

Erklärungsansätze regionaler Kostenunterschiede im Gesundheitswesen

Die Kosten im Gesundheitswesen sowie die kantonalen oder regionalen Kostenunterschiede sind in den gesundheitspolitischen Diskussionen unseres Landes ein Dauerthema. Vor diesem Hintergrund hat das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ab dem Jahr 2007 ein kleineres Forschungsprogramm zum Thema gestartet, in dessen Rahmen eine Analyse der internationalen Literatur, der Aufbau einer Indikatoren-Datenbank sowie ökonomische Modellrechnungen zur Ursachenanalyse von regionalen Kostenunterschieden durchgeführt und ein Synthesebericht erstellt werden sollen. Der vorliegende Artikel stellt die Schlussfolgerungen aus dem ersten Schritt des Programms, nämlich der Analyse der internationalen Literatur zu den regionalen Kostenunterschieden, dar.

Kasten 1

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine Organisationseinheit des Bundesamtes für Statistik (BFS), die im Rahmen des Projektes Nationale Gesundheitspolitik entstanden ist und von Bund und Kantonen einen Leistungsauftrag erhält. Das Obsan analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln. Weitere Informationen sind zu finden auf www.obsan.ch.



Die sozialisierten Gesundheitsausgaben im Jahr 2005 lagen im Kanton Genf mit knapp 6400 Franken pro Person und Jahr fast zweieinhalb Mal so hoch wie im Kanton Appenzell Innerrhoden mit knapp 2600 Franken. Die Ursachen dieser Differenzen sind Gegenstand eines Forschungsprogramms des Obsan. Im Bild: Kantonsspital Genf.

Bild: Keystone

Gesundheitsausgaben der Schweiz im internationalen Vergleich

Gemäss der Organisation für wirtschaftliche Entwicklung und Zusammenarbeit (OECD) lag der Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandprodukt (BIP) der Schweiz im Jahr 2005 bei 11,4%. Damit nimmt sie im internationalen Vergleich einen Spitzenplatz ein (vgl. *Grafik 1*). Nur in den USA ist dieser Anteil deutlich höher: Nicht weniger als 15,4% des BIP betragen dort die Ausgaben für die Gesundheit. Der Anteil der



Paul Camenzind
Leiter a. i., Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), Neuenburg

Schweiz lag leicht über dem Niveau der direkten Nachbarländer: Für Frankreich wurde ein Wert von 11,1%, für Deutschland von 10,7% und für Österreich von 10,2% gemessen; etwas tiefer lag Italien mit 8,9%.

Ein Anteil von 11,4% am BIP bedeutet für die Schweiz, dass im Jahr 2005 insgesamt 53 Mrd. Franken für Gesundheitsgüter und Gesundheitsdienstleistungen ausgegeben wurden. Pro Kopf und Jahr sind dies rund 7100 Franken. *Tabelle 1* zeigt, in welchen Bereichen der Leistungserbringung im Schweizer Gesundheitswesen die grössten Ausgabenposten anfallen und durch welche Direktzahler diese Kosten finanziert werden.

Bandbreite der interkantonalen Unterschiede

Das schweizerische Gesundheitswesen ist stark föderalistisch aufgebaut: Die Kantone tragen die Hauptverantwortung für die Gesundheitsversorgung ihrer Bevölkerung. Dieses System hat zur Folge, dass innerhalb der Schweiz bedeutende Kostenunterschiede zwischen den verschiedenen Kantonen be-

