

Kifmann, Mathias

Working Paper

Die private Krankenversicherung in Chile: Vollversicherung oder Zusatzversicherung für ambulante Leistungen?

Diskussionsbeiträge - Serie I, No. 287

Provided in Cooperation with:

Department of Economics, University of Konstanz

Suggested Citation: Kifmann, Mathias (1997) : Die private Krankenversicherung in Chile: Vollversicherung oder Zusatzversicherung für ambulante Leistungen?, Diskussionsbeiträge - Serie I, No. 287, Universität Konstanz, Fakultät für Wirtschaftswissenschaften und Statistik, Konstanz

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/68919>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

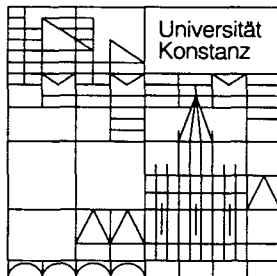
Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



**Fakultät für
Wirtschaftswissenschaften
und Statistik**

W 284 (287)



Mathias Kifmann 776250

**Die private Kranken-
versicherung in Chile:
Vollversicherung
oder Zusatzversicherung für
ambulante Leistungen?**

08. SEP. 1997 *Wirtschaft*

W 284 (287) *m. br. sig gla*

Diskussionsbeiträge

**Die private Krankenversicherung in Chile:
Vollversicherung oder Zusatzversicherung
für ambulante Leistungen?**

Mathias Kifmann

Serie I - Nr. 287

August 1997

Die private Krankenversicherung in Chile: Vollversicherung oder Zusatzversicherung für ambulante Leistungen ? *

von

Mathias Kifmann

Universität Konstanz

Fakultät für Wirtschaftswissen-
schaften und Statistik

Fach D136

78457 Konstanz

Mathias.Kifmann@uni-konstanz.de

* Diese Arbeit beruht auf Recherchen während eines Studienaufenthaltes in Chile im März 1997. Mein Dank gilt meinen Gesprächspartnern Adriana Cruzat A. und Ruby Valenzuela (Superintendencia de Isapres), Cesar Oyarzo M. (Universidad de Chile), Andras Uthoff und Daniel Titelman K. (Wirtschaftskommission der Vereinten Nationen für Lateinamerika und die Karibik), Rony Lenz A. (Fondo Nacional de Salud) und Fernando Cañas M. (Asociación de Isapres) für ihre Aufgeschlossenheit und Freundlichkeit sowie Friedrich Breyer (Universität Konstanz) für die Unterstützung des Projekts.

Zusammenfassung

Seit 1981 besteht in Chile ein privates Krankenversicherungssystem, dem 1995 über ein Viertel der Bevölkerung angehörte. Diese Arbeit untersucht dieses System aus ökonomischer Sicht. Im Mittelpunkt der Analyse stehen die Anreizwirkungen staatlicher Vorschriften für die Gestaltung privater Krankenversicherungsverträge und das Verhältnis zum staatlichen Gesundheitsdienst. Die asymmetrischen Kündigungsrechte und die unbeschränkte Wechselmöglichkeit zum staatlichen System erweisen sich als zentrale Funktionsmerkmale. Es wird die These vertreten, daß das private System entgegen seiner offiziellen Zielsetzung für viele Versicherte keine Vollversicherung sondern eine Zusatzversicherung für ambulante Leistungen darstellt.

Abstract

In 1981 a private health insurance system was introduced in Chile which covered over a quarter of the population by 1995. This paper portrays the system and provides an economic analysis which focuses on the effects of regulation of contract design and the interaction with the state health system. The asymmetry of rights in ending the contract and the unrestricted possibility to return to the state health system prove to be essential characteristics. It is argued that although the private system is officially designed to provide full coverage, in reality, for large numbers of the privately insured it constitutes a supplementary insurance for out-patient services.

INHALT

1. EINLEITUNG	1
2. DIE PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG IM CHILENISCHEN GESUNDHEITSSYSTEM	2
2.1. Das chilenische Gesundheitssystem	2
2.2. Der Markt für private Krankenversicherungen	4
2.2.1. Die Entwicklung des Marktes	4
2.2.2. Struktur der Versicherten nach Alter und Einkommen	4
2.2.3. Finanzielle Indikatoren	5
2.2.4. Vertikale Integration	6
2.2.5. Regulierung	6
3. ÖKONOMISCHE ANALYSE DES PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNGSSYSTEMS	6
3.1. Systemmerkmale	7
3.1.1. Prämiengestaltung	7
3.1.2. Kündigungsrechte	7
3.1.3. Verhältnis zwischen dem privaten und dem staatlichen Versicherungssystem	7
3.1.4. Keine gesetzliche Definition eines Mindestleistungspakets	7
3.1.5. Keine Preisregulierung auf dem Markt für Gesundheitsleistungen	7
3.2. Einzelne Problembereiche	8
3.2.1. Der Mindestbeitrag	8
3.2.2. Geringe Markttransparenz	8
3.2.3. Geringer Anreiz für präventive Maßnahmen	9
3.2.4. Deckungsobergrenzen	9
3.3.5. Versorgung im Alter	12
3.2.6. Gerechtigkeit	14
3.3. Der Umfang des Versicherungsschutzes	14
3.4. Die Ausgabenentwicklung in der privaten Krankenversicherung	16
4. SCHLUßBETRACHTUNG	16
LITERATURVERZEICHNIS	18

1. Einleitung

Die Zukunft des Sozialstaates ist eines der zentralen Themen in der sozial- und wirtschaftspolitischen Diskussion in den Industrieländern. Zur Entlastung staatlicher Haushalte und zur Verringerung der Beitrags- und Steuerlast werden häufig stärkere Eigenvorsorge und die Privatisierung bislang vom Staat bereitgestellter Leistungen gefordert. Die Reform des Sozialstaates in Chile unter der Militärregierung General Pinochets wird in diesem Kontext vielfach als gelungenes Beispiel angeführt. Als erstem Land der Welt gelang Chile 1981 in der Rentenversicherung der Umstieg von einem Umlage- auf ein Kapitaldeckungsverfahren.¹ Ebenso wurde das traditionell staatliche Krankenversicherungswesen reformiert. Seit 1981 können sich die chilenischen Bürger zwischen dem staatlichen und dem privaten System entscheiden. Lediglich der Prozentsatz des Einkommens, der für Krankenversicherung mindestens aufgewendet werden muß, ist vorgeschrieben. Die Anzahl der privat Versicherten ist seit der Gründung des Systems rapide angewachsen. Im Jahr 1995 war bereits über ein Viertel der Bevölkerung privat versichert.

Die Erfahrungen mit dem privaten Krankenversicherungssystem in Chile bereichern die Diskussion über die Chancen und Risiken einer Privatisierung von Krankenversicherungen. Sie können Aufschluß darüber geben, inwieweit privater Krankenversicherungsschutz und eine staatlich garantierte Mindestvorsorge miteinander in Einklang zu bringen sind. Es läßt sich untersuchen, ob der Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungen effizienzsteigernde Innovationen hervorbringt, etwa in Form von Vereinbarungen zwischen den Krankenversicherern und Erbringern medizinischer Leistungen. Diese Arbeit möchte dazu beitragen, daß diese wertvollen Erfahrungen auch über Chile hinaus bekannt werden. Aus ökonomischer Sicht wird das System der privaten Krankenversicherung dargestellt und analysiert. Dabei stehen die Anreizwirkungen staatlicher Vorschriften für die Gestaltung privater Krankenversicherungsverträge und die Wechselwirkungen mit dem staatlichen Gesundheitsdienst im Mittelpunkt der Analyse. Bei der Diskussion einzelner Problembereiche werden auch Reformmöglichkeiten erörtert. Das primäre Anliegen dieser Arbeit ist jedoch die Vermittlung der Funktionsweise der privaten Krankenversicherung in Chile. Im folgenden Abschnitt 2 werden hierzu zunächst das chilenische Gesundheitswesen und der Markt für private Krankenversicherungen dargestellt. Es wird ein Überblick über staatliche Regelungen und die Struktur der privat Versicherten gegeben. Abschnitt 3 ist der ökonomischen Analyse gewidmet. Anhand von fünf Merkmalen werden die Problembereiche des Systems dargestellt. Auf Basis der Ergebnisse wird der Umfang des Versicherungsschutzes durch private Krankenversicherungen kritisch diskutiert. Schließlich wird auf die für Industrieländer besonders interessante Ausgabenentwicklung eingegangen. Abschnitt 4 faßt die Ergebnisse zusammen.

¹ Die chilenische Rentenreform wird umfassend von Queisser (1993) dargestellt.

