
US-Gesundheitsreform– Beginn der Sowjetisierung oder ein Stück Schweiz in den USA?

Forschungsstelle für Sozialrecht und Sozialpolitik an der
Fakultät für Rechtswissenschaft der Universität
Hamburg

8. Dezember 2009, Uni, Hörsaal B

Prof. Dr. Leonhard Hajen

Universität Hamburg

Fachbereich Sozialökonomie

Senator Hatch (Rep.): „It's going to be a holy war“

- Nation ist polarisiert
 - Vorwurf der Republikaner: Marsch in den Sozialismus
 - Kampagne mit unlauteren Vorwürfen („Death Panels“)
 - Kampagne wegen Abtreibung
- Gesundheitsreform zentrale innenpolitische Herausforderung des Präsidenten und der Demokratischen Partei

Ziele der Gesundheitsreform

- Jeder US Bürger soll eine bezahlbare Krankenversicherung haben
 - Bestehende Systeme sollen bleiben
 - Private Versicherung durch Individuen oder Arbeitgeber
 - Medicare und Medicaid als Sozialversicherung
 - Subventionen zu Versicherungsprämien für Einkommensschwache
 - Versicherungszwang, aber keine Zwangsversicherung („Hillarycare“ als abschreckendes Vorbild für gescheiterte Reform)
 - Zuschüsse zu Prämien für Bezieher niedriger Einkommen
 - Größere Sicherheit und Stabilität für Menschen, die Versicherung haben
- Verbesserung der Qualität der Versorgung
- Kostenbegrenzung

→ Paul Krugman: „Plan to Swissify America“

Stand des Gesetzgebungsverfahrens

- Bewährungsprobe für Obama
 - Vor der Sommerpause 2009 nur allgemeine Eckpunkte der Reform benannt
 - Ausarbeitung des Gesetzentwurfes dem Kongress überlassen
 - Wunsch nach parteiübergreifender Reform
- Lage im Kongress im Dezember 2009
 - Keine Aussichten für „bipartisan“ Lösung
 - Repräsentantenhaus hat Gesetz beschlossen
 - Senat hat Debatte über eigenen Entwurf eröffnet
 - Aber auch: Konflikt unter den Demokraten
 - Widerstand bei einzelnen Abgeordneten, die strenge Haushaltsdisziplin einfordern und staatliches Angebot ablehnen
 - Widerstand bei den „Progressives“, wenn „public option“ fehlt
- Obama bekräftigte in Rede im Kongress am 10. September 09 die Grundzüge der Reform
 - Vage zu „public option“
 - Präzise zur Anforderung strikter Budgetneutralität:
„One Dime Standard“