Tabelle 1

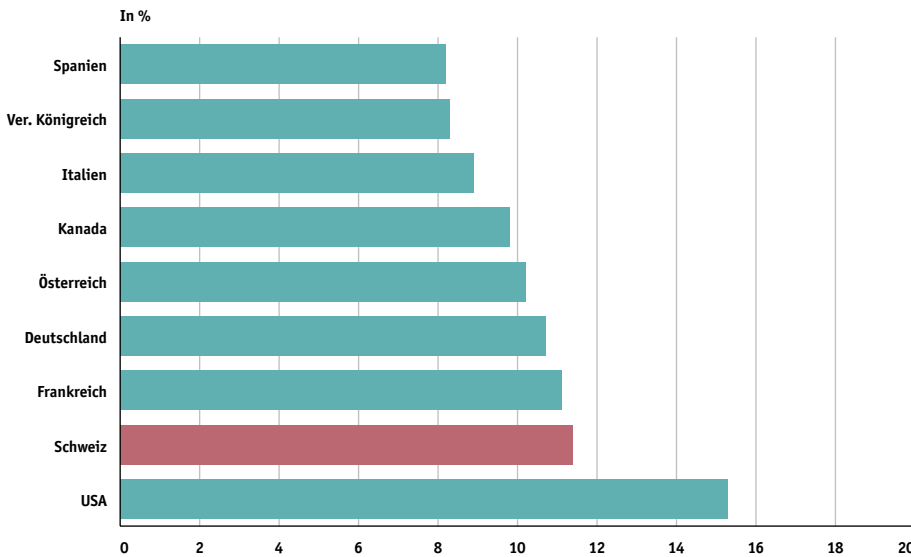
Gesundheitskosten in der Schweiz nach Leistungserbringern und Direktzahlern, 2005

in Mrd. CHF	Leistungserbringer						
	Ambulante Versorgung	Krankenhäuser	Sozialmed. Institutionen	Detailhandel	Staat	Andere	Total
KVG/OKP	6.5	6.8	1.4	2.7	0.0	0.9	18.3
Staat	0.6	6.5	1.0	0.0	0.8	0.0	8.9
Private Haushalte	6.5	1.7	6.0	1.5	0.3	0.1	16.1
VVG	1.4	2.1	0.0	0.3	0.0	0.8	4.7
IV/AHV/UV/MV/andere	1.1	1.1	1.2	0.4	0.0	0.9	4.7
Total	16.1	18.3	9.6	4.9	1.0	2.8	52.7

Quelle: BFS (2007); Camenzind / Die Volkswirtschaft

Grafik 1

Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandprodukt ausgewählter OECD-Länder, 2005



Quelle: OECD Health Data, Stand 2007 / Die Volkswirtschaft

nerrhoden, in Nid- und Obwalden sowie im Kanton Thurgau an.

Literaturrecherche:
Methodisches Vorgehen

Die Literaturrecherche wurde schwergewichtig in der Datenbank Econlit² durchgeführt, wobei die Jahre 1986 bis Mitte 2007 zur Verfügung standen. Daneben wurden weitere Literaturdatenbanken³ sowie das Internet konsultiert. Von den dabei gefundenen Hunderten von Artikeln und Studien wurden jene 100 Arbeiten, für welche der höchste Erklärungsbeitrag vermutet wurde, im Volltext analysiert. Aus den Literaturverzeichnissen der analysierten Studien kamen noch einige Arbeiten hinzu, welche über die elektronischen Datenbankrecherchen nicht gefunden werden konnten (sog. «graue Literatur»). Inhaltlich wurden die Studien nach zehn Forschungsfragen ausgewertet, welche die folgenden Aspekte der regionalen Kostunterschiede im Gesundheitswesen ansprechen:

- Welche theoretischen Erklärungsmodelle (ökonomische Theorie) existieren?
- Welchen Einfluss haben Aufbau, Organisation und Finanzierung der Gesundheitssysteme?
- Welches sind die Gemeinsamkeiten der Erklärungs- und Wirkungsmodelle?
- Sind Unterschiede im Kostenniveau oder in der Kostenentwicklung relevanter?
- Welche Kostenaggregate (Gesamtkosten- oder Sub-Modelle) werden analysiert?
- Welches sind gemeinsame Erklärungsfaktoren für die Kostenschwankungen?
- Welche Dauer haben die untersuchten Zeitintervalle?
- Wie stellt sich die Datensituation in der Schweiz und in anderen Ländern dar?
- Welche Art der Regionalisierung (geografisches Analyseniveau) wird angewandt?
- Welche methodisch-statistischen (ökonomischen) Modelle werden verwendet?

stehen. Wegen datenmässiger und methodischer Schwierigkeiten gibt es aber noch keine verlässliche kantonale Aufteilung der gesamten Gesundheitsausgaben. Am weitesten gediehen ist diesbezüglich die Arbeit von Crivelli et al. (2008), in welcher das Konzept der *sozialisierten Gesundheitskosten*¹ entwickelt wird (vgl. Grafik 2).

