

Schreyögg, Jonas

Working Paper

Medical savings accounts: Eine internationale Bestandsaufnahme des Konzeptes der Gesundheitssparkonten

Diskussionspapier, No. 2003/11

Provided in Cooperation with:

Technische Universität Berlin, School of Economics and Management

Suggested Citation: Schreyögg, Jonas (2003) : Medical savings accounts: Eine internationale Bestandsaufnahme des Konzeptes der Gesundheitssparkonten, Diskussionspapier, No. 2003/11, Technische Universität Berlin, Fakultät Wirtschaft und Management, Berlin

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/36439>

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.

Technische Universität Berlin
Fakultät VIII Wirtschaft & Management
Fachgebiet Finanzwissenschaft und Gesundheitsökonomie

„Medical Savings Accounts“ – Eine internationale Bestandsaufnahme des
Konzeptes der Gesundheitssparkonten

Jonas Schreyögg¹

Zusammenfassung

Das Konzept der Medical Savings Accounts als Instrument zur Finanzierung von Gesundheitssystemen hat in den letzten Jahren international Aufmerksamkeit erregt. In Deutschland wurde ein ähnliches Konzept für die Gesetzliche Rentenversicherung im Rahmen der „Riester Rente“ diskutiert. Länder wie Singapur, Südafrika, China und die USA haben diese neue Form der Finanzierung bereits eingeführt oder in Pilotprojekten erprobt. Dieser Beitrag gibt zunächst einen Überblick über Erfahrungen, die einzelne Länder bisher mit der Konzeption der Medical Savings Accounts gemacht haben. Außerdem wird anhand erster Ergebnisse aufgezeigt, dass die beschriebenen Länder überwiegend positive Erfahrungen mit diesem Konzept gemacht haben. Abschließend wird vorgeschlagen, dieses Konzept zur Lösung der Finanzierungsprobleme der Gesetzlichen Krankenversicherung auf Deutschland zu übertragen.

Abstract

Medical Savings Accounts have gained rapid popularity in the international discussion as a means for financing health care over the last years. In Germany a similar idea has been discussed for the German Pension System known as the so called “Riester Rente”. Countries like Singapore, South Africa, China and the USA have already introduced Medical Savings Accounts or are conducting pilot studies. This article summarizes the experience with Medical Savings Accounts in these countries and tries to evaluate first results, which are primarily positive so far. Finally it is suggested to introduce the concept of Medical

¹ Kontakt: JSchreyogg@finance.wv.tu-berlin.de

Savings Accounts in the German Public Health Insurance in order to tackle its financing problems.

JEL: H4, I1, L3, O2

1. Einführung

Viele Industrieländer sind zunehmend mit steigenden Gesundheitsausgaben konfrontiert, die sowohl auf die demographische Entwicklung als auch auf vielfältige medizinische und medizinisch-technische Fortschritte zurückzuführen sind. Zugleich zeichnet sich ab, dass die konventionellen Modelle zur Finanzierung von Gesundheitssystemen diese Herausforderung nicht zu bewältigen wissen. Deutschland und andere Länder sind daher angehalten, die existierenden Finanzierungsmodelle auf den Prüfstand zu stellen und nach neuen Alternativen zur Lösung der Finanzierungsdefizite zu suchen. Das Konzept der Medical Savings Accounts (MSA) als innovative Alternative zur Finanzierung von Gesundheitssystemen hat in asiatischen Ländern sowie in Nordamerika in den letzten Jahren Aufmerksamkeit erregt. In Deutschland wurde ein ähnliches Konzept für die Gesetzliche Rentenversicherung im Rahmen der „Riester Rente“ diskutiert. Länder wie Singapur, Südafrika, China und die USA haben diese neue Form der Finanzierung bereits eingeführt oder in Pilotprojekten erprobt. Dieser Beitrag soll einen Überblick über Erfahrungen geben, die einzelne Länder bisher mit der Konzeption der Medical Savings Accounts gemacht haben und beurteilen, inwieweit sie zur Lösung der Probleme in diesen Ländern beigetragen haben. Abschließend wird diskutiert, ob es sinnvoll erscheint das Konzept auf Deutschland zu übertragen.

Nach einer Erläuterung der generellen Funktionsweise von Medical Savings Accounts in Kapitel 2 werden in Kapitel 3 die MSA-Konzeptionen einzelner Länder in der Reihenfolge ihres Etablierungsgrades vorgestellt. Dabei wird jeweils zunächst die Entstehung thematisiert und auf die spezifischen Ausprägungen der Konzeption eingegangen. Sofern möglich, schließt jeweils eine Bewertung anhand erster Ergebnisse an. In Kapitel 4 werden die beschriebenen Konzeptionen im Hinblick auf ihre Zielsetzung und ihre Ausprägungsmerkmale miteinander verglichen. Der Beitrag schließt mit einer kurzen Diskussion von Medical Savings Accounts im Kontext Deutschlands.

2. Medical Savings Accounts als Instrument zur Finanzierung von Gesundheitssystemen

Medical Savings Accounts stellen eine Form der finanziellen Sicherung des Krankheitsrisikos dar, bei welcher der im Krankheitsfall vorrausichtlich benötigte Geldbetrag ex ante von jedem Individuum selbst auf einem Geldkonto für Gesundheitsausgaben angespart wird. Im Unterschied zu gemeinschaftlichen Formen der finanziellen Sicherung des Krankheitsrisikos wie z.B. einer Sozialversicherung wird bei Medical Savings Accounts die Risikodeckung vom Einzelnen selbst übernommen. Auch wenn keine Einkommensumverteilung stattfindet, entspricht die Bildung von Rücklagen für Notfälle dem Ordnungsprinzip einer Versicherung. Das Prinzip der Medical Savings Accounts wird daher auch als Selbstversicherung bezeichnet.²

Da die Gesundheitsausgaben für bestimmte Behandlungen jedoch häufig die private Zahlungsfähigkeit von Individuen übersteigen, werden Medical Savings Accounts üblicherweise in Verbindung mit einer Hochrisikoabsicherung angeboten. Diese Hochrisikoabsicherung kann sowohl über ein öffentliches steuer- oder beitragsfinanziertes System als auch auf Basis eines Privatversicherungssystems erfolgen. Die Erstattung von Krankheitskosten im Rahmen dieser Hochrisikoabsicherung ist entweder auf Ausgaben genau definierter Behandlungen begrenzt oder tritt erst nach einem Selbstbehalt, der in seiner Höhe pro Jahr begrenzt ist, ein.³

Im Rahmen eines Finanzierungssystems mit Medical Savings Accounts zahlt jeder Bürger – eventuell ganz oder anteilig auch sein Arbeitgeber – monatlich obligatorisch einen festgelegten absoluten Betrag oder einen prozentualen Anteil seines Bruttoeinkommens in einen Medical Savings Account ein. Der obligatorische Charakter der Medical Savings Accounts gewährleistet im Unterschied zu einem privaten Bankkonto, dass die Individuen auch tatsächlich einen Kapitalstock bilden, auf den sie im Krankheitsfall zurückgreifen können.

Die Verwaltung dieses Kontos liegt üblicherweise in der Hand des Trägers der Hochrisikoabsicherung wie z.B. einer Krankenversicherung. Wenn ein Individuum medizinische Leistungen in Anspruch nimmt, die nicht durch die Hochrisikoversicherung erstattet werden,

² Brunner K. 1999, S. 48ff.

³ Nichols/Prescott/Phua 1997, S. 233f.

kann es die anfallenden Ausgaben mit angesparten Mitteln seines Medical Savings Account begleichen. Im Falle von familienbezogenen Medical Savings Accounts können entsprechend die Gesundheitsausgaben der gesamten Familie beglichen werden.

Falls das Konto erschöpft sein sollte und die Voraussetzungen einer Erstattung der Hochrisikoabsicherung noch nicht erfüllt sind, müssen die anfallenden Ausgaben durch Überziehung des Kontos oder aus privaten Mitteln beglichen werden. Abhängig von den Gerechtigkeitspräferenzen einer Gesellschaft kann das System so konzipiert werden, dass solche Situationen z.B. durch ergänzende Transferzahlungen für einkommensschwache Bürger vermieden werden.⁴

Wenn die angesparten Mittel auf dem Sparkonto bis zum Ende eines Jahres nicht erschöpft sind, werden die verbliebenen Mittel zu einem festgelegten Zinssatz verzinst und auf dem individuellen Konto für die Finanzierung zukünftiger Gesundheitsausgaben angespart. Je nach Konzeption können auf diese Weise auch Altersrückstellungen für die Zeit nach dem Erwerbsleben gebildet werden. Personen, die aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind, müssen dann keine Beträge mehr in die Medical Savings Accounts einzahlen. Es besteht außerdem die Möglichkeit für die Kontoinhaber, die angesparten Beträge an ihre Nachkommen zu vererben.

Medical Savings Accounts können als Ergänzung zu einem bestehenden System der Mittelaufbringung in Gesundheitssystemen eingesetzt werden. Je nach Zielsetzung des Programms stellen sie ein Instrument dar, mögliche Schwächen eines existierenden Systems zu korrigieren.⁵ Beispielsweise können Medical Savings Accounts eingeführt werden, um eine nachfrageseitige Ausgabendämpfung der steigenden Gesundheitsausgaben in beitragsfinanzierten Systemen zu erwirken.

