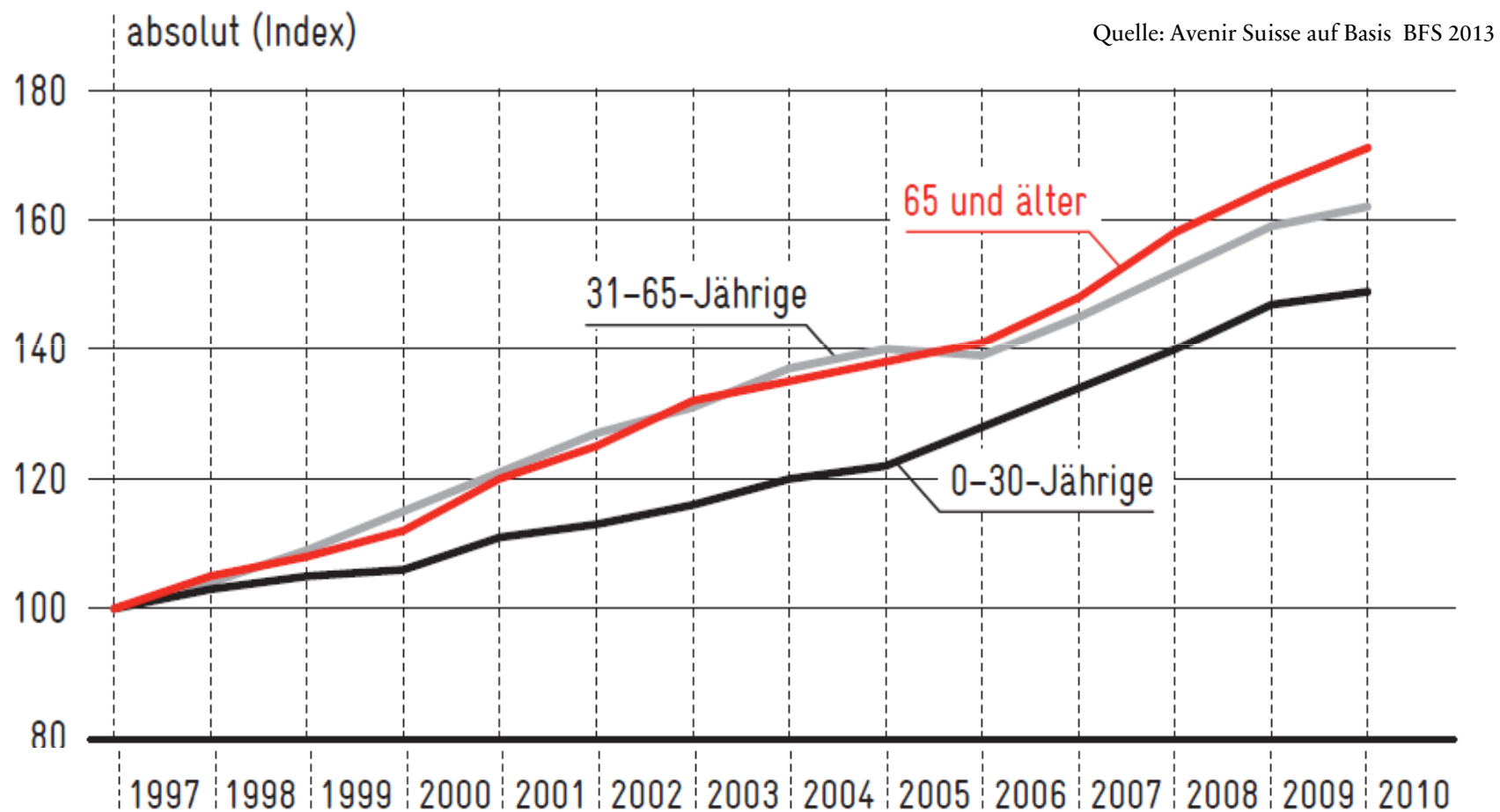


## Besseres Kosten-Nutzen-Verhältnis möglich?

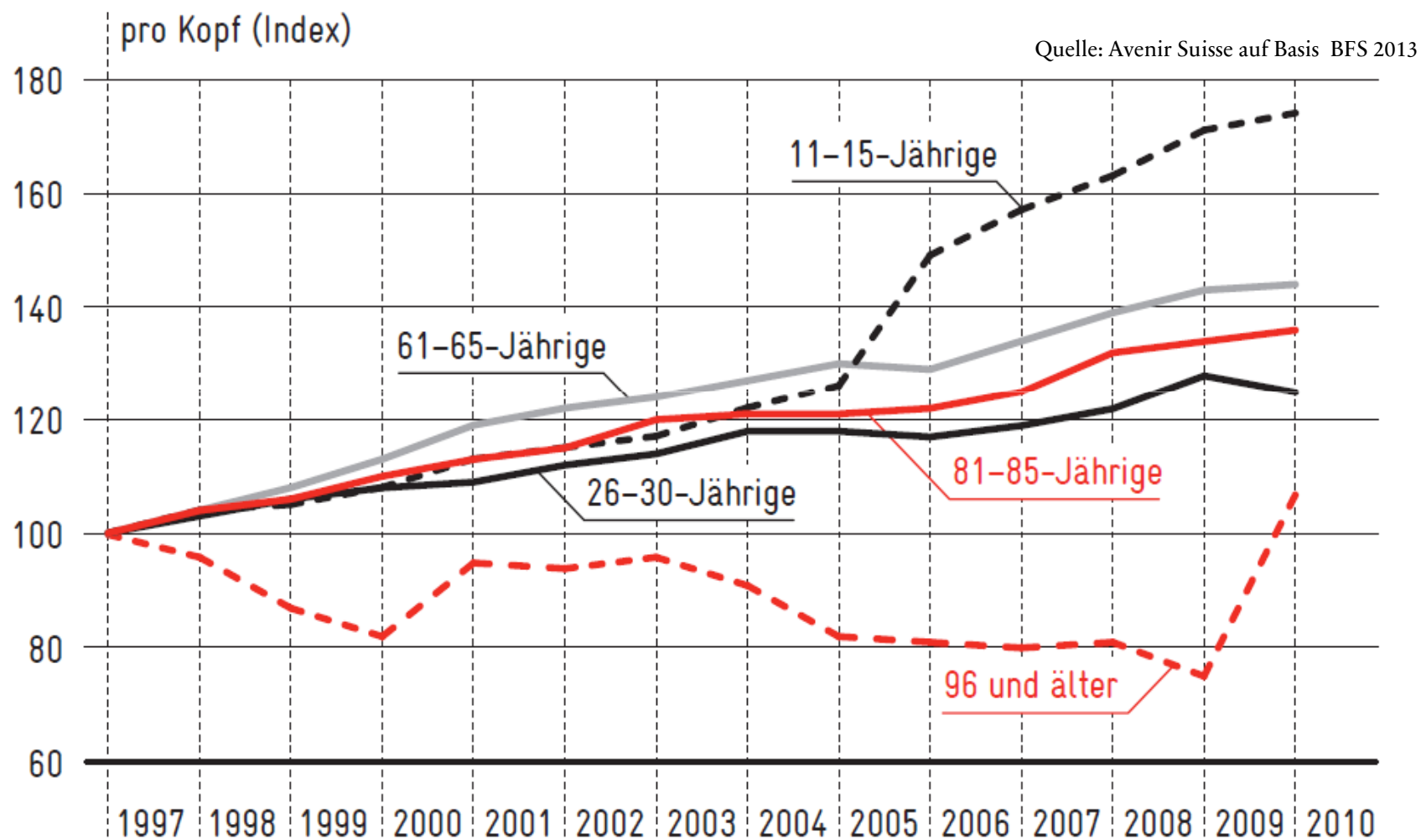
---

- **Hohe Kosten des Gesundheitssystems – einige Hinweise**
  - Im OECD-Vergleich ausserordentliche *viele Spitäler* pro Einwohner, wenige Betten pro Spital
  - Relativ *lange Verweildauern* im Spital
  - Relativ *geringer Anteil von ambulanten Operationen*
  - Überdurchschnittlich hohe Dichte an *medizinischen Gerätschaften* wie CT Scanners und MRI
  - Überdurchschnittlich *viele (teure) Eingriffe*, z.B. Knie- und Hüftoperationen als Hinweis auf angebotsinduzierte Nachfrage