Die sozialisierten Gesundheitsausgaben lagen im Kanton Genf mit knapp 6400 Franken fast zweieinhalb Mal so hoch wie im Kanton Appenzell Innerrhoden mit knapp 2600 Franken. Generell herrscht im Gesundheitswesen der Schweiz ein West-Ost-Kostengefälle: Überdurchschnittliche sozialisierte Ausgaben (d.h. mehr als 4000 Franken pro Person und Jahr) hatten im Jahr 2005 – neben Genf – die Kantone Basel-Stadt, Neuenburg, Waadt, Tessin, Jura und Bern. Sozialisierte Kosten von weniger als 3'000 Franken pro Person und Jahr fielen in Appenzell In-

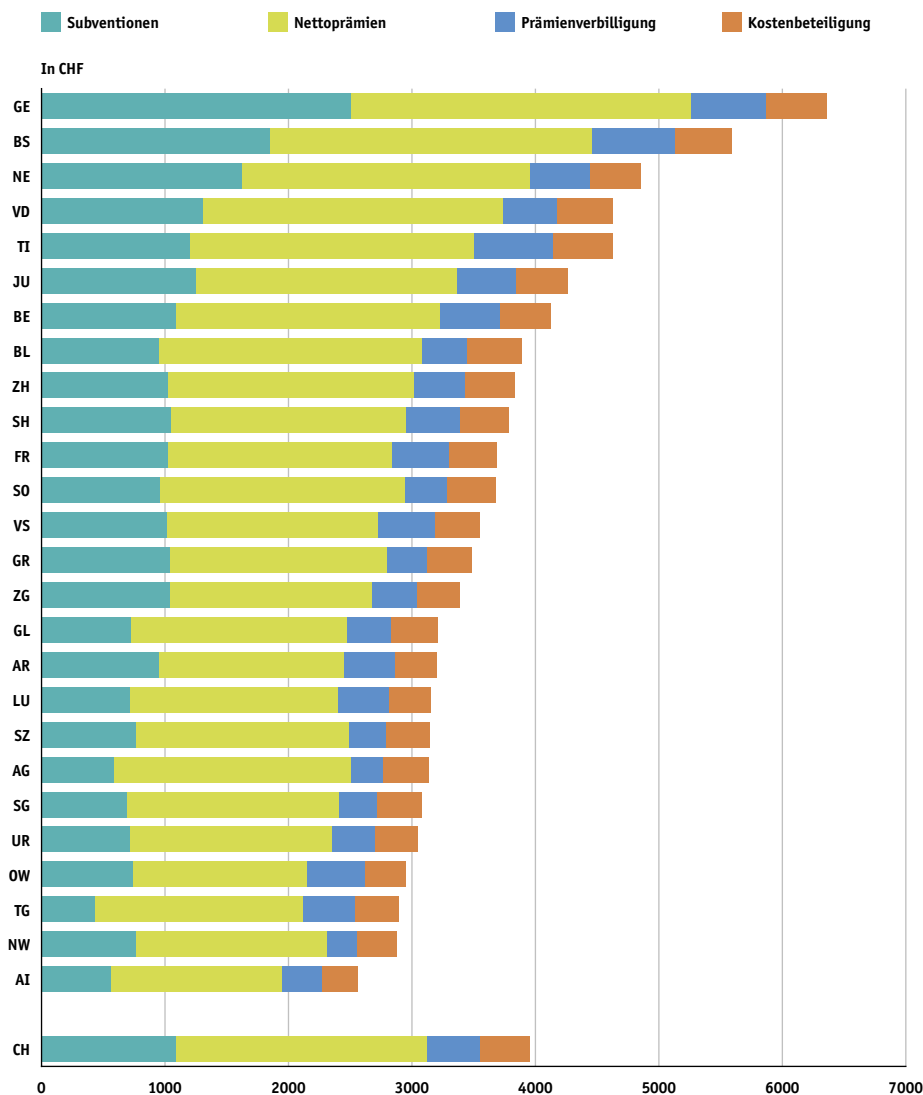
1 «La spesa sanitaria socializzata» (vgl. Crivelli et al., 2008); diese entsprechen den Subventionen an die Leistungserbringer, den Prämienverbilligungsbeiträgen an die Versicherten, den Nettoprämien und den Kostenbeteiligungen der OKP. Es fehlen die Out-of-Pocket-Ausgaben der privaten Haushalte und die Nettoprämien inkl. der Kostenbeteiligungen in der Krankenzusatzversicherung (VVG).