Die Ursache der ausgabendämpfenden Wirkung liegt in dem veränderten Nachfrageverhalten der Versicherten begründet.⁶ Da die Versicherten einen Teil ihrer Gesundheitsausgaben durch eigene Ersparnisse auf den Medical Savings Accounts finanzieren müssen,

⁴ Phua 1999, S. 118f.

⁵ Schulenburg/Greiner 2000, S. 225ff.

⁶ Folland/Goodman/Stano 2001, S. 565f.

stellt sich ein höheres Kostenbewusstsein ein, die Gefahr des moral hazard sinkt und es wird eine höhere Allokationseffizienz realisiert.⁷

Eine weitere Motivation zur Einführung von Medical Savings Accounts kann in dem Aufbau eines individuellen Kapitalstocks durch die angesparten Beträge liegen, die als Rückstellungen für Gesundheitsausgaben im Alter dienen können. Die bestehenden Systeme würden somit teilweise von der demografischen Entwicklung entlastet. Die Anlage des Kapitalstocks am Kapitalmarkt kann zugleich die Wohlfahrtsposition einer Volkswirtschaft durch erhöhte Kapitalakkumulation positiv beeinflussen, sie birgt allerdings auch gewisse Kurs- und Währungsrisiken.

Als zusätzlicher Vorteil von Medical Savings Accounts wird häufig die Förderung der Patientensouveränität angesehen, da die Bürger anders als bei Versicherungen oder einem staatlichen Gesundheitsdienst die Verwendung des Angesparten ausschließlich eigenständig determinieren. Diese Wirkung dürfte eng verknüpft sein mit dem bereits angesprochenen geänderten Nachfrageverhalten.

Da Medical Savings Accounts systemimmanent keine Umverteilung induzieren, und sich somit Gerechtigkeitsprobleme ergeben können, ist eine Förderung einkommensschwacher Bevölkerungsteile notwendig.⁸ Die Gerechtigkeit eines Systems kann jedoch nur in Abhängigkeit von dem jeweiligen kulturellen Kontext beurteilt werden.

Die Ausgestaltungsvielfalt des Medical-Savings-Accounts-Konzeptes wird im Folgenden deutlich, wenn verschiedene Ansätze beschrieben und anschließend verglichen werden.

3. Medical Savings Accounts in verschiedenen Ländern

3.1. Medical Savings Accounts in Singapur – ein Pioniervorhaben

Nach Singapurs Unabhängigkeit im Jahre 1959 waren die von den britischen Kolonialherren installierten sozialen Sicherungssysteme zunächst weitergeführt worden. Das damals bestehende Gesundheitssystem war dem des britischen „National Health Service“ sehr ähnlich. Gesundheit wurde als öffentliches Gut angesehen, das bei Bedarf der Bevölke-

⁷ Schreyögg 2002, S. 157ff.

⁸ Maynard/Dixon 2000, S. 121ff.

rung bereitgestellt werden muss. Sowohl die Mittelaufbringung als auch die Leistungserbringung lagen fest in staatlicher Hand.⁹ Während die Mittelaufbringung als steuerfinanziertes System organisiert war, wurde die Leistungserbringung durch staatliche Institutionen sichergestellt. Anfang der achtziger Jahre wurde für die folgenden Jahrzehnte ein deutlicher Anstieg des Anteils der älteren Bevölkerung und damit einhergehend ein Anstieg der Gesundheitsausgaben prognostiziert. Ein sich beschleunigender medizinisch-technischer Fortschritt trug zusätzlich zum Wachstum der Gesundheitsausgaben bei. Es war abzusehen, dass ein rein steuerfinanziertes Gesundheitssystem in einem Umfeld von steigenden Gesundheitsausgaben und sinkenden Steuereinnahmen infolge einer Abnahme erwerbstätiger Personen langfristig keine geeignete Finanzierungsmethode sein würde.¹⁰ Überdies kam man zur Überzeugung, dass ein System, das Gesundheit als öffentliches Gut versteht und es bei Bedarf bereitstellt, das ökonomische Prinzip der Knappheit von Ressourcen negiert, da sich diese nicht in Preisen reflektiert. Ein reformiertes System sollte daher das antizipierte Demographieproblem lösen und zugleich Anreize für wirtschaftliches Handeln schaffen, Gesundheitsleistungen als knappes Gut zu respektieren.

Durch die Schaffung eines neuen Systems der Finanzierung von Gesundheitsleistungen wurde das alte System keineswegs plötzlich obsolet. Vielmehr wurde das alte System der Steuerfinanzierung auf eine Säule des Gesamtsystems reduziert und graduell durch zwei weitere Säulen ergänzt. Im Jahre 1984 wurde zunächst als zweite Säule ein System von Medical Savings Accounts eingeführt, das in Singapur Medisave genannt wird. Im Rahmen dieses Systems ist jeder erwerbstätige Bürger des Staates Singapur verpflichtet, einen Anteil von 6-8 % seines Bruttoeinkommens – je nach Alter – auf ein individuelles und staatlich verwaltetes Konto einzuzahlen. Zwei arbeitende Ehepartner haben jeweils einen Medisave Account, aus dem auch ihre Gesundheitsleistungen und die ihrer Kinder bis zu deren Erwerbsfähigkeit finanziert werden müssen. Ende des Jahres 2001 existierten in Singapur 2,71 Mio. Medisave Konten. Bei einer Bevölkerung von 3,26 Mio. Einwohnern entspricht diese Anzahl einer Deckungsquote von 84%. Berücksichtigt man, dass die Gesundheitsleistungen von Kindern und einigen älteren Menschen aus den Medisave-Konten ihrer Angehörigen mitfinanziert werden, so ist nahezu eine vollständige Absicherung erreicht.¹¹

⁹ Toh/Low 1991, S. 27.

¹⁰ Phua 1991, S. 2f.

¹¹ Ministry of Health 2002, S. 23f.

Die angesparten Beträge auf den Konten werden durch die Regierung am Kapitalmarkt investiert und zu einem aktuellen Marktzins verzinst.¹² Im Krankheitsfall kann der Einzelne für sich und seine Familie die Behandlungskosten durch die Ersparnisse auf seinem Medical Savings Account begleichen. Es dürfen jedoch nur stationäre und ausgewählte ambulante Leistungen, die im Rahmen eines Leistungskatalogs staatlich festgelegt sind, über den jeweiligen Medical Savings Account finanziert werden. Bei Inanspruchnahme von ambulanz-ärztlichen Leistungen für leichte Krankheiten oder Beschwerden, die nicht im Leistungskatalog enthalten sind, muss jeder Bürger die anfallenden Kosten durch private Konsumausgaben begleichen. Die Bürger erhalten regelmäßig Kontoauszüge mit dem aktuellen Stand ihres Sparkontos.¹³

Sobald ein Medisave Account einen Beitrag von ca. € 30.000 aufweist, fließen alle darüber hinaus eingezahlten Beiträge automatisch auf das Bausparkonto des Individuums, das ohnehin jeder erwerbstätige Bürger Singapurs pflichtmäßig führt. Diese zweite Säule der Medisave Accounts basiert auf der Idee, dass Versicherungssysteme und steuerfinanzierte Systeme der Krankenversorgung zu einer ineffizienten Verwendung der Ressourcen führen, da die Versicherten häufig Leistungen in Anspruch nehmen, die eigentlich medizinisch nicht notwendig wären. Daneben wird angenommen, durch ein Sparsystem die intergenerativen Umverteilungseffekte von jungen zu alten Bürgern zu reduzieren, die, wenn auch in unterschiedlicher Form, sowohl in Versicherungs- als auch in steuerfinanzierten Systemen auftreten. Da jedoch in einem System von Medical Savings Accounts kein Ausgleich unterschiedlicher Krankheitsrisiken erfolgt, übersteigen die Kosten der Behandlung von chronischen oder schweren Erkrankungen häufig den angesparten Betrag auf dem jeweiligen Medical Savings Account.¹⁴ Für solche Fälle wurde im Jahre 1990 als Ergänzung zu Medisave eine dritte Säule geschaffen. Diese Säule kann als Hochrisikoversicherung charakterisiert werden, die rein nach dem Versicherungsprinzip funktioniert und keine soziale Umverteilung vornimmt. Sie finanziert sowohl stationäre Behandlungen, die mit hohen Kosten verbunden sind, als auch ambulante Behandlungen von chronischen Krankheiten. Die Versicherungsbeiträge werden in Form von altersabhängigen Kopfpauschalen erhoben und werden aus den Ersparnissen der Individuen, also aus ihren jeweiligen Medical Savings Accounts finanziert.¹⁵

¹² Asher 1995, S. 3ff.

¹³ Singh 1999, S. 339ff.

¹⁴ Massaro/Wong 1995, S. 267ff.

¹⁵ Barraclough/Morrow 1995, S. 7ff.

