



Fakultät für Gesundheitswissenschaften

Universität Bielefeld

# Krankenversicherung in Chile

## Privatisierung führt zu Risikoselektion und hohen Patientenzahlungen

von

**Jens Holst**

Arbeitsgruppe International Health  
Fakultät für Gesundheitswissenschaften  
Universität Bielefeld



## English Abstract

More than twenty years after its radical market oriented reform, the Chilean health care system depicts serious equity and fairness problems. Private insurance companies have used *ex-ante* as well as *ex-post* risk selection to avoid the affiliation of poorer and older enrollees presenting higher risks. The coexistence of a solidarity-driven public sector and a for-profit private sector operating with risk-adjusted premiums has led to a two tier health insurance system. Unpredictable, often existentially threatening co-payments have become an outstanding problem for the users of the Chilean health care system, and coverage-lacks have become a major menace for patients. Private insurers complement cream skinning and risk selection with contracts calling for significant out-of-pocket payments for health services.

This article develops and applies a methodology to measure and compare systematically the impact of user-charges for treatments of different severity and complexity in the public and private health care sector. Co-payments in the private sub-sector show an enormous variance, are hyper-regressive and discriminate not only against the ill, but also against the members of the lower socio-economic classes once they have passed the high access barriers. As “cost-sharing” affects the financial coverage and thus the accessibility of health care, it has become an important mechanism of *quality skimping* and active disenrolment. Private health insurance companies are relatively well prepared to cover costs for a wide array of “traditional” health problems, they fail, however, to respond for the costs of other leading diseases in Chile. The private system seems to be poorly prepared to face the challenges of the epidemiological transition in emerging countries.

**Keywords:** Zuzahlungen, Risikoselektion, Krankenversicherung, soziale Sicherung, co-payment, Selection, coverage, health insurance, social security, social protection; user fees, user charges, out-of-pocket-payment; copago, selección, cobertura, seguro de salud, seguro médico, seguridad social, protección social

## Resumen en castellano

En el contexto del subcontinente latinoamericano, el sistema chileno de salud se destaca por sus características particulares que lo hacen único no sólo en aquella región, sino hasta en el mundo entero. Bajo las condiciones especiales de un régimen autoritario se implementaron reformas fundamentales en el ámbito de la seguridad previsional. Manteniendo la obligatoriedad de un seguro previsional de salud para los ciudadanos del país, se liberalizó el mercado asegurador creando las llamadas Instituciones de Salud Previsional (ISAPREs). A partir de 1981, cada chileno - por lo menos en teoría - tenía la opción de dirigir su prima obligatoria o al asegurador público - el Fondo Nacional de Salud (FONASA) - o a una ISAPRE. Debido a las lógicas antagónicas del subsector público solidario y de los seguros individualistas, en aquel momento nació una dualidad del sistema de salud que se caracterizaba por una serie de secuelas mayoritariamente negativas. Aún cuando se reconoce el dinamismo económico que surgió del sistema ISAPRE, los objetivos que se perseguían con su implementación no se han cumplido sino de forma muy parcial. Por otra parte, se han impuesto la selección de riesgos y el "descreme" del mercado por parte del sector privado, la incapacidad sostenible del supuesto motor de la economía de seguros previsionales de frenar la explosión de los costos, la falta de incentivos adecuados frente a la evolución demográfica y epidemiológica, la cobertura de corto plazo e insuficiente en muchos casos agravada por la intransparencia del mercado asegurador, cuadro que deja a muchos usuarios del sistema de salud chileno en una situación de gran desprotección e inseguridad.

Parece principalmente preocupante para los ciudadanos chilenos el problema del pago de bolsillo que tienen que enfrentar - sumándose a la cuota individual obligatoria que dirigen a la salud - en caso de enfermarse y recurrir a los establecimientos prestadores. Este problema existe tanto en el subsector privado como en el público, aunque sea con diferente impacto y variable dispersión. Con la idea implícita de llegar a realizar una comparación entre ambos subsectores, el presente estudio persigue el objeto de investigar las potenciales diferencias para los usuarios y ciertos subgrupos socioeconómicos en cuanto a la carga financiera que tienen que enfrentar en FONASA y en el sistema ISAPRE.

Esta investigación pretende aportar elementos importantes y a la vez relevantes para conseguir mayores conocimientos sobre las diferencias de los dos subsistemas de salud y las consecuencias que esta dualidad tiene para la gente. Por ello, se ha sacado una especie de radiografía parcial con el objetivo de poder diferenciar mejor los efectos positivos y negativos que uno u otro subsistema pueda tener en cuanto a los pagos individuales de salud y en la situación financiera de sus afiliados. La enorme complejidad de la estructura del subsector privado imposibilita prácticamente una comparación exhaustiva que considere la totalidad de los factores y de las variables que influyen. Sin embargo, la "radiografía" permite una serie de conclusiones inductivas relativas a algunos fenómenos específicos y la comparación de ambos subsectores.

## Inhaltsverzeichnis

|   | Seite |
|---|-------|
| 1. Einleitung   | 7     |
| 2. Das chilenische Gesundheitssystem in seiner Entwicklung                                    | 12    |
| 2.1. Historische Organisation und Entwicklung   | 12    |
| 2.2. Die chilenische Gesundheitsreform der 80er Jahre   | 16    |
| 2.3. Tendenzen und Reformen in den 90er Jahren  | 22    |
| 2.4. Die sozioökonomische und epidemiologische Situation                                      | 3     |
| 2.5. Allgemeine Wahrnehmung des chilenischen Gesundheitssystems                               | 41    |
| 3. Das öffentliche Krankenversicherungswesen in Chile   | 49    |
| 3.1. Allgemeine Bedingungen und Charakteristika   | 49    |
| 3.2. Behandlungsmodalitäten der FONASA-Versicherten   | 59    |
| 3.3. Quantitative und finanzielle Bedeutung der Behandlungsmodalitäten im öffentlichen Sektor | 63    |
| 3.4. Effizienz- und Managementprobleme bei FONASA   | 68    |
| 4. Der private Krankenversicherungsmarkt  | 75    |
| 4.1. Eigenschaften und Funktionsweisen der Privatversicherungen                               | 75    |
| 4.2. Quantitative Entwicklung des privaten Krankenversicherungsmarktes                        | 78    |
| 4.3. Effizienzaspekte des Kassenwettbewerbs in Chile  | 81    |
| 4.4. Grundlegende Merkmale der privaten Krankenversicherungsverträge                          | 89    |
| 4.5. Finanzielle Risikoabdeckung der privaten Krankenversicherungen                           | 97    |
| 4.6. Informationsasymmetrie auf dem privaten Gesundheitsmarkt                                 | 104   |
| 4.7. Ansehen der ISAPREs bei den VerbraucherInnen   | 112   |
| 4.8. Akzeptanz- und Reputationsprobleme der Privatversicherungen                              | 118   |
| 5. Zentrale Probleme des chilenischen Krankenversicherungssystems                             | 122   |
| 5.1. Abschöpfung der oberen Marktsegmente   | 122   |
| 5.2. Risikoselektion  | 125   |
| 5.3. Steigerung der individuellen Gesundheitsausgaben   | 129   |
| 5.4. Effizienzprobleme  | 130   |
| 5.5. Multiplizierung der Informationsasymmetrie   | 132   |
| 5.6. Soziale Verunsicherung durch ungewisse Risikoabdeckung                                   | 135   |
| 6. Literaturverzeichnis   | 138   |



## 1. Einleitung

Chile war das erste Land in Lateinamerika, das sein bis dahin überwiegend staatlich organisiertes Gesundheitswesen einer grundlegenden Reform unterwarf. Unter den politischen Rahmenbedingungen einer autoritären Militärregierung erfolgte in der zweiten Hälfte der 70er Jahre eine umfassende, monetaristisch orientierte Strukturanpassung der gesamten chilenischen Volkswirtschaft. Nachdem alle Weichen auf eine radikal neoliberale Marktöffnung und eine regelrecht antietatistische Politik gestellt waren, setzten die „Chicago-Boys“ aus der Schule des ultraliberalen Milton Friedman zu einer weitgehenden Privatisierung des Sozialversicherungswesens an. Zunächst erfolgte die Umstellung des chilenischen Rentenversicherungssystems vom historischen Umlage- auf ein reines Kapitaldeckungsverfahren. 1981 erfasste die Privatisierungswelle auch das Gesundheitswesen, als das damalige Militärregime erstmals auch private Versicherungsunternehmen in der sozialen Sicherung zuließ.

Mit der Einführung eines zweigliedrigen Krankenversicherungssystems war Chile bei der marktorientierten Umstrukturierung der Sozialversicherung den meisten Länder weit voraus. Mehr als zwanzig Jahre sind mittlerweile vergangen, Zeit genug, um Konsequenzen zu erkennen und Schlussfolgerungen zu ziehen - nicht zuletzt auch für die Reformvorschläge in der Bundesrepublik Deutschland. Bisher spielen die Erfahrungen aus Chile in der deutschen Diskussion jedoch kaum eine Rolle, obwohl in dem Andenstaat, wengleich unter anderen Vorzeichen, viele der heute hierzulande eingeleiteten Schritte bereits lange zurück liegen. So erfolgte bei uns gerade erst bei uns die Aufweichung der intergenerationellen Rentenversicherung, die von nun ab durch ein individuelles Kapitalisierungsprinzip ergänzt wird. Vergleichbare Reformen stehen auch für das Gesundheitswesen an, womit die Bundesrepublik Deutschland im weltweiten Trend liegt. Kein Thema beherrscht die gesellschaftspolitische Diskussion in gleichem Maße wie die Zukunft der sozialen Sicherungssysteme. Die alte Rechte und die neue Mitte sprechen mit wachsender Begeisterung von der Krise des Sozialstaates, der in seiner traditionellen Form nicht mehr „zeitgemäß“ sei und dringend „modernisiert“ werden müsse. Mehr „Effizienz“ fordern unisono die ÖkonomInnen ein, und in enger Übereinstimmung mit dem globalen und globalisierten *mainstream* bieten sie in ihrer Mehrheit marktwirtschaftliche Rezepte als Allheilmittel.

Geboren aus einem grenzenlosen Vertrauen in die selbstregulierenden Mechanismen des Marktes, bestand ein Kernelement der chilenischen Gesundheitsreform vom Beginn der 80er Jahre in der Einführung eines priva-

ten Versicherungssystem, das sich zunächst wachsender Beliebtheit erfreute. Neben der öffentlichen Krankenversicherung FONASA (*Fondo Nacional de Salud*) wurden die *Instituciones de Salud Previsional* (ISAPREs) als privatwirtschaftlich organisierte Krankenversicherungen im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Sozialversicherung zugelassen. Im Prinzip können die ChilenInnen heute frei zwischen der öffentlichen und verschiedenen privaten Krankenversicherungen wählen. Dieses Moment ist bei der Einführung der Gesundheitsreform in Chile ideologisch wie propagandistisch weidlich betont worden. Doch in der Praxis unterliegt die Wahlfreiheit erheblichen Einschränkungen und zeigt eine klare soziale Diskriminierung.

Die Einführung der ISAPREs sollte den KonsumentInnen von Versicherungsleistungen mehr Auswahlmöglichkeiten geben und durch Verbesserung der Ressourcenallokation die Effizienz im Gesundheitssystem verbessern. Mehr oder weniger explizit verfolgte die chilenische Krankenversicherungsreform von Anfang der 80er Jahre zudem die Ausweitung des privaten Angebots von medizinischen Dienstleistungen und letztlich eine zunehmende Privatisierung des gesamten Gesundheitssektors. Aufgrund teilweise widersprüchlicher Interessen in diesem Gesellschaftsbereich und der in Anbetracht der bestehenden Armut beschränkten Aussichten auf den wirtschaftlichen Erfolg einer solchen Strategie kam es auch in der Phase der Diktatur nie zu einem effektiven Verdrängungsprozess der öffentlichen Anbieterstruktur.

Die sozial- wie gesundheitspolitische Strategie der Militärregierung war im Wesentlichen durch zwei Faktoren geprägt: Zunehmende Verknappung der öffentlichen Ausgaben im Sozialbereich und weitgehende Nicht-Regulierung der privatwirtschaftlichen Initiativen im Bereich der sozialen Sicherung. Letzteres hatte zur Folge, dass die ISAPREs in erster Linie als an Gewinnmaximierung interessierte Unternehmen und nicht oder kaum im Sinne sozialer Verantwortung agieren konnten. Dies war nicht zuletzt dadurch möglich, dass sie lange Zeit von den BürgerInnen als eine Art private Zusatzversicherung angesehen wurden, während die öffentliche Krankenkasse implizit als Rückversicherer auftrat und ein soziales Notfallnetz für all jene aufspannte, die für den Privatsektor unrentabel wurden.

Ein Verständnis des heutigen Krankenversicherungssystems in Chile gelingt nicht ohne Kenntnis der Ursprünge und der historischen Entwicklung des Gesundheitswesens in dem südamerikanischen Land. Im Anschluss an die Beschreibung grundlegender Aspekte der chilenischen Gesundheitspolitik erfolgt eine detaillierte Vorstellung der Hauptaspekte der Gesundheitsreform zu Beginn der 80er Jahre. Den Schwerpunkt der vor-

liegenden Abhandlung stellt die Analyse des heutigen chilenischen Gesundheitswesens mit seinen Besonderheiten und den Auswirkungen seiner dualen Struktur dar. Dazu gehört die eingehende Darstellung und Begutachtung der beiden nebeneinander existierenden und nur unzureichend verzahnten Säulen des Krankenversicherungssystems unter besonderer Berücksichtigung ihrer jeweiligen Problemfelder. In der abschließenden Diskussion werden daraus die wichtigsten Hemmnisse des chilenischen Modells abgeleitet und möglichen Lösungsansätzen gegenüber gestellt.