2 American Economic Association's electronic bibliography of economic literature.

3 The Cochrane Database, Medline, HSTAT, RePEc sowie Google resp. Google Scholar.

Grafik 2

Sozialisierte Gesundheitskosten nach Kantonen, 2005
Ausgaben nach Kategorien pro Person und Jahr



Quelle: Crivelli et al. (2008) / Die Volkswirtschaft

Theoretisch-ökonomische Erklärungsmodelle

Die Ergebnisse verschiedenster internationaler Annäherungen zur theoretischen Umschreibung des Kostengeschehens im Gesundheitswesen sind ziemlich bescheiden geblieben. Die Forschungsbemühungen im Bereich der Kostenunterschiede im Gesundheitswesen gelten 20 Jahre nach der bekannten Aussage von Culyer (1988, S. 29) immer noch als eine «Expedition ohne Kompass». Nicht verwunderlich ist daher, dass in der Literatur eine Vielzahl von Wirkungs- und Erklärungsmodellen existieren. Als Synthese dieser Vielfalt und angepasst auf die Verhältnisse in der Schweiz wurde das in Grafik 3 dargestellte Modell entwickelt.

Im Modell werden die vier Bereiche Bevölkerung (Nachfrageseite), Versorgungs-

system (Angebotsseite), Finanzierungssystem sowie politisches System unterschieden. Für alle diese Bereiche gibt es eine Vielzahl von Faktoren, für die Wirkungen auf die regionalen Gesundheitskosten vermutet werden.

Bei den auf die *Bevölkerung* bezogenen Erklärungsfaktoren handelt es sich um soziodemografische Faktoren wie den Bevölkerungsbestand, die Bevölkerungsbewegungen (Geburten, Todesfälle, Ein- und Auswanderungen) und die Bevölkerungsstruktur (Alter, Geschlecht, Nationalität). Hinzu kommen soziokulturelle Faktoren wie die Zugehörigkeit zu Sprachgruppen oder verschiedene Haushaltstrukturen. Auch lebt die Bevölkerung eines Landes in einer bestimmten physikalischen resp. geografischen Umwelt (Lärm, Luft, Strahlung, Wasser, Urbanität, Topographie etc.) und befindet sich in verschiedenartigen Lebens-, Arbeits-, Einkommens- und Vermögenssituationen. Diese Faktoren haben ebenso Einfluss auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen und die Gesundheitskosten wie das Gesundheitsverhalten und der Gesundheitszustand der Bevölkerung.