Neben den beiden hinzugekommenen Säulen kommt der steuerfinanzierten Säule die Rolle zu, eine Mindestversorgung auch für einkommensschwache Bürger zu gewährleisten, die nicht über einen Medical Savings Account verfügen oder nicht ausreichend Beträge ansparen können. Diese Mindestversorgung wird zum einen durch direkte Transfers an einkommensschwache Bürger in Form eines staatlich aufgelegten Fonds erreicht, der im Jahre 1993 eingeführt wurde und Medifund genannt wird. Zum anderen werden bestimmte Bettenklassen in Krankenhäusern über Steuergelder subventioniert.¹⁶

Die Implementierung des Systems der Medical Savings Accounts in Singapur ist noch nicht vollständig abgeschlossen, da die vor 1984 in den Ruhestand getretene Generation keinen Kapitalstock aufbauen konnte und durch Familienmitglieder und staatliche Hilfen finanziert wird. Daher wird dieses System erst im Jahre 2030 vollständig implementiert sein. Bislang hat es sich jedoch nach Ansicht von Experten in vielerlei Hinsicht bewährt.¹⁷

Während die Gesundheitsausgaben in europäischen Ländern und den USA stark angestiegen sind, blieben sie in Singapur in den letzten Jahren konstant bei ca. 3% des Bruttoinlandsproduktes.¹⁸ Dies ist sehr überraschend, da das Pro-Kopf-Einkommen, der Lebensstandard und die Standards des Gesundheitswesens zum Beispiel vergleichbar sind mit Deutschland. Auch wenn der geringe Anteil der Gesundheitsausgaben nicht ausschließlich auf die Einführung von Medical Savings Accounts zurückzuführen ist, so existieren, auf Basis von Berechnungen der Weltbank, einige Anhaltspunkte dafür, dass sie zumindest in erheblichem Maße dazu beigetragen hat.¹⁹

Darüber hinaus führt die hohe Eigenverantwortung im Rahmen dieses Systems offensichtlich zu einer erhöhten Patientensouveränität, die sich in verschiedenen Verhaltensweisen manifestiert und auch Implikationen für das Verhalten der Leistungserbringer hat.²⁰ Eine erhöhte Patientensouveränität kommt insbesondere darin zum Ausdruck, dass viele Patienten in Singapur bestrebt sind, während eines gesamten Behandlungsprozesses ihren Einfluss im Hinblick auf die Höhe der Ausgaben und die Ergebniswirksamkeit geltend zu machen.²¹ Die gestiegene Patientensouveränität bewirkt demnach eine potentielle Verrin-

¹⁶ Choon, A.T./Low 1997, S. 53ff.

¹⁷ Massaro/Wong 1995, S. 269f.; Goodman/Musgrave 1994, S. 30ff.; Pauly 2001, S. 729f.; Prescott/Nichols 1998, S. 19ff.

¹⁸ Ministry of Health Singapore 2002, S. 21.

¹⁹ Prescott/Nichols 1998, S. 22.

²⁰ Low/Choon 1998, S. 161.

²¹ Massaro/Wong 1995, S. 271f.

gerung des Risikos eines Ex-post-Moral-Hazard. Zugleich gehen von diesem System auch verstärkte Anreize zu Prävention und folglich zu einer Vermeidung eines Ex-ante-Moral-Hazard aus.²²

Zudem beträgt das akkumulierte Vermögen aller Medical Savings Accounts bereits jetzt ca. € 13,1 Mrd. und stellt somit eine wichtige Kapitalquelle für Investitionen in Singapurs Volkswirtschaft dar.²³ Insgesamt können die Erfahrungen Singapurs mit dem System der Medical Savings Accounts bislang als positiv bewertet werden.

3.2. Medical Savings Accounts in Südafrika – eine Alternative im Markt privater Krankenversicherungen

Südafrika hat das Konzept der Medical Savings Accounts in anderer Weise als Singapur inkorporiert. Medical Savings Accounts werden hier in Kombination mit einer Versicherung von privaten Versicherungsunternehmen angeboten.

Die allgemeine Krankheitsabsicherung wird in Südafrika durch ein steuerfinanziertes staatliches System sichergestellt. Infolge einer zunehmenden Rationierung dieses öffentlichen Sektors schließen immer mehr Individuen eine private Krankenversicherung ab. Derzeit ist ein Anteil von 20% der Bevölkerung vollständig privat versichert während die verbleibenden 80% durch das öffentliche System finanziert werden.²⁴ Die Zahl der privat Versicherten steigt pro Jahr um ca. 2-3% an. In den achtziger und den frühen neunziger Jahren stiegen die Gesundheitsausgaben und folglich auch die Versicherungsprämien des privaten Sektors um mehr als 20% pro Jahr.²⁵ Der Markt für private Versicherungen war höchst reguliert und bestand aus stark bürokratisierten Non-Profit-Organisationen. Nach einer umfassenden Deregulierung im Jahre 1994, die unter anderem den Versicherungsunternehmen eine freie Prämiengestaltung erlaubte, wurde der Anstieg der Versicherungsprämien durch den Wettbewerb einer steigenden Anzahl von Unternehmen deutlich verlangsam.²⁶

²² Schreyögg 2002, S. 167ff.

²³ Asher 2002, S. 3f.

²⁴ Ramsay 2001, S. 20f.

²⁵ Söderlund/Schierhout/Heever 1998, S. 144.

²⁶ Matisonn 2000, S. 6ff.; zur Vertiefung siehe: McIntyre 1997.

Seit der Deregulierung werden vielfältige Versicherungsprogramme auf dem Markt angeboten. Neben diversen Managed-Care-Programmen amerikanischer Health Maintenance Organizations (HMOs) besteht auch die Möglichkeit, eine Kombination von Versicherung und Medical Savings Accounts zu wählen. Eine Versicherung mit risikoäquivalent kalkulierten Prämien deckt dabei alle Ausgaben ab, die auf chronische Krankheiten oder ausgabenintensive stationäre Aufenthalte zurückzuführen sind. Da die Höhe dieser Ausgaben nur schwer vorhersehbar ist, werden sie „nicht-diskretionäre“ Ausgaben genannt.²⁷ Ambulante Ausgaben, die diskretionären Charakter aufweisen, werden von der Versicherung erst nach einem jährlichen Selbstbehalt von ca. € 1.100 erstattet.

Medical Savings Accounts haben hier die Funktion, die Finanzierungslücke des Selbstbehaltes zu schließen. Die Versicherten können somit den Selbstbehalt durch Medical Savings Accounts ganz oder teilweise finanzieren. Dabei bleibt es den Versicherten selbst überlassen, welchen Betrag sie monatlich in ihren Medical Savings Account einzahlen. Die Mehrzahl der Individuen schließt jedoch einen Sparvertrag für ihren Medical Savings Account ab, der jährlich genau eine dem Selbstbehalt entsprechende Summe von € 1.100 pro Jahr aufbaut. Bei Inanspruchnahme von Leistungen werden fällige Selbstbehaltbeträge im Rahmen des Sachleistungsprinzips von den Medical Savings Accounts abgezogen. Da die Versichertenkarte wie eine Kreditkarte funktioniert, kann der Leistungserbringer den fälligen Betrag direkt von dieser abbuchen.²⁸

Die Medical Savings Accounts werden von den jeweiligen Versicherungsunternehmen individuell geführt. Diese legen auch den akkumulierten Kapitalstock der Konten am Kapitalmarkt an.²⁹ Je nach Versicherungsunternehmen erhalten die Versicherten für den Kapitalstock auf ihren Konten derzeit einen Zinssatz von ca. 7,5%. Falls der Medical Savings Account des jeweiligen Versicherten leer ist, kann das Konto auch zu einem Zinssatz von 7,5% überzogen werden.³⁰ Einige Versicherungen verbinden die Medical Savings Accounts mit einem Punktesystem, das Anreize für eine erhöhte Bereitschaft der Versicherten zu Prävention bieten soll. Durch die Inanspruchnahme von Präventionsleistungen erwerben die Versicherten Punkte, für die sie eine Vielzahl von Rabatten erhalten. Bei der

²⁷ Ramsay 2001, S. 21.

²⁸ Matisonn 2000, S. 8ff.

²⁹ Benko 2000, S. 1ff.

³⁰ Ein Zinssatz von 7,5% wird bei Discovery Health, einem der größten Versicherungsanbieter berechnet. Die identische Höhe von Soll- und Habenzinssatz ist durch die aggressive Marktstrategie von Discovery Health zu erklären. Andere Krankenversicherungsunternehmen bieten unter Umständen abweichende Soll- bzw. Habenzinssätze.

Krankenversicherung „Discovery Health“ erhält beispielsweise eine 45-jährige Frau für eine Mammographie 2.500 Punkte. Neben anderen Rabatten zahlen Versicherte, die mehr als 60.000 Punkte gesammelt haben, bei Inlandsflügen mit British Airways nur 8% des Kaufpreises.³¹

Versicherungspläne mit Medical Savings Accounts waren in Südafrika deutlich erfolgreicher als andere Konzepte. Sie halten mittlerweile sogar einen Marktanteil von 50% des privaten Versicherungsmarktes Südafrikas. Einige Autoren kritisieren allerdings die MSA-Konzeption Südafrikas mit dem Argument, sie sei primär attraktiv für gesunde und junge Versicherte und würde demnach zu einer adversen Selektion führen.³²

In einer Studie des National Center of Policy Analysis stellte sich jedoch heraus, dass Versicherte mit Medical Savings Accounts nicht gesünder als Versicherte mit anderen Plänen sind. Es wird außerdem belegt, dass sich sowohl alte als auch junge Versicherte für Pläne mit Medical Savings Accounts entscheiden. Zudem konnte gezeigt werden, dass bei Versicherten mit Medical Savings Accounts die Ausgaben für ambulante Leistungen deutlich geringer sind als bei traditioneller Vollversicherung in Südafrika. Auch eine mögliche Substitution von ambulanten durch stationäre Leistungen infolge der Beschränkung des Selbstbehaltes auf den ambulanten Bereich konnte nicht festgestellt werden.³³

3.3. Medical Savings Accounts in China – Krankheitsabsicherung in Großstädten

Seit dem Jahre 1998 wird auch in China ein Teil der Absicherung des Krankheitsrisikos durch Medical Savings Accounts gewährleistet. Das Design der Medical Savings Accounts in China wurde in enger Anlehnung an das Konzept Singapurs in Zusammenarbeit mit singapurischen Wissenschaftlern entwickelt.