In der allgemeinen, insbesondere in der internationalen Wahrnehmung des chilenischen Gesundheitssystems ist oftmals eine Unterbewertung der nach wie immensen Bedeutung der öffentlichen Hand festzustellen. Allen Privatisierungsansätzen zum Trotz versorgt die öffentliche Krankenkasse heute jedoch nach wie vor fast zwei Drittel der Bevölkerung. Als weitaus größte Versicherungsinstitution des Landes wird daher zunächst FONASA in seiner Funktionsweise, seinen Versicherungsmodalitäten, seiner Finanzierungsstruktur und insbesondere im Hinblick auf bestehende Effizienzprobleme einschließlich der entsprechenden Reformansätze (z.B. Fallpauschalen) analysiert. Im Mittelpunkt der vorliegenden Untersuchung stehen allerdings die ISAPREs, die zwar heute nicht einmal ein Viertel der BürgerInnen versichern, aber das Kernelement des chilenischen Modells darstellen. Die privaten Krankenversicherungen verkörpern in besonderer Weise die Logik der chilenischen Gesundheitsreform und verdeutlichen zugleich exemplarisch die Konsequenzen eines in Teilen streng privatwirtschaftlich organisierten Krankenversicherungswesens. Im internationalen Vergleich sind sie vor allem deshalb von Belang, weil sie in anderen Ländern zum Vorbild für Reformprojekte im Bereich des Krankenversicherungswesens und zum Beispiel für einen vermeintlich funktionierenden Kassenwettbewerb avancierten.

Neben der Darstellung grundlegender Funktionsweisen der Privatversicherer, ihrer quantitativen Entwicklung in den ersten 20 Jahren ihres Bestehens und ihrer Akzeptanz in der Bevölkerung sollen ausführlich die Modalitäten der Vertragsgestaltung aufgezeigt und diskutiert werden. Aufgrund ihres exemplarischen Charakters auch für Reformvorschläge und –diskussionen in anderen Ländern wird ein besonderes Augenmerk auf die vielfältigen Probleme des streng zweigeteilten Modells gelegt, da diese als intrinsische und unabänderliche Konsequenzen eines Gesundheitswesens chilenischen Zuschnitts anzusehen sind: Risikoselektion und Abschöpfung der oberen Marktsegmente, Steigerung der individuellen Gesundheitsausgaben, Multiplizierung der Informationsasymmetrie auf dem Gesundheits-

markt, unzureichende Risikoabdeckung und insbesondere große Unsicherheiten bzgl. des individuellen Versicherungsschutzes.

Im Mittelpunkt der abschließenden Diskussion des chilenischen Gesundheitssystems steht die Frage, in welchem Maße es vor allem im privaten Krankenversicherungswesen gelungen ist, die Zielsetzungen zu realisieren, zu deren Erreichung die Väter der Gesundheitsreform von 1981 angetreten waren. Am Beispiel Chile lassen sich einerseits die Folgen einer marktradikalen Umstrukturierung ohne adäquate Regulationsmechanismen bzw. mit falsch gesetzten Anreizen und andererseits die Verstärkung der Unvollkommenheit des Gesundheitsmarktes durch eine ausschließlich ökonomisch orientierte Reform aufzeigen. Insgesamt ist es nur in geringem Maße - und das vornehmlich im öffentlichen Sektor - gelungen, die Ressourcenallokation zu verbessern und die Effizienz des Systems zu steigern. Eine vertikale Integration hat nur teilweise stattgefunden, wobei recht unterschiedliche Strategien der verschiedenen ISAPREs zu beobachten sind. Und die weitgehende Fortsetzung des leistungsabhängigen Honorierungsprinzips hat nicht nur zu keiner Kostenreduktion geführt, sondern die Zahl der AnbieterInnen privater medizinischer Leistungen in die Höhe schnellen lassen, was unter anderem via Nachfrageinduktion eine Erhöhung der Gesundheitsausgaben nach sich gezogen hat.



Die Nachfrage nach medizinischen Leistungen in Chile steigt beständig, allen Eingriffen zum Trotz schnellen die Kosten im Gesundheitswesen in die Höhe

Über derartige, überwiegend ökonomisch geprägte Betrachtungen hinaus, die sich mehrheitlich durch die mannigfaltigen Untersuchungen des chilenischen Systems und die entsprechenden Veröffentlichungen ziehen, richtet die vorliegende Analyse ihr Augenmerk auch auf *public-health*-relevante Aspekte und Konsequenzen. Zu nennen wären in diesem Zusammenhang eine sich abzeichnende stärkere Bürgerorientierung und nun allmählich greifende Maßnahmen zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. In der chilenischen Diskussion, deren aktuelle Themen ebenfalls an verschiedenen Stellen benannt werden sollen, stehen neben Fragen einer vermehrten horizontalen Integration des Versicherungsmarktes vor allem die Einführung eines für alle BürgerInnen garantierten Mindestumfangs der Krankenversicherungsleistungen und eine umfangreichere allgemeine Risikoabdeckung vor allem bei einschneidenden Krankheitsereignissen im Mittelpunkt. Vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklung nicht nur in Chile geht die vorliegende Analyse auch der Frage nach, ob und wie weit ein Krankenversicherungs- und Gesundheitsversorgungsmodell chilenischen Zuschnitts in der Lage ist, die Folgen der demografischen und epidemiologischen Entwicklung eines „Schwellenlandes“ aufzufangen und nachhaltige Perspektiven für die Zukunft zu bieten.

Grundsätzlich ist anzumerken, dass die Tendenz zu einer oftmals weniger freiwillig gewählten denn erzwungenen Individualisierung in modernen Gesellschaften zwei verschiedenen Richtungen nehmen kann. Wie im Fall Chile mündet sie oft in einer weitgehenden Privatisierung der Risikoabsicherung und Gesundheitsversorgung, kann aber auch zur Stärkung eines Mitverantwortungsgefühls des Einzelnen für seine Gesundheit beitragen. Ohnehin sollte die Betrachtung elementarer Fragen von Gesundheitssystemen nie isoliert unter dem Gesichtspunkt der Effizienz von Einzelmaßnahmen erfolgen. Hinter jeder Analyse und Diskussion stehen auch immer grundlegende politische, soziale und philosophische Vorstellungen und spezifische Auffassungen von Staat und Gesellschaft.

Mit dem Regierungswechsel im März 2000 und der an der Demontierung der Person von General Pinochet symbolisierten mentalen Befreiung ist eine neue Qualität der Gesundheits- und Sozialpolitik zu erwarten, die sich nicht mehr auf bloße Reformen innerhalb des bestehenden Systems beschränkt. Doch das unter dessen Ägide durchgesetzte ultraliberale Wirtschaftsmodell ist tief in den Köpfen der ChilenInnen verankert. Es bleibt die Frage, ob sich in Zukunft wieder verstärkt wohlfahrtsstaatliche Gedanken gegen die Ideologie der individuellen Profitmaximierung durchsetzen und moralische Werte wie soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit in der chilenischen Gesellschaft mehrheitsfähig werden können.

## 2. Das chilenische Gesundheitssystem in seiner Entwicklung

### 2.1. Historische Organisation und Veränderung

Ebenso wie in den meisten Ländern Lateinamerikas gab es in Chile bis in die 70er Jahre des 20. Jahrhunderts die Tradition des Wohlfahrtsstaates, der sich um die sozialen Belange seiner mehrheitlich mittellosen BürgerInnen kümmerte. Im Unterschied zu den meisten Ländern Westeuropas mit ihren paritätisch beitragsfinanzierten Sozialversicherungssystemen und vergleichsweise geringer, auf bloße Infrastrukturmaßnahmen konzentrierter staatlicher Kofinanzierung zeichneten sich die Gesundheitssysteme in Lateinamerika durch ihre starke etatistische Struktur und Organisation aus. Dies war und ist zweifelsohne eine direkte Folge der erheblich ungerechteren Einkommensverteilung in Lateinamerika im Vergleich zu den westlichen Industriestaaten. Die Regierungen der Entwicklungsländer sahen sich aufgrund der allgemeinen sozioökonomischen Lage verpflichtet, einen deutlich höheren Anteil des Staatshaushalts unmittelbar für den Gesundheitssektor aufzubringen. Dieser wurde einerseits zur Finanzierung der in zunehmendem Maße politisch und gesellschaftlich geforderten Gesundheitsversorgung der unteren Bevölkerungsschichten und des großen informellen Sektors aufgewendet, andererseits machten das niedrige Lohnniveau auch im formellen Sektor und die entsprechend geringen Beiträge eine dauerhafte Kofinanzierung der Sozialversicherungen durch den Staat unumgänglich.

Zu Beginn dieses Jahrhunderts wurde Chile zur ersten Nation der westlichen Hemisphäre, die auch außerhalb der Streitkräfte eine integrierte medizinische Versorgung anbot. Seit 1918 hatten die Arbeiter der Eisenbahn freien oder zumindest ausgesprochen kostengünstigen Zugang zu ärztlicher Behandlung und Vorsorgeuntersuchungen (Reichard 1996, S. 83). Bereits 1924 verankerte die damalige liberale chilenische Regierung rechtlich die soziale Sicherung in dem Gesetz Nr. 4.054, das die *Caja de Seguro Obrero Obligatorio* als Pflichtkrankenkasse zunächst für ArbeiterInnen ins Leben rief (Sapelli/Torche 1998, S. 384). Alle formal beschäftigten ArbeiterInnen mussten in diese Versicherung einbezahlen und erwarben damit ein Anrecht auf medizinische Behandlung (Acuña 2000, S. 1). Im Folgejahr entstanden verschiedene entsprechend funktionierende Krankenkassen für Angestellte oder bestimmte Angestelltensparten. Unter dem Druck der starken Arbeiterbewegung vor allem in der nordchilenischen Salpeterindustrie erweiterte die chilenische Regierung in den 30er Jahren die Funktionen und Leistungen der Arbeiterpflichtkasse und gründete nach dem

Vorbild der europäischen Industriestaaten den *Servicio de Seguro Social* (Sozialversicherungsdienst) (vgl. Solimano/Vergara 1999, S. 2).

Dafür und für die Herausbildung eines eigenständigen Gesundheitswesens in Chile war die Verkündung des Präventivmedizingesetzes im Jahr 1938 von entscheidender Bedeutung, das einen wichtigen Schritt im Sinne einer öffentlichen Gesundheitspolitik (*public health*) für das ganze Land bedeutete. Die Regierung leitete damit eine einheitliche Seuchenbekämpfungsstrategie zur Eindämmung der hochprävalenten Erkrankungen wie Tuberkulose und anderer Infektionskrankheiten mit hohen Mortalitätsraten ein (Acuña 2000, S. 2). Bis in die 70er Jahre konnte das südamerikanische Land durch eine beispielhafte Gesundheitspolitik mit konsequenter Erfassung und Kontrolle übertragbarer Erkrankungen und rigorosen Impfkampagnen einige in Lateinamerika weit verbreitete Infektionen und andere Pathologien sowie die dadurch bedingte Mortalität drastisch verringern. Die Konsequenzen einer starken *Public-health*-Orientierung in der Gesundheitspolitik sind bis heute deutlich an Hand der epidemiologischen Grunddaten nachzuvollziehen, die weiter unten in ihren Grundzügen dargestellt werden (s. Tabellen 4 und 6, Kap. 2.4)

1942 schlossen sich die verschiedenen, parallel zu den *Cajas Obreras* entstandenen Sozialversicherungskassen der Angestellten zum *Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA)* zusammen. Darin waren sämtliche aktiven und passiven Angestellten sowie ihre Familienangehörigen versichert, die vorher einer der damals bestehenden öffentlichen oder privaten Kranken- und Rentenversicherung beigetreten waren. *SERMENA* finanzierte sich in der Folgezeit ganz überwiegend durch die paritätisch von ArbeitnehmerInnen und ArbeitgeberInnen aufgebrauchten Versicherungsbeiträge der Angestellten des öffentlichen Dienstes und der Privatunternehmen (67 %) sowie durch die bei Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zu tätigen Selbstbeteiligungen der Versicherten (37 %) (Titelman 2000, S. 10). Anfangs waren die Leistungen der Angestelltenkasse ausschließlich auf präventive Maßnahmen beschränkt, doch wurde das Angebot später auch auf Kuration und Rehabilitation ausgeweitet.

Dazu konnte *SERMENA* ab 1952 auf die Einrichtungen des *Servicio Nacional de Salud (SNS – Nationaler Gesundheitsdienst)* zurückgreifen, der mittlerweile eine ausgedehnte Infrastruktur aus Gesundheitsposten und Krankenhäusern im ganzen Land aufgebaut hatte und zum größten Anbieter von Gesundheitsleistungen avanciert war. In enger Anlehnung an das britische Modell war der Nationale Gesundheitsdienst Anfang der 50er Jahre als landesweit agierende öffentliche, staatlich finanzierte Versicherungs- und Dienstleistungsstruktur im Gesundheitssektor gegründet wor-

den. Fast drei Jahrzehnte blieb das chilenische ein im Wesentlichen staatlich getragenes Gesundheitssystem. Trotz der bereits damals bestehenden Öffnung des Systems für private AnbieterInnen entfielen bis Ende der 70er Jahre über 90 % aller Krankenhausbetten auf den SNS, und der öffentliche Gesundheitssektor leistete mehr als drei Viertel aller ambulanten Behandlungen (vgl. Wainer 1997, S. 15 und Bitrán/Almarza 1997, S. 23). Im letzten Jahr seines Bestehens beliefen sich die staatlichen Zuschüsse 1979 auf nicht weniger als 61 % der Gesamteinnahmen des SNS, während das Beitragsaufkommen nur 26 % des Budgets ausmachte; die restlichen 13 % kassierte der Nationale Gesundheitsdienst direkt von den Patienten und Patientinnen, die seine Leistungen in Anspruch nahmen (Titelman 2000, S. 10).