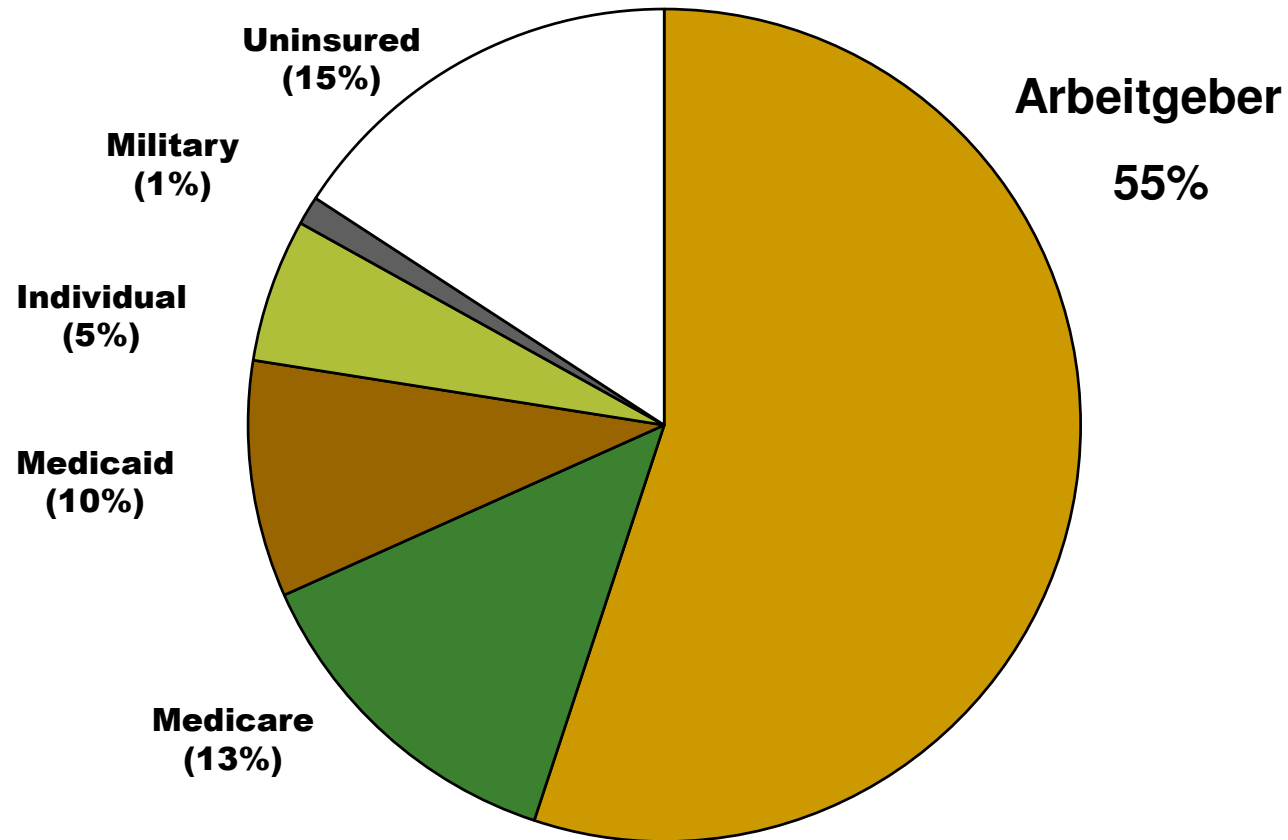
Konfliktlage

- Zwischen den Parteien Einigkeit in der Diagnose, aber fundamentaler Streit über die Lösungen
 - Pfadabhängigkeit: **Mentalität** der US-Bürger, eigene Verantwortung zu stärken und ohne Staat auszukommen
 - **Mehr Staat** beschneidet Gewinnmöglichkeiten von Versicherungen und Leistungsanbietern
 - Mehr Macht für Washington zu Lasten der Staaten im **Föderalsystem** der USA
 - Kombination von **Einsparungen** im Gesundheitssystem und **Abgabenerhöhung** zur Wahrung der Haushaltsneutralität
- Jeder einzelne Punkt bietet Ansatzpunkte der Mobilisierung gegen die Reform