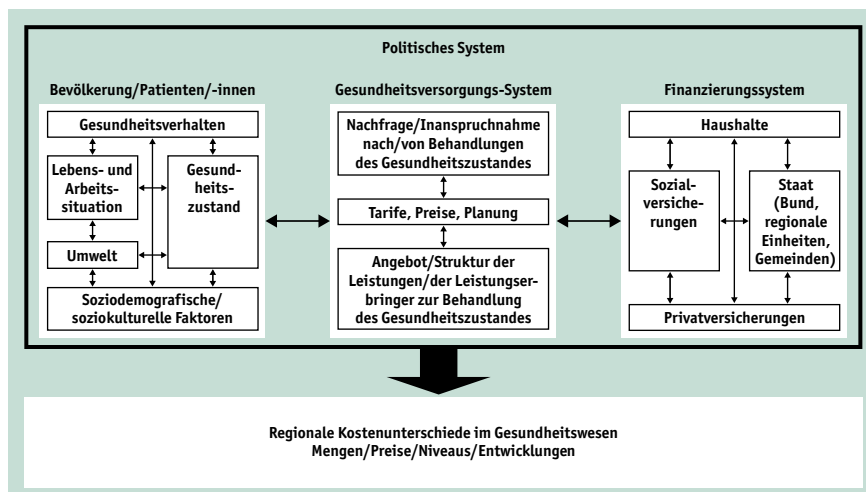
Ein Bedarf wird erst zur effektiven Inanspruchnahme, wenn entsprechende Anbieter vorhanden sind und eine Finanzierung möglich ist. In vielen Untersuchungen wird davon ausgegangen, dass sich die Präsenz vieler Anbieter (Spitäler, Pflegeheime, Grundversorger, Spezialisten) in einer Region eine eigene Nachfrage schafft (angebotsinduzierte Nachfrage). Es werden deshalb die Kostenfolgen von Indikatoren wie regionale *Dichten* an ambulanten Praxisärzten oder an Spitalbetten untersucht. Für unterschiedliche *Behandlungsstrukturen* (z.B. Anteil an stationären Leistungen oder an Spezialärzten) werden ebenso regionale Kostenfolgen vermutet wie für einen hohen Stand an technischer Ausrüstung.

Ob die Nachfrage eines Haushalts zu einer tatsächlichen Beanspruchung von Leistungen des Gesundheitssystems führt, hängt davon ab:

- ob ein Haushalt über viele finanzielle Mittel zum Bezug von Leistungen verfügt;
- ob diese Leistungen aus eigener Tasche bezahlt werden müssen;
- ob diese Leistungen durch Sozial- oder Privatversicherungen abgedeckt sind;
- ob viele Personen in der Bevölkerung über einen Versicherungsschutz verfügen;
- ob viele dieser Leistungen durch den Staat subventioniert werden;
- ob viele Anreize zum (übermässigen) Angebot oder der (übermässigen) Inanspruchnahme von Leistungen im System eingebaut sind.

Grafik 3

Wirkungsmodell zur Erklärung der Gesundheitskosten in der Schweiz



Quelle: Camenzind (2008) / Die Volkswirtschaft

Alle diese Aspekte lassen sich in Indikatoren fassen und hinsichtlich der Auswirkung auf die Gesundheitskosten analysieren.

Gesundheitsmärkte sind mehr oder weniger staatlich administriert. Mengen (z.B. Spitalbetten) oder Kostenvolumina (z.B. Globalbudgets) durch die staatliche Planung werden vorgegeben. Diese Eingriffe des Staates haben Folgen auf die entstehenden Kosten im Gesundheitswesen, wobei das Ausmass – und manchmal sogar die Richtung – solcher Effekte in der Literatur umstritten ist. Bezüglich der Auswirkungen des Zentralisierungsgrades eines Gesundheitssystems geht die Meinung eher dahin, dass ein starker Föderalismus eine höhere Patientenzufriedenheit, aber auch höhere Gesundheitskosten mit sich bringt. Daneben finden direktdemokratische Instrumente wie die Initiative und das Referendum als Variablen der Beeinflussung von Gesundheitskosten Eingang in die Modelle.

Empirische Erklärungsansätze regionaler Kostenunterschiede

Die empirischen Studien können nach geografischen Kriterien in die drei Gruppen internationale Kostenunterschiede, regionale Kostenunterschiede Ausland sowie regionale Kostenunterschiede Schweiz eingeteilt werden.