Seit 1968 war nämlich das Angebot für die *SERMENA*-Versicherten über die bisher praktizierten vertraglich vereinbarten Behandlungen bei den Gesundheitseinrichtungen des SNS hinaus auf eine freie Anbieterwahl ausgeweitet worden. Die Angestellten konnten bei ihrer Versicherung Behandlungsgutscheine - sog. *órdenes de atención* - erwerben und damit zumindest anteilig ihre Behandlungskosten sowohl bei öffentlichen als auch bei privaten Anbietern medizinischer Leistungen begleichen. Dadurch waren die VersicherungsnehmerInnen in der Lage, frei zwischen verschiedenen ÄrztInnen, Hospitälern und Laboratorien auszuwählen, die eine entsprechende vertragliche Vereinbarung mit *SERMENA* getroffen hatten (s. Solimano/Vergara 1999, S. 2).<sup>1</sup>

Bis zur Gesundheitsreform Ende der 70er und Anfang der 80er Jahre bestand in Chile – wie in den meisten Ländern der Welt – ein beitragsgestütztes Sozialversicherungssystem mit gemeinsamer Finanzierung durch ArbeitgeberInnen und –nehmerInnen. Die Prämien wurden bei allen formell Beschäftigten automatisch vom Einkommen einbehalten und die Sozialversicherungsbeiträge in der Mehrheit der Fälle von beiden Seiten zu gleichen Teilen getragen. Der Staat war in dieser Zeit nicht nur für die legale Ausgestaltung und normative Regulierung des Gesundheitswesens zuständig, sondern spielte auch eine aktive Rolle als Versicherer und als Leistungsanbieter. Als Versicherungsträger besaß er faktisch das Monopol bei der Einnahme und Verwaltung der für Kranken- und Rentenversicherung vorgesehenen Mittel, und als Anbieter von Gesundheitsleistungen

---

<sup>1</sup> Dieser Modus bildete die Vorlage für die seit Mitte der 80er Jahre im öffentlichen Gesundheitssektor angewendete *modalidad de libre elección*, einem seither den beitragszahlenden FONASA-Versicherten zur Verfügung stehenden Modus zur freien Anbieterwahl auf dem privaten Gesundheitsmarkt; näheres dazu im Kap. 3.2.

versorgte er die überwiegende Mehrheit der chilenischen Bevölkerung, d.h. nahezu die Gesamtheit der aktiv Beschäftigten und der RentnerInnen sowie die große Gruppe der Mittel- und Einkommenslosen. Diese Konstellation erklärt auch den historisch hohen Anteil staatlicher Direktaufwendungen für das Gesundheitswesen, die allerdings in der zweiten Hälfte der 70er Jahre einen deutlichen Rückgang verzeichneten, der sich bis zum Ende der autoritären Militärherrschaft im Jahre 1990 fortsetzte. Insgesamt reduzierte sich in den 16 Jahren der Militärdiktatur der Anteil des Staatszuschusses am öffentlichen Gesundheitssektor von 61,2 auf 38,7 %, was einem Rückgang von 1,6 auf 0,7 % des Bruttosozialproduktes entsprach (Contreras et al. 1999, S. 23).<sup>2</sup>

Neben der landesweiten, allgemein zugänglichen Infrastruktur des staatlichen Gesundheitsdienstes gründeten die Berufs- und Arbeitgeberverbände ab 1958 die *Mutualidades de Seguridad* zur Absicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufsunfähigkeit von ArbeiterInnen und Angestellten. Zehn Jahre später schlossen sich diese privaten, nicht gewinnorientiert arbeitenden und den deutschen Berufsgenossenschaften vergleichbaren Organisationen zu einer *Seguro contra Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales* (Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten – SATEP) zusammen. Der Beitritt zu den *Mutualidades* war mittlerweile für alle Unternehmen gesetzlich verpflichtend. Die Beiträge richteten sich nach Zahl und Gefährdung bzw. Exposition der MitarbeiterInnen eines Betriebes; sie beliefen sich auf einen Mindestumfang von 0,8 % des Bruttolohnes jedes/r ArbeitnehmerIn zuzüglich arbeitsplatzabhängiger Risikozuschläge.

Von Anfang an bauten die berufsgenossenschaftlichen Organisationen neben einer reinen Versicherungsfunktion eine eigene Infrastruktur zur medizinischen Versorgung ihrer Klientel auf (s. auch Titelman 2000, S. 10). Dabei traten sie allerdings nie – auch bis heute nicht - als AnbieterInnen am Gesundheitsmarkt auf und somit auch nicht in Konkurrenz zu den staatlichen oder privaten DienstleisterInnen. Ihr Leistungsangebot steht ausschließlich für berufsgenossenschaftlich Versicherte zur Verfügung und ist auf die Versorgung arbeitsassoziierter Gesundheitsschäden beschränkt. Bis heute nehmen die *Asociación Chilena de Seguridad* (die größte Dienstleisterin für berufsgenossenschaftlich finanzierte Gesundheitsleistungen in Chile) und andere aus den *Mutualidades* hervorgegangene Institutionen eine Sonderstellung innerhalb des Gesundheitswesens ein und waren nur in

---

<sup>2</sup> Zur Entwicklung der Staatszuschüsse zum Gesundheitswesen siehe auch Kapitel 3.4, Grafik 5.

verhältnismäßig geringem Umfang von den Reformen des Sozialversicherungswesens betroffen, die ab 1980 in dem diktatorisch regierten südamerikanischen Land umgesetzt wurden.

## 2.2. Die chilenische Gesundheitsreform der 80er Jahre

Im Zuge ihrer wirtschaftsliberalen Umstrukturierung der gesamten chilenischen Volkswirtschaft setzten die Militärmachthaber und ihre wirtschaftspolitischen BeraterInnen ab 1980 auch in der Sozialpolitik grundlegende Änderungen durch. Von Anfang an war eine starke ideologische Ausrichtung im Vorgehen des Regimes von General Augusto Pinochet (1973-1989) unübersehbar. Unter den Bedingungen starker politischer Repression bestanden weder der Bedarf noch ein nennenswertes Bemühen, die marktradikale Ausrichtung demokratisch zu legitimieren. Zutreffend ist zweifelsohne die Einschätzung von Reichard (1996, S. 88): „There is considerable evidence to suggest that the introduction of private health care was motivated less by any desire to increase efficiency and enhance delivery than by ideology“. Die Gesundheitsreform von 1981 erfolgte in einem Klima uneingeschränkten Glaubens an die heilende Wirkung einer deregulierten Marktwirtschaft, die eine deutliche Beschneidung der Rolle und der Funktionen des Staates sowie einem Gesellschaftsverständnis einherging, in dem der privaten, individuellen Initiative eine zentrale Rolle zugesprochen wurde: „Health care is not given; rather it must be obtained by the people“ zitiert derselbe Autor den ersten Gesundheitsminister der Militärjunta, Alberto Spoerer, aus dem Jahr 1973 (Reichard 1996, S. 88).

Die chilenische Führung orientierte sich dabei eng an den WirtschaftstheoretikerInnen aus der Schule von Milton Friedman an der Universität von Chicago. Nach dessen Credo ist der Privatsektor der einzige wirkliche Produzent und Wachstumsmotor einer jeden Volkswirtschaft, während der Staat und öffentliche Unternehmen per se und unvermeidlich ineffizient arbeiten (vgl. Meller 1983). Mehr noch, nach Auffassung der in Chile gemeinhin als „Chicago-Boys“ bezeichneten ÖkonometechnokratInnen, die maßgeblich die Wirtschaftspolitik der chilenischen Militärdiktatur bestimmten, darf der Staat überhaupt nicht als wirtschaftlicher Faktor in Erscheinung treten und muss sich vor allem davor hüten, finanzielle Verluste auszugleichen oder sozial abzufedern, die in Folge des Marktwettbewerbs entstehen.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Diese Theorie erhielt jedoch schon in der Anfangsphase der ökonomischen Umstrukturierung in Chile einen herben Dämpfer, als sich ihre ansonsten unbeirrbareren Verfech-

In diesem Kontext war es für die Apologeten dieses Modells nur konsequent, auch die Struktur der Renten- sowie der Krankenversicherung im Sinne einer zunehmend privaten und entstaatlichten Organisation „anzupassen“. Im Unterschied zur Rentenreform, wo zur gleichen Zeit das System der solidarischen und intergenerationellen Umverteilung vollständig durch ein privatwirtschaftliches Kapitaldeckungsverfahren ersetzt wurde, gab der chilenische Staat im Gesundheitswesen allerdings weder die Kontrolle der Ressourcen noch die Gewährleistung bestimmter Sozialversicherungsleistungen völlig aus der Hand, wie im weiteren Verlauf der vorliegenden Arbeit noch mehrfach aufgezeigt werden wird.

Als eine nur selten benannte, aber grundsätzliche Veränderung in Folge der Gesundheitsreform von 1981 sei an dieser Stelle erwähnt, dass sich der Aufbau des Systems und insbesondere die Struktur der staatlichen Zuwendungen nun nicht mehr nach den klassischen Beschäftigungsgruppen richtete, sondern einzig und allein das Einkommensniveau für Zugang und individuelle Aufwendungen im Gesundheitswesen entscheidend wurden (vgl. Contreras et al. 1999, S. 13). Alle ArbeitnehmerInnen gehören seit der Reform von 1981 einem einzigen System an, egal ob es sich um ArbeiterInnen, Angestellte oder StaatsfunktionärInnen handelt. Dies war ein Ergebnis der endgültigen Integration der Angestelltenkassen (SERMENA) in das Nationale Gesundheitssystem. Aus diesem Zusammenschluss entstand das Nationale System der Gesundheitsdienste (*Sistema Nacional de Servicios de Salud - SNSS*), das direkt der Kontrolle des Gesundheitsministeriums untersteht (Solimano/Vergara 1999, S. 3).

Die mit der Vereinheitlichung einhergehende Verschlechterung der Versorgung der Mittelschichten bereitete die psychologische und emotionale Grundlage für die anfänglich rasche Akzeptanz der privaten Versicherungsunternehmen *Instituciones de Salud Previsional* (Krankenversicherungsinstitutionen, im Folgenden als ISAPREs abgekürzt), die das Militärregime im Rahmen seiner Gesundheitsreform ab 1981 einführt (Contreras et al. 1999, S. 13). Neben der Zerschlagung des staatlichen Versicherungsmonopols zielte die Reform auch auf eine Dezentralisierung der Gesundheitsdienste ab (vgl. Solimano/Vergara 1999, S. 1). Zur Erreichung

---

ter während der Krise des Finanzsystems 1982 und 1983 gezwungen sahen, genau die Fiskalpolitik anzuwenden, die sie immer verpöht hatten. Die Zentralbank intervenierte in vier Banken und vier weiteren Finanzinstitutionen, die sich überschuldet hatten und außer Stande waren, die offenen Forderungen auszugleichen. Ein Zusammenbruch des gesamten chilenischen Finanzsektors wäre sonst unvermeidlich gewesen.

beider Zielsetzungen wurden folgende Maßnahmen ergriffen (vgl. Titelman 2000, S. 11):

1. Gründung des Nationalen Gesundheitsfonds (*Fondo Nacional de Salud* - FONASA) als öffentliche Krankenversicherungsinstitution
2. Zulassung von privaten Versicherungsunternehmen (ISAPREs) als gleichberechtigte Elemente der Sozialversicherung
3. Aufteilung des SNSS in 27 regionale Gesundheitsdienste unter Kontrolle des Gesundheitsministeriums mit jeweils umfassendem eigenem Dienstleistungsangebot
4. Überstellung der primären Gesundheitsversorgung in die Verantwortlichkeit der Kommunen.

Von entscheidender Bedeutung für die weitere Entwicklung des chilenischen Gesundheits- und v.a. Krankenversicherungssystems war insbesondere die an zweiter Stelle genannte Neuerung. Seit dem Inkrafttreten des Gesetzesdekrets Nr. 3626 vom 21.2.1981 können die abhängig Beschäftigten in Chile im Prinzip frei entscheiden, ob sie sich und ihre Angehörigen in der öffentlichen Krankenkasse FONASA oder bei einer der privaten ISAPREs versichern wollen. Zugangsbemessungsgrenzen etwa zur Verringerung des weiter unten beschriebenen individuellen finanziellen Risikos Geringverdienender sieht das chilenische System dabei nicht vor. Die zu keiner Kontrahierung verpflichteten ISAPREs allein regulieren qua Prämiengestaltung den Zugang zum privaten Krankenversicherungsmarkt.

Zum Zeitpunkt der Einführung dieses dualen Krankenversicherungssystems in Chile waren die Pflichtbeiträge 1981 auf 4 % des Bruttoeinkommens festgelegt worden. Sehr bald stellte sich heraus, dass die auf dieser Bemessungsgrundlage festgelegten Einnahmen weder die Aufwendungen im öffentlichen Bereich deckten noch dem privaten Sektor die erwarteten Renditen sicherte. Bis 1985 erfolgte die schrittweise Erhöhung der Beiträge zur Krankenversicherung auf zunächst 6 %. Ende der 80er Jahre erreichten sie ihren bis heute geltenden Stand von 7 % des Bruttogehaltes. Gleichzeitig wurde das Einkommen von 60 U.F. (1.700 US-\$) als obere Beitragsbemessungsgrenze eingeführt. Der monatliche Höchstbeitrag für die Krankenversicherung wurde damit für jede/n BeitragszahlerIn bei 4,2 U.F. (120 US-\$) festgelegt, was genau 7 % des als obere Bemessungsgrenze herangezogenen Monatseinkommens von 60 U.F. entspricht.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> U.F. = *Unidad de Fomento*: Durch tägliche Anpassungen auf der Grundlage der Inflationsrate des Vormonats geldwertverlorene Rechnungseinheit, die bei allen größeren Finanztransaktionen sowie bei Tarifen und Beiträgen zugrunde gelegt wird. Als Referenzgrößen werden in der vorliegenden Arbeit nicht zuletzt aus rechnungstechni-

Tabelle 1

Entwicklung der Versichertenzahlen der einzelnen Krankenversicherungssysteme in Chile bis 1990

|             | Öffentl. System |        | ISAPRE-System |        | Andere*     |        |
|-------------|-----------------|--------|---------------|--------|-------------|--------|
|             | Versicherte     | Anteil | Versicherte   | Anteil | Versicherte | Anteil |
| <b>1983</b> | 9.892.438       | 84%    | 229.844       | 2%     | 1.594.487   | 14%    |
| <b>1984</b> | 9.944.240       | 83%    | 365.260       | 3%     | 1.609.090   | 14%    |
| <b>1985</b> | 9.939.670       | 82%    | 545.587       | 5%     | 1.636.420   | 13%    |
| <b>1986</b> | 9.743.037       | 79%    | 921.294       | 7%     | 1.662.699   | 13%    |
| <b>1987</b> | 9.862.812       | 79%    | 1.205.004     | 10%    | 1.468.552   | 12%    |
| <b>1988</b> | 9.894.189       | 78%    | 1.450.175     | 11%    | 1.403.843   | 11%    |
| <b>1989</b> | 9.844.496       | 76%    | 1.756.169     | 14%    | 1.360.355   | 10%    |

Quelle: Minsalud 1999e und Contreras et al. 1999, S. 28

\* Diese Kategorie umfasst die Mitglieder der Eigenversicherungen von Armee, Universitäten und öffentlicher Verwaltung.