Ausgangslage

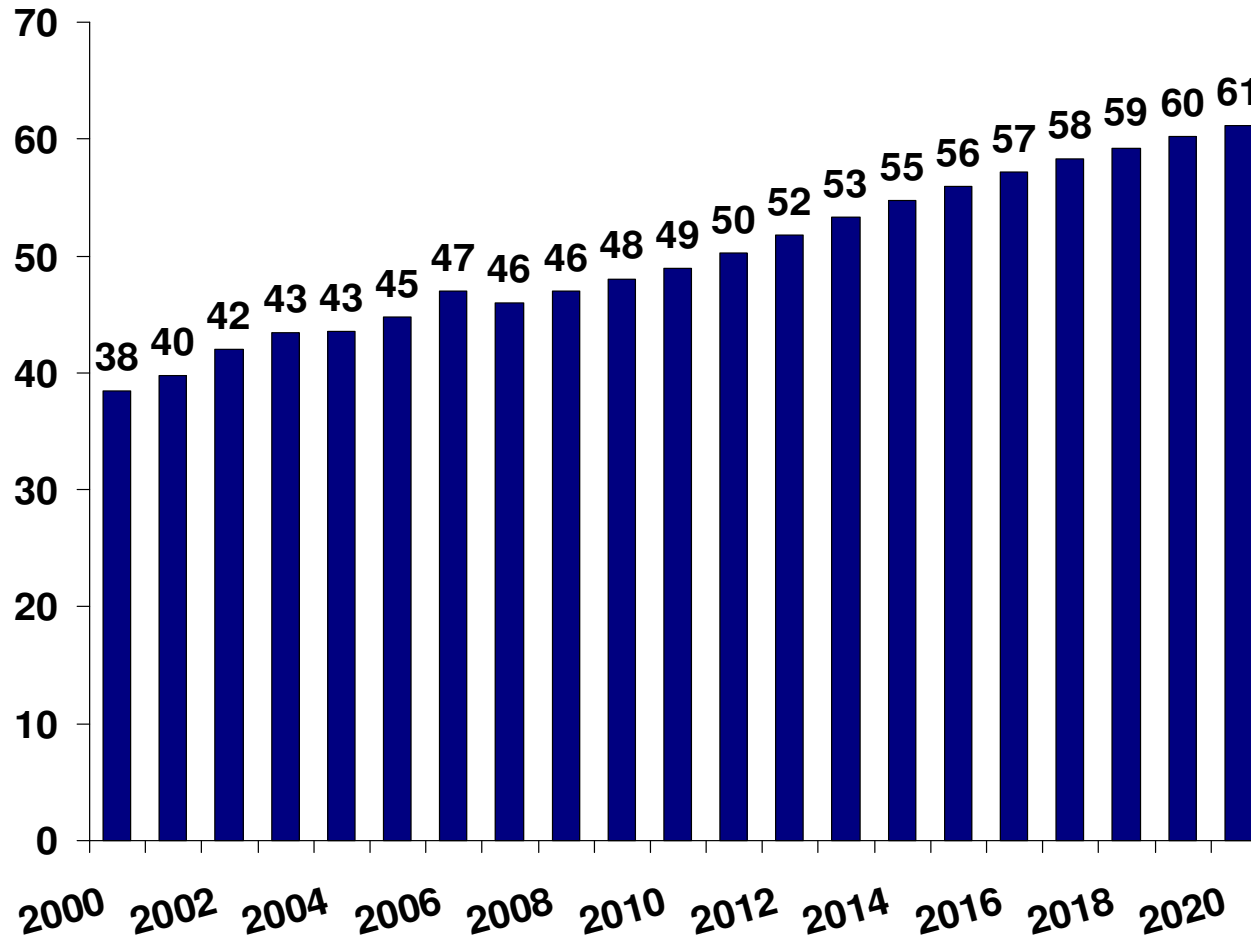
- Unter der OECD-Staaten hat das US-Gesundheitssystem die geringste Effizienz
 - Höchster Anteil der Gesundheitsausgaben am Sozialprodukt
 - Höchste Ausgaben pro Kopf
 - Nur mittlere Werte bei Lebenserwartung und Morbidität
- Drei Säulen der Sicherung gegen das Krankheitsrisiko
 - Private Versicherung, überwiegend durch den Arbeitgeber
 - Sozialversicherung für die Senioren (Medicare), die ganz Armen (Medicaid), ehemalige Soldaten (Veterans Administration) und Kinder (CHIP) → Tragen die Hälfte der Gesundheitsausgaben
 - Eigenes Einkommen, Schulden, Familie und Barmherzigkeit → Dringendste Problem

46,3 Mio. Unversicherte (Uninsured) in den USA in 2008



Data: K. Davis, *Changing Course: Trends in Health Insurance Coverage 2000-2008*, The Commonwealth Fund at Joint Economic Committee hearing, September 10, 2009.

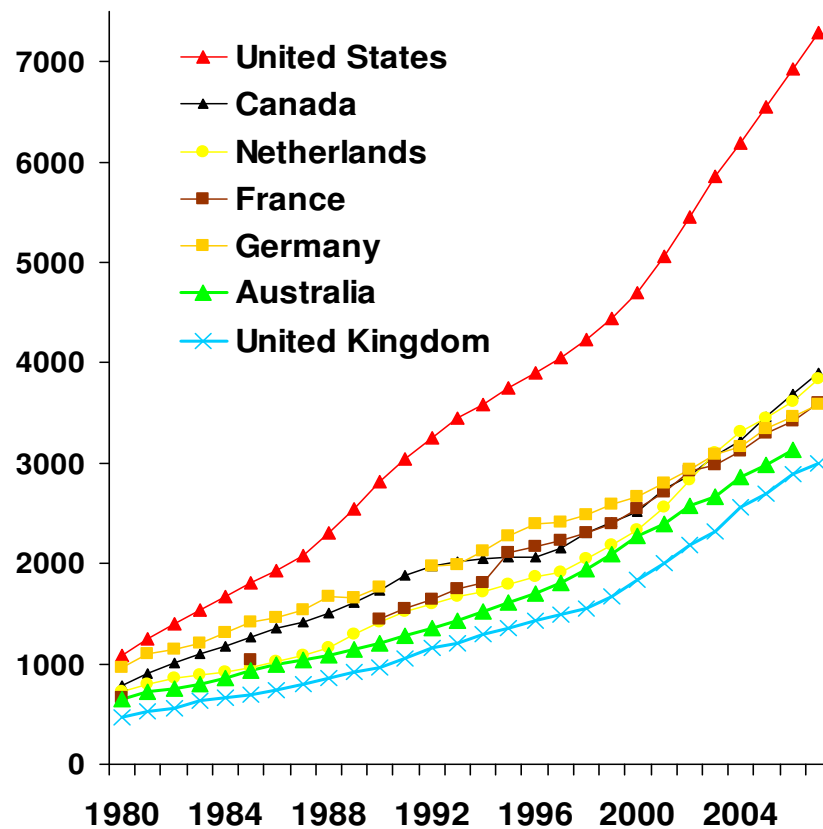
Zahl der Unversicherten steigt bis 2020 auf 61 Mio.
Menschen