2. Die private Krankenversicherung im chilenischen Gesundheitssystem

2.1. Das chilenische Gesundheitssystem

Die heutige Struktur des chilenischen Gesundheitssystems geht auf die Reformen unter dem Militärregime General Pinochets zurück. Bis 1979 war das Krankenversicherungswesen rein staatlich organisiert. Der Nationale Gesundheitsdienst (SNS) und der Nationale Medizinische Dienst für Angestellte (SERMANA) waren die Träger des Systems und wurden durch Beiträge, staatliche Zuschüsse und Einnahmen aus der Selbstbeteiligung der Patienten finanziert. Die Mitglieder von SERMANA konnten zwischen zugelassenen Ärzten und Krankenhäusern wählen, mußten sich aber an den Kosten beteiligen. Ab dem Jahr 1979 wurde das chilenische Gesundheitssystem schrittweise dezentralisiert und privatisiert. Offizielles Leitmotiv war hierbei das Prinzip der freien Wahl. Der einzelne Bürger sollte sich selbst für das staatliche System oder einen Anbieter des privaten Systems entscheiden. Lediglich der Anteil des zu versteuernden Einkommens, der für Krankenversicherung mindestens aufgewendet werden muß, wurde vorgeschrieben. Im März 1997 betrug dieser Anteil 7%. Personen ohne oder mit geringem Einkommen werden im staatlichen Gesundheitswesen kostenlos versorgt.

Die Finanzierung des staatlichen Gesundheitswesens obliegt heute dem Nationalen Gesundheitsfonds FONASA (Fondo Nacional de Salud). Seine Mitgliederzahl wurde 1995 auf 8,6 Millionen geschätzt.² Dies entspricht ca. 61% der Bevölkerung. FONASA wird neben den Beiträgen der Versicherten durch staatliche Zuschüsse finanziert. Diese betragen 1995 51,5% der Einnahmen.³ Von FONASA Versicherte können Leistungen in zweierlei Formen erhalten: Zum einen können sie sich durch den in 27 unabhängige regionale Einheiten dezentralisierten Gesundheitsdienst versorgen lassen. Zum anderen stehen ihnen private Anbieter offen, die eine Vereinbarung mit FONASA geschlossen haben. Sämtliche Beitragszahler können jederzeit zwischen beiden Versorgungsformen wählen. Anspruchsberechtigte, die keinen Beitrag leisten, steht nur die erste Form offen. Ferner sind bis auf die Höhe der Zuzahlungen die Leistungsansprüche für alle Versicherten prinzipiell gleich.

Das private Krankenversicherungssystem wird von 34 privaten Krankenversicherungen getragen und versorgte 1995 26% der Bevölkerung.⁴ Diese Krankenversicherungen werden in Chile als Isapres (Instituciones de Salud Previsional) bezeichnet. Sie vereinbaren mit jedem Versicherungsnehmer einen individuellen Gesundheitsplan auf Basis des gesetzlichen Beitragssatzes. Freiwillig können Versicherungsnehmer auch mehr als 7% ihres Einkommens für die Krankenversicherung aufwenden. Geringerverdienende erhalten eine staatliche Subvention in Höhe von 2% ihres Einkommens, wenn sie sich für das private System entscheiden.⁵ Die Leistungen der Isapres sind neben der gezahlten Prämie insbesondere von Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand und Anzahl der Mitversicherten abhängig. Je nach der Ausgestaltung seines Gesundheitsplanes kann der Versicherte seinen Arzt völlig frei wählen oder Anbieter aufsuchen, die Preisvereinbarungen mit seiner Isapre geschlossen haben. Einige Isapres verfügen zudem über eigene medizinische Einrichtungen. Neben der Finanzierung und Bereitstellung medizinischer Leistungen sind die Isapres auch für die Lohnersatzleistungen im Krankheitsfall zuständig.

² Vgl. Fondo Nacional de Salud (1995), S.11.

³ Vgl. Fondo Nacional de Salud (1995), S.45.

⁴ Vgl. Superintendencia (1996), Abschnitt „Evolution of the private health system“.

⁵ Die chilenische Regierung hat 1997 einen Gesetzesentwurf zur Abschaffung dieser Subvention eingebracht, der bis zum Abschluß dieser Arbeit jedoch noch nicht verabschiedet wurde.

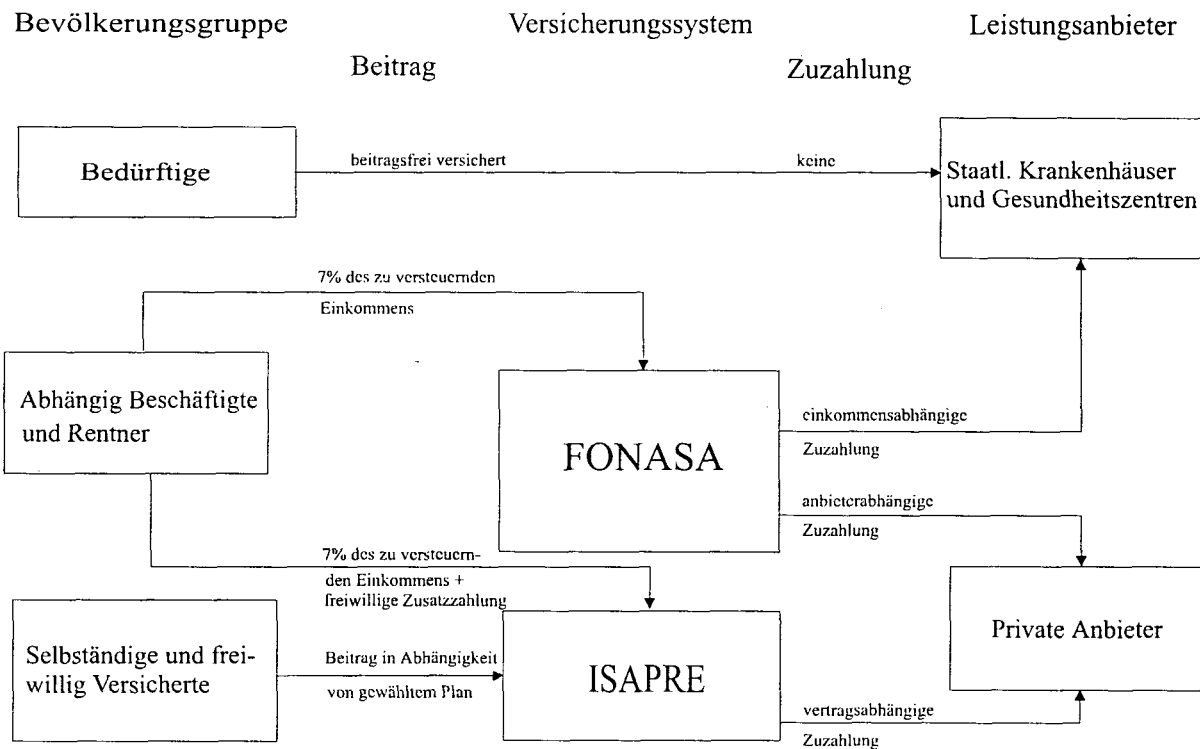


Abbildung 1: Das chilenische Krankenversicherungswesen
Quelle: Superintendencia (1996), Table 1.

Weitere 2,5% der Bevölkerung werden durch den Gesundheitsdienst des Militärs versorgt. Der übrige Teil der Bevölkerung gehört offiziell keinem der Gesundheitssysteme an.⁶ Diese Personen müssen grundsätzlich medizinische Leistungen aus eigener Tasche bezahlen. Es wird jedoch vermutet, daß die geringverdienenden Personen dieser Gruppe staatliche Einrichtungen nutzen.⁷

Abbildung 1 gibt einen Überblick über das Zusammenwirken der einzelnen Komponenten des chilenischen Krankenversicherungswesens. Bedürftige Personen erhalten ihre Gesundheitsleistungen gratis durch staatliche Krankenhäuser. Abhängig Beschäftigte und Rentner entscheiden sich zwischen FONASA und einer der 34 Isapres. Die von FONASA Versicherten können sich sowohl von staatlichen als auch privaten Anbietern von Gesundheitsleistungen versorgen lassen. Wird ein staatlicher Anbieter gewählt, so sind prozentuale Zuzahlungen in Abhängigkeit vom Einkommen zu leisten. Entscheidet sich der Versicherte für einen privaten Anbieter, der mit FONASA eine Vereinbarung getroffen hat, dann sind Zuzahlungen in Abhängigkeit von der Einstufung dieses Anbieters zu leisten.

Arbeitnehmer, die sich für eine Isapre entscheiden, können zwischen privaten Anbietern wählen. Die Höhe der Zuzahlungen ist zum einen abhängig von der gezahlten Prämie. Zum anderen hängt sie vom gewählten Anbieter ab. Bei Anbietern, die mit der Isapre eine Vereinbarung geschlossen haben, sind die Zuzahlungen geringer.

⁶ Dieser Anteil der Bevölkerung wird auf 12% geschätzt. Vgl. Larrain (1996), S.18.