In China leben derzeit ca. 350 Mio. Personen in urbanen und ca. 850 Mio. in ländlichen Gebieten. Bis zu der Reform des Gesundheitssystems im Jahre war die Hälfte der Stadtbevölkerung durch das Labor Insurance Scheme (LIS) und das Government Insurance Scheme (GIS) versichert, während für die ländliche Bevölkerung ein getrenntes Versiche-

³¹ Matisonn 2000, S. 13f.

³² Söderlund/Hansl 2000, S. 378ff.

³³ Matisonn 2000, S. 14f.

rungssystem, das „Rural Cooperative Medical Insurance System“ auf lokaler Ebene bereitgestellt wurde.³⁴

Bei beiden Programmen, die ausschließlich urbanen Regionen vorbehalten waren, handelte es sich um umlagefinanzierte Sozialversicherungen, die alle Ausgaben für ambulante und stationäre Leistungen ohne Selbstbeteiligung abdeckten. Diese Versicherungen wurden über vier Jahrzehnte durch staatliche Institutionen und Betriebe im Rahmen von Arbeitgeberbeiträgen in Höhe von 11-14% des Lohnes der Angestellten finanziert.³⁵ Nachdem die Gesundheitsausgaben in den Jahren 1986-1993 ein jährliches Wachstum von durchschnittlich 13% im LIS und 16% im GIS erreichten, konnte eine ausreichende Mittelaufbringung nicht mehr sichergestellt werden. Obwohl diese beiden Versicherungen nur 14% der Gesamtbevölkerung Chinas abdeckten, entsprachen sie 36% der gesamten Gesundheitsausgaben.³⁶

Vor diesem Hintergrund wurden in mehreren größeren Städten im Jahre 1995 Pilotversuche initiiert, die sich in ihrem Design leicht unterschieden, jedoch alle eine stärkere Kontrolle der Gesundheitsausgaben bezwecken sollten.³⁷ Alle diese Modellprojekte basierten auf der gleichen Grundkonzeption, die Medical Savings Accounts und Selbstbehalte mit einer Sozialversicherung kombinierte. Alle Versicherten der ehemaligen Versicherungsprogramme GIS und LIS waren in diesen Pilotprogrammen versichert.³⁸

Die Pilotversuche waren so konzipiert, dass sowohl Arbeitgeber als auch Arbeitnehmer Beiträge in ein System von Medical Savings Accounts und eine Sozialversicherung einzahlten. Die Versicherung erstattete den Versicherten Ausgaben des Hochrisikobereiches, d.h. für Katastrophenfälle wie z.B. Herzoperationen. Vor Erstattung durch die Versicherung musste jedoch jeder Versicherte zunächst die eingezahlten Beträge auf seinem Medical Savings Account aufgebraucht haben und zusätzlich einen Selbstbehalt in Höhe von 5-8% des Vorjahreseinkommens geleistet haben. Ausgaben, die nicht den definierten Hochrisi-

³⁴ Das „Rural Cooperative Medical Insurance System“ wird eingehend erörtert in: Yip/Wang/Liu 1998, S. 311ff. und Bloom/Xingyuan 1997, S. 351ff.

³⁵ Yip/Hsiao 1997, S. 244f.

³⁶ Hsiao 1995, S. 1047ff.; Liu/Hsiao 1995, S. 1095ff.

³⁷ Diese Pilotversuche wurden zunächst in Jiujiang in der Provinz Jiangxi, in Zhengjiang in der Provinz Jiangsu und später in Shanghai durchgeführt; Phua 1999, S. 122f.

³⁸ Liu 2002, S. 138.

kobereich betrafen, mussten die Versicherten aus ihren Medical Savings Accounts oder anderen Ersparnissen finanzieren.³⁹

Die Implikationen dieser Pilotprojekte sind sehr umstritten, was größtenteils auf die mangelhafte Datenbasis zurückzuführen ist.⁴⁰ Der Anstieg der Gesundheitsausgaben wurde durch die Pilotprojekte in den jeweiligen Städten deutlich verlangsamt. Es wird berichtet, dass insbesondere teure diagnostische Geräte und Medikamente seltener in Anspruch genommen wurden als vorher. Zugleich existieren Anhaltspunkte für eine Substitution dieser Güter des Hochpreissegments durch generische Produkte.⁴¹ Es bleibt jedoch unklar, inwieweit die Neukonzeption der Mittelaufbringung für diese Wirkungen verantwortlich ist, da zur gleichen Zeit einige Neuerungen auf der Mittelverwendungsseite implementiert wurden. Die Einführung eines prospektiven Vergütungssystems und einer neuen Arzneimittelverordnung haben in diesem Sinne das Wachstum der Gesundheitsausgaben ebenfalls beeinflusst.⁴²

Im Dezember 1998 beschloss die Regierung Chinas, die in den Pilotprogrammen erprobte Konzeption in den 50 größten Städten des Landes dauerhaft zu institutionalisieren.⁴³ Das neue Finanzierungssystem ersetzt die alten Programme der LIS und GIS. Im Unterschied zu den alten Programmen deckt das neue System auch Angestellte in privaten Unternehmen ab. Für Selbständige und Angestellte in ländlichen Gegenden besteht die Möglichkeit, sich freiwillig in diesem System zu versichern.

Das System wird finanziert durch einen Arbeitgeberbeitrag von 6% und einen Arbeitnehmerbeitrag von 2% des Bruttolohnes. Ein Anteil von 3,8 Prozentpunkten fließt dabei in den Medical Savings Account, während die restlichen 4,2 Prozentpunkte in eine Sozialversicherung, auch Social Risk Pool Fund (SRP) genannt, eingehen, die in jeder der Städte separat durch die Kommunalverwaltung administriert wird.

Die Städte haben die Möglichkeit autonom zu entscheiden, ob die Versicherung nur Ausgaben für Leistungen des Hochrisikobereiches oder alle stationären Leistungen erstatten soll. Eine Erstattung durch die Versicherung bedingt jedoch, ähnlich wie bei den erwähn-

³⁹ Phua 1999, S. 122f.

⁴⁰ Yip/Hsiao 1997, S. 247ff.; Hillier/Shen 1996, S. 258ff.

⁴¹ Yip/Hsiao 1997, S. 247.

⁴² Phua 1999, S. 123; Zhenjiang Social Insurance Bureau 1998.

⁴³ The State Council 1998.

ten Pilotversuchen, die vorherige Zahlung eines Selbstbehaltes in Höhe von 10% des Vorjahreslohnes.

Anders als in den Pilotversuchen sind die Medical Savings Accounts im nun einzuführenden System jedoch nur für Ausgaben bestimmt, die nicht im Hochrisikobereich liegen. Der jeweilige Medical Savings Account muss demnach nicht erschöpft sein, um Ausgaben im Hochrisikobereich nach Zahlung des Selbstbehaltes von der Versicherung erstattet zu bekommen. Die maximale Erstattungssumme einer Versicherung beträgt das Vierfache des Vorjahreslohnes des jeweiligen Versicherten. Das angesparte Vermögen auf den Medical Savings Accounts soll nicht verzinst werden, kann aber an Nachkommen vererbt werden.⁴⁴

Eine vollständige Implementierung des neuen Finanzierungssystems ist bisher noch nicht erfolgt. Die von der Regierung für das Ende des Jahres 2001 geplante Abdeckung von 80 Mio. Personen wurde weit verfehlt. Daher kann zum jetzigen Zeitpunkt eine Bewertung des im Jahre 1998 beschlossenen Finanzierungssystems nicht sachgerecht erfolgen.

Die mangelhafte Implementierung des neuen Systems hat primär organisatorische und administrative Ursachen. Die Kommunen verfügen nicht über ausreichend Kapazitäten und Know-how, ein System mit zwei Teilsystemen zu implementieren und zu administrieren. Da zudem die Zentralverwaltung die Städte nicht gesetzlich verpflichten kann, das neue System einzuführen, scheuen viele Kommunen den administrativen Aufwand.

Eine weitere Schwäche des Designs ist der fehlende Kontrahierungszwang für Arbeitgeber. Viele Arbeitgeber verweigern die Zahlung eines Arbeitgeberbeitrages und verwehren den Angestellten damit eine Mitgliedschaft im Finanzierungssystem.⁴⁵ Vor dem Hintergrund der bestehenden Probleme ist bislang nicht abzusehen, ob und wann in China eine zufrieden stellende Implementierung von Medical Savings Accounts erfolgen wird.

3.4. Medical Savings Accounts in den USA – ein Projekt zur Ausgabendämpfung

In den Vereinigten Staaten von Amerika werden Medical Savings Accounts seit dem Jahre 1997 in einem großangelegten staatlichen Projekt für einen eingeschränkten Versicher-

⁴⁴ Liu 2002, S. 139f.