Die Zulassung der ISAPREs stellte einen bedeutenden Schritt auf dem in jener Zeit in Lateinamerika sehr verbreiteten Weg zur Privatisierung der sozialen Sicherung und von staatlichen Unternehmen dar (vgl. Contreras et al. 1999, S. 14). Der Gesundheitssektor in Chile stand unter heftigem Druck von Seiten des Militärregimes, sich als traditionell öffentliche und staatliche Struktur gegenüber der Privatwirtschaft und der Logik des Marktes zu öffnen. Durch die Fokussierung der Gesundheitspolitik auf die Diversifizierung des Konsums von Krankenversicherungs- und medizinischen Leistungen wurde die Dualität eines öffentlichen Sozialversicherungswesens, des *Fondo Nacional de Salud* (FONASA), und eines privaten Krankenversicherungssystems festgeschrieben, das im Wesentlichen aus den ISAPREs besteht. Diese Unternehmen verkörpern in jeder Hinsicht das neoliberale Konzept von Privatunternehmen als tragenden Akteuren der Volkswirtschaft und entscheidendes Instrument zur Einführung

---

schen Gründen bei der Umrechnung bzw. bei Angaben in der Landeswährung Peso der Ende Dezember 1999 geltende Wert von 15.000 Pesos für 1 U.F. sowie ein Wechselkurs von 1 US-\$ = 520 Pesos zugrundegelegt, woraus sich für eine U.F. ein Nominalwert von 28 US-\$ ergibt.

und Durchsetzung von größerer Effizienz. Das Grundprinzip der chilenischen Reformen war die Stärkung der Teilhabe der Privatwirtschaft an der Finanzierung und Bereitstellung medizinischer und paramedizinischer Leistungen für die BürgerInnen des Landes. Gleichzeitig sollte der Privatsektor eine aktivere Rolle in der Ressourcenrekrutierung und –allokation im chilenischen System spielen, was zu einer radikalen Veränderung des Gesundheitsmarktes führte.

Abgesehen von den beschriebenen Neuerungen lässt sich die Gesundheitspolitik der Militärregierung zwischen 1981 und 1990 im Wesentlichen durch zwei Elemente charakterisieren: Zunehmende Kürzung der öffentlichen Aufwendungen im Sozialbereich<sup>5</sup> und weitestgehender Verzicht auf Regulierung auf dem Gebiet der privaten Versicherungswirtschaft. Letzteres hatte zur Folge, dass die ISAPREs, ohnehin befreit von allen staatlich organisierten Präventionsprogrammen, vorwiegend als an Renditenmaximierung interessierte Unternehmen und nicht im Sinne der ihnen nach Gesetz und Aufgabenstellung eigentlich zukommenden sozialen Verantwortung agierten. Gemeinsam mit dem gerade für die oberen Mittelschichten und die Oberschicht attraktiven Angebot des Zugangs zu privaten DienstleisterInnen mit kürzeren Wartezeiten und besserer Infrastruktur als in öffentlichen Krankenhäusern und Polikliniken ermöglichte ihnen nicht zuletzt die weitgehende Deregulierung in den ersten Jahren ihrer Existenz teils beeindruckende Wachstumsraten. Wie in der obigen tabellarischen Übersicht gezeigt, verzeichnete das ISAPRE-System in den ersten sechs Jahren seines Bestehens einen Versichertenzuwachs von nahezu 800 %.

Entscheidend für dieses rasante Wachstum waren der weitgehend libertäre Umgang mit den entstehenden privaten Assekuranzunternehmen und die allenfalls sehr geringe staatliche Kontrolle des neuen Krankenversicherungsmarktes. In Übereinstimmung mit der neoliberalen Wirtschaftspolitik unterlagen die Privatversicherer bis zum Ende des ersten Jahrzehnts ihrer Existenz praktisch keiner effektiven Regulierung durch die legislative und exekutive Gewalt und konnten so ungehemmt die Segnungen der umstrukturierten Volkswirtschaft im Sinne der Maximierung ihrer Renditen nutzen. Der autoritär geführte chilenische Staat verzichtete damals freiwillig und bewusst auf ordnende und kontrollierende Einflussmöglichkeiten in einem derart sensiblen Bereich der Gesellschaft wie der sozialen Sicherung. Trotz aller Probleme und Erfahrungen der BürgerInnen mit einer ü-

---

<sup>5</sup> Einzige bedeutsame Ausnahme waren die steigenden Beitragszuschüsse für die Privatversicherung bei BezieherInnen niedriger Einkommen zur Förderung der Versicherungsnachfrage.

bermächtigen, oftmals hemmenden Bürokratie der öffentlichen Strukturen waren die Kriterien von Gleichheit und Gerechtigkeit im Zugang zu Gesundheitsleistungen konsensfähig geblieben. Erst unter der Militärdiktatur von General Pinochet fielen sie einer neokonservativen Politik und einer Ideologie ökonomisch zentrierter, vermeintlicher Wahlfreiheit zum Opfer.

Auch wenn mittlerweile die offenkundigsten Härten und Schief lagen teilweise beseitigt und überwunden wurden, sind die wichtigsten Voraussetzungen für den so erfolgreichen Start der privaten Assekuranzwirtschaft in Chile bis heute im Krankenversicherungssystem des Andenstaates präsent und werden in der vorliegenden Arbeit im Kapitel über die ISAPREs einer eingehenderen Analyse unterzogen. Da es sich in Chile bei diesen Privatversicherungen um eine gänzlich neue Erfahrung handelte, war das ISAPRE-System von Anfang an wiederholten Anpassungen und Modifikationen unterworfen. Dabei waren zwei gesetzgeberische Maßnahmen für die weitere Entwicklung von besonderer Bedeutung. Das Gesetz Nr. 18.469 vom 23.11.1985, das ab Januar 1986 Gültigkeit hatte, führte ein einheitliches Beitragssystem für die Pflichtkrankenversicherung sowie einen ersten Umverteilungsmechanismus zum Ausgleich der dem öffentlichen Gesundheitswesen durch die Behandlung von ISAPRE-Versicherten entstandenen Kosten ein. Dies stellte zwar einen vorsichtigen Schritt in Richtung auf eine stärkere Integration der beiden Hauptsäulen des Gesundheitswesens dar, konnte jedoch nicht in nennenswerter Form die Folgen der bis heute bestehenden, nahezu totalen horizontalen Segregation eindämmen.

Die zweite wichtige Maßnahme zur Einführung einer stärkeren Kontrolle der privaten Krankenversicherungswirtschaft verkündete das Militärregime bezeichnenderweise genau zwei Tage vor seiner Ablösung und der Rückkehr des Landes zu einer formalen Demokratie. Am 9. März 1990 wurde das Gesetz Nr. 18.933 im *Diario Oficial*, dem offiziellen Gesetzblatt, veröffentlicht. Es setzte das Dekret mit Gesetzescharakter Nr. 3 des Gesundheitsministeriums vom 19.5.1981 außer Kraft und führte neue Kontrollmöglichkeiten sowohl für die ISAPREs als Wirtschaftsunternehmen als auch für die Vertragsmodalitäten ein. Dazu wurde die Versicherungsaufsichtsbehörde *Superintendencia de ISAPREs* ins Leben gerufen. Mit deren Einrichtung sollten eine Erhöhung der Transparenz und ein besserer Schutz der VerbraucherInnen auf dem Markt für Krankenversicherungsleistungen angestrebt werden. Im einzelnen obliegen der Aufsichtsbehörde folgende Funktionen (vgl. CIEDESS 1996, S. 247):

1. Registrierung der privaten Krankenversicherungsunternehmen
2. Juristische und finanzielle Kontrolle der Privatversicherungen

3. Schiedsstelle für Kontroversen zwischen den ISAPREs und ihren Mitgliedern
4. Einsichtnahme in Haushaltsfragen der Privatkrankenversicherungen
5. Zugriff auf relevante Informationen anderer Staatsorgane
6. Erlassen allgemeiner Richtlinien über die Vertragsgestaltung mit dem Ziel der Vereinfachung von Interpretation und Überwachung der Versicherungsmodalitäten
7. Veröffentlichung von Informationen über das private Krankenversicherungssystem und die Versicherungsverträge.

Erste Ansätze einer stringenteren Kontrolle des privaten Krankenversicherungsmarktes konnten allerdings erst im Laufe der neunziger Jahre durchgesetzt werden. Insgesamt bleibt festzuhalten, dass verschiedene Modifikationen in Teilbereichen des Gesundheitswesens zwar einige grobe Fehlsteuerungen beseitigen konnten. Gleichzeitig ließen sie jedoch auch solche Probleme klarer zum Vorschein treten, die innerhalb der bestehenden Ordnung nur schwerlich zu lösen sein werden. Die Systemschwächen wie die erwähnte ungenügende Regulierung, die Verstärkung der Markttransparenz, die Risikoselektion und der Mangel an Mechanismen im Sinne eines Risikoausgleichs werden in den entsprechenden Unterkapiteln der Darstellung der ISAPREs noch eingehender herausgearbeitet. Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass bis heute kein ernsthafter Versuch erkennbar geworden ist, all jene Probleme wirklich anzugehen, die als unvermeidliche Konsequenzen der Umstellung eines nahezu ausschließlich öffentlichen auf ein teilweise privates System und des Wechsels von einem solidarischen zu einem individualistischen Modell sozialer Sicherung anzusehen sind (Wainer 1997, S. 17).

### **2.3. Tendenzen und Reformen in den 90er Jahren**

Zweifelsohne ermöglichte die Wiederherstellung demokratischer Strukturen einen Paradigmenwechsel in der chilenischen Sozial- und Gesundheitspolitik, dessen Umsetzung indes noch einige Jahre auf sich warten lassen sollte und bis heute aus gesundheitswissenschaftlicher und -politischer Sicht nur unbefriedigend erfolgt ist. Beim Antritt der ersten demokratisch gewählten Regierung nach der 16jährigen Phase des Autoritarismus bestand neben einer undemokratischen Verfassung, die den scheidenden MachthaberInnen eine Reihe von Privilegien und eine Überrepräsentation in den legislativen Organen auf nationaler, regionaler und lokaler

Ebene sicherte,<sup>6</sup> eine fest gefügte gesetzliche Grundstruktur zur Fortschreibung des Status quo. Die Armee hatte zwar formal die Macht aus den Händen gegeben, stand aber vor allem am Anfang der 90er Jahre als ständige Bedrohung einer demokratischen Erneuerung und ihrer VerfechterInnen im Hintergrund und reagierte durch regelmäßiges Säbelrasseln auf Reformvorschläge, die ihr zu weit gingen. Gerade die ersten vier Jahre nach dem Machtwechsel waren wesentlich durch die psychologischen Nachwirkungen der Diktatur und die ständige Furcht vor dem erneuten Eingreifen der Armee bestimmt. Es ist als symptomatisch anzusehen, dass der erste post-pinochetistische Präsident Patricio Aylwin die klare Order ausgab, nur die spürbarsten Missstände im Gesundheitswesen und in anderen Problembereichen anzugehen und dabei das System als Ganzes unangetastet zu lassen.<sup>7</sup>

Auch die Einrichtung der Versicherungsaufsichtsbehörde und das unbestreitbar redliche Bemühen ihrer Leiter und vieler MitarbeiterInnen um eine Verbesserung von Kontrolle und Verbraucherschutz hat bisher keine nachhaltige Änderung der Finanzierungsmodelle und Marketingstrategien der ISAPREs bewirkt. Obwohl die bei Gründung der *Superintendencia* angeführten Ziele bisher nur teilweise umgesetzt wurden, können sich die Versicherten des privaten Sektors heute bei jedweder Auseinandersetzung mit ihrer Krankenversicherung an die *Superintendencia* wenden und kostenfreie Beratung sowie Rechtsbeistand bekommen. Durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit konnte die Versicherungsaufsicht den allgemeinen Kenntnisstand der Bevölkerung und vor allem das Bewusstsein der KundInnen des privaten Krankenversicherungsmarktes steigern. Die Einrichtung dieser Behörde hat zweifellos die Position und das Gewicht der VerbraucherInnen gegenüber den vor allem in den Anfangsjahren oftmals willkürlich agierenden Assekuranzunternehmen gestärkt.

Seit der letzten Reform des entscheidenden Gesetzes Nr. 18.933, die im September 1995 erfolgte, entfallen nunmehr folgende vier zentrale Funktionen auf die staatliche Versicherungsaufsicht:

- Überwachung
- Regulierung

---

<sup>6</sup> Genannt seien hier beispielhaft die Sperrminorität "gesetzter" – d.h. nicht gewählter – Senatoren im Oberhaus des Parlaments und das Verhältniswahlrecht, das die erste und die zweite Stimmenmehrheit in der Vertretung gleichsetzt.

<sup>7</sup> Mündliche Mitteilung des ersten Leiters der *Superintendencia de ISAPREs*, Héctor Sánchez, während eines Seminars der Friedrich-Ebert-Stiftung zur chilenischen Gesundheitspolitik am 20.1.2000 in Santiago.