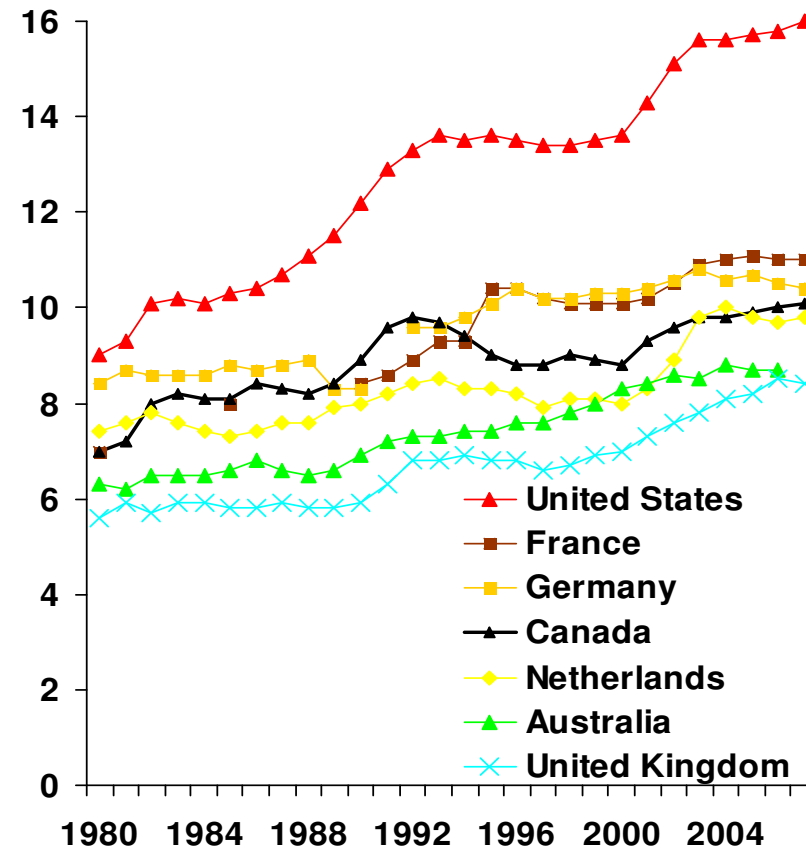
Davis (2009), On the Road to a High Performance Health System