⁷ Für staatliche Gesundheitseinrichtungen ist es häufig schwer festzustellen, ob eine Person anspruchsberechtigt ist, da FONASA bislang noch nicht alle staatlich Versicherten erfaßt hat.

Selbständige und weitere Personen, die weder bedürftig noch abhängige Beschäftigte sind, unterliegen nicht der Versicherungspflicht. Sie können Krankenversicherungsschutz ausschließlich durch individuelle Verträge mit Isapres erhalten.

2.2. Der Markt für private Krankenversicherungen⁸

2.2.1. Die Entwicklung des Marktes

Die ersten Isapres wurden 1981 eröffnet. In den folgenden Jahren wies das private Krankenversicherungssystem hohe Wachstumsraten auf. Zwischen 1985 und 1993 nahm die Anzahl der privat Versicherten jährlich um durchschnittlich 29% zu. Dieses Wachstum ist in den vergangenen Jahren zurückgegangen. 1994 und 1995 war nur ein Zuwachs von 6,9% bzw. 2,6% zu verzeichnen.

Die Anzahl der Isapres ist mit dem Markt gewachsen. Als das System 1981 gegründet wurde, konnten die Versicherten zwischen 7 offenen Isapres wählen. Zudem bestand eine geschlossene Isapre, zu der nur ein bestimmter Personenkreis Zugang hatte. Im Dezember 1995 boten 23 offene Isapres ihre Leistungen an. Zudem existierten 11 geschlossene Isapres. 96% der privat Versicherten befinden sich in offenen Isapres. Die 5 größten Isapres haben einen Marktanteil von über 70%.⁹

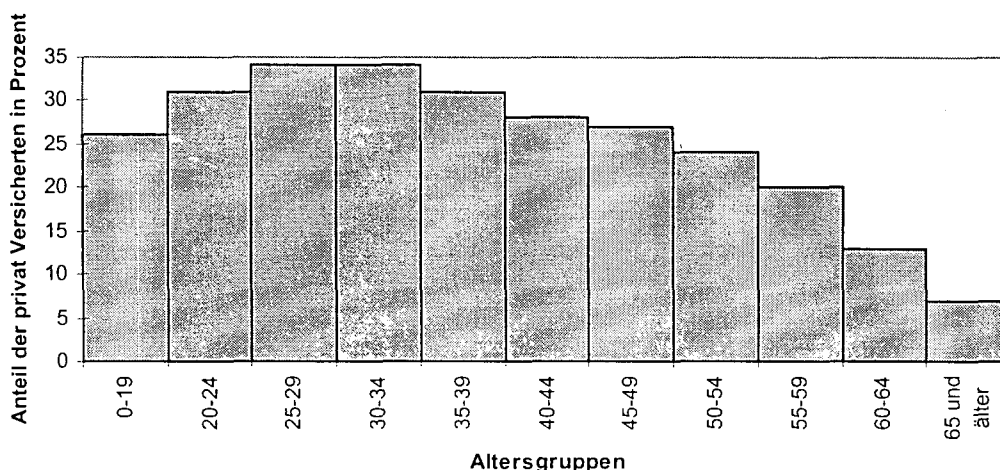


Abbildung 2: Altersstruktur der privat Versicherten

Quelle: Superintendencia (1996), Table 4.

2.2.2. Struktur der Versicherten nach Alter und Einkommen

Abbildung 2 zeigt den Bevölkerungsanteil der privat Versicherten in Abhängigkeit vom Alter. Es wird deutlich, daß das private System hauptsächlich jüngere Personen versichert. Ab der Altersgruppe von 30 - 34 Jahren sinkt der Anteil der privat Versicherten rapide ab. Nur 7 % der über 65jährigen besitzen privaten Krankenversicherungsschutz.

Die privat Versicherten haben im Schnitt ein wesentlich höheres Einkommen als die vom staatlichen System Versorgten. Im Jahre 1995 betrug die durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben im privaten System 162 US\$, während im staatlichen System lediglich 120 US\$

⁸ Die Daten dieses Abschnitts sind Superintendencia (1996) entnommen sofern keine andere Quelle genannt wird. Geldbeträge werden auf Basis von US\$ im Dezember 1995 ausgedrückt.

⁹ Vgl. Asociación de Isapres (1996), S.42.

aufgewendet wurde.¹⁰ Dabei ist zu berücksichtigen, daß das private System fast ausschließlich beitragsfinanziert ist, während das staatliche System über die Hälfte seiner Ausgaben aus staatlichen Zuschüssen deckt. Zudem wird im staatlichen System eine ältere und wahrscheinlich weniger gesunde Bevölkerung versorgt. Dennoch ist ein großer Teil des Wachstums der Isapres auf die Erschließung von niedrigeren Einkommensgruppen zurückzuführen. In den Jahren 1985 bis 1995 sank das durchschnittlich zu versteuernde Monatseinkommen der privat Versicherten von 757 US\$ auf 678 US\$.

2.2.3. Finanzielle Indikatoren

Die Einnahmen aller Isapres sind zwischen 1985 und 1995 um durchschnittlich 26% jährlich gewachsen. Im Jahr 1995 betragen sie 1,118 Milliarden US\$. Vorgeschriebene Beitragszahlungen machten hierbei mit 82,3% den Großteil der Einnahmen aus. Sie wurden durch zusätzliche freiwillige Zahlungen (11,4%), staatliche Zuschüsse für Bezieher niedriger Einkommen (4,5%) und freiwillige Zuschüsse der Arbeitgeber (1,9%) ergänzt.

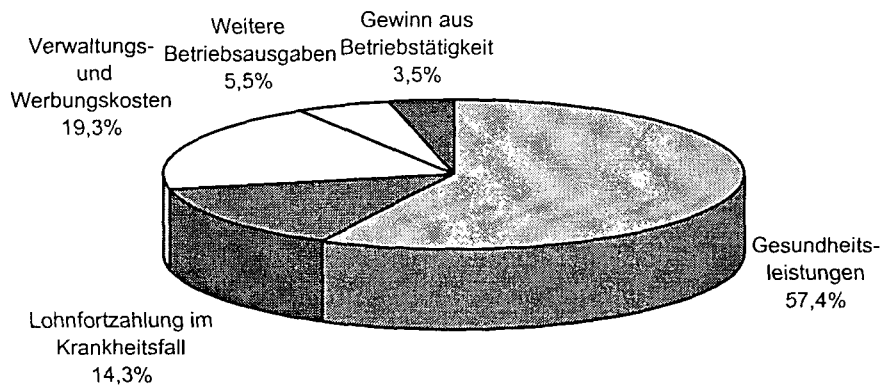


Abbildung 3: Verwendung der Einnahmen des privaten Systems

Quelle: Superintendencia (1996), Table 11 und 13.

Abbildung 3 zeigt die Verwendung der Einnahmen im Jahre 1995. Diese Werte sind typisch für alle Jahre seit 1991. Über die Hälfte der Einnahmen wurden mit 57,4% für Gesundheitsleistungen aufgewendet. Die Lohnfortzahlungen im Krankheitsfall schlugen mit 14,3% zu Buche. Verwaltungs- und Werbungskosten betragen 19,3%, weitere Betriebsausgaben 5,5%, so daß sich der Gewinn aus Betriebstätigkeit auf 3,5% belief. Berücksichtigt man die außerordentlichen Gewinne und die Körperschaftssteuer, so ergab sich eine Umsatzrendite von 4,7%.

Bei den durchschnittlichen Gesundheitsausgaben je privat Versicherten zeigt sich ein starker Aufwärtstrend. Sie sind von 139 US\$ im Jahre 1990 auf 171 US\$ im Jahre 1995 gestiegen. Dies entspricht einer durchschnittlichen realen Wachstumsrate von 4,1 %. Dieses Wachstum beruht auf einem Anstieg von Ausgaben je Leistung von 2,2% und von Leistungen je Versicherten von 1,9%.

¹⁰ Vgl. Bitrán y Asociados (1996), S. 11.

2.2.4. Vertikale Integration

Das Gesetz über das Krankenversicherungswesen erlaubt explizit, daß Isapres Gesundheitsleistungen nicht nur finanzieren sondern auch selbst bereitstellen können. Eine vertikale Integration von Krankenversicherung und Anbieter von medizinischen Leistungen, die möglicherweise eine bessere Kostenkontrolle erlaubt, ist damit möglich. Derartige Organisationsformen sind jedoch nur wenig verbreitet. Lediglich der Marktführer Consalud verfügt über eine nennenswerte eigene Infrastruktur. Er betreibt drei Krankenhäuser und verfügt in sämtlichen größeren Städten Chiles über ambulante Versorgungszentren für medizinische und zahnärztliche Leistungen.