⁴⁵ Liu 2002, S. 142ff.

tenkreis erprobt. Ähnlich wie in Südafrika werden hier Krankenversicherungsverträge mit Medical Savings Accounts als Alternative auf dem Markt für private Krankenversicherungen angeboten.⁴⁶

Ein Großteil der Bevölkerung in den USA ist privat versichert. Sozial Schwache und alte Menschen, die nicht in der Lage sind, die Prämien einer privaten Versicherung zu bezahlen, erhalten über die Sozialversicherungssysteme Medicaid und Medicare eine Mindestversorgung. Ein Anteil von 15% der Bevölkerung (40 Mio. Personen) ist jedoch überhaupt nicht versichert. Daher steht neben einer Mäßigung des Anstiegs der Gesundheitsausgaben in den nächsten Jahren eine Reduktion des Anteils der Nichtversicherten im Mittelpunkt der Gesundheitspolitik.⁴⁷

Die Idee der Medical Savings Accounts in den USA geht ursprünglich auf John C. Goodman und das National Center for Policy Analysis zurück. Vor dem Hintergrund rasant steigender Gesundheitsausgaben in den USA sollte ein Konzept entwickelt werden, das die Gefahr des Moral Hazard seitens der Versicherten insbesondere bei ambulant-ärztlichen Leistungen senkt. Goodman und Musgrave kamen in einer im Jahre 1992 durchgeführten Untersuchung zum Ergebnis, dass eine Erhöhung des Selbstbehaltes bei Krankenversicherungen zu erheblichen Prämienreduktionen führt.⁴⁸ In der Einführung von gesetzlich vorgeschriebenen Medical Savings Accounts wurde eine Möglichkeit zur Finanzierung des Selbstbehaltes gesehen, da nicht davon auszugehen ist, dass alle Individuen automatisch eine Rücklage zur Finanzierung des Selbstbehaltes bilden.⁴⁹

In der sich anschließenden Diskussion⁵⁰ am Anfang der neunziger Jahre bezüglich der Einführung von Medical Savings Accounts fand insbesondere ein Vorschlag von Pauly und Goodman⁵¹ von vielen Seiten Anerkennung.⁵² Das Hauptaugenmerk dieses Vorschlags lag auf der Bildung von steuerlichen Anreizen für Bürger, freiwillig in Medical Savings Ac-

⁴⁶ Prescott/Nichols 1998, S. 26ff.

⁴⁷ Prescott/Nichols 1998, S. 26.

⁴⁸ Goodman/Musgrave 1992.

⁴⁹ Scandlen 2001, S. 4f.

⁵⁰ Eine Abwägung von Vor- und Nachteilen einer Einführung von Medical Savings Accounts ist bei Pauly 1994 zu finden; vgl. hierzu auch Pauly et al. 1991; Pauly/Goodman 1995. Die Ergebnisse einer Simulation zur Einführung von Medical Savings Accounts, basierend auf Daten des Rand Health Insurance Experiments, sind bei Keeler et al. 1996 dokumentiert; Nichols/Moon/Wall 1996 analysieren die Gewinner und Verlierer einer Einführung von MSAs.

⁵¹ Pauly/Goodman 1995, S. 126ff.

⁵² Nichols 1996, S. 275f.

counts einzuzahlen, die dann in Verbindung mit einer Krankenversicherung und einem Selbstbehalt von Versicherungsunternehmen angeboten werden sollten.

Infolge des breiten öffentlichen Interesses für Medical Savings Accounts nahmen die Republikaner ein ähnliches Konzept in ihr Wahlkampfprogramm für den Wahlkampf im Jahre 1996 gegen Bill Clinton auf. Trotz des Sieges der Demokraten verabschiedete der Kongress im Jahre 1996 ein Gesetz, das privaten Krankenversicherungen gestattete, Medical Savings Accounts in Kombination mit einer Krankenversicherung mit Selbstbehalt anzubieten.

Im Rahmen dieses Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)⁵³ wurde das Angebot von Medical Savings Accounts zunächst auf vier Jahre (von 1997-2000) beschränkt und anschließend um weitere zwei Jahre bis zum Jahre 2002 verlängert.⁵⁴

Da einige Politiker jedoch Fehlentwicklungen wie z.B. eine adverse Selektion befürchteten, war die Reichweite dieses Projektes stark restringiert. Das Gesetz beschränkte die Zahl der einzurichtenden Medical Savings Accounts auf 750.000 in den gesamten USA. Da auch familienbezogene Medical Savings Accounts zulässig waren, konnte potentiell eine Zahl von bis zu zwei Mio. Bürgern einen Medical Savings Account nutzen. Die Teilnahme an diesem Projekt war zudem ausschließlich Selbständigen und Angestellten in Unternehmen mit weniger als 50 Beschäftigten vorbehalten.⁵⁵ Es bestand somit die Möglichkeit, für private Versicherungen einen Versicherungsvertrag – bestehend aus einer Hochrisikoversicherung in Verbindung mit einem Selbstbehalt, der durch Medical Savings Accounts finanziert wird – anzubieten.

Im Unterschied zu der Konzeption von Medical Savings Accounts in Südafrika bezog sich der Selbstbehalt in den USA sowohl auf diskretionäre Bereiche des Leistungsspektrums als auch auf nichtdiskretionäre. Gemäß HIPAA hatte der Selbstbehalt jedoch innerhalb einer Spannweite von US\$ 1.500 und US\$ 2.250 für Individuen und von US\$ 3.000 und US\$ 4.500 für Familien zu liegen. Je nach Versicherungsvertrag konnte entweder nur der Arbeitgeber oder der Arbeitnehmer steuerfrei in einen Medical Savings Account einzahlen, aber nicht beide innerhalb eines Jahres. Insgesamt durfte die jährlich eingezahlte Summe

⁵³ Public Law 104-191, Aug. 21, 1996. Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996.

⁵⁴ Scandlen 2001, S. 4.

⁵⁵ Prescott/Nichols 1998, S. 26.

auf einem Medical Savings Account nicht 65% des Selbstbehaltes bei Individuen und 75% bei familienbezogenen Konten übersteigen. Die Verzinsung des Kapitalstocks auf den Konten erfolgte versicherungsindividuell.⁵⁶

Die kontroverse und stark ideologisch geprägte Diskussion um Medical Savings Accounts in den USA wurde durch dieses nationale Projekt nicht grundlegend verändert. Die Ergebnisse dieser Studie wurden bisher noch nicht abschließend ausgewertet, so dass auf aggregierter Basis nur wenig konkrete Aussagen über den Erfolg des Projektes getroffen werden können.

Gegner von Medical Savings Accounts sehen die bisher geringe Resonanz der Versicherten mit geschätzten 150.000 Konten am Ende des Jahres 1998⁵⁷ als Beweis einer fehlenden Eignung des Konzeptes für eine breite Bevölkerung. Dem entgegen die Protagonisten, dass die restriktiven gesetzlichen Rahmenbedingungen dieses Pilotprojektes einen Test unter realen Bedingungen verhinderten.⁵⁸ Versicherungsunternehmen argumentieren, die im Rahmen des HIPAA festgelegten Restriktionen seien derart komplex, dass das eigentlich simple Konzept der Medical Savings Accounts für viele Versicherte nicht verständlich sei und somit nicht gewählt werde. Zudem sei der jährlich steuerfrei einzahlbare Maximalbetrag von 65% bzw. 75% des Selbstbehaltes in die Medical Savings Accounts zu gering, um einen Selbstbehalt in der geforderten Höhe zu finanzieren.⁵⁹

Bisher liegen verschiedene Studien vor, die insbesondere die Senkung von Gesundheitsausgaben als Hauptziel dieses Pilotprojektes thematisieren und zu divergenten Ergebnissen kommen. Eine Studie des Buckeye Institute for Public Policy Solutions, die 400 Versicherungsunternehmen umfasste, ergab, dass die Gesundheitsausgaben der Versicherten durch Medical Savings Accounts um bis zu 40% reduziert wurden.⁶⁰

Die Rand Corporation berechnet in einer anderen Studie hingegen nur eine Senkung der Gesundheitsausgaben von 0-13%. Andererseits entkräftet diese Studie das Argument vieler Opponenten, Medical Savings Accounts würde eine adverse Selektion mit sich bringen und schlechte Risiken ausschließen. Keeler et. al weisen dabei im Rahmen einer Simula-

⁵⁶ Public Law 104-191, Aug. 21, 1996. Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996.

⁵⁷ Bunce 2001, S. 2.

⁵⁸ Scandlen 1998, S. 3ff.

⁵⁹ United States General Accounting Office 1998, S. 14f.