Internationaler Vergleich der Gesundheitsausgaben

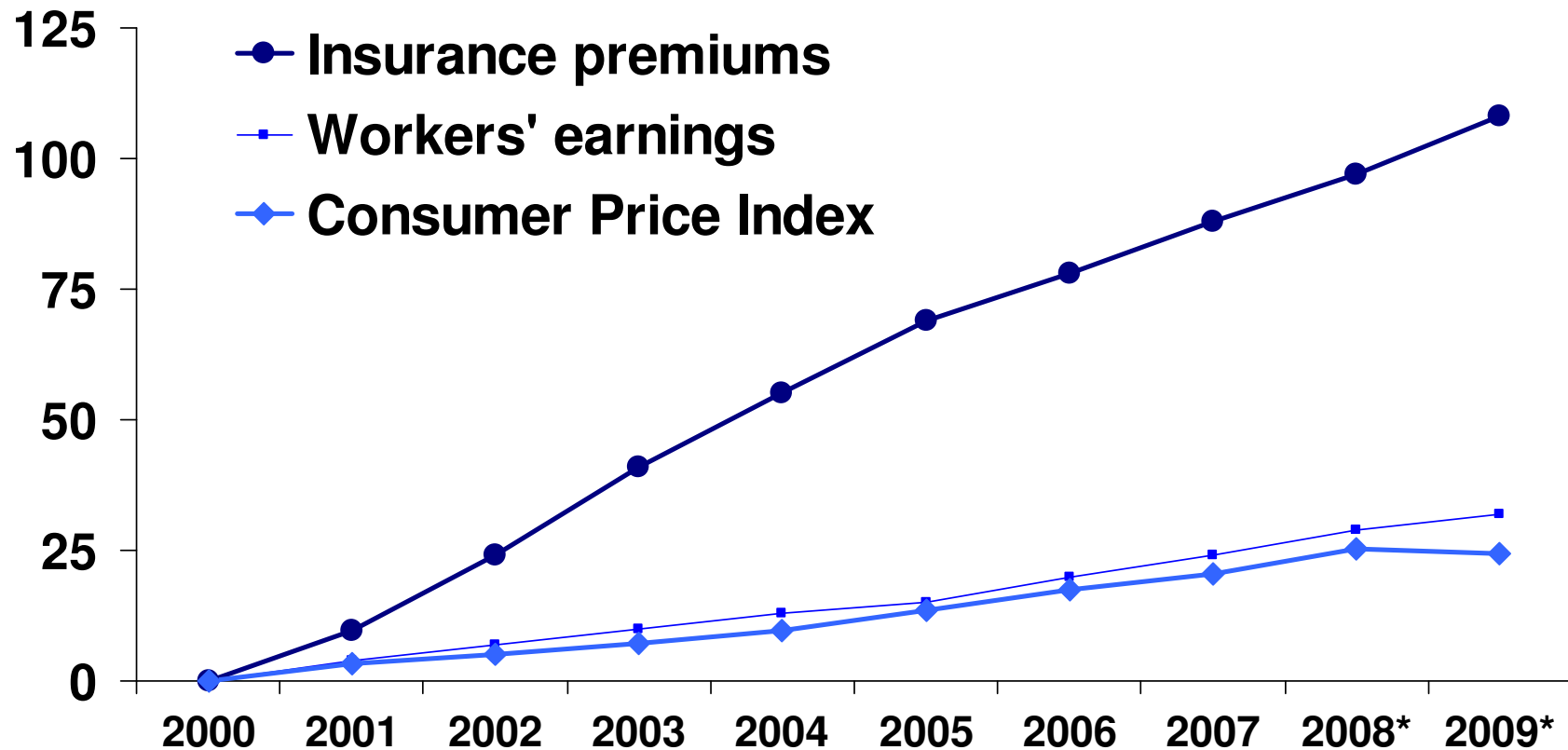
Durchschnittliche Ausgaben pro Kopf in \$ (PPP)