Hauptsächlich beschränken sich die Leistungen der Isapres jedoch auf eine reine Finanzierungsfunktion verbunden mit Preisvereinbarungen mit einer begrenzten Anzahl von medizinischen Leistungserbringern (Preferred Provider System). Diese werden in der Regel per Einzelleistung vergütet. Wählt der Versicherungsnehmer einen Leistungserbringer ohne Vereinbarung mit seiner Isapre, so erhält er entweder eine geringere oder keine Kostenrückerstattung.

2.2.5. Regulierung

Die Aufsicht und Kontrolle des privaten Krankenversicherungssektors fiel zunächst in den Aufgabenbereich von FONASA. Nach dem Ende der Diktatur wurde 1990 die Regulierungsbehörde Superintendencia de Isapres geschaffen. Sie kontrolliert die Konformität der Verträge mit den gesetzlichen Anforderungen und greift bei Konflikten zwischen Versicherungsnehmern und den Isapres als Schlichter ein. Sie kann auch allgemeine Vorschriften erlassen, um die Vertragsbeziehungen zwischen Versicherungsnehmern und Isapres zu verbessern. Ferner fertigt sie wissenschaftliche Studien über das System an und fördert die Verbraucherinformation. Sie verfügt über keine Kompetenzen im medizinischen Bereich und auf dem Markt für Gesundheitsleistungen.

3. Ökonomische Analyse des privaten Krankenversicherungssystems

In diesem Kapitel wird das private Krankenversicherungssystem aus ökonomischer Sicht analysiert und beurteilt. Leitmotive sind hierbei die Kriterien Effizienz und Gerechtigkeit. Die Analyse bezieht die Wechselwirkungen mit dem staatlichen Sektor sowie dem Markt für Gesundheitsleistungen mit ein. Es wird in drei Schritten vorgegangen. In Abschnitt 3.1. werden fünf Systemmerkmale dargestellt. Vor diesem Hintergrund betrachtet Abschnitt 3.2. konkrete Problembereiche. In Abschnitt 3.3. wird der Umfang des Krankenversicherungsschutzes durch das private System diskutiert. Abschnitt 3.4. geht kurz auf die Entwicklung der Ausgaben im privaten Gesundheitswesen ein.

3.1. Systemmerkmale

Zum Verständnis der Funktionsweise des chilenischen privaten Krankenversicherungssystems sind insbesondere die folgenden fünf Merkmale von Bedeutung:

3.1.1. Prämiengestaltung

Die Prämien im privaten System sind grundsätzlich risikoabhängig.¹¹ Dies zeigt sich zum einen durch die Prämien differenzierung nach Alter und Geschlecht. Ferner kann durch Variation des Leistungspakets bzw. der Prämie ein Gesundheitsplan an die Risikocharakteristika des Versicherungsnehmers angepaßt werden. Ein staatlicher Eingriff in die Preisbildung besteht in der Form der Mindestprämie in Höhe von 7% des Einkommens.¹²

3.1.2. Kündigungsrechte

Die Kündigungsrechte der Vertragsparteien sind gesetzlich geregelt. Aus Sicht der Isapres haben die Verträge unbeschränkte Laufzeit. Der Versicherungsnehmer hingegen kann den Vertrag nach einjähriger Vertragsdauer kündigen. Im gegenseitigen Einverständnis können Verträge jederzeit aufgelöst werden.

3.1.3. Verhältnis zwischen dem privaten und dem staatlichen Versicherungssystem

Der Wechsel zwischen dem privaten und dem staatlichen Versicherungssystem unterliegt keinerlei Beschränkungen. Personen, die den Vertrag mit einer Isapre kündigen oder im gegenseitigen Einverständnis beenden, können sofort Leistungen des staatlichen Systems beanspruchen.

3.1.4. Keine gesetzliche Definition eines Mindestleistungspakets

Das Privatversicherungsrecht bestimmt die Aufgaben der Isapres nur in sehr allgemeiner Form. Lediglich bei präventiven Maßnahmen sowie bei den Lohnersatzleistungen werden die zu erbringenden Leistungen genau festgelegt. Die übrigen Leistungen können frei zwischen Versicherungsnehmer und Isapre vereinbart werden.

3.1.5. Keine Preisregulierung auf dem Markt für Gesundheitsleistungen

Auf dem Markt für Gesundheitsleistungen besteht keinerlei Preisregulierung. Es bestehen große Preisunterschiede bei Leistungen von Ärzten und Krankenhäusern. Eine Studie der Katholischen Universität von Chile in Santiago zeigt dies am Beispiel eines Herzinfarktes mit anschließender Bypass-Operation. Die Kosten für Krankenhausleistungen unterscheiden sich in diesem Beispiel um den Faktor 4, Arzthonorare sogar um den Faktor 13.¹³

¹¹ Strenggenommen gilt dies nur für offene Isapres. Bei den Kollektivplänen der geschlossenen Isapres sind die Prämien vielfach nicht risikoabhängig. Diese verfügen jedoch lediglich über einen Marktanteil von 4%.

¹² Die Mindestprämienpflicht endet bei einer monatlichen Beitragsbemessungsgrenze, die 1995 ca. US\$ 130 betrug. Vgl. Superintendencia (1996), Abschnitt „Regulatory framework of the private health insurance system“.

¹³ Vgl. Díaz et al. (1995), S. 32.

3.2. Einzelne Problembereiche

3.2.1. Der Mindestbeitrag

Der Mindestbeitrag von 7% des Einkommens ist ein Eingriff in die freie Preisbildung auf dem Markt. Er führte in der Vergangenheit zu zwei konkreten Problemen. Zum einen mußten Personen mit relativ hohem Einkommen, gutem Gesundheitszustand und geringem Alter, die freiwillig nur einen geringeren Anteil ihres Einkommens für Krankenversicherung aufgewendet hätten, sich übertensichern. Zum anderen war es möglich, daß bei einem vorübergehenden Anstieg des Monatseinkommens die private Krankenversicherung höhere Beiträge erhielt ohne ihre Leistungen ausweiten zu müssen. Als Reaktion auf diese Probleme wurde 1995 das Gesetz geändert. Innerhalb einer Isapre kann der Versicherungsnehmer heute maximal 10% seiner Prämie zweckgebunden für Gesundheit sparen. Allerdings sind die Kontoführungsgebühren meist so hoch, daß sich dieser Sparvorgang in den seltensten Fällen lohnt.

Grundsätzlich bleibt zu fragen, ob der Gesetzgeber mit dem Mindestbetrag die von ihm verfolgten Ziele am besten erreicht. Offensichtlich verhindert der Mindestbeitrag, daß sich einzelne Bürger zu gering versichern. Hierbei mag der Staat paternalistische Motive verfolgen oder er möchte ein Trittbrettfahrerverhalten verhindern. Insbesondere besteht bei der jederzeitigen Wechselmöglichkeit in das staatliche System der Anreiz, daß sich einzelne Bürger überhaupt nicht versichern solange sie gesund sind und bei Krankheit in das staatliche System wechseln. In beiden Fällen erscheint ein Mindestbeitrag jedoch nicht als die beste Alternative. Die Verpflichtung, einen Gesundheitsplan mit mindestens dem Leistungspaket des staatlichen Gesundheitsdienstes zu erwerben, würde Unterversicherung verhindern und die negativen Nebenwirkungen des Mindestbeitrags vermeiden.¹⁴

3.2.2. Geringe Markttransparenz

Ungefähr 1 000 unterschiedliche Krankenversicherungsverträge wurden 1995 angeboten. Sie unterscheiden sich u.a. in Bezug auf die Zuzahlungen, Deckungsobergrenzen bei verschiedenen Leistungen und den Zugang zu bestimmten Leistungsanbietern. Diese Vielfalt an Verträgen ist maßgeblich eine Folge der gesetzlichen Regelungen. Der Mindestbeitrag von 7% entspricht vielfach auch der tatsächlichen Zahlungsbereitschaft der Versicherungsnehmer oder wird zumindest als Orientierungsgröße verwendet. Die Isapres sehen sich daher einer sehr heterogenen Nachfrage gegenüber. Hinzu kommt die Abwesenheit eines klar definierten Mindestleistungspakets. Dies erlaubt den Isapres eine differenzierte Gestaltung ihrer Gesundheitspläne.

Bezüglich der Wohlfahrtseffekte dieser Vertragsvielfalt lassen sich zwei entgegengesetzte Thesen vertreten. Einerseits verfügen die Versicherungsnehmer über eine große Wahlfreiheit. Unterschiedliche Präferenzen bezüglich Anbieterauswahl und Risikoaversion können berücksichtigt werden. Andererseits kann die Produktdifferenzierung als wettbewerbshemmende Maßnahme angesehen werden. Das große Vertragsangebot stellt hohe Informationsanforderungen an die Konsumenten. Diese Komplexität wird noch dadurch erhöht, daß Leistungen und Preise in verschiedenen Formen ausgedrückt werden. Es ist

¹⁴ Die Einführung eines Mindestleistungspakets, das sich am Angebot des staatlichen Gesundheitsdienstes orientiert, wird u.a. von Fischer und Serra (1996) gefordert. Die Autoren weisen jedoch daraufhin, daß zunächst das Leistungspaket des staatlichen Gesundheitsdienstes genauer spezifiziert werden mußte, bevor es als Basis für ein allgemeines Mindestleistungspaket dienen kann.

deshalb häufig äußerst schwierig, das Preis-Leistungs-Verhältnis von Verträgen zu vergleichen.