⁶⁰ Buckeye Institute for Public Policy Solutions 1999, S. 12f.

tion nach, dass Medical Savings Accounts auch für schlechte Risiken eine interessante Lösung darstellen.⁶¹

Diese These wird auch von großen amerikanischen Versicherungsunternehmen wie z.B. der Golden Rule Insurance Company und der American Health Value Company gestützt, die behaupten, die Zahl der für Medical Savings Accounts optierenden Versicherten sei über verschiedene Altersstufen und Morbiditätsrisiken hinweg relativ gleich verteilt.⁶²

Erwähnenswert ist außerdem, dass vier von zehn Personen, die sich im Rahmen des Pilotprojektes für Medical Savings Accounts entschieden, zuvor nicht versichert waren. Dies lässt vermuten, dass die mit Medical Savings Accounts einhergehende deutliche Prämienreduktion eine private Versicherung für sozial Schwache erschwinglicher werden lässt.⁶³

Einige Protagonisten von Medical Savings Accounts haben in der letzten Zeit diverse andere Vorschläge formuliert, wie das Konzept für breite Bevölkerungsschichten der USA sinnvoll weiterentwickelt werden könnte.⁶⁴ Auch die Bush-Regierung scheint von diesem Pilotprojekt überzeugt zu sein und beschloss am 28.02.2002 die permanente Institutionalisierung von Medical Savings Accounts. Seit Abschluss des Pilotprojektes Ende des Jahres 2002 sind Medical Savings Accounts somit für Arbeitnehmer und Selbständige in unbegrenzter Zahl zugänglich. Zugleich wurden die meisten der bisher bestehenden Restriktionen aufgehoben. Unter anderem wurde dabei der steuerfrei einzahlbare Betrag in die Medical Savings Accounts auf 100% des Selbstbehaltes angehoben.⁶⁵ Insgesamt wird damit gerechnet, dass Pläne mit Medical Savings Accounts in den nächsten Jahren einen erheblichen Anteil im US-amerikanischen Markt für private Krankenversicherungen einnehmen werden.⁶⁶

3.5. Medical Savings Accounts – in weiteren Ländern vor der Einführung

Die Konzeption der Medical Savings Accounts wird auch in diversen anderen Ländern diskutiert. Einige dieser Länder stehen sogar kurz vor einer Einführung dieses Finanzierungsmodells.

⁶¹ Keeler/Malkin/Goldman/Buchanan 1996, S. 1669ff.

⁶² Bunce 2001, S. 20ff.

⁶³ United States General Accounting Office 1998, S. 14ff.

⁶⁴ Pauly/Herring 2000; Laditka 2001; Cardon/Showalter 2001, S. 935ff.

⁶⁵ Bunce 2001, S. 28ff.

⁶⁶ Pauly/Herring 2000, S. 513ff., Bunce 2001, S. 28ff.

In Kanada wird die Einführung von Medical Savings Accounts bereits seit einigen Jahren öffentlich thematisiert.⁶⁷ So verfasste das Fraser Institute im Jahre 1998 ein Gutachten, das die Durchführung eines Pilotprojektes mit Medical Savings Accounts in einer Provinz Kanadas empfahl, um zu untersuchen, ob eine Ergänzung des staatlichen Finanzierungssystems sinnvoll erscheint.⁶⁸ Dieser Entwurf fand in der wissenschaftlichen Diskussion zunächst wenig Beachtung.

Angesichts der deutlich steigenden Gesundheitsausgaben und damit einhergehenden Rationierung hat jedoch kürzlich der Sachverständigenrat für Gesundheitsfragen des Bundesstaates Alberta eine Einführung von Medical Savings Accounts empfohlen.⁶⁹ Die Provinzregierung Albertas erwägt deshalb eine Ergänzung des bestehenden steuerfinanzierten Systems durch ein Teilssystem von Medical Savings Accounts mit dem Ziel einer Verlangsamung des Wachstums der Gesundheitsausgaben. Seit dem neuerlichen Gutachten in der Provinz Alberta ist nun eine Diskussion auf wissenschaftlicher und politischer Ebene bezüglich einer Einführung von Medical Savings Accounts in Kanada in vollem Gange.⁷⁰

Australien befindet sich in einer ähnlichen Situation wie Kanada. Die ständig steigenden Gesundheitsausgaben zwingen die Regierung zu einer zunehmenden Rationierung des steuerfinanzierten Gesundheitssystems.⁷¹ Zugleich existieren Bevölkerungsprognosen, die den Anteil der 65-Jährigen für das Jahr 2031 auf 20% beziffern.⁷²

Bereits im Jahre 1993 forderte die Australian Health Insurance Association ein ergänzendes kapitalgedecktes System, das entweder auf individueller oder kollektiver Basis Altersrückstellungen für Gesundheitsausgaben bildet und so den steuerfinanzierten Gesundheitsdienst Medicare von der Bürde des demografischen Wandels entlastet.⁷³ Anschließend empfahl auch der australische Sachverständigenrat zur Reform der Alterssicherung, obligatorische Medical Savings Accounts zur Finanzierung von Gesundheitsausgaben im Alter einzuführen.⁷⁴ Eine konkrete Umsetzung dieser Vorschläge erfolgte bislang noch

⁶⁷ Gratzner 1999, S. 189ff. diskutiert die Möglichkeit von Medical Savings Accounts in Kanada.

⁶⁸ Ramsay 1998.

⁶⁹ Report of the Alberta Premier's Advisory Council on Health, December 2001.

⁷⁰ Zur weiteren Vertiefung: Hurley 2002; Gratzner 2002; Forget/Deber/Roos 2002.

⁷¹ Barraclough/Morrow 1995, S. 10ff.

⁷² Australian Health Insurance Association 1993, S. 3ff.

⁷³ Australian Health Insurance Association 1993, S. 3.

⁷⁴ Commonwealth Department of Health, Housing, Local Government and Community Services 1993, S. 99f.

nicht, wenngleich die Option einer Einführung dieses Konzeptes in der Öffentlichkeit zunehmend mehr Aufmerksamkeit findet.⁷⁵

Ähnlich wie China sieht sich Malaysia mit einem deutlichen Anstieg der Gesundheitsausgaben insbesondere in städtischen Ballungsräumen konfrontiert. Das steuerfinanzierte System nach britischer Prägung erfüllt in ländlichen Regionen durchaus seinen Zweck, stößt jedoch in Malaysias Städten angesichts einer steigenden Nachfrage nach modernen Technologien zunehmend an seine Grenzen.

Daher plant die Regierung Malaysias seit einigen Jahren, für die urbane Bevölkerung obligatorische Medical Savings Accounts einzuführen. Diese könnten dann ambulante Ausgaben finanzieren, während die staatlichen Gelder für ausgabenintensive stationäre Aufenthalte eingesetzt würden. Eine Umsetzung von Medical Savings Accounts könnte sich direkt an der Konzeption Singapurs orientieren, da Malaysia als ehemalige britische Kronkolonie ebenfalls über einen Central Provident Fund verfügt, der in verschiedene Unterkonten gegliedert ist. Die Regierung Malaysias lässt sich im Hinblick auf eine konkrete Umsetzung von Experten aus Singapur und anderen Ländern beraten.⁷⁶

In Europa hat eine öffentliche Debatte über Medical Savings Accounts bislang noch nicht Einzug gehalten. Zwar wird dieses Konzept in einigen Ländern auf wissenschaftlicher Ebene diskutiert, eine Einführung ist bislang jedoch nicht vorgesehen.⁷⁷

4. Systematisierung der verschiedenen MSA-Ansätze

Angesichts dieser vielfältigen Ausprägungen des MSA-Konzeptes erscheint es sinnvoll, die verschiedenen Ansätze grundlegend zu systematisieren. Dabei stehen zunächst die Ziele der Einführung von Medical Savings Accounts in Singapur, Südafrika, China und den USA im Vordergrund. Ein Vergleich der Ansätze hinsichtlich der Zielerfüllung erscheint jedoch als wenig sinnvoll, da sie sich in unterschiedlichen Stadien der Implementierung befinden. Anschließend wird die konkrete Ausgestaltung der MSA-Konzeption in diesen Ländern anhand bestimmter Differenzierungskriterien thematisiert.

⁷⁵ Barraclough/Morrow 1995, S. 10ff.; Hindle/McAuley 2000, S. 3ff.

⁷⁶ Phua 1999, S. 121ff.

⁷⁷ Ham 1996, S. 951ff.; Ham 2001, S. 739ff.; Dixon 2002, S. 408ff.; Schreyögg 2002, S. 157ff.; von Eiff/Massaro/Voo/Ziegenbein 2002, S. 188ff.

Im Hinblick auf die Motivation einer Einführung von Medical Savings Accounts lassen sich vier verschiedene Ziele unterscheiden, die weitgehend in Komplementarität zueinander stehen. Der Einsatz von Medical Savings Accounts als Maßnahme zur nachfrageseitigen Ausgabendämpfung wird von allen betrachteten Ländern als Ziel angesehen. Auch in der Literatur wird diesem Ziel eine besondere Bedeutung beigemessen und es gilt insbesondere im amerikanischen Raum als das primäre Ziel.

Medical Savings Accounts werden außerdem eingesetzt, um zur Lösung des Demografieproblems alternder Industriegesellschaften beizutragen, indem sie den Individuen als Altersrückstellungen dienen. Zur Erfüllung dieses zweiten Ziels bedarf es jedoch einer hohen Abdeckung der Bevölkerung mit Medical Savings Accounts und eines hohen Finanzierungsvolumens – beides Prämissen, die nur in Singapur gegeben sind. In Südafrika, China und den USA umfasst die MSA-Konzeption nur einen Teil der Bevölkerung und dient primär der Finanzierung des Selbstbehaltes.

Die Mobilisierung von Ressourcen zur Bildung eines Kapitalstocks für mögliche Investitionen kann als drittes Ziel, das auch als Wachstumsziel beschrieben werden kann, mit der Einführung von Medical Savings Accounts verbunden sein.⁷⁸ Sowohl für Singapur als auch für China stellte dieses Ziel einen Beweggrund zur Einführung dar. Daher wurde das Konzept in diesen Ländern als staatliches Programm mit der Intention implementiert, einen möglichst großen Teil der Bevölkerung zu umfassen.