Internationale Kostenunterschiede

Bei allen betrachteten internationalen Ländervergleichen wird das BIP als der prägnanteste Erklärungsfaktor identifiziert. Der Einfluss des BIP auf das Niveau oder das Wachstum der Gesundheitskosten ist dabei immer positiv, und der errechnete Erklär-

rungsbeitrag kann bis 90% erreichen. Viele Arbeiten finden einen solchen kostensteigernden Einfluss ebenfalls für einen höheren Anteil an älteren Personen (über 65 Jahre) sowie für eine höhere Ärztedichte für Grundversorger und für Spezialisten in ambulanten Praxen. Deutlich nachweisbar sind auch die kostensenkenden Wirkungen der Leistungsentschädigungen in Form von Pauschalvergütungen sowie eine Steuerung durch Gatekeeping. Ebenfalls eine dämpfende Wirkung auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen üben ein höheres Bildungsniveau und Erwerbstätigkeit aus. Hingegen existieren wenige international vergleichende Studien, bei denen epidemiologische Faktoren – wie Lebensstil, Morbidität oder Mortalität – in einem signifikanten Zusammenhang mit den Gesundheitskosten stehen. Teilweise kann dies auf die grossen Datenmängel in diesem Bereich zurückgeführt werden.

Regionale Kostenunterschiede im Ausland

Bei den Recherchen in den Datenbanken der internationalen gesundheitsökonomischen und gesundheitsstatistischen Literatur findet man kaum Studien, welche sich explizit mit den regionalen Kostenunterschieden innerhalb eines Landes beschäftigen. Dies hat vermutlich damit zu tun, dass keines der Gesundheitssysteme der westlichen Länder eine derart starke föderalistische Struktur aufweist wie jenes der Schweiz. Ein solches System ermöglicht es erst, dass ein derart ausgeprägtes regionales Kostengefälle entsteht und damit das Interesse von Politik und Wissenschaft an dieser Frage geweckt wird.

Gesundheitsökonomische und -statistische Forschungsaktivitäten zu regionalen Kostenunterschieden des Gesundheitswesens fanden sich am ehesten zu *Kanada* und *Spanien*. Die Gesundheitssysteme dieser beiden Länder sind eher föderalistisch ausgerichtet. Zudem gibt es hier auch sprachlich-kulturelle Besonderheiten (Katalonien und Baskenland in Spanien sowie die Provinz Québec in Kanada), welche solche «regionalpolitischen» Forschungen zu begünstigen scheinen. Weitere Länder, zu welchen einige Arbeiten zu intranationalen Kostenunterschieden vorliegen, sind Frankreich und die USA. Für andere Länder wie Grossbritannien, Italien, Dänemark und Deutschland wurden nur vereinzelte Studien gefunden.

Zusammenfassend fanden sich in diesen Studien als wichtigste kostentreibende Einflussfaktoren ein hohes Einkommen, ein hoher Anteil der älteren Bevölkerung, ein hoher Anteil an Frauen, ein hoher Anteil Nicht-Erwerbstätiger, ein niedriges Bildungsniveau, ein schlechter Gesundheitszustand, eine hohe Ärztedichte, eine hohe Spital- resp. Spital-

bettendichte sowie ein starker technischer Fortschritt. Als kostensteigernd erweisen sich zudem eine umfassende Versicherungsdeckung und relativ hohe Bundessubventionen an die Gliedstaaten.

Regionale Kostenunterschiede in der Schweiz

Die meisten Untersuchungen zu den kantonalen Unterschieden im Niveau oder in der Entwicklung der Gesundheitskosten der Schweiz sind aus Datengründen entweder ausschliesslich auf die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) beschränkt oder versuchen allenfalls noch die Ausgaben des Staates für den Gesundheitsbereich mit zu berücksichtigen. Bei knapp 20% Finanzierung der gesamten Gesundheitskosten durch den Staat und gut 30% durch die OKP verarbeiten diese Studien somit nur die Informationen zu einem Anteil von maximal 50% der Inanspruchnahme resp. der anfallenden Kosten des Gesundheitswesens. Das Leistungs- und Kostengeschehen im Bereich Privatversicherungen und private Haushalte (Out-of-Pocket) bleibt unberücksichtigt.