Die Regulierungsbehörde versucht durch Verbraucherinformationen die Transparenz des Marktes zu erhöhen. Sie hat auch eine Standardisierung von Krankenversicherungsverträgen in Form allgemeiner Vertragsbedingungen angeregt.¹⁵ Als weiterreichende Maßnahme bietet sich jedoch die Abschaffung des Mindestbeitrags zugunsten eines Mindestleistungspakets an. Die unnötige Vertragsvielfalt aufgrund des Mindestbeitrags würde entfallen, während durch das Mindestleistungspaket ein objektiver Preisvergleich ermöglicht würde.

3.2.3. Geringer Anreiz für präventive Maßnahmen

Im privaten Krankenversicherungssystem beschränkt sich Prävention auf die gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen. Diese Beobachtung stützt die These, daß die Anreize für Prävention sowohl für die Isapres als auch für die Versicherungsnehmer gering sind. Zwei Systemmerkmale lassen sich hierfür anführen. Erstens führt die jährliche Kündigungsmöglichkeit seitens der Versicherungsnehmer dazu, daß eine Isapre sich nicht sicher sein kann, ob sie selbst durch geringere zukünftige Ausgaben an den Erfolgen der Prävention beteiligt wird. Zweitens ist der monetäre Anreiz für Versicherungsnehmer gering, präventive Maßnahmen zu fordern, da ihnen jederzeit der Wechsel in das staatliche System zu risikounabhängigen Prämien offensteht.

3.2.4. Deckungsobergrenzen

Die Mehrzahl der von den Isapres angebotenen Verträge zeichnet sich durch Deckungsobergrenzen aus. Diese beziehen sich sowohl auf einzelne Leistungen als auch auf die Gesamtleistungen innerhalb eines Jahres. Sie führen dazu, daß insbesondere für kostenintensive Behandlungen vielfach nur ein geringer Versicherungsschutz besteht. Diese Problematik war Anlaß einer von der Superintendencia in Auftrag gegebenen Studie von Díaz et al. (1995). Tabelle 1 ist dieser Arbeit entnommen. In Abhängigkeit der gesamten jährlichen Gesundheitsausgaben gibt sie die prozentuale Selbstbeteiligung wieder. Es wird deutlich, daß die Zuzahlungen mit dem Niveau der jährlichen Gesamtleistungen für die Versicherungsnehmer steigen.

	Jährliche Gesundheitsausgaben in Millionen Pesos					
	< 0,5	≥ 1	≥ 2	≥ 3	≥ 4	≥ 5
Durchschnittliche Selbstbeteiligung in Prozent	31,3%	39,5%	42,3%	43,6%	44,4%	44,9%

Tabelle 1: Durchschnittliche Selbstbeteiligung in Abhängigkeit von den jährlichen Gesamtausgaben

Quelle: Díaz et al. (1995), S.26.

Als Reaktion auf diese Deckungslücken bei kostenintensiven Krankheiten bieten mehrere große Isapres und Versicherungsunternehmen seit drei Jahren Zusatzversicherungen an. Über den Erfolg dieser Versicherungen liegen noch keine Untersuchungen vor. Trotz dieses Zusatzangebots ist es erklärungsbedürftig, warum bei herkömmlichen Versicherungsverträgen

¹⁵ Vgl. Superintendencia (1996), Abschnitt „Transparency in the Isapre Market“.

der Selbstbeteiligungsanteil mit den Gesundheitsausgaben steigt. Im folgenden werden vier Erklärungsansätze besprochen, von denen drei auf den Eigenarten des chilenischen Krankenversicherungssystems beruhen. Dabei wird jeweils kurz auf die wirtschaftspolitischen Implikationen eingegangen. Zunächst wird eine systemunabhängige Erklärung vorgestellt.

(1) Nachfrageverhalten der Versicherungsnehmer

Läßt sich das Verhalten der Versicherungsnehmer durch die Erwartungsnutzentheorie beschreiben, dann zeichnen sich optimale Versicherungsverträge dadurch aus, daß hohe Schäden vergleichsweise gut versichert sind. Kleinere Schäden hingegen können allein vom Versicherungsnehmer getragen werden. Deckungsobergrenzen lassen sich nicht erklären.¹⁶ Eine empirische Untersuchung von Slovic et al. (1977) kommt jedoch zu dem Ergebnis, daß Individuen lieber geringe Schäden mit hoher Wahrscheinlichkeit als hohe Schäden mit niedriger Wahrscheinlichkeit versichern. Diese Einstellung gegenüber Risiken könnte die Nachfrage nach Verträgen mit Deckungsobergrenzen erklären. Ein staatlichen Eingriff müßte in diesem Fall paternalistisch begründet werden und könnte sich auf eine normative Deutung der Erwartungsnutzentheorie berufen. Konkret könnten Mindesthöhen der Deckungsobergrenzen vorgeschrieben werden.

(2) Rückkehrmöglichkeit zum staatlichen System

Im Vergleich zum privaten System ist das staatliche System relativ unattraktiv bei ambulanten Leistungen. Es bietet jedoch eine zufriedenstellende stationäre Versorgung. Die Möglichkeit, nach einem Wechsel zu einer Isapre jederzeit zum staatlichen System zurückkehren zu können, legt für rationale Versicherungsnehmer mit geringem bis mittlerem Einkommen folgendes Kalkül nahe: In Abwesenheit schwerer Erkrankungen lohnt sich die private Versicherung mit einem Schwerpunkt bei ambulanten und damit relativ günstigen Leistungen. In dem Fall, in dem teure stationäre Versorgung benötigt wird, erfolgt eine Rückkehr in das staatliche System. Verträge mit Deckungsobergrenzen erlauben genau die Umsetzung dieses Kalküls. Wirtschaftspolitische Maßnahmen müßten entsprechend das Verhältnis zwischen FONASA und dem privaten System neu regeln. Die Rückkehrmöglichkeit in das staatliche System müßte eingeschränkt werden oder mit erhöhten Beiträgen verbunden sein.

(3) Asymmetrie des Kündigungsrechts

Die Isapres besitzen keinerlei Kündigungsrecht. Eine Prämienhöhung muß sich ferner immer auf alle Mitglieder eines Gesundheitsplans beziehen. Dies stellt die Isapres vor ein Problem negativer Selektion. Wenn sich im Zeitablauf Mitglieder eines Planes bezüglich ihres Bedarfs an medizinischen Leistungen unterschiedlich entwickeln, ist eine Subvention der Personen mit ex post hohem Bedarf durch die Personen mit ex post niedrigem Bedarf notwendig. Letztere können sich jedoch dieser Subvention durch Wechsel zu anderen Isapres entziehen.¹⁷ Der Isapre verbleiben nur Personen mit hohen Ausgaben. Deren Prämie kann sie zwar prinzipiell erhöhen, allerdings unterliegt sie möglicherweise Beschränkungen durch die

¹⁶ Dieses Ergebnis wurde formal von Arrow (1974) und Raviv (1979) gezeigt.

¹⁷ Fischer und Serra (1996) weisen daraufhin, daß die privaten Krankenversicherungen dieses Verhalten ihrer gesunden Versicherten voraussehen und diesen deshalb selbst neue Gesundheitspläne mit vergleichbaren Leistungen aber günstigeren Konditionen anbieten.

Regulierungsbehörde. Außerdem können starke Prämienerrhöhung den Ruf der Versicherung in der Öffentlichkeit schädigen. Dies kann dazu führen, daß die Isapre an den Personen mit hohem Bedarf Verluste macht. Deckungsobergrenzen stellen vor diesem Hintergrund ein wirksames Mittel dar, diese zur freiwilligen Rückkehr in das staatliche System zu bewegen, da mit höherer Leistungsanspruchnahme ihre Zuzahlungen überproportional ansteigen. Wirtschaftspolitisch folgt aus diesem Erklärungsansatz eine Neuregelung des Kündigungsrechts oder eine Änderung der Anreize eine Versicherung zu verlassen.