Die Erhöhung von Konsumentensouveränität und Transparenz als viertes Ziel wird bislang primär in den Managed-Care-geprägten Systemen Südafrikas und den USA thematisiert. In diesen Ländern werden Medical Savings Accounts häufig auch deshalb nachgefragt, weil sie – im Unterschied zu managed-care-Systemen – den Versicherten eine eigenständige Verfügbarkeit ihrer Ressourcen ermöglichen. Auch in Singapur wird die Konsumentensouveränität als ein wichtiges Ziel der Einführung von Medical Savings Accounts gesehen. Tabelle 1 fasst die Zielsetzungen der Ansätze in den vier Ländern zusammen.

⁷⁸ Prescott/Nichols/Phua 1997, S. 244f.

Tabelle 1

**Ziele der Einführung von Medical Savings Accounts in
Singapur, Südafrika, China und den USA**

Land \ Ziel	Ausgaben- dämpfung	Lösung des Demografie- Problems	Ressourcen- mobilisierung	Konsumenten- souveränität, Transparenz
Singapur	X	X	X	X
Südafrika	X			X
China	X		X	
USA	X			X

Auch hinsichtlich der Ausgestaltung der MSA-Konzeptionen bestehen erhebliche Unterschiede zwischen den Ansätzen der dargestellten vier Länder. Die folgende Tabelle 2 differenziert die verschiedenen Ansätze nach sechs Kriterien.

Tabelle 2

**Vergleich der MSA-Konzeptionen Singapurs, Südafrikas, Chinas und der USA
anhand ausgewählter Kriterien**

Land \ Kriterium	Singapur	Südafrika	China	USA
Finanzierungs- form der Hochrisi- koversicherung	soziale Kran- kenversicherung	Privat- versicherung	soziale Kran- kenversicherung	Privat- versicherung
Administration	staatlich	privat	staatlich	Privat
Prämien bzw. Bei- tragskalkulation	einkommensab- hängige Beiträge	Äquivalenz- kalkulation	einkommens- abhängige Beiträge	Äquivalenz- kalkulation
durch MSAs fi- nanzierte Lei- stungsbereiche	ausgabeninten- sive ambulante/ wenig ausga- benintensive stationäre	ambulante Leistungen bis zu einem Selbstbehalt	alle Leistungen, die nicht zu Hochrisikobe- reich zählen	alle Leistun- gen bis zu einem Selbstbehalt
Deckungsgrad der Bevölkerung	2,71 Mio. (84%)	1,6-2,0 Mio. (4-5%)	10-20 Mio. (0,7- 1,5%)	150.000- 300.000 (sehr gering)
jährliche Verzin- sung	ca. 2,5%-4% (abhängig von Marktzins)	variabel (ca. 7,5%)	keine Verzin- sung	variabel

Anhand des Vergleichs der vorliegenden Tabelle wird sichtbar, dass sich die Idee der Medical Savings Accounts derzeit in zwei verschiedene Richtungen entwickelt. Singapur und China wählen eine Sozialversicherung mit einkommensabhängigen Beiträgen als Finanzierungsform der Hochrisikoversicherung, die jeweils staatlich administriert wird. Südafrika und die USA hingegen integrieren Medical Savings Accounts in ein privates Krankenversicherungssystem mit einer nach dem Äquivalenzprinzip kalkulierten Hochrisikoversicherung.

Der in Singapur und China verwendete Ansatz ist zudem wesentlich breiter angelegt. Er soll nach Möglichkeit die gesamte Bevölkerung umfassen. Daher besitzen in diesen Ländern bereits mehrere Millionen Personen einen Medical Savings Account. Die Medical Savings Accounts werden entweder zur Finanzierung von Selbsthalten oder für konkret definierte Leistungsbereiche wie in Singapur und China eingesetzt. Die Verzinsung des Kapitals auf den Medical Savings Accounts divergiert sehr stark zwischen den Konzeptionen der einzelnen Länder. Während das Kapital in China nicht verzinst wird und Singapur einen marktnahen Zinssatz gewährt, ist die Verzinsung in Südafrika und den USA von den Anlagen der einzelnen Versicherungsunternehmen abhängig.

5. Resumée

Angesichts der Pfadabhängigkeit und Komplexität der gesundheitspolitischen Entscheidungsstruktur in Deutschland werden pragmatische Lösungen benötigt, die von den Verbänden und Interessengruppen nicht als erhebliche Änderung des bestehenden Systems wahrgenommen werden. Grosse Reformvorhaben scheiterten in der Geschichte der Gesetzlichen Krankenversicherung bislang regelmäßig an dem erbitterten Widerstand der Selbstverwaltung. Idealerweise sollten Reformkonzeptionen deshalb möglichst wenig Reaktanz auslösen, aber dennoch eine nachhaltige Lösung der bestehenden Probleme darstellen.

Ein entscheidender Vorteil des Medical-Savings-Accounts-Konzeptes besteht gerade darin, dass es als Ergänzung zu bestehenden Finanzierungsformen wirkungsvoll eingesetzt werden kann. Die Konzeption der Medical Savings Accounts könnte das bestehende System der gesetzlichen Krankenversicherung ohne erhebliche Änderung – wie die „Riester-Rente“ in der Gesetzlichen Rentenversicherung – ergänzen. Ein ähnlicher Ansatz wurde auch in Singapur erfolgreich verwirklicht, denn das ursprünglich existierende System der

Steuerfinanzierung von Gesundheitsleistungen wurde nicht vollständig abgeschafft sondern nur zugunsten der Medical-Savings-Accounts-Konzeption reduziert.

Eine mögliche Realisierung des Konzeptes der Medical Savings Accounts könnte darin bestehen, dass sozial gestaffelte Selbstbehalte eingeführt werden, die dann über Medical Savings Accounts finanziert werden. Die jeweilige Krankenkasse würde von den Versicherten – neben den Versicherungsbeiträgen – monatlich einen bestimmten Betrag erheben, der individualisiert auf den Medical Savings Accounts angespart wird. Der erhobene Betrag sollte genau dem jährlich maximal zu entrichtenden Selbstbehalt entsprechen und ihn somit vollständig decken. Es ist zu erwarten, dass die Leistungsausgaben aufgrund des Selbstbehaltes und den damit verbundenen Verhaltensänderungen der Versicherten bzw. der Leistungserbringer deutlich sinken und folglich auch die Beitragssätze herabgesetzt werden können.

Insgesamt könnte das vorgestellte Konzept einen ersten Schritt zu einer nachhaltigeren Gestaltung der Mittelaufbringung des deutschen Gesundheitssystems darstellen. In der Rentenversicherung wurde im Rahmen der „Riester-Rente“ bereits eine teilkapitalgedeckte Lösung realisiert. Um den Gesundheitsmarktes als zukunftssträchtigen Wachstumsmarkt und personalintensive Dienstleistungsbranche nicht zu gefährden, muss in den nächsten Jahren dringend auch in Bezug auf die Gesetzliche Krankenversicherung eine Diskussion über eine Ansparlösung geführt werden.

Literatur

- Asher, Mukul G., Compulsory Savings in Singapore: An alternative to the welfare state, NCPA Policy Report, No. 198, National Center for Policy Analysis, 1995.
- Asher, Mukul G., Pension Reform in an Affluent and Rapidly Ageing Society: The Singapore Case, Paper prepared for the international Symposium on Pension Reforms in Asian countries, Asian Public Policy Programme, Hitotsubashi University, Tokyo, 1.2.2002.
- Australian Health Insurance Association, Health Insurance: working with Medicare, Canberra 1993.
- Benko, Laura B., High interest rate: South Africa's experience with MSAs is worlds apart from America's, in: Modern Healthcare, Issue 13. November, Chicago 2000.
- Barraclough, Simon/Morrow, Martha, Saving for hospital care costs in Singapore, in: Australian Health Review, Vol. 18, No. 2, 1995.
- Brunner, Karin, Partielle Selbstversicherung – Ein Konzept zur Stärkung der Eigenvorsorge der Patienten im schweizerischen Gesundheitswesen, Bamberg 1999.