Gesundheitsausgaben als %-Anteil am Bruttoinlandseinkommen

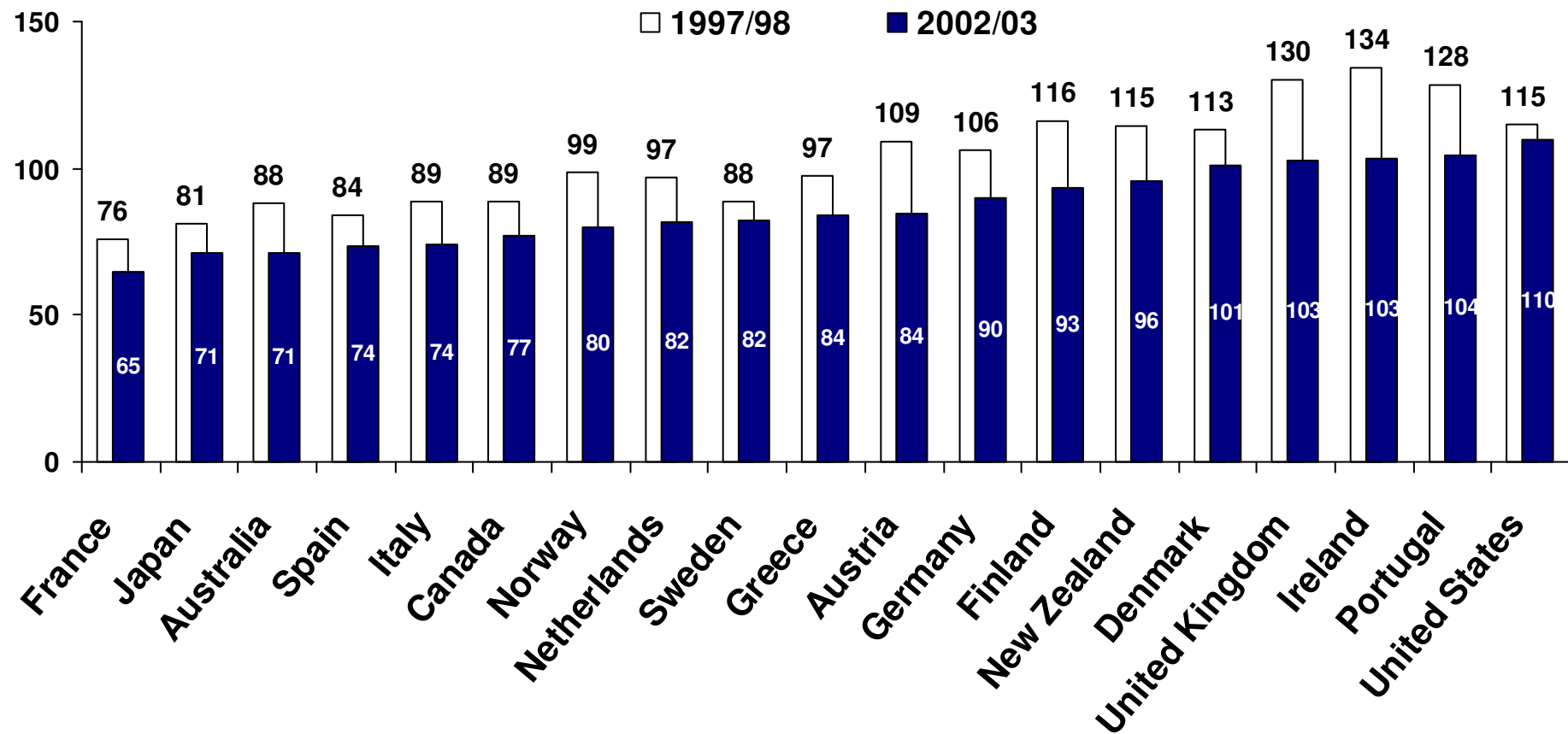


Geschätzter Anstieg der Prämien für Krankenversicherung im Vergleich zum Anstieg der Löhne und des Preisniveaus



Quelle: K. Davis, *Why Health Reform Must Counter the Rising Costs of Health Insurance Premiums*, New York: The Commonwealth Fund, August 2009.

Indikator für Qualität des Versorgungssystems: Vermeidbare Todesfälle pro 100.000 Einwohner (Death amenable to health care)