(4) Keine Preisregulierung-auf dem Markt für Gesundheitsleistungen

Preise auf dem Markt für medizinische Leistungen unterscheiden sich stark je nach Anbieter und unterliegen bislang nur in geringem Maße dem Einfluß der Isapres. Krankenversicherungsverträge, die dem Versicherungsnehmer wie in Chile üblich die Anbieterswahl überlassen, können deshalb nicht auf dem Sachleistungsprinzip beruhen, da die erwarteten Kosten nur sehr schwer zu bestimmen sind. Hinzu kommt, daß bei garantierter Kostenübernahme einer Behandlung der Versicherungsnehmer keinen Anreiz hat, einen preisgünstigen Anbieter aufzusuchen. Eine private Versicherung ist deshalb lediglich in der Lage, Geldleistungen im Krankheitsfall zu garantieren. Dies hat Deckungsobergrenzen zur Folge. Ein wirtschaftspolitischer Eingriff muß jedoch bei diesem Erklärungsansatz nicht unbedingt in der Einführung einer Preisregulierung bestehen. Vielmehr könnten die Isapres selbst durch Verhandlungen mit Anbietern und verstärkter vertikaler Integration die Kostenunsicherheit verringern. Intensivierung des Wettbewerbs, etwa durch eine Verbesserung der Markttransparenz, könnte diese Entwicklung fördern.

In der akademischen Diskussion in Chile wurden mehrere Reformvorschläge unterbreitet. Díaz et al. (1995) sehen beispielsweise in der Wechselmöglichkeit zu FONASA den Hauptgrund für die geringe Deckung bei hohen Ausgaben. Sie schlagen deshalb risikoabhängige Prämien auch im staatlichen Bereich vor. Zusätzlich empfehlen sie ein zweigliedriges Versicherungssystem basierend auf einem Modell von Cochrane (1995). Neben dem herkömmlichen Krankenversicherungsschutz mit einjähriger Laufzeit soll hierbei eine Versicherung gegen Prämiensteigerung eingeführt werden. Nach Ablauf der Vertragszeit des kurzfristigen Vertrags erhält der Versicherungsnehmer hierbei einen Geldbetrag ausbezahlt, der auf dem erwarteten Barwert der Prämiensteigerung beruht, der durch während dieses Jahres erworbene Krankheiten verursacht wurde. Als Basis dient die durchschnittliche Prämiensteigerung, so daß überdurchschnittlich Gesundgebliebene eine Zahlung leisten müssen, während überdurchschnittlich Krankgewordene eine Zahlung erhalten. Dieses zweigliedrige System würde die durch die asymmetrischen Kündigungsrechte hervorgerufenen Probleme beseitigen. Personen mit ex post hohem Bedarf würden diejenigen mit ex post niedrigem Bedarf über die Versicherung gegen Prämiensteigerung subventionieren. Schließlich fordern Díaz et al. eine Informationskampagne, die mangelnder Voraussicht der Versicherungsnehmer vorbeugen soll.

Fischer und Serra (1996) sehen in der Definition eines staatlichen Mindestleistungspakets einen ersten Schritt zur Lösung des Problems von Deckungsobergrenzen. Versicherungsverträge müßten dann die Kostenübernahme von bestimmten teuren Behandlungen garantieren. Das Problem asymmetrischer Kündigungsrechte verschärft sich jedoch durch diese Regelung. Es bestünde die Gefahr, daß eine private Krankenversicherung Konkurs erklären muß, da sie hohe Zahlungen für Schwerkranke leisten muß ohne diese durch

Überschüsse bei gesunden Personen decken zu können. Deshalb befürworten auch Fischer und Serra grundsätzlich das Modell von Cochrane. Sie weisen aber daraufhin, daß die Kalkulation der Versicherung gegen Prämiensteigerung in der Praxis äußerst komplex sein dürfte. Zudem müßte ein Schlichtungsmechanismus entwickelt werden, der feststellt, inwieweit die Krankheit eines Versicherungsnehmers zu Prämiensteigerungen führt. Fischer und Serra schlagen deshalb ein einfacheres System vor. Auf Basis einer standardisierten Diagnoseliste sollen die privaten Krankenversicherungen bereits bei Vertragsabschluß festlegen, welche Geldbeträge sie bei Wechsel zu einer anderen Krankenversicherung ausbezahlen bzw. welche der Versicherungsnehmer zu leisten hat. Um die Konkursgefahr von privaten Krankenversicherungen weiter zu mindern, fordern sie zudem die Einführung eines Rückversicherungssystem, das bei hohen Behandlungskosten der Versicherten Zuzahlungen leistet.

Schließlich bietet sich das Modell der deutschen privaten Krankenversicherung als Reformalternative an. Diese bietet ein Leistungspaket, das mindestens dem der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht. Deckungsobergrenzen existieren nicht, während Selbstbehalte wählbar sind. Zwar existiert wie in Chile ein asymmetrisches Kündigungsrecht zugunsten des Versicherungsnehmers, in der Praxis kommt es jedoch kaum zu Kündigungen, so daß die Subventionierung der Personen mit ex post hohem durch diejenigen mit ex post niedrigem Bedarf gewährleistet ist. Dieser Zusammenhalt der Kollektive beruht auf den in den Krankenversicherungsvertrag integrierten Ersparnisvorgang. Die Ersparnis ist bei Wechsel der Versicherung nicht übertragbar, so daß sich der Wechsel zu einer anderen Krankenversicherung in den wenigsten Fällen lohnt. Der Vorteil dieses Systems ist, daß seine Funktionsfähigkeit erwiesen ist und daß es ohne Deckungsobergrenzen funktioniert. Der Nachteil besteht in der fehlenden Wechselmöglichkeit für die Versicherungsnehmer. Das Modell von Cochrane hingegen verspricht freie Wechselmöglichkeit und Risikoausgleich zwischen Personen mit ex post hohem und niedrigem Bedarf. Allerdings hat es sich in der Praxis noch nicht bewährt.

3.3.5. Versorgung im Alter

Wie in Abbildung 2 deutlich wird, werden vor allem junge Personen von Isapres versorgt. Für die unausgewogene Altersstruktur lassen sich zum einen Gründe nennen, die nicht direkt auf der Funktionsweise des Systems beruhen. Hierzu gehört insbesondere das geringe Alter des Systems. Als die ersten Isapres 1981 eröffnet wurden, waren sie wegen ihrer altersabhängigen Leistungen vor allem für junge Personen interessant. Ältere Personen hingegen mußten höhere Prämien zahlen und konnten sich bis dahin nicht durch Ersparnis auf diese neue Situation einstellen.

Zum anderen läßt sich jedoch die These vertreten, daß die unausgewogene Altersstruktur systembedingt ist. Einerseits kann das im letzten Abschnitt besprochene Problem der asymmetrischen Kündigungsrechte eine Abnahme der privat Versicherten mit dem Alter bewirken, da mit zunehmenden Alter der Anteil an Personen mit kostenintensiven Krankheiten zunimmt. Entsprechend könnten die dort erörterten Reformvorschläge Abhilfe schaffen. Andererseits besteht eine zusätzliche Verzerrung des individuellen Verhaltens durch die altersunabhängigen Prämien im staatlichen System. Besonders für Personen, die sich im Alter voraussichtlich keinen hochwertigen privaten Krankenversicherungsschutz leisten können, ist eine Strategie mit privater Versicherung in jungen Jahren und staatlicher Versorgung im Alter attraktiv. Dieser Anreiz wird durch den Wegfall des staatlichen Zuschusses zur privaten Krankenversicherung für Personen mit geringem Einkommen mit der Pensionierung sogar noch verstärkt. Es ist somit nicht verwunderlich, daß nach einer Studie

der Regulierungsbehörde aus dem Jahr 1991 ein signifikanter Anteil der privat Versicherten (220 000 Personen) mit dem Eintritt in das Rentenalter in das staatliche Gesundheitssystem wechselte.¹⁸

Die Verzerrungen, die dieses Wechselverhalten bewirken, lassen sich grundsätzlich beheben. Zum einen könnte der Zuschuß für Personen mit geringem Einkommen abgeschafft oder altersunabhängig gestaltet werden. Zum anderen könnten altersabhängige Beiträge auch für den staatlichen Gesundheitsdienst eingeführt werden. Die Durchsetzung dieser Beiträge erscheint aber wenig glaubwürdig für den Fall, daß ein Bürger im Alter nicht über ein ausreichendes Einkommen verfügt. Für Personen mit geringem Einkommen besteht deshalb nur ein geringer Anreiz für das Alter vorzusorgen. Das chilenische Rentensystem wirkt jedoch über die Verpflichtung, 10% seines Einkommens in privaten Pensionsfonds anzulegen, diesem Trittbrettfahrerverhalten grundsätzlich entgegen. Allerdings bleibt zu fragen, ob diese Ersparnisse ausreichen, um eine Eigenfinanzierung der Gesundheitsausgaben auch im Alter zu gewährleisten.