## Entwicklung der Gesundheitskosten in den Altersgruppen (absolut)



## Entwicklung der Gesundheitskosten in den Altersgruppen (pro Kopf)



## Gesundheitskosten und Alterung (I)

---

- **Einfluss der demographischen Entwicklung**
  - Ältere Personen beanspruchen mehr Leistungen pro Kopf
  - Wachsender Anteil der älteren Personen in der Bevölkerung
- **Einfluss der steigenden Lebenserwartung**
  - Mit Alter zunehmende Multimorbidität und damit wachsende Behandlungs- und Pflegeaufwendungen (*Medikalisierungsthese*)
  - Grossteil der Kosten fällt kurz vor dem Ende des Lebens an – eher Sterbekosten als altersbedingte Kosten. Anteil der Lebensjahre mit Krankheit nimmt ab (*Kompressionsthese*)
  - Die Thesen schliessen sich gegenseitig nicht aus

## Gesundheitskosten und Alterung (II)

---

- **Alterung verstärkt bestehende Kostentreiber**
  - Besonders starker Einfluss des *Baumol-Effektes* bei der arbeitsintensiven Pflege...
  - ...Verstärkung durch alternde Gesellschaft (steigender Lohndruck, da der Anteil erwerbstätiger abnimmt)
  - Zusätzlicher Einfluss des *technischen Fortschritts* durch grösseren Fokus von Pharma / Medtech auf die wachsende ältere Bevölkerung
  - Besonders starker Einfluss der *Angebotsinduzierten Nachfrage* – da Patienten geringere Opportunitätskosten für Arztbesuche aufweisen
  - Stärkerer Einfluss des *Ex-post-Moral-Hazard* – Franchise ist für ältere Personen mit höheren Kosten oft nicht mehr relevant

## Gesundheitskosten und Alterung (III)

---

- Umverteilungseffekte zwischen Jung und Alt
  - Im *Pro-Kopf-Prämiensystem mit solidarischer Krankenversicherung* finanzieren die (jungen) Gesunden die (kranken) Alten
    - *Geringes Problem bei demographisch stabiler Bevölkerung: Heutige (junge) Zahler profitieren selber im Alter*
    - *Grösseres Problem bei hoher demographischer Dynamik mit relativer Abnahme der Anzahl Jüngerer (Stichwort Babyboomer)*

## Ansätze zur Begrenzung des Kostenwachstums (I)

---

- **Fokussierung des Leistungskatalogs, v.a. für ältere Personen**
  - Einschränkungen der *Wahlfreiheiten beim Leistungsbezug* in der obligatorischen Grundversicherung
  - Fokussierung/Rationierung mittels *Kosten-Nutzen-Prüfung*
    - *Ex-ante Evaluation* (z.B. Health Technology Assessment, HTA) für sämtliche Leistungen, auch Diagnose- und Behandlungsverfahren
    - *Glaubwürdige Instanz nötig: Unabhängigkeit, fachliche Kompetenz, internationale Kooperation*
  - *Differenzierung des Leistungskatalogs*: Besonders strikte Kosten-Nutzen-Kriterien für Ältere / Betagte

## Ansätze zur Begrenzung des Kostenwachstums (II)

---

- **Änderung der Anreizstruktur bei (älteren) Versicherten**
  - *Erhöhung des Anteils privater Gesundheitsausgaben:* Kostenbeteiligungen in der OKP, Privatversicherungen, Out-of-Pocket
  - Schweiz hat schon heute *Spitzenposition beim Anteil privater Gesundheitskosten: CH 31%; D 13%; USA 12%*
  - Beschränkter (politischer) Spielraum verlangt *Fokussierung*
    - *Adressierung des besonderen Einflusses durch altersbedingten Ex-Post-Moral-Hazard sowie angebotsinduzierter Nachfrage*
    - *Differenzierung der Kostenbeteiligung nach Alter, z.B. höhere Franchise ab 65 Jahren*



## Ansätze zur Begrenzung des Kostenwachstums (III)

---

- **Medical Savings Account (MSA)**
  - Teilweise Übergang zu einer *kapitalbasierten Versicherung* – ähnlich der beruflichen Vorsorge
  - Steigende Gesundheitskosten mit dem Alter implizieren *Kapitalbildung in der ersten Lebenshälfte*
  - Koppelung mit *Hochrisikoversicherung* nötig, damit bei kostspieligen Behandlungen / chronischen Leiden MSA nicht sofort aufgebraucht ist
  - *Zwei Effekte durch MSA*
    - *Reduktion der Jung-Alt-Umverteilung*
    - *Dämpfung von Moral-Hazard-Problemen, da unnötig beanspruchte Behandlungen den Leistungsbezug im Alter einschränken*

**Besten Dank für Ihre Aufmerksamkeit**

**[urs.meister@avenir-suisse.ch](mailto:urs.meister@avenir-suisse.ch)**