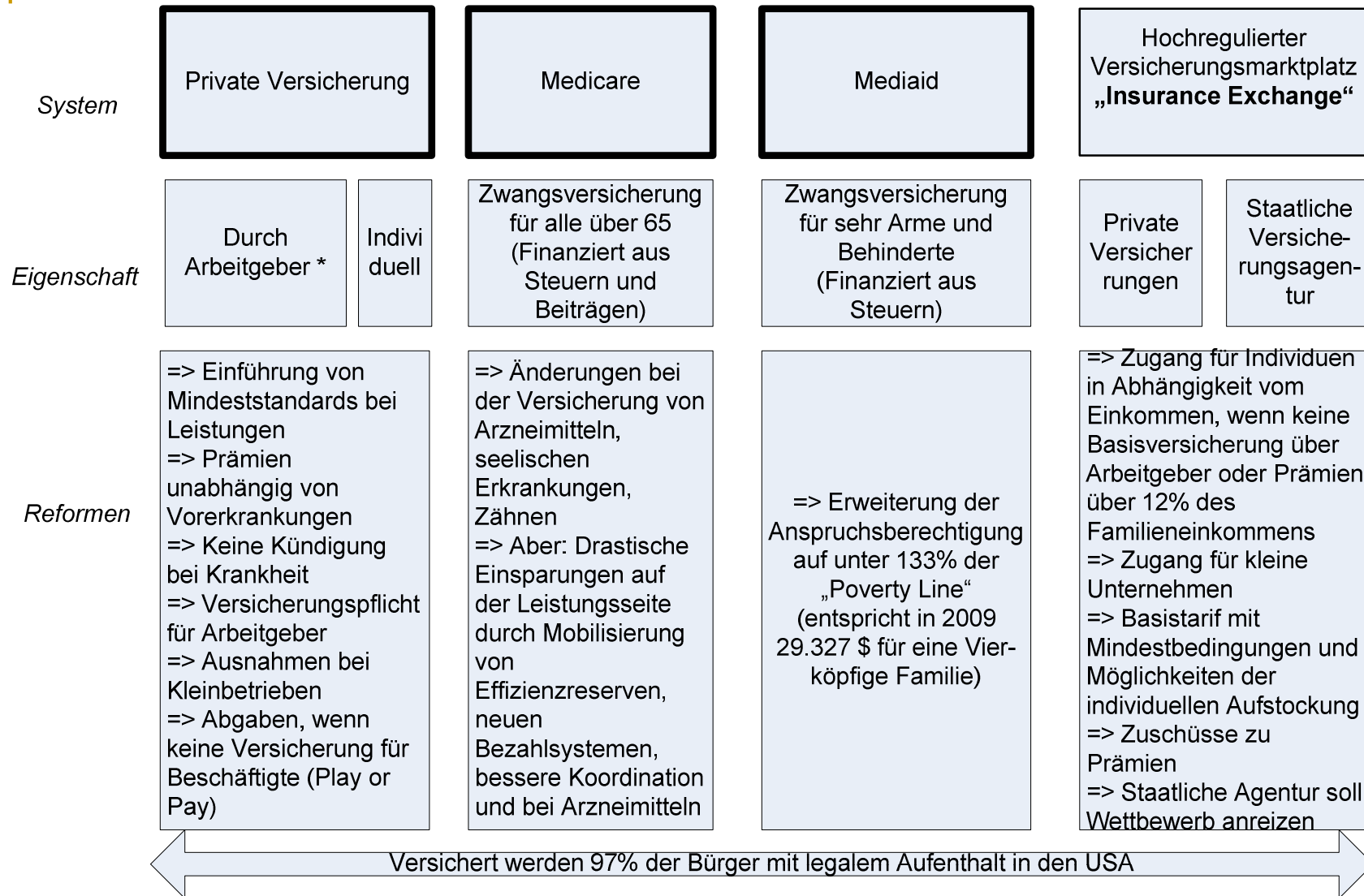


* Countries' age-standardized death rates before age 75; including ischemic heart disease, diabetes, stroke, and bacterial infections.

Data: E. Nolte and C.M. McKee, "Measuring the Health of Nations: Updating an Earlier Analysis," *Health Affairs* Jan.-Feb. 2008, 27(1):58-71 analysis of World Health Organization mortality files.

Source: Commonwealth Fund National Scorecard on U.S. Health System Performance, 2008.

System der Gesundheitsversicherung in den USA nach der Reform auf Basis des Gesetzentwurfes des Repräsentantenhauses H.R. 3200 (Stand September 2009)



*Der Anteil der Arbeitgeber an den Beiträgen liegt zwischen 65 und 75 %

Hauptstreitpunkt:

„Public Option“ im neuen Versicherungsmarktplatz (Insurance Exchange)

- Bildung einer „Agency“ auf Bundesebene mit weitreichenden Kompetenzen
 - Festlegungen der Leistungen des Basisvertrages
 - Festlegung sonstiger Mindestbedingungen für Versicherungsverträge
 - Eigenes, staatliches Versicherungsangebot
 - Abschluss von Verträgen mit Leistungserbringern zu günstigeren Bedingungen als private Versicherungen, aber oberhalb von Medicare
 - Möglichkeit des Opting-Out für States, wenn eigene Insurance Exchange
 - Kritiker
 - Zu viel Macht für föderale Ebene
 - „Unfaire“ Konkurrenz für private Versicherung
 - Zu viel staatliche Macht
 - Hauptpunkt des Widerstandes einzelner, demokratischer Senatoren
-
- Aber: Zentral für Ziel der Kostendämpfung