Aufschluß hierüber ergibt eine Studie von Fischer et al. (1995) über die Finanzierung der Gesundheitsausgaben der zukünftigen Rentner im privaten System. Die Autoren untersuchen anhand eines Humankapitalmodells den Rückgang des Nettoeinkommens abzüglich der Ausgaben für Isapres mit dem Übergang in die Rentenphase im Alter von 65 Jahren. Dabei unterstellen sie einen Anstieg der Gesundheitsausgaben von 2% über der Inflationsrate und ein Produktivitätswachstum von 2%. Tabelle 2 gibt ihre Ergebnisse in Abhängigkeit der Rentabilität der privaten Pensionsfonds wieder.

Aktuelles Alter der Versicherten	Rentabilität der Pensionsfonds		
	5 %	5,5%	6%
23	42%	33%	15%
35	20%	11%	-9%
45	10%	5%	-9%
55	18%	16%	7%

Tabelle 2: Rückgang des Nettoeinkommens abzüglich der Ausgaben für Gesundheit

Quelle: Fischer et al. (1995), S. 33.

Die Autoren sehen einen Rückgang von über 30% als bedenklich an. Vor allem junge Versicherungsnehmer haben bei einer geringen Rentabilität der Pensionsfonds dann Schwierigkeiten mit dem Eintritt in das Rentenalter im privaten System zu verbleiben. Desweiteren werden nach der Studie Personen mit niedrigem Einkommen und geringer Ausbildung stark von einem Rückgang der Nettoeinkommen betroffen sein.

Fischer et al. befürworten die Einrichtung eines zusätzlichen Sparfonds für Gesundheit damit bei geringer Rendite der Pensionsfonds der Rückgang des Nettoeinkommens niedriger ausfällt. Ferner kritisieren sie die zweiprozentige Subvention der Isapre-Prämien für Geringverdienende während der Erwerbsphase. Diese verzerre die Entscheidung für das private System und führe dazu, daß diese Personen im Alter zu FONASA wechseln. Schließlich lassen sich die Ergebnisse von Fischer et al. auch dahingehend interpretieren, daß

¹⁸ Vgl. Fischer et al. (1995), S. 2.

die Einführung altersabhängiger Beiträge im staatlichen Gesundheitsdienst für ehemals privat Versicherte grundsätzlich möglich ist, da dieser Personenkreis im Alter mit hoher Wahrscheinlichkeit über substantielle Ersparnisse verfügen wird.

3.2.6. Gerechtigkeit

Der Mangel an Gerechtigkeit in Bezug auf den Zugang zu Gesundheitsleistungen gehört zu den Hauptkritikpunkten am chilenischen Gesundheitswesen. Die Wahlmöglichkeiten und das Niveau der Versorgung sind im starken Maße vom Einkommen und dem Gesundheitszustand einer Person abhängig. Individuen mit geringem Einkommen oder schlechtem Gesundheitszustand besitzen praktisch keine Wahlmöglichkeiten. Für sie kommt in der Regel allein das staatliche System in Betracht. Dies gilt auch für Personen, die eine kostenintensive Krankheit während der Mitgliedschaft im privaten System erwerben. Verfügen Sie nicht über ein hohes Einkommen oder ausreichende Ersparnisse, bleibt auch ihnen nur der Wechsel zu FONASA übrig. Gesunde Personen mit mittlerem Einkommen oder Personen mit hohem Einkommen haben hingegen die Wahl zwischen verschiedenen privaten Krankenversicherern. Abhängig vom Einkommen haben sie Zugang zu einer wesentlich besseren Versorgung als im staatlichen System.

Aus Gerechtigkeitsgründen lassen sich deshalb insbesondere zwei Kritikpunkte anführen. Erstens kann gefragt werden, ob das Mindestversorgungsniveau bezogen auf die Möglichkeiten eines Schwellenlandes wie Chile angemessen ist. Zweitens ist zu diskutieren, ob es gerecht ist, daß Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Krankenversicherungen grundsätzlich nur gutverdienenden oder gesunden Personen offenstehen. Wie diese Fragen bewertet werden, hängt von persönlichen Werturteilen ab. Hier kann nur darauf hingewiesen werden, daß eine Anhebung des Mindestversorgungsniveaus ohne eine Systemänderung erreicht werden kann, während eine Eröffnung von Wahlmöglichkeiten für alle Bürger eine grundsätzliche Systemkorrektur erfordert. Ein Weg hierfür wäre die Einführung eines Risikostrukturausgleiches zwischen den Isapres und FONASA. Personen mit geringem Einkommen und schlechtem Gesundheitszustand würden dann Zuschüsse erhalten, mit denen auch sie Zugang zum privaten System zu bezahlbaren Prämien besäßen.

3.3. Der Umfang des Versicherungsschutzes

Als besonders wichtig für das Verständnis des privaten Krankenversicherungssystems haben sich die Wechselmöglichkeiten zum staatlichen System sowie die Kündigungsrechte bei privaten Krankenversicherungen herausgestellt. Insbesondere bei der Erklärung von Deckungsobergrenzen sowie bei der Problematik des Krankenversicherungsschutzes im Alter spielen sie eine zentrale Rolle. Die Wirkung dieser beiden Systemmerkmale wird hier unter dem Gesichtspunkt des Umfangs des Versicherungsschutzes betrachtet.

Die Wechselmöglichkeit zum staatlichen System garantiert, daß der Staat als Versicherer im Notfall sowie im Alter immer beisteht. Dabei kann der Versicherte mit einer zufriedenstellenden stationären Versorgung rechnen, während die ambulante Leistungen im Vergleich zum privaten System unattraktiv sind. Deshalb besteht ein starker Anreiz, Verträge mit hauptsächlich ambulanter Versorgung nachzufragen. Die private Krankenversicherung stellt für diesen Personenkreis somit lediglich eine Zusatzversicherung dar, die beim Wechsel zum privaten System zwar direkt keine zusätzliche Kosten verursacht, jedoch die privat Versicherten indirekt über höhere Steuerzahlungen zur Finanzierung von FONASA belastet. Diese Argumentation trifft vor allem auf Personen mit niedrigem Einkommen zu, die sich einen umfassenden privaten Krankenversicherungsschutz nicht leisten können. Gerade in

diesem Segment haben die Isapres in den vergangenen Jahren hohe Zuwachsraten zu verzeichnen. Besonders ausgeprägt ist der Anreiz, die private Krankenversicherung als Zusatzversicherung zu nutzen, für junge Versicherungsnehmer, da das private System im Gegensatz zum staatlichen Gesundheitsdienst mit zunehmenden Alter für gleiche Leistungen höhere Beiträge fordert.

Daß das private Krankenversicherungssystem entgegen der offiziellen Zielsetzung nicht als Voll- sondern als Zusatzversicherung genutzt wird, muß jedoch nicht ineffizient sein. Im Vergleich zu einer rein staatlichen Versicherung besitzt der Einzelne größere Wahlmöglichkeiten. Bedenklich aus Effizienzgründen sind jedoch die Folgen der asymmetrischen Regelung der Kündigungsrechte. Zwar scheint auf den ersten Blick das einseitige Kündigungsrechte den Konsumenten zu stärken. Es verhindert jedoch den Zusammenhalt von Kollektiven, da sich Personen mit ex post niedrigem Bedarf der Subventionierung derjenigen mit ex post hohem Bedarf jährlich entziehen können. Letztere müssen mit Zuzahlungen und Prämienerrhöhungen rechnen. Damit besteht bislang praktisch keine private Versicherung gegen das Risiko, eine Person mit hohem Bedarf an medizinischen Leistungen zu werden.

Negativ betroffen sind hiervon sowohl Personen, welche die private Krankenversicherung als Zusatzversicherung betrachten, als auch diejenigen, für die die private Krankenversicherung eine Vollversicherung darstellt. Die erste Gruppe weicht den Zuzahlungen und Prämienerrhöhungen aus, indem sie in das staatliche System wechselt. Die Zusatzversicherung endet damit bei einem teuren Krankheitsfall, obgleich Nachfrage nach besserer ambulanter Versorgung als im staatlichen System nach wie vor bestehen kann. Eine herkömmliche Zusatzversicherung, die neben der staatlichen Versorgung existiert, weist diesen Nachteil nicht auf. Auch der Personenkreis, der nicht in das staatliche System zurückkehrt, ist negativ betroffen. Diese Gruppe hat bei kostenintensiven Behandlungen hohe Zuzahlungen und Prämienerrhöhungen zu verkraften. Zudem verlieren sie die Wechselmöglichkeit zu anderen privaten Krankenversicherungen, da diese bei bereits existierenden Krankheiten nur ein Viertel der Ausgaben während der ersten anderthalb Jahren decken müssen.¹⁹

Zusammenfassend läßt sich somit die These vertreten, daß die private Krankenversicherung in Chile für Personen mit niedrigem Einkommen vor allem eine Zusatzversicherung für ambulante Leistungen darstellt und daß der Versicherungsschutz insbesondere bei kostenintensiven Krankheiten systembedingt gering ist. Die hohen Mitgliederzahlen des privaten Krankenversicherungssystems müssen relativiert werden, da für viele Personen die Versicherung nur eine Zusatzversicherung darstellt. Ferner ist der Versicherungsschutz begrenzt durch hohe Zuzahlungen und Prämienerrhöhungen. Personen mit hohen Ausgaben für medizinische Leistungen wechseln in das staatliche System oder müssen bei ihrer privaten Krankenversicherung bleiben. Der Wettbewerb der Versicherungen konzentriert sich deshalb hauptsächlich auf gesunde Versicherte, obgleich die Hauptnachfrage nach effizienter Bereitstellung von medizinischen Leistungen insbesondere von Personen mit Krankheiten stammt, die teure Behandlungen erfordern. Die bei der Erörterung der Deckungsobergrenzen diskutierten Reformvorschläge erscheinen deshalb besonders dringlich.