- Sanktionierung
- Gesetzesauslegung.

Dabei sind zwei Befugnisse von besonderer Wichtigkeit. Auf der einen Seite agiert die *Superintendencia* bei Auseinandersetzungen und Streitfällen zwischen ISAPREs und deren Versicherten als unabhängiges Schiedsgericht. Die Versicherungsaufsichtsbehörde kann die Aufgaben eines/r außergerichtlichen SchlichterIn wahrnehmen. Oberste Leitlinie sind dabei Kriterien der Verhältnismäßigkeit und Gerechtigkeit: Sie fällt ihre Entscheidungen nicht notwendigerweise nach dem strikten Wortlaut des Gesetzes, sondern im Sinne einer gerechten Klärung. Hier fließt die zweite wichtige Funktion der *Superintendencia* ein, nämlich die Auslegung der das private Gesundheits- bzw. Krankenversicherungswesen betreffenden gesetzlichen Bestimmungen.<sup>8</sup> Damit hat der Gesetzgeber eine der Legislative nachgeordnete Instanz geschaffen, die klassische Aufgaben der Jurisdiktion übernimmt, bevor die Gerichtsbarkeit eingeschaltet werden muss.

Trotz der genannten Dispositionen beschneidet die herrschende Gesetzgebung in Chile jedoch weiterhin die Aktionsmöglichkeiten der *Superintendencia* erheblich und verhindert bis heute eine ausreichende und effektive Regulierung des Privatversicherungswesens auf der Ebene der Vertragsmodalitäten, Leistungen und Tarifstrukturen. So konnte die Aufsichtsbehörde einen Teil ihres Ziels der Transparenzerhöhung in den letzten Jahren durchsetzen. Es gelang ihr Mitte der 90er Jahre, nicht nur die Auflistung der wichtigsten medizinischen und paramedizinischen Leistungen in allen Krankenversicherungsverträgen verbindlich durchzusetzen, sondern auch die Darstellung sämtlicher Preise und Tarife in der Landeswährung, in Pesos, an Stelle der bisher üblichen Rechnungseinheit *Unidad de Fomento*. Als großen Erfolg sehen es VertreterInnen der *Superintendencia* an, dass heute beispielsweise die Beitragssätze auf allen Vertragsformularen in Pesos angegeben werden müssen.

Anderslautenden Bestimmungen zum Trotz arbeiten die Privatversicherer indes weiterhin mehrheitlich mit versicherungseigenen Tarifsätzen zur Berechnung der Kostenübernahme im Krankheitsfall bzw. bei Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch die Versicherten. Zwar ist

---

<sup>8</sup> Der letzte kontroverse Fall bezog sich auf die Interpretation der vorgeschriebenen Mindestabdeckung von Gesundheitsleistungen in den einzelnen Verträgen. Der letztinstanzliche Entscheid des Obersten Gerichtshofs erfolgte am 9.11.2000 und bestätigte die Auslegung der *Superintendencia*. Inhalt und Bedeutung dieses Gerichtsurteils werden im Zusammenhang mit der Risikoabdeckung in den privaten Krankenversicherungsverträgen dargestellt (Kap. 4.5).

die Auflistung dieser Kostenerstattungssätze, die in der Regel den Namen der ISAPRE enthalten (*Arancel Banmédica* - AB, *Arancel Cruz Blanca* - CB, usw.), auf den Vertragsformularen vorgeschrieben, zur Transparenz des Marktes trägt die bloße Nennung jedoch nicht bei, da die VerbraucherInnen in aller Regel keine Auskünfte über diese *Aranceles* erhalten und die Privatversicherer sie trotz anderslautender Vorschriften auch nicht bekannt geben. Auch hat die Versicherungsaufsicht trotz bestehender juristischer Auflagen der ISAPREs und ihrer Auskunftspflicht bisher keine diesbezüglichen Angaben von den Privatversicherern erhalten.<sup>9</sup> Damit handeln sie zum einen gesetzwidrig, zum anderen verhindern sie gleichzeitig die effektive Überwachung der Einhaltung bestehender gesetzlicher Vorschriften. Laut Gesetz ist nämlich die maximale jährliche Anpassung dieser Gebührensätze auf die Höhe der Inflationsrate<sup>10</sup> begrenzt, wobei die ISAPREs allerdings nicht zur Erhöhung der eigenen Tarifsätze verpflichtet sind.<sup>11</sup> Insgesamt hängt die Aufsichtsbehörde in grundlegenden Fragen weiterhin von den Daten und Angaben ab, die ihr die Privatversicherer zur Verfügung zu stellen bereit sind.<sup>12</sup>

Mehr als durch die genannten normativen Anpassungen war die Neuorientierung in der Sozialpolitik nach dem Ende der Diktatur im Wesentlichen durch eine deutliche Aufstockung der Budgets der betroffenen Ministerien gekennzeichnet. Es bestand weitgehende Übereinstimmung darüber, dass in den Jahren der Militärherrschaft eine massive Demontage der gesamten Infrastruktur des öffentlichen Sektors stattgefunden hatte, zu der sich eine unübersehbare Vernachlässigung der Belange der Arbeitskräfte in diesem Bereich gesellte (vgl. Acuña 2000, S. 11). Die Strategie der ersten demokratisch legitimierten Regierung unter Patricio Aylwin hatte daher vorrangig den Wiederaufbau und die Erweiterung der bestehenden Infrastruktur, die Modernisierung der technischen Einrichtungen und fortschreitende Steigerungen der Einkommen in diesem Sektor zum Ziel, die während des Regimes erhebliche Einbußen erlitten hatten.

---

<sup>9</sup> Mündliche Mitteilungen von MitarbeiterInnen der *Superintendencia de ISAPREs* in Santiago aufgrund von Erfahrungen mit der Regulierung der privaten Krankenversicherungsbranche bis Anfang 2000.

<sup>10</sup> Grundlage ist dabei der IPC: *Indice del Precio al Consumidor* - Verbraucherpreisindex.

<sup>11</sup> So hat beispielsweise *Consalud* weder 1999 noch 2000 seinen Arancel angepasst.

<sup>12</sup> Mündliche Einschätzungen von MitarbeiterInnen in der Rechnungs- und Kontrollabteilung der Zentrale der *Superintendencia de ISAPREs* in Santiago im Zeitraum Dezember 1999 und Januar 2000.

Tabelle 2

Funktionale Klassifikation der Staatsausgaben:

Prozentualer Anteil an den Gesamtausgaben ohne Schuldzinsen und andere zusätzliche Kosten

|                                   | 1988         | 1990         | 1992         | 1994         | 1996         |
|-----------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| <b>A. Allgemeine Ausgaben</b>     | 20,92        | 20,18        | 19,37        | 18,18        | 17,57        |
| <b>B. Sozialausgaben</b>          | 65,58        | 67,60        | 65,94        | 67,05        | 67,88        |
| <b>1. Gesundheit</b>              | <b>10,23</b> | <b>10,31</b> | <b>11,45</b> | <b>12,38</b> | <b>12,00</b> |
| <b>2. Wohnungsbau</b>             | 5,46         | 5,45         | 5,74         | 5,76         | 5,79         |
| <b>3. Fürsorge</b>                | 30,11        | 33,14        | 29,47        | 28,90        | 28,28        |
| <b>4. Bildung</b>                 | 13,22        | 13,17        | 13,65        | 14,16        | 15,31        |
| <b>5. Beschäftigungsprogramme</b> | 0,88         | 0,14         | 0,11         | 0,10         | 0,10         |
| <b>6. Andere Sozialausgaben</b>   | 5,69         | 5,39         | 5,50         | 5,75         | 6,39         |
| <b>C. Wirtschaftsausgaben</b>     | 13,50        | 12,21        | 14,69        | 14,76        | 14,55        |
| <b>Staatsausgaben gesamt</b>      | 100,00       | 100,00       | 100,00       | 100,00       | 100,00       |

Quelle: Öffentliche Finanzstatistiken, 1988 – 1997, März 1998, Finanzministerium, Haushaltsdirektion. Zitiert nach Contreras et al. 1999, S. 25.

Trotz gewisser Detaildifferenzen decken sich diese Angaben im Wesentlichen mit den von Cominetti/Ruiz (1998) aufgezeigten Daten aus den Vergleichszeiträumen.

Der beschriebene Abbau im öffentlichen Gesundheitswesen in Folge einer auf die Förderung der privatwirtschaftlichen Initiativen in diesem Bereich fokussierten Politik war für einen großen Teil der Bevölkerung Anfang der 90er Jahre unübersehbar und auch spürbar. Vornehmlich zur Verbesserung der teilweise prekären medizinischen Versorgung der unteren und mittleren Bevölkerungsschichten begannen die demokratisch gewählten Regierungen, erheblich mehr Geld in das Gesundheitssystem zu pumpen als das Militärregime in den Jahren zuvor. So verdoppelten sich die staatlichen Zuschüsse im Gesundheitswesen zwischen 1988 und 1997 nahezu von 411,772 auf 806,542 Milliarden Pesos (Solimano/Vergara

1999, S. 5).<sup>13</sup> Diese Ausgabensteigerung der öffentlichen Hand im Gesundheitswesen stand allerdings immer in einem engen Verhältnis zur allgemeinen Entwicklung der Einkommen im genannten Zeitraum.<sup>14</sup>

Dabei darf indes nicht übersehen werden, dass Chile auch lange Zeit nach dem Ende des autoritären Regimes bei den Sozialausgaben insgesamt nicht einmal das Niveau des Jahres 1980 erreichte, als bereits die Folgen der internen Austeritätspolitik spürbar waren. Während sich im Zeitraum 1980/81 die Pro-Kopf-Sozialausgaben noch auf 294,2 US-\$ beliefen, was einem Anteil des Sozialbudgets am Bruttosozialprodukt von 18,4 % entsprach, belief sich dieser Betrag 1994/95 auf nur 287,0 US-\$ entsprechend einem Anteil von 16,6 % am Bruttosozialprodukt. Damit gab das südamerikanische Land Mitte der 90er Jahre für soziale Belange nur 96 % dessen aus, was die Militärregierung noch Anfang der 80er Jahre für den gleichen Zweck aufbrachte. Innerhalb dieses Budgets stiegen allerdings die Aufwendungen für Gesundheit von 15,1 auf 17,1 %, so dass sich in diesem Sektor ein leichter Ausgabenanstieg ergibt (Cominetti/Ruiz 1998, S. 27, 28, 32, 55).

Erst in den letzten Jahren des vergangenen Jahrhunderts und insbesondere seit der Redemokratisierung machten die Aufwendungen für soziale Aufgaben - neben Gesundheit gehören dazu vornehmlich Bildung, Wohnungsbau, familiäre Hilfs- sowie Beschäftigungsprogramme - einen allmählich wachsenden Anteil am gesamten Staatshaushalt aus. Ein erheblicher Anteil dieser Steigerung entfiel dabei auf das Gesundheitsbudget, das seinen Anteil am Sozialbudget bei wachsendem Gesamtvolumen von gut 10 % auf 12 % der Staatsausgaben steigern konnte, wie die vorangehende Tabelle 2 verdeutlicht.

Unabhängig von den besonders in der Anfangsphase relevanten „freiwilligen“ Auflagen und der herrschenden Selbstzensur der sogenannten Übergangsregierung entwickelten die politisch Verantwortlichen allmählich eine umfassendere Perspektive. Es setzte sich die Überzeugung durch, dass die bloße Investitionssteigerung der öffentlichen Hand im Gesundheitssektor längerfristig die bestehenden Probleme nicht lösen könnte. Es bedurfte effektiver und wirksamer Anreizsysteme in der Struktur des Ge-

---

<sup>13</sup> Quelle: Öffentliche Finanzstatistiken, 1988 – 1997, März 1998, Finanzministerium, Haushaltsdirektion.

<sup>14</sup> Das Einkommen pro Haushalt stieg zwischen 1988 und 1997 um 87,5 %, pro Kopf gerechnet sogar um 100 %. Der Realanstieg der monatlichen Pro-Kopf-Ausgaben im selben Zeitraum lag danach bei 94,9 %. Daten aus der V. Erhebung über Familieneinkommen des Nationalen Statistikinstituts (INE 1998).

sundheitswesens, um eine Verhaltensänderung bei Beteiligten und Verantwortlichen sowie eine bessere Anpassung des öffentlichen Sektors an das Gesamtsystem zu erreichen (vgl. Solimano/Vergara 1999, S. 20). Dazu wurden zunächst eine klarere Differenzierung der verschiedenen Funktionen von FONASA als Regulierer, Finanzierer und Leistungsanbieter angestrebt und die Honorierungsmodalitäten gegenüber den LeistungserbringerInnen reformiert.<sup>15</sup>

Dieser Prozess kam erst mit dem Antritt der zweiten post-pinochetischen Regierung unter Präsident Eduardo Frei jr. richtig in Gang. Der politische Handlungsspielraum hatte sich vergrößert und die Möglichkeiten zur Durchsetzung weitergehender Reformen vor allem im öffentlichen Gesundheitswesen waren gestiegen. Im Gesundheitsministerium wie bei FONASA standen eine Verbesserung des Managements innerhalb des Subsystems und die Überwindung von strukturellen Problemen und Rahmenbedingungen im Mittelpunkt. Ziel war es, durch eine institutionelle Stärkung des öffentlichen Gesundheitswesens Alternativen zur zunehmenden Privatisierung in diesem Bereich zu entwickeln. Außerdem erhofften insbesondere die KritikerInnen des ISAPRE-Systems, nach einer Stärkung der Rolle und Position von FONASA weitergehende und komplexere Reformen des gesamten Systems der sozialen Sicherung durchsetzen zu können, die sich auch auf den Privatsektor auswirken würden (vgl. Solimano/Vergara 1999, S. 20).