Mögliche Alternativen

- „Public Option“ in Form von Kooperativen (Im H.R. vorgesehen)
 - Wenig Erfahrung auf nationaler Ebene
 - Einige wenige erfolgreiche Kooperative in Form von HMOs
 - Konsumentensteuerung im Konflikt mit ärztlichen Interessen
 - Aber: Non-profit auch in anderen Bereichen des Gesundheitssektors üblich
 - Problem des Starts
 - Beispiele für gescheiterte Kooperative
- Vergleichbare Organisationen zu Europas Krankenkassen fehlen
- Stärkere Regulierung von privaten Versicherungen denkbar (Schweiz, Niederlande)
- Stärkere Regulierung der Leistungsanbieter, um Kosten zu begrenzen

Beiträge zur Kostensenkung

Unter anderem:

- Durch „public option“ Druck auf privaten Sektor
- Vergütung
 - Anreize zur Wirtschaftlichkeit setzen
 - Weniger Einzelleistungsvergütung, mehr „bundled payment“
 - Neue Form der Vergütungsanpassung
- Stärkung Primärversorgung
- Mehr Pflegeheime statt Krankenhäuser
- Verhandlungen über Arzneimittelpreise
- Mehr Effektivität (1% jährliche Produktivitätssteigerung)
 - ➔ Vergleichbare Instrumente wie in Europa
 - ➔ Neues Haftungsrecht, um defensive Medizin zu verringern
 - ➔ Finanzierungseffekt über 10 Jahre ca. 500 Mrd. \$

Erhöhung der Einnahmen

Repräsentantenhaus (unter anderem):

- Zuschlag zur Einkommenssteuer für Bezieher hoher Einkommen („Soak the Rich“: 5% auf ESt über 500.000\$/1 Mio. \$)
- Abgaben auf Arzneimittel und Heilmittel
- Höhere Rabatte für Arzneimittel für Medicare und Medicaid
- Pauschale Absenkung der Leistungsausgaben um 1% (ermöglicht durch weniger Forderungsausfälle aufgrund der Versicherung für alle und Wegfall der „hidden taxes“)

Senat:

- Steuer von 40 % auf „luxuriöse“ Versicherungsverträge
- Abgaben auf Arzneimittel und Heilmittel
- Erhöhung der Steuer für Medicare um 0,5 Punkte (Bisher jeweils 1,45% auf Löhne und Gehälter jeweils für Arbeitgeber und Arbeitnehmer für Einkommen über 200.000 \$/250.000 \$)
- „Botax“: 5% Steuer auf Umsätze mit Schönheitschirurgie

Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit

- Umfassendes Monitoring von Gesundheitsindikatoren
- Neue Institution für regelmäßige Begutachtung des Gesundheitssektors
- Prüfung der Effizienz aller Maßnahmen
- Umfassende Pilotierung von neuen Instrumenten und schnelle Umsetzung in der Breite

Budgetneutralität der Gesundheitsreform

- „One Dime Standard“ als Zielvorgabe
- Angesichts der US-Haushaltsdefizite zentrale Frage für Mehrheit im Kongress
 - Prognosen zeigen, Ziel ist erreichbar
 - Congressional Budget Office: Verringerung der Budgetdefizits um 10 Mrd. \$ p.a. erreichbar
 - Je konsequenter gespart wird und je höher zusätzliche Abgaben, desto größer der Widerstand der Interessengruppen
 - Nicht-Handeln eigentlich keine Option
 - Belastung der Bürger und Unternehmen grenzwertig
 - Nachteile im internationalen Wettbewerb

Fazit

- US-Gesundheitsreform sicher nicht der Beginn eines Sowjetmodells
 - Wenn Reformen so realisiert werden wie geplant, ähnelt das Versicherungssystem eher der Schweiz als dem marktnähesten Gesundheitssystem in Europa
 - Versicherung durch private Unternehmen (profit und non-profit)
 - Versicherungszwang für alle Bürger
 - Beteiligung der Arbeitgeber („Cost shifting)
 - Hohe staatliche Regulierungsdichte bei Versicherungen und Leistungserbringern
 - Effizienzsteigerung zur Kostendämpfung
-

Senator Ted Kennedy im Mai 2009 in seinem
Brief zur Gesundheitsreform an Präsident
Obama

„What we face is above all a moral question; at stake are not just the details of policy, but fundamental principles of social justice and the character of our country“

Zitiert in: Obamas Health Care Speech in Congress, New York Times, 10. 9. 2009