¹⁹ Vgl. Fischer und Serra (1996), S. 203.

3.4. Die Ausgabenentwicklung in der privaten Krankenversicherung

Die Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen steht in den entwickelten Ländern im Mittelpunkt der Diskussion. Obgleich die Gesundheitsausgaben im privaten System eine durchschnittliche reale Wachstumsrate von 4,1 % zwischen 1990 und 1995 aufweisen, wird in der öffentlichen Diskussion in Chile noch nicht von einem Ausgabenproblem gesprochen. Dabei ist zu berücksichtigen, daß Chile in diesem Zeitraum hohe Wachstumsraten der realen Einkommen zu verzeichnen hat. Der starke Ausgabenanstieg verbunden mit der vorherrschenden Einzelleistungsvergütung deuten jedoch daraufhin, daß die Ausgabenentwicklung in Zukunft zum Problem werden kann. Von besonderem Interesse ist daher die Frage, inwieweit das private System selbst Lösungen auf diese Herausforderung entwickelt, indem z.B. neue Vergütungsformen entwickelt werden oder eine verstärkte vertikale Integration von Krankenversicherern und Leistungsanbietern stattfindet.

Fischer und Serra (1996) machen zwei Gründe dafür verantwortlich, daß das private Krankenversicherungssystem bislang noch wenige derartige Innovationen hervorbrachte. Erstens behindere die geringe Markttransparenz die Konkurrenz zwischen den Krankenversicherern. Für den einzelnen Konsumenten ist ein Preis-Leistungs-Vergleich kaum möglich. Eine Ursache hierfür ist der staatliche Mindestbeitrag, der zu einer Vielzahl von Gesundheitsplänen führt. Da der Mindestbeitrag Prämien verursachen kann, die über dem tatsächlich gewünschten Bedarf liegen, beinhaltet diese Regelung zudem ein eigenes kostentreibendes Element. Die Abschaffung des Mindestbeitrags zugunsten eines Mindestleistungspakets könnte deshalb zu einer höheren Transparenz und verstärktem Druck auf die Versicherer führen, Effizienzreserven auszuschöpfen. Zweitens machen Fischer und Serra den Widerstand der Anbieter medizinischer Leistungen für die geringen Innovationen bei den Vergütungsformen verantwortlich. Sie vermuten jedoch, daß die Schaffung neuer Studienplätze für Medizin in den vergangenen Jahren mittelfristig Änderungen bewirken wird.

4. Schlußbetrachtung

Das private chilenische Krankenversicherungssystem hat seit seiner Gründung 1981 hohe Wachstumsraten zu verzeichnen. Es versorgte 1995 über ein Viertel der Bevölkerung. Dem Konsumenten stehen 23 Isapres offen zwischen denen er jedes Jahr neu wählen kann. Diese Möglichkeit setzt Anreize für die Isapres, Gesundheitspläne nach den Präferenzen der Konsumenten anzubieten. Zu den Versicherten gehören zunehmend auch Personen mit mittlerem und geringem Einkommen.

Zu den wichtigsten Problembereichen gehören die Deckungsobergrenzen des Krankenversicherungsschutzes und die Versorgung im Alter. Insbesondere die unbeschränkte Wechselmöglichkeit zum staatlichen System und die asymmetrischen Kündigungsrechte schränken hierbei den Umfang des privaten Krankenversicherungsschutzes ein. Die freie Wechselmöglichkeit zum Staat führt dazu, daß für Versicherungsnehmer mit niedrigem Einkommen das private System den Charakter einer Zusatzversicherung für ambulante Leistungen besitzt. Die Ausgestaltung der Kündigungsrechte hat zur Folge, daß privat Versicherte bei kostenintensiven Krankheiten mit Prämien erhöhungen und hohen Zuzahlungen rechnen müssen. Aus Gerechtigkeitsgründen ist bedenklich, daß der Zugang zum privaten System maßgeblich vom Einkommen und vom Gesundheitszustand abhängt.

Der Erfolg des privaten Krankenversicherungssystems muß deshalb relativiert werden. Es läßt sich jedoch die These vertreten, daß die bisherigen Regelungen nötig gewesen sind, um einen

substantiellen Markt für private Krankenversicherungen zu schaffen. Vor allem Personen mit niedrigem Einkommen wären ohne die Option, in das staatliche System zurückkehren zu können, nicht bereit gewesen, sich privat zu versichern. Nachdem das System gegenwärtig jedoch über ein Viertel der Bevölkerung versorgt, überzeugt diese Argumentation nicht mehr. Wenn das System für die Mehrheit seiner Versicherten mehr sein soll als eine Zusatzversicherung für ambulante Leistungen, dann sind Weiterentwicklungen nötig. Vorschläge aus der akademischen Diskussion in Chile, wie etwa die Abschaffung des Mindestbeitrags zugunsten eines Mindestleistungspakets oder die Einführung einer Versicherung gegen Prämiensteigerungen, weisen hierbei den Weg zu verstärktem Wettbewerb und einer Ausweitung des Umfangs des Versicherungsschutzes. Desweiteren könnten Reformen, die weiteren Bevölkerungsschichten den Zugang zum privaten System ermöglichen, für mehr Gerechtigkeit sorgen. Die Ankündigung des chilenischen Präsidenten Eduardo Frei vor dem US-amerikanischen Kongreß im Februar 1997, daß in der Zukunft alle Chilenen von Isapres versorgt werden sollen, läßt interessante weitere Entwicklungen erwarten.

Literaturverzeichnis

- Arrow, Kenneth J. (1974). Optimal Insurance and Generalized Deductibles. *Scandinavian Actuarial Journal*, 1, 1 - 42.
- Asociación de Isapres (1996). *Isapres 15 años*. Santiago.
- Bitrán y Asociados (1996). Instituciones de Salud Previsional en Chile, Resumen. Santiago: *Dokument für die Wirtschaftskommission der Vereinten Nationen für Lateinamerika und die Karibik (CEPAL)*.
- Cochrane, John H. (1995). Time-Consistent Health Insurance. *Journal of Political Economy*, 103 (3), 445 - 473.
- Díaz, Carlos A., Ricardo Gazitúa H., Aristides Torche L. und Salvador Valdés P. (1995). *Cobertura catastrófica para los cotizantes del sistema de Isapre*. Santiago: Instituto de Economía, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Fischer, Ronald D., Alejandra Mizala und Pilar Romaguera (1995). *Proyecto: Alternativas de Solución para el Financiamiento de la Salud en la Tercera Edad en el Sistema ISAPRE*. Santiago: Centro de Economía Aplicada, Departamento de Ingeniería Industrial, Universidad de Chile.
- Fischer, Ronald D. und Pablo Serra (1996). Análisis Económico del Sistema de Seguros de Salud en Chile. *Revista de Análisis Económico*, 11 (2), 187 - 217.
- Fondo Nacional de Salud (1995). *Boletín Estadístico 1994-1995*. Santiago.
- Larraín, Luis (1996). Visión económica del costo de los seguros sociales. Impacto en el empleo y la distribución del ingreso. In: Giaconi, Juan und Rafael Caviedes (Hrsg.) (1996). *Las Isapres: Hacia la modernidad en salud. Realidades, perspectivas y desafíos del sistema*. Santiago, Asociación de Isapres.
- Queisser, Monika (1993). *Vom Umlage- zum Kapitaldeckungsverfahren: die chilenische Rentenreform als Modell für Entwicklungsländer?* München: Weltforum-Verlag.
- Raviv, Artur (1979). The Design of an Optimal Insurance Policy. *American Economic Review*, 69, 84-96.
- Slovic, Paul, Baruch Fischhoff, Sarah Lichtenstein, Bernard Corrigan und Barbara Combs (1977). Preference for Insuring against Probable Small Losses: Insurance Implications. *Journal of Risk and Insurance*, 44, 237-258.
- Superintendencia de Isapres (1996). *The Private Health System in Chile*. Santiago.