- Bloom, Gerald/Xingyuan, Gu, Health sector reform: lessons from China, in: *Social Science Medicine*, Vol. 45, No. 3, 1997, S. 351-360.
- Buckeye Institute for Public Policy Solutions, *Medical Savings Accounts Study*, Dayton (Ohio) 1999.
- Bunce, Victoria C., *Medical Savings Accounts – Progress and Problems under HIPAA*, Cato Institute, Policy Analysis No. 411, Washington 2001.
- Cardon, James H./Showalter, Mark H., An examination of flexible spending accounts, in: *Journal of Health Economics*, Vol. 20, 2001, S. 935-954.
- Cassel, Dieter/Oberdieck, Veit, Kapitaldeckung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: *Wirtschaftsdienst*, Heft 1, 2002, S. 15-22.
- Choon, Aw Tar/Low, Linda, Health Care Provisions in Singapore, in: *Affordable Health Care*, Meng, Tan Teck Meng/ Chew Soon Beng, Singapore 1997, S. 50-71.
- Commonwealth Department of Health, Housing, Local Government and Community Services, *Aged Care Reform Strategy Mid-Term Review, Stage 2, Report*, Australian Government Publishing Service, Canberra 1993.
- Dixon, Anna, Are Medical Savings Accounts a Viable Option for Funding Health Care?, in: *Croatian Medical Journal*, Vol. 43, No. 3, 2002, S. 408-416.
- Eiff, Willfried von/Massaro, Thomas A./Voo, Yong O./Ziegenbein, Ralf, Medical Savings Accounts: a core feature of Singapore's health care system, in: *European Journal of Health Economics*, No. 3, 2002, S. 188-195.
- Folland, Sherman/Goodman, Allen C./Stano, Miro, *The Economics of Health and Health Care*, 3. Edition, Upper Saddle River (New Jersey) 2001.
- Forget, Evelyn L./Deber, Raisa/Roos, Leslie, Medical Savings Accounts: Will they reduce costs?, in: *Journal of the Canadian Medical Association*, Vol. 167, No. 2, 2002, S. 143-147.
- Goodman, John C./Musgrave, Gerald L., *Controlling Health Care Costs with Medical Savings Accounts*, National Center for Policy Analysis, NCPA Policy Report No. 168, Washington 1992.
- Gratzer, David, *Code Blue – Reviving Canada's Health Care System*, Toronto 1999.
- Gratzer, David, It's time to consider Medical Savings Accounts, in: *Journal of the Canadian Medical Association*, Vol. 167, No. 2, 2002, S. 151-152.
- Ham, Chris, Learning from the Tigers: stakeholder health care, in: *Lancet*, Vol. 347, 1996, S. 951-953.
- Ham, Chris, Values and Health Policy: The Case of Singapore, in: *Journal of Health Politics and Law*, Vol. 26, No. 4, 2001, S. 739-745.
- Henke, Klaus-Dirk/Grabka, Markus M./Borchardt, Katja, Kapitalbildung, auch im Gesundheitswesen? Auf dem Weg zu einer ordnungspolitischen Erneuerung der Krankenversicherung, in: *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 10. Jahrgang, Heft 3, 2002, S. 196-210.
- Hillier, Sheila/Shen, Jin, Health care systems in transition: People's Republic of China. Part 1: an overview of China's health care system, in: *Journal of Public Health Medicine*, Volume 18, No. 3, 1996, 258-265.
- Hindle, Donald/McAuley, Ian, Would employment-based health saving Accounts help Medicare, in: *Australian Health Review*, Vol. 23, No. 4, 2000, S. 3-7.

- Hsiao, William C., The Chinese Health Care System: Lessons for Other Nations, in: *Social Science and Medicine*, Vol. 41, Issue 8, 1995, 1047–1055.
- Hurley, Jeremiah, Medical Savings Accounts will not advance Canadian health care objectives, in: *Journal of the Canadian Medical Association*, Vol. 167, No. 2, 2002, S. 152-153.
- Keeler, Emmett B./Malkin, Jesse D./Goldman, Dana P./Buchanan, Joan L., Can Medical Savings Accounts for the Nonelderly Reduce Health Care Costs?, in: *Journal of the American Medical Association*, Vol. 275, No. 21, 1996, S. 1666-1671.
- Laditka, James N., Providing Behavioral Incentives for Improved Health in Aging and Medicare Cost Control: A Policy Proposal for Universal Medical Savings Accounts, in: *Journal of Health and Social Policy*, Vol. 13, No. 4, 2001, S. 75-90.
- Liu, Yuanli, Reforming China's urban health insurance system, in: *Journal of Health Policy*, Vol. 60., Issue 2, 2002, 133-150.
- Liu, Xingzhu/Hsiao, William C., The Cost Escalation of Social Health Insurance Plans in China: Its Implication for Public Policy, in: *Social Science and Medicine*, Vol. 41, Issue 8, 1995, 1095–1101.
- Maynard, Alan/Dixon, Anna, Private Health Insurance and Medical Savings Accounts: theory and experience, in: Elias Mossialos/Anna Dixon/Josep Figueras/Joe Kutzin, *Funding Health Care: Options for Europe*, Buckingham 2002, S. 109-127.
- Massaro, Thomas A./Wong, Yu-Ning, Positive Experience with Medical Savings Accounts in Singapore, in: *Health Affairs*, Vol. 14, No. 2, 1995, S. 267-272.
- Matisson, Shaun, Medical Savings Accounts in South Africa, National Center for Policy Analysis, Study No. 234, Washington 2000.
- McIntyre D., Health Care Financing and Expenditure in South Africa: an Economic Evaluation, Durban (S.A.) 1997.
- Ministry of Health Singapore, Annual Report 2001, Singapore 2002.
- Nichols Len M., Medical Savings Accounts And Risk Segmentation, in: *Health Affairs*, Vol. 14, Issue 2, 1996, S. 275-276.
- Nichols Len M./Moon, Marilyn/Wall, Susan, Tax-Preferred Medical Savings Accounts and Catastrophic Health Insurance Plans: A Numerical Analysis of Winners and Losers, Urban Institute, Study 96571-002, Washington 1996.
- Nichols Len M./Prescott, Nicholas/Phua Kai-Hong, Medical Savings Accounts for Developing Countries, World Bank Discussion Paper, No. 365, Washington 1997, S. 233-245.
- Pauly Mark V., An Analysis of Medical Savings Accounts – Do Two Wrongs Make a Right, Washington 1994.
- Pauly, Mark V./Damon, Patricia/Feldstein, Paul/Hoff, John, A Plan For „Responsible Health Insurance“, in: *Health Affairs*, Vol. 10, Issue 1, 1991, S. 5-25.
- Pauly, Mark V./Goodman John, Tax Credits For Health Insurance And Medical Savings Accounts, in: *Health Affairs*, Vol. 14, Issue 1, 1995, S. 126-139.
- Pauly, Mark V./Herring, Bradley J., An efficient employer strategy for dealing with adverse selection in multiple-plan offerings: an MSA example, in: *Journal of Health Economics*, Vol. 19, Issue 4, 2000, S. 513-528.
- Pauly, Mark V., Medical Savings Accounts in Singapore: What Can We know?, in: *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 26, No. 4, August 2001, S. 727-731.

- Phua, Kai-Hong, Privatization & Restructuring of Health Services in Singapore, Institute of Policy Studies (IPS) Occasional Paper No. 5, Singapore 1991.
- Phua, Kai-Hong, Comparative Health care financing systems with special reference to east asian countries, in: research in health care financial management, Vol. 5, No. 1, 1999, S. 122f.
- Prescott, Nicholas/Nichols, Len M., International Comparison of Medical Savings Accounts, in: World Bank Discussion Paper No. 392: Choices in Financing Health Care and Old Age Security, Washington D.C. 1998, S. 19-32.
- Public Law 104-191, Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, Aug. 21, Washington 1996.
- Ramsay, Cynthia, Medical Savings Accounts – Universal, Accessible, Portable, Comprehensive Health Care for Canadians, Fraser Institute, Vancouver B.C. 1998.
- Report of the Alberta Premier's Advisory Council on Health, December 2001.
- Ramsay, Cynthia, Beyond the public-private debate, Vancouver B.C. 2001.
- Scandlen, Greg, Medical Savings Accounts: Obstacles to Their Growth and Ways to Improve Them, National Center for Policy Analysis, Policy Report No. 216, Washington 1998.
- Scandlen, Greg, MSA's Can Be a Windfall for All, National Center for Policy Analysis, Policy Backgrounder No. 157, Washington 2001.
- Schreyögg, Jonas, Finanzierung des Gesundheitssystems durch Medical Savings Accounts, in: List-Forum für Wirtschafts- und Finanzpolitik, Band 28, Heft 2, 2002, S. 157-173.
- Schulenburg, Johann-Matthias Graf von der/Greiner, Wolfgang, Gesundheitsökonomik, Tübingen 2000.
- Singh, Mohan, Health and Health Policy in Singapore, in: Asean Economic Bulletin, Vol. 16, No.3, 1999, pp. 330-343.
- Söderlund, Neil/Hansl, Birgit, Health Insurance in South Africa: An empirical Analysis of Trends in Risk-Pooling Following Deregulation, in: Health Policy and Planning, Vol.15, No. 4, 2000, S. 378-385.
- Söderlund, Neil/Schierhout, Gillian/Heever, Alex van den, Private Health Sector Care, in: South African Health Review, Durban (S.A.) 1998, S. 141-156.
- The State Council, Decisions on establishing the basic medical insurance system for the urban workers, Beijing 1998.
- Toh, Mun Heng/Low, Linda, Health Care Economics, Policies and Issues in Singapore, Occasional Paper, Centre for Advanced Studies, Singapore 1991.
- United States General Accounting Office, Comprehensive Study of the Medical Savings Account Demonstration, GAO/HEHS-98-57, Washington 1998.
- Yip, Winnie C./Hsiao, William C., Medical Savings Accounts: Lessons from China, in: Health Affairs, Vol. 16, No. 6, 1997, S. 244-251.
- Yip, Winnie/Wang, Phillip S./Liu, Yuanli, Determinants of Patient Choice of Medical Providers: a Case Study in Rural China, in: Journal of Health Policy and Planning, Vol. 13, No. 3, 1998, 311-322.
- Zhenjiang Social Insurance Bureau, Report on Evaluation of the Zhenjiang Health Insurance Experiments, 1998.