Diese Positionen waren allerdings Mitte der 90er Jahre nicht mehrheitsfähig. Der bedeutsamste Fortschritt in dieser Zeit war eine Stärkung von FONASA in seiner Rolle als Finanzierer von Gesundheitsleistungen. Durch die präzisere Definition der Finanzierung von Versicherungsleistungen konnte die ungenügende Steuerung der Ressourcenallokation im Bereich der öffentlichen LeistungsanbieterInnen merklich verbessert werden, obgleich die Allokationsprobleme aufgrund der Größe von FONASA in Relation zum gesamten Versorgungssystem weiterhin erhebliche Bedeutung behielten. Die meisten der in den 90er Jahren entwickelten Konzepte und Ideen hatten indes keine Chance auf Umsetzung, da sie an diversen Partialinteressen der AkteurInnen im Gesundheitswesen und fehlender Konsensfähigkeit scheiterten. So blieb neben den Ansätzen zur Reform der Honorierung von LeistungserbringerInnen die drastische Ressourcensteigerung der öffentlichen Hand die entscheidende Veränderung im chilenischen Gesundheitssystem. Bisher hat die öffentliche Krankenkasse kaum

---

<sup>15</sup> Näheres dazu im Kap. 3.4 über die Reformen von FONASA

relevante Anreize hervorgebracht, um das anhaltende Wachstum des privaten Krankenversicherungsmarktes zu bremsen.<sup>16</sup>

Zumindest bis 1997 war vielmehr ein Zuwachs bei den ISAPRE-Versicherten zu verzeichnen, der sich allerdings zunehmend abflachte. Ab 1998 trat erstmalig seit der Reform des Sozialversicherungswesens ein Mitgliederschwund bei den Privatkrankenkassen auf.<sup>17</sup> Obwohl keine empirischen Daten hierzu vorliegen, ist dies vermutlich nur in geringem Maße auf die bis dahin erfolgten Reformen im öffentlichen Gesundheitssektor zurückzuführen. Neben Auswirkungen der beschriebenen Regulierungsbemühungen von Seiten des Staates war hierfür in erster Linie die gesamtwirtschaftliche Rezession verantwortlich, die dem südamerikanischen Land nach langen Jahren des Wachstums erstmalig Stagnation und steigende Arbeitslosigkeit bescherte.

Der Rückgang der Versichertenzahlen führte zum Ende der 90er Jahre zu einer steigenden Kontraktion des Marktes für private Krankenversicherungen und zu einer zunehmenden Kapitalkonzentration bzw. Oligopolisierung in diesem Bereich. Die Versicherungswirtschaft war zu Fusionen gezwungen, um die Rentabilität der Unternehmen und ihrer Investitionen im Bereich der Gesundheitsversorgung zu sichern. Darüber hinaus bemühen sich die chilenischen Krankenversicherungen in letzter Zeit zunehmend um *joint-ventures* mit ausländischen Konzernen, vornehmlich aus den USA und aus den Niederlanden. Im Zuge der Kapitalkonzentration in der Branche ist die Zahl der offenen ISAPREs mittlerweile von zwischenzeitlich über 30 auf nur noch 16 zurückgegangen,<sup>18</sup> in den meisten Fällen durch den Kauf einer kleineren durch eine größere Versicherung. Heute kontrollieren die drei größten ISAPREs weit mehr als die Hälfte des privaten Versicherungsmarktes<sup>19</sup> und 52 % der betriebsbedingten Einnahmen der Branche.<sup>20</sup> Und die vier wichtigsten ISAPREs repräsentieren praktisch

---

<sup>16</sup> Zur Entwicklung des privaten Krankenversicherungsmarktes s. Kap. 4.2.

<sup>17</sup> Siehe Kap. 4.2, Tabelle 16.

<sup>18</sup> Ende Mai 2000 meldete eine weitere ISAPRE, *Génesis*, Konkurs an und wurde aus dem Register gestrichen, wobei den Mitglieder die Möglichkeit geboten wurde, sich der neu entstehenden ISAPRE *LinkSalud* bzw. einer anderen Versicherung anzuschließen oder zu FONASA zu wechseln.

<sup>19</sup> 54 % der BeitragszahlerInnen, 55 % der Versicherten, 53 % der Pflichtbeiträge und 48 % des gesamten Beitragsaufkommens der offenen ISAPREs.

<sup>20</sup> In den spanischsprachigen Statistiken wird der Begriff *ingresos operacionales* verwendet.

zwei Drittel des Marktes<sup>21</sup> und mehr als 67 % der Gesamteinnahmen der Privatversicherer (Superintendencia de ISAPREs 1999, S. 12, 29, 31, 45, 53). Die Entwicklungen im Verlauf des Jahres 2000 zeigen, dass der Fusionsprozess auf dem enger werdenden Markt für private Krankenversicherungsleistungen keineswegs abgeschlossen ist.<sup>22</sup>

In den ersten 15 Jahren ihres Bestehens hatte die ISAPRE-Industrie zu den Wirtschaftszweigen mit den höchsten Renditen in dem südamerikanischen Land gehört. Sie entwickelte ausgefeilte Versicherungssysteme und teils hochspezialisierte Produkte für den Krankenversicherungsmarkt, die einem Vergleich mit den entwickelten Industrienationen durchaus standhalten. Lange Zeit stellte die chilenische Gesundheitsreform ein Modell für viele Länder Lateinamerikas dar und exportierte Ideen und *know-how* vornehmlich nach Kolumbien, Mexiko und Peru. Der Einbruch ihrer Marktentwicklung ab 1998 verdeutlicht jedoch die Unfähigkeit der Branche, der großen Gruppe der besserverdienenden FONASA-Versicherten attraktive Produkte zu konkurrenzfähigen Preisen anzubieten. Die schwindenden Expansionschancen stellen die private Versicherungswirtschaft vor grundlegende Probleme im Hinblick auf ihren kurz- und vor allem mittelfristigen Renditeaussichten. Die Mitgliederentwicklung und die rückläufigen Gewinne der Branche weisen darauf hin, dass der finanzielle Spielraum der ISAPREs enger wird. Die Rekrutierung neuer Zielgruppen und Marktsegmente scheint nicht zu gelingen, und der Rückgang der Mitgliederzahlen im Verlaufe der Jahre 1999 und 2000 lässt eine allgemeine Beitragssteige-

---

<sup>21</sup> 64 % der BeitragszahlerInnen, mehr als 65 % der Versicherten, 65 % der Pflichtbeiträge und 63 % der gesamten Beitragseinnahmen des privaten Krankenversicherungssektors.

<sup>22</sup> Ende April 2000 deutete sich der Kauf der zweitgrößten chilenischen ISAPRE *Banmédica* durch das us-amerikanische Versicherungskonsortium *Cigna* an, die bereits mit einer kleineren Versicherung am chilenischen Markt vertreten ist (*Cigna Salud*). Die Fusion, mit der *Cigna* ihren Marktanteil von 6,9 auf 26,5 % gesteigert und sich in den Marktführer verwandelt hätte, scheiterte letztlich an den Forderungen der *Banmédica*-EignerInnen.

Nach Meldung der Tageszeitung *El Mercurio* vom 16.6.2000, ging die Holding *Banmédica AG*, die im übrigen zu dem bedeutenden Konzern *Fernández León* gehört, eine strategische Allianz mit dem Unternehmen *Las Américas* (zum *Penta*-Konzern gehörig) ein, das die ISAPRE *Vida Tres* kontrolliert und darüber hinaus an *Inverclinsa* beteiligt ist, jener Holding, zu der auch das hervorragend ausgestattete Privatkrankenhaus *Clínica Alemana* gehört. Eine direkte Fusion beider Versicherungsunternehmen ist bisher nicht erfolgt, in einem solchen Fall hätte der Marktanteil der neuen ISAPRE bei 25 % gelegen.

rung unausweichlich erscheinen, wollen die beteiligten Unternehmen nicht jede Rentabilität einbüßen.<sup>23</sup>

Entsprechend vehementen Widerstand leistete die private Krankenversicherungswirtschaft Ende der 90er Jahre für die Beibehaltung der fiskalen Anreizpolitik zur Förderung der Nachfrage nach Versicherungsleistungen. In der Schlussphase der Regierung von Präsident Eduardo Frei wurde 1999 der staatliche Zuschuss im Umfang von maximal 2 % des Bruttoeinkommens abgeschafft, der ab 1986 zur Förderung der Nachfrage nach privaten Krankenversicherungen als Trägerinnen der sozialen Sicherung eingeführt worden war und für die Finanzierbarkeit des privaten Krankenversicherungssektors von nicht unerheblicher Bedeutung war. Mit der Zielsetzung, die Aufnahme von Angehörigen der unteren sozialen Klassen und von kinderreichen Familien zu fördern und dadurch das private Krankenversicherungswesen auf einen größeren Bevölkerungsanteil auszuweiten, subventionierte der Staat GeringverdienerInnen zusätzlich zum siebenprozentigen Pflichtbeitrag mit bis zu einer U.F. pro BeitragszahlerIn und bis zu 0,5 U.F. pro mitversichertem Angehörigem (vgl. Bitrán/Almarza 1997, S. 24). Diese Beihilfe durfte pro Mitgliedsfamilie maximal 2 % des zugrundegelegten Einkommens erreichen und wurde daher als Zweiprozentzuschuss (*Cotización Adicional Legal del 2 %*) bezeichnet. Dadurch erhöhte sich für die derart Begünstigten die Krankenkassenprämie auf bis zu 9 % des Bruttolohnes (Valenzuela 1998, S. 11). In vielen Fällen war so der Abschluss eines privaten Krankenversicherungsvertrags auch für die GeringverdienerInnen oder für Kinderreiche möglich, für deren siebenprozentigen Pflichtbeitrag der ISAPRE-Markt keinen Versicherungsvertrag bereithielt.

Überaus interessant war sowohl bei der Einführung als auch bei der Verteidigung dieses Zuschusses zur privaten Krankenversicherungsprämie die erstaunliche Bereitschaft der VerteidigerInnen einer unbeschränkten Freiheit des Marktes, zu denen die Wortführer des ISAPRE-Systems ohne jeden Zweifel zu zählen sind, immer dann von ansonsten als essenziell verkündeten Dogmen abzusehen, wenn es um den Fluss von Mitteln der öffentlichen Hand in Privatunternehmen geht. Die von den IdeologInnen des chilenischen Modells so heftig verfochtene Forderung, der Staat müsse sich jeglicher Wirtschaftsaktivität und jeder Einmischung in den Markt enthalten steht in offenkundigem Widerspruch zur jahrelang praktizierten

---

<sup>23</sup> Der Vorsitzende des Verbandes der ISAPREs (Asociación de ISAPREs), René Merino, äußerte Mitte 2000 die Auffassung, "die Industrie kann so nicht überleben, und irgendwann werden die Krankenversicherungen teurer werden und an die Kostenentwicklung angeglichen". (El Mercurio, 17.7.2000)

staatlichen Förderung der Nachfrage nach privaten Versicherungsleistungen im Gesundheitssektor. Bis zum Schluss focht das Privatversicherungswesen einen heißen Kampf zur Verteidigung des Zweiprozentzuschusses (s. z. B. Asociación de ISAPREs 1999, S. 14), ohne sich an dem immanenten Widerspruch einer solchen staatlichen Förderung zu der von ihnen vertretenen Wirtschaftstheorie zu stören. Die Vorschläge der Branche beschränkten sich auf alternative Formen und Berechnungsgrundlagen für die Vergabe derartiger Zuschüsse. So sollte im Wesentlichen das starre Vergabesystem durch ein flexibles und zum Einkommen umgekehrt proportionales ersetzt werden. Unter der Zielsetzung, möglichst breite Bevölkerungsschichten in den ISAPRE-Markt hineinzuziehen, sollten die niedrigsten Einkommen besonders gefördert und der Zuschuss mit steigendem Gehalt abnehmen.<sup>24</sup>

Im Hinblick auf das Gesamtsystem hatte indes eine zunehmend wichtige Gruppe innerhalb des Gesundheitswesens, die frei jeden Verdachts von Anti-Etatismus und Marktliberalität ist, den durch die zweiprozentigen Beitragszuschüsse repräsentierten Anreizmechanismus grundsätzlich in Frage gestellt. In Anbetracht der Ressourcenknappheit im öffentlichen Gesundheitswesen und vor allem bei FONASA forderten sie, die staatlichen Zuschüsse direkt dem Versorgungssystem des SNSS zufließen zu lassen und dieses in die Lage zu versetzen, unmittelbar die medizinischen Bedürfnisse der Bevölkerungsgruppen zu befriedigen, die von dem Staatszuschuss profitiert hatten. Mit der Abschaffung des Zweiprozentzuschusses konnten sich die BefürworterInnen einer staatlichen Förderung der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen gegenüber den VertreterInnen der Nachfrageförderung von Krankenversicherungsleistungen durchsetzen.

Die Verlagerung von Staatsgeldern hin zur direkten Verbesserung der medizinischen Versorgung der mittleren und unteren Bevölkerungsschichten diene primär der Verbesserung des öffentlichen Dienstleistungsspektrums. Gerade vor dem Hintergrund der weitgehenden Deregulierung im privaten Krankenversicherungswesen in Chile stellte sich die Frage, ob die von der Branche vertretene Förderung der Nachfrage nach Krankenversicherungsleistungen für das Gesamtsystem überhaupt vertretbar ist. Die Erhöhung der Wahlfreiheit für die BürgerInnen auf dem privaten Markt begünstigt ohne Zweifel die ISAPREs. Ob sie mehr sein kann als eine Unterstützung dieses Wirtschaftszweiges, ist indes überaus fraglich, insbesondere im Vergleich mit den Möglichkeiten, die eine staatliche Förderung der

---

<sup>24</sup> Mündliche Ausführung der Vorstellungen des ISAPRE-Verbandes durch deren Geschäftsführer Rafael Caviedes Ende Januar 2000.

Nachfrage nach Gesundheitsleistungen für das Gesamtsystem mit sich bringt. Dies gilt vor allem dann, wenn die finanziellen Ressourcen nicht nur zur Subventionierung der Anbieterseite eingesetzt werden, sondern auch nach dem Prinzip „the money follows the patient“ den einzelnen Versicherten für die Behandlung bei den AnbieterInnen ihrer Wahl zur Verfügung stehen (vgl. hierzu auch Baeza/Muñoz 1999, S. 10).

## **2.4. Die sozioökonomische und epidemiologische Situation**

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts vollzog sich in Chile der Übergang von einem Entwicklungsland mit den klassischen Armutsfolgen zu einem Schwellenland mit verändertem demografischem und epidemiologischem Profil. Vor dem Hintergrund veränderter sozialer Bedingungen, einer zunehmenden Verstädterung und sich allmählich verbessernden Lebensbedingungen begann sich das Alters- und Krankheitsprofil in dem langgestreckten Andenstaat zu verändern. Zum Verständnis und zur Bewertung der chilenischen Gesundheitsreform sind Kenntnisse über die bestehende Situation in dem südamerikanischen Land unerlässlich. Vor der eingehenden Darstellung der beiden bedeutsamsten Krankenversicherungssysteme in Chile erfolgt daher an dieser Stelle ein kurzer Exkurs zu den wichtigsten entwicklungspolitischen, sozioökonomischen und epidemiologischen Indikatoren in den letzten vier Jahrzehnten des vergangenen Jahrhunderts.

Zur Vermittlung eines Überblicks über die historische Entwicklung soll die folgende Aufstellung der generellen wirtschaftlichen Eckdaten seit Ende der 50 Jahre bis in die zweite Hälfte der 90er Jahre dienen. Hierbei zeigt sich am Ende des Beobachtungszeitraums zwar bei den makroökonomischen Daten eine positive und stabile Situation mit anhaltendem Wirtschaftswachstum, niedriger Inflation und ebenfalls vergleichsweise geringer Arbeitslosigkeit. Die Bezahlung der Arbeitskraft und vor allem der gesetzlich festgelegte Mindestlohn haben indes mit der allgemeinen Entwicklung nicht Schritt halten können. Dabei fällt insbesondere die unterschiedliche Entwicklung der Durchschnittseinkommen mit ihrem allmählichen Anstieg und des Mindestlohnes auf, der heute nicht einmal das Niveau vor 40 Jahren eingeholt hat. Dieses Phänomen ist als Indikator für die in Chile extrem weite und im Zuge des Wirtschaftswachstums zunehmende Schere in der Einkommensverteilung zu werten.

### Tabelle 3

## Wichtigste Wirtschafts- und Sozialindikatoren von 1959-1997

|                             | Regierung<br>Alessandri<br>1959-64 | Regierung<br>Frei sr.<br>1965-70 | Regierung<br>Allende<br>1971-73 | Pinochet-<br>Regime<br>1974-89 | Regierung<br>Aylwin<br>1990-93 | Regierung<br>Frei jr.<br>1994-97 |
|-----------------------------|------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <b>Wachstum BSP*</b>        | 3,9 %                              | 4,1 %                            | 0,7 %                           | 3,4 %                          | 7,8 %                          | 7,7 %                            |
| <b>Inflationsrate*</b>      | 26,6 %                             | 26,3 %                           | 285,7 %                         | 79,9 %                         | 17,7 %                         | 7,4 %                            |
| <b>Arbeitslosenrate*</b>    | 5,2 %                              | 5,9 %                            | 4,8 %                           | 17,1 %                         | 7,3 %                          | 6,9 %                            |
| <b>Löhne und Gehälter**</b> | 62,2                               | 84,2                             | 90,0                            | 81,4                           | 94,7                           | 94,4                             |
| <b>Mindestlohn**</b>        | 116,8                              | 101,8                            | 134,0                           | 83,0                           | 83,0                           | 85,0                             |

Quelle: Cristián Echeverría V. (1994), La Institucionalidad Laboral en Chile. Bzgl. der Angaben zum BSP sowie zu den Inflations- und Arbeitslosenraten unter den Regierungen Aylwin und Frei aktualisierte Zahlen auf der Grundlage der Daten der chilenischen Zentralbank, des Nationalen Statistikinstituts INE und des Wirtschaftsministeriums; alle Angaben nach Contreras et al. 1999, S. 10.

(\*) Durchschnittswerte der jährlichen Raten für die entsprechenden Regierungsperioden.

(\*\*): Löhne, Gehälter und gesetzlich festgelegter Mindestlohn indiziert berechnet auf der Grundlage von 1970 (=100)

Im ipsichronen Vergleich der sozialen und gesundheitsrelevanten Eckdaten nimmt das Land heute auf dem lateinamerikanischen Subkontinent einen Platz im oberen Mittelfeld ein. In einzelnen Bereichen konnte Chile sogar zu den entwickelten Industrienationen aufschließen, insbesondere bei der Mortalitätsentwicklung und der allgemeinen Lebenserwartung, die heute nur geringfügig unter den Werten für Mitteleuropa liegt (s. Tabelle 6 weiter unten). Das Bevölkerungswachstum lag zwar zu Beginn der 90er Jahre mit 1,5 % noch über dem der Nachbarländer und nur knapp unter dem lateinamerikanischen Durchschnitt, doch zeichnet sich für die zweite Hälfte des Jahrzehnts ein Rückgang auf das Niveau Argentiniens ab. Die folgende Tabelle vermittelt einen Überblick über die sozioökonomischen, sanitären und epidemiologischen Bedingungen in vergleichbaren Ländern der Region.

Tabelle 4

Ausgewählte Sozial- und Gesundheitsindikatoren der Cono-Sur-Staaten und sozioökonomisch geordnete regionale Referenzwerte

| Land                           | Bevölkerungswachstum (1995) | Gross secondary school enrollment (% of age group) | Bevölkerung mit Zugang zu Trinkwasser (1989-95) | Bevölkerung mit Zugang zu Hygieneeinrichtungen (1989- 95) | Bevölkerung mit Zugang zu Ges.einrichtungen (1990) <sup>a</sup> | Unterernährung Kinder unter 5 Jahren (1990-96) |
|--------------------------------|-----------------------------|--|---|---|---|--|
| <b>Argentinien</b>             | 1,3 %                       | ?  | 64 %  | 89 %  | 92 %  | 2 %  |
| <b>Chile</b>                   | 1,5 % <sup>b</sup>          | 52   | 96 %  | 71 %  | 93 %  | 1 %  |
| <b>Uruguay</b>                 | 0,6 %                       | 81   | 34 %  | 82 %  | 96 %  | 4 %  |
| <b>Durchsch.-werte</b>         |                             |  |   |   |   |  |
| <b>Lateinamerika</b>           | 1,7 %                       | 59 %   | 80 %  | 67 %  |   | 11 %   |
| <b>Low-income-countries</b>    | 1,7 %                       | 57 %   | 53 %  |   |   |  |
| <b>Middle-income-countries</b> | 1,6 %                       | 61 %   | 94 %  |   |   |  |
| <b>High-income-countries</b>   | 0,7 %                       | 97 %   |   | 92 %  |   |  |

Quelle: Weltbank - Statistisches Handbuch (Worldbank 1999).

<sup>a</sup>: Interamerikanische Entwicklungsbank 1996.

<sup>b</sup>: Für die zweite Hälfte der 90er Jahre wird eine Wachstumsrate von jährlich 1,3 % erwartet.

Aus dieser Aufstellung der wichtigsten sozialpolitisch relevanten Zahlen Chiles im Vergleich zu den Nachbarstaaten und zu regionalen Durchschnittswerten geht hervor, dass ein relativ hoher Bevölkerungsanteil in Chile Zugang zu Trinkwasser und Gesundheitseinrichtungen besitzt. Das Problem der Unterernährung bei Kindern spielt in Chile in seiner klassi-

schen Bedeutung keine Rolle mehr, wobei allerdings von einer hohen Dunkelziffer von mangel- und fehlernährten Kindern in den armen Stadtrand-siedlungen (*poblaciones*) sowie in den abgelegenen, unwirtschaftlichen Regionen auszugehen ist. Auffällig ist die niedrige Quote von ChilenInnen mit höherer Schulbildung in den verschiedenen Altersstufen, deren Anteil unter dem Durchschnitt der ärmsten Länder des Subkontinents liegt und somit weit abgeschlagen hinter dem der Länder mit vergleichbarer Einkommenssituation. Auf die Hintergründe der schlechten Bildungsindikatoren soll an dieser Stelle nur soweit eingegangen werden, wie es sich hier um eine Folge desselben politischen Grundverständnisses handelt, das auch bei der Analyse des chilenischen Gesundheitssystems immer wieder zum Vorschein kommt. Die Kürzung der sozialpolitisch motivierten Staatsausgaben, Dezentralisierung ohne angemessenen Finanzstrukturausgleich und uneingeschränkte Förderung der Privatisierung führten auch im Bildungswesen zu einer zunehmenden Erhöhung der individuellen Ausgaben und einer härteren sozioökonomischen Ausgrenzung.<sup>25</sup>

Bei den Gesundheitsausgaben nimmt Chile heute innerhalb des lateinamerikanischen Kontinents mit seiner Gesundheitsquote von 6,5 % eine mittlere Position ein. Dabei stieg der öffentliche Ausgabenanteil für Gesundheit zwischen 1988 und 1997 von 2,2 auf 2,6 %, womit der Fiskus seinen Anteil an den gesamten Gesundheitsausgaben auf 40 % steigern konnte. Die folgende Tabelle zeigt die Gesundheitsquote ausgewählter Länder mit einem ansatzweise vergleichbaren Lebensstandard sowie vergleichbarer medizinischer Versorgung in Relation zum Pro-Kopf-Bruttoinlandsprodukt. Die generelle ökonomische Entwicklung in den entsprechenden Ländern lässt allerdings in jüngster Zeit eine Verschiebung der nachfolgend aufgeführten Größenordnungen vermuten, da tendenziell eine Steigerung der mexikanischen Gesundheitsausgaben sowie eine Reduzierung des entsprechenden Budgets in Argentinien zu beobachten ist.

---

<sup>25</sup> Der während der Militärdiktatur sukzessive reduzierte Bildungsetat wurde nach der Redemokratisierung in ähnlichem Maße aufgestockt wie das Gesundheitsbudget. Die Verteilung der Finanzierung und Verantwortung für das Schulwesen auf die Stadtverwaltungen brachte eine Benachteiligung ärmerer Kommunen mit sich, die nicht nur weniger Geld zur Verfügung, sondern auch schlechtere Chancen auf die Anwerbung von Drittmitteln haben. Die öffentlichen Schulen kämpfen – vergleichbar mit den öffentlichen Gesundheitseinrichtungen – mit ihrem schlechten Image, und wer es sich irgendwie leisten kann, schickt seine Kinder auf die teuren Privatschulen und später auf private Universitäten. Die drastische Mittelaufstockung auch im Bildungssektor hat diese Entwicklung bisher nicht nennenswert gebremst (vgl. hierzu auch Contreras et al. 1999, S. 10ff und 68ff).

Tabelle 5

Gesundheitsausgaben einiger lateinamerikanischer Länder im Jahr 1997

| Land               | BIP pro Kopf<br>(in US-\$ von 95) | Gesundheits-<br>quote gesamt | Öffentliche Gesund-<br>heitsquote |
|--------------------|-----------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| <b>Argentinien</b> | 8.030                             | 10,6                         | 4,3                               |
| <b>Uruguay</b>     | 5.170                             | 8,5                          | 2,0                               |
| <b>Chile</b>       | 4.100                             | 6,5                          | 2,6                               |
| <b>Brasilien</b>   | 3.640                             | 7,4                          | 2,7                               |
| <b>Mexiko</b>      | 3.320                             | 5,8                          | 2,8                               |
| <b>Costa Rica</b>  | 2.810                             | 8,5                          | 6,3                               |

Quelle: Weltbank - Statistisches Handbuch (Worldbank 1999)

Die aktuelle, in der obigen Statistik noch nicht berücksichtigte Entwicklung ist durch eine weitere Steigerung der absoluten wie der relativen Aufwendungen für das Gesundheitswesen in Chile zum Ende der 90er Jahre gekennzeichnet. So erhöhte die Regierung von Präsident Eduardo Frei (1994-2000) die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben auf jährlich 331 US-\$ und die Gesundheitsquote auf 8 %. Gleichzeitig konnte der Armutsanteil im Verlauf der 90er Jahre von rund 40 % auf 20,5 % verringert werden, wobei allerdings die Einkommensrelation zwischen dem obersten und dem untersten Quintil leicht auf 11,7 anstieg (www.paho.org 21.12.1999).

Bei der Analyse der infrastrukturellen und epidemiologischen Situation in dem langgestreckten südamerikanischen Land fällt zunächst die relativ gute Versorgung mit medizinischen Fachkräften und mit Gesundheitseinrichtungen auf. Landesweit besteht in Chile derzeit eine Versorgungsdichte von 10,6 ÄrztInnen pro 10.000 sowie 30,9 Krankenhausbetten pro 1.000 EinwohnerInnen (www.paho.org 21.12.1999). Es zeigt sich allerdings eine hohe Konzentration des Angebots in städtischen bei gleichzeitiger Unterversorgung in ländlichen und vor allem in abgelegenen Regionen. Hier wird die medizinische Versorgung im Wesentlichen durch die einjährige Pflichtpraxiszeit angehender und kaum berufserfahrener MedizinerInnen unmittelbar nach Abschluss des Studiums (*Año Rural*) gewährleistet und aufrecht erhalten. Die schlechtere medizinische Versorgung der Bevölkerung in abgelegenen ländlichen Orten, die gleichzeitig zu den struktur- und einkommensschwächsten Regionen des Landes gehören, schlägt sich in einer deutlichen Ungleichheit in der Gesundheits- und Lebenser-

wartung nieder. So verzeichnet das ärmste Dezil aller Kommunen, das im übrigen einen Armutsanteil von 45,6 % aufweist, mit 156,9 mehr als doppelt so viele potenziell verlorene Lebensjahre wie die reichsten Gemeinden mit 72,6 (Armutsanteil 13,6 %), wobei die durchschnittliche Zahl der medizinischen Konsultationen pro Einwohner offenbar keinen unmittelbaren Einfluss auf dieses Ergebnis hat (Funasupo 2000, S. 4).

Ohnehin erweist sich die Erfassung der Gesundheitsparameter zur Beurteilung des *out-comes* von Sicherungs- und Versorgungssystemen als sehr komplex, da sie sich aus sehr unterschiedlichen Faktoren zusammensetzt. So sind auch in Chile, der Vernachlässigung der öffentlichen Gesundheitspolitik während des Pinochet-Regimes zum Trotz, die Folgen der vor allem in den 60er und 70er Jahren im Rahmen einer nachholenden Entwicklung intensiv betriebenen, konsequenten Gesundheitspolitik unter Anwendung klassischer *public-health*-Strategien bis heute sichtbar. Dafür spricht die im Vergleich zu den Nachbarländern relativ geringe Bedeutung epi- bzw. endemischer und anderer Infektionskrankheiten wie Cholera, Typhus, Chagas oder Tuberkulose, für die es bis heute Präventions- und Kontrollprogramme gibt.<sup>26</sup> Das langgestreckte Andenland zeichnet sich zudem durch eine sehr hohe Impfquote in Bezug auf die wichtigsten Kinderkrankheiten sowie bei der weiterführenden Versorgung durch einen enorm hohen Anteil fachkundig betreuter Geburten aus. Als typisches Schwellenland Lateinamerikas hebt sich Chile bei den klassischen Gesundheitsindikatoren heute deutlich von den ärmeren Entwicklungsländern ab und nähert sich den Industrieländern des Nordens. Dies zeigt sich in besonderem Maße bei der mittleren Lebenserwartung zum Zeitpunkt der Geburt, die bei Männern 72,4 und bei Frauen sogar 78,4 Jahre beträgt (durchschnittliche Lebenserwartung der Gesamtbevölkerung: 75,4 Jahre) und damit praktisch die Werte der europäischen Industriestaaten erreicht hat. Für das Sozial- und insbesondere für das Krankenversicherungssystem von grundlegender Bedeutung ist die in der folgenden Tabelle erkennbare demografische und epidemiologische Entwicklung der letzten Jahre.

---

<sup>26</sup> Die landesweite Koordination sowie die Umsetzung unterliegen im Wesentlichen dem Nationalinstitut für Öffentliche Gesundheit (*Instituto de Salud Pública – ISP*), das direkt dem Gesundheitsministerium untersteht. Neben regelmäßigen Gesundheits-Surveys, Kontrollprogrammen für übertragbare Krankheiten einschließlich HIV und AIDS sowie der Koordinierung von Impfkampagnen obliegt dem Institut, das in gewisser Weise mit den deutschen Gesundheitsämtern vergleichbar ist, auch die Qualitätskontrolle im klinischen und insbesondere im Laborbereich; das ISP ist das einzige Referenzlabor in Chile (vgl. ISP 1999b).

Tabelle 6

Epidemiologische Eckdaten aus Chile Ende 1999

|   |        |    |
|---|--------|----|
| Säuglingssterblichkeit (pro 1000 Lebendgeborene)  | 11,1   |    |
| Kindersterblichkeit bis 5 Jahren (pro 1000 Lebendgeborene)  | 14,8   |    |
| Mütterliche Sterblichkeit (pro 100.000 Lebendgeburten)  | 25,0   |    |
| Geschätzte Sterblichkeit aufgrund übertragbarer Erkrankungen (altersadaptiert, pro 100.000 EinwohnerInnen)  | 62,6   |    |
| Geschätzte Tumorsterblichkeit (altersadaptiert, pro 100.000 EinwohnerInnen)                                 | 118,4  |    |
| Geschätzte Sterblichkeit aufgrund von vaskulären Erkrankungen (altersadaptiert, pro 100.000 EinwohnerInnen) | 164,0  |    |
| Geschätzte Sterblichkeit durch äußere Einwirkungen (altersadaptiert, pro 100.000 EinwohnerInnen)            | 65,3   |    |
| Impfschutz bei unter Einjährigen in Prozent:  | DPT    | 91 |
|   | OPV3   | 91 |
|   | BCG    | 98 |
|   | Masern | 97 |
| Anteil fachkundig betreuter Geburten (in Prozent)   | 95     |    |

Quelle: Panamerikanische Gesundheitsorganisation (www.paho.org, 21.12 1999)

Bei der Krankheitsentwicklung lässt sich in Chile eine weitgehende Verlagerung von den klassischen Pathologien der Entwicklungsländer (übertragbare Krankheiten, hohe perinatale und frühkindliche Sterblichkeit) hin zu den oftmals als Zivilisationskrankheiten beschriebenen Problemen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bösartigen Tumoren und unfallbedingten Traumata erkennen.<sup>27</sup> Diese in Lateinamerika in den letzten 20-30 Jahren zu beobachtende Tendenz stellt die sozialen Sicherungssysteme vor eine Reihe von Problemen, die auch aus den industrialisierten Wohlfahrtsstaaten hinlänglich bekannt sind, sich in den Schwellenländern jedoch im Zeitraffer vollziehen. Gerade in Chile mit seinem zweigliedrigen Gesund-

<sup>27</sup> Diese Entwicklung deckt sich in weitem Maße mit den Einschätzungen der Globalburden-of-disease-Studie der Weltbank von Anfang der 90er Jahre, die selbst in den ärmeren Entwicklungsländern eine Zunahme von vaskulären, tumorösen und unfallbedingten Erkrankungen feststellte.

heits- und Krankenversicherungswesen stellt der epidemiologische Wandel die AnbieterInnen von Versicherungsleistungen vor besondere Herausforderungen. Eigene Nachforschungen zeigten, dass insbesondere die Vertrags- und Leistungsstruktur der privaten Versicherungswirtschaft im Hinblick auf die Funktion der sozialen Sicherung keine adäquate Antwort auf die anstehenden Veränderungen bereithält. Das chilenische Modell hat die privaten Krankenversicherungen bisher weitestgehend von den durch zunehmende Alterung und Veränderung des epidemiologischen Profils bedingten Kosten verschont und diese ganz überwiegend auf das öffentliche Krankenversicherungssystem abgewälzt.

Erst jetzt, fast 20 Jahre nach der Gründung der ISAPREs, entwickelt das chilenische Privatversicherungswesen Konzepte zur Abdeckung komplexerer Gesundheitsrisiken wie die Zusatzversicherung gegen schwere Krankheiten (*Seguro de Enfermedades Catastróficas*), die im Verlauf des Jahres 2000 immer konkretere Formen annimmt.<sup>28</sup> Obwohl VertreterInnen der *Asociación de ISAPRES*, des Verbandes der privaten Krankenversicherer, einen derartigen Konkurrenzdruck abstreiten,<sup>29</sup> legen der zeitliche Zusammenhang und der Stellenwert dieses Themas in der öffentlichen Diskussion die Annahme nahe, dass die Privatversicherungen damit auf den zudem propagandistisch stark unterstützten Wettbewerbsdruck reagieren, den FONASA durch die Ausweitung des Versicherungsschutzes auf komplexe und schwere Erkrankungen und die Einführung von bestimmten altersassoziierten Leistungen geschaffen hat (vgl. auch Sánchez 1999, S. 94). So wurde ab 1998 ein bestimmter Anteil der Ressourcen von FONASA zum Abbau der Wartezeiten bei der Versorgung schwerwiegender Erkrankungen wie häufigen Malignomen, chronischer Niereninsuffizienz und koronarer Herzkrankheit eingesetzt. Mit dieser Maßnahme konnte das im öffentlichen Sektor bedeutsame Problem der impliziten Rationierung durch die Zurückstellung lebensnotwendiger Krankheiten merklich reduziert werden. Allerdings besteht es ohne Zweifel in der Realität und vor allem im Bewusstsein der BürgerInnen bis heute weiter, wie auch das folgende Kapitel eingehender zeigen wird.

---

<sup>28</sup> Diese Zusatzabsicherung für Privatversicherte wird im Kap. 4.5 über die finanzielle Deckung der ISAPRE-Verträge eingehender dargestellt.

<sup>29</sup> Mündliche Äußerung des Geschäftsführers der *Asociación de ISAPRES*, Rafael Caviedes, im Gespräch mit dem Autor am 20.1.2000: Es sei keineswegs der Druck von Seiten der öffentlichen Krankenversicherung FONASA, der die Privatversicherer zu derartigen Innovationen und Ausweitungen des Leistungsangebots veranlasst hätte, sondern deren eigenes Interesse, ihr Produkt zu verbessern und an die steigenden Kundenerwartungen anzupassen.

## **2.5. Allgemeine Wahrnehmung des chilenischen Gesundheitssystems**

Das gemeinhin vorherrschende Bild der ChilenInnen von ihrem Gesundheitswesen ist durch eine spürbare Unzufriedenheit und Frustration gekennzeichnet. Nach übereinstimmender Expertenmeinung liegt dies in erster Linie an dem bestehenden Mangel an integralen und gesamtgesellschaftlich akzeptierten Lösungsansätzen für die Grundprobleme, die sowohl den Gesundheitssektor als solchen als auch die BürgerInnen als NutzerInnen desselben betreffen (vgl. Chile 21 1998b, S. 14). Trotz aller Neuerungen und Änderungen der letzten zehn Jahre hat sich im Bewusstsein der meisten ChilenInnen generell der Eindruck festgesetzt, dass die Gesellschaft als Kollektiv bei der Lösung der Probleme in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung versagt hat und die Verantwortung nunmehr auf die Individuen abgewälzt worden ist. Die Gewichtung der verschiedenen Inhalte und Streitpunkte im letzten Präsidentschaftswahlkampf in Chile Ende 1999 bzw. Anfang 2000 belegen, dass sich die Wahrnehmung des sensiblen Themas Gesundheit in der zweiten Hälfte der 90er Jahre offenbar nicht nennenswert verändert hat. Insgesamt hat sich in dem südamerikanischen Land das Bild eines zweigeteilten Gesundheitswesens durchgesetzt, in dem allein der Geldbeutel über die Zugehörigkeit entscheidet: Die ISAPREs für die Reichen und FONASA für die Armen (vgl. Solimano/Vergara 1999 S. 6).

Bei aller Übereinstimmung in der generellen Kritik an dem heutigen Gesundheitssystem hat die Bevölkerung des südamerikanischen Landes ein recht differenziertes Bild. Die ISAPREs werden in erster Linie als Unternehmen mit wirtschaftlichen Interessen wahrgenommen, während das allgemeine Bild von FONASA durch chronischen Finanzmangel und die dadurch bedingte Knappheit an essenziellen Ressourcen gekennzeichnet ist (s. Chile 21 1998b, S. 15). Bei den öffentlichen AnbieterInnen von Gesundheitsleistungen beklagen sich die ChilenInnen in erster Linie über Wartezeiten, Zurückweisung und einen herablassenden, entwürdigenden Umgang, wohingegen das private Krankenversicherungssystem bei vielen BürgerInnen in erster Linie ein Gefühl von Schutzlosigkeit und latentem Betrug weckt (s. Holst 2000b, S. 20). Obwohl es sich bei den genannten Problemen formal um die Folgen der Funktionsweise der einzelnen Subsysteme handelt, tendiert die Bevölkerung zu einer Verallgemeinerung der wahrgenommenen Unzulänglichkeiten. Vielerorts herrscht daher der Gesamteindruck eines insgesamt versagenden Gesundheitssystems, das viele Versorgungsmängel aufweist und keinen ausreichenden Schutz im Sinne

sozialer Sicherung gewährt (UNDP-Bericht *Desarrollo Humano en Chile* (Humane Entwicklung in Chile) 1998; nach Contreras et al. 1999, S. 26).

Im Hinblick auf die Einschätzung des Zustands der verfügbaren Gesundheitseinrichtungen äußerte Mitte der 90er Jahre fast die Hälfte der Befragten in einer repräsentativen Umfrage des Meinungsforschungsunternehmens CEP die Auffassung, die Situation seit dem Ende der Diktatur sei unverändert geblieben. An zweiter Stelle folgte die Beurteilung, die Lage habe sich verbessert, und die kleinste Gruppe der Befragten sah sogar eine Verschlechterung. Dabei fiel auf, dass vor allem die gehobeneren Schichten die Situation der Gesundheitsversorgung als unverändert befanden (61 %) und nur in geringem Umfang eine Verschlechterung empfanden (9 %). Bei den mittleren Einkommensgruppen hingegen empfand ein höherer Prozentsatz (36 %) der Befragten, das Gesundheitswesen habe sich verbessert. Diese Wahrnehmung deckt sich mit der Zielgruppe der Reformen, die hauptsächlich darauf abzielten, die Bedingungen für die Mittelschicht zu verbessern.

Bei den Gesundheitseinrichtungen sah die Mehrheit der Befragten keine Veränderung zwischen 1993 und 1994. Diese Einschätzung äußerten mehrheitlich Angehörige der Mittelschicht (56 %), während die gehobenen Schichten in stärkerem Maße eine Verbesserung (24 %) und die Unterschichtsangehörigen eine Verschlechterung der Lage wahrnahmen (25 %) (alle Daten laut CEP 1994, zitiert nach Contreras et al. 1999, S. 94f). Eine vergleichbare Beurteilung lässt sich auch bzgl. des subjektiv empfundenen Krankenversicherungsschutzes beobachten. Die Unzufriedenheit mit ihrer Versicherung ist bei den unteren sozialen Schichten am stärksten ausgeprägt und auch bei der Mittelklasse bei mehr als der Hälfte der Befragten anzutreffen, wie die folgende Tabelle veranschaulicht.

Tabelle 7

Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem nach Schichtzugehörigkeit

| <b>Beurteilung</b>                | <b>Sozioökonomischer Status</b> |        |         |
|-----------------------------------|---------------------------------|--------|---------|
|                                   | Hoch                            | Mittel | Niedrig |
| Zufrieden oder sehr zufrieden     | 57 %                            | 43 %   | 34 %    