Unter diesen Einschränkungen finden die Arbeiten zur Schweiz⁴ als *kostensteigernde Erklärungsfaktoren* die Ärztedichte, die Altersstruktur, das Geschlecht, die Arbeitslosenquote, den Urbanitätsgrad, die lateinische Sprache und Kultur, die Apothekendichte sowie den technischen Fortschritt. Beim kantonalen Volkseinkommen halten sich die Studien, welche einen positiven und einen negativen Zusammenhang nachweisen, ungefähr die Waage. Weitere signifikante Einflussfaktoren in Schweizer Studien sind die Mortalitätsrate, das Nominallohnwachstum, die Spitalbettendichte, der Anteil an Spezialkliniken, das Mass an sozialer Ausgrenzung, die Abgabe von Medikamenten in Arztpraxen, der Ausländeranteil sowie die Preise für die Gesundheitsgüter und Dienstleistungen.

den im Gesundheitswesen ergab die folgenden Erkenntnisse für die Schweiz:

- Untersuchungen zu regionalen Kostenunterschieden innerhalb der Schweiz sollten explorativ angelegt sein und auf einem umfassenden Wirkungsmodell basieren.
- Es ist möglich, Unterschiede in Aufbau, Organisation und Finanzierung der kantonalen Gesundheitssysteme abzubilden.
- Ein Minimalkatalog an gemeinsamen Erklärungsfaktoren aus Schweizer Studien (vgl. folgenden Punkt) sollte bei allen Schätzungen innerhalb der Schweiz getestet werden.
- Die häufigsten Erklärungsfaktoren für die Kostenunterschiede innerhalb der Schweiz sind die Ärztedichte (Grundversorger und Spezialisten), die Altersstruktur, die Geschlechteranteile, das Volkseinkommen, die Arbeitslosenquote, der Urbanitätsgrad, die lateinische Sprache, die Apothekendichte und der technologische Fortschritt.
- Die Kostengrössen sollten möglichst in ihre Mengen- und Preiskomponenten zerlegt und aufgeteilt nach Leistungserbringern und Direktzahlern analysiert werden.
- Die wichtigsten Datenquellen für die Schweiz sind der Datenpool Santésuisse, die Statistiken der stationären Betriebe und die Schweizerische Gesundheitsbefragung des Bundesamtes für Statistik (BFS) sowie die Statistik der Staatsausgaben der Eidgenössischen Finanzverwaltung (EFV).
- Die zur Verfügung stehenden Daten sollten möglichst integral über die gesamte verfügbare Zeitperiode – z.B. ab Einführung des KVG 1996 – bis an den aktuellen Rand (2007) einbezogen werden.
- Analysen, welche ein tieferes Niveau als jenes der Kantone vergleichen, sollten angestrebt werden; mit Blick auf die gesundheitspolitische Praxis dürfte dabei das regionale (politische) Konzept der Bezirke eine gute Wahl darstellen.
- Mit der Verwendung panelökonomischer Ansätze können das Niveau (Querschnitt) und der Verlauf (Längsschnitt) der Kosten resp. der Mengen und Preise simultan betrachtet werden. ■

Kasten 2

Literatur

- Camenzind, P. (2008), Erklärungsansätze regionaler Kostenunterschiede im Gesundheitswesen: Analyse der internationalen gesundheitsökonomischen und -statistischen Literatur – mit besonderem Fokus auf die Schweiz; Arbeitsdokument 30, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), Neuenburg.
- Crivelli, L. et al. (2008), I costi dell'assicurazione malattia nel cantone del Ticino – Rapporto finale, Università della Svizzera italiana, Lugano.
- Culyer, A.J. (1988), Health expenditures in Canada: myth and reality; past and future; Canadian Tax Paper Nr. 82; Canadian Tax Foundation, Toronto.

Methodisch-statistische Ergebnisse

Die methodisch-statistische Betrachtung der ausgewerteten Studien ergibt, dass die *panelökonomische* Analyse in allen betrachteten moderneren Arbeiten zur Erklärung von regionalen Kostenunterschieden die bevorzugte Schätztechnik darstellt. Das liegt vor allem daran, dass damit gleichzeitig Veränderungen der regionalen Kosten über die Zeit als auch systematische Unterschiede zwischen den beobachteten Regionen berücksichtigt werden können.

Fazit

Die vom Obsan durchgeführte Literaturanalyse zu den regionalen Kostenunterschieden

4 Für eine Übersicht vgl. Camenzind (2008, S. 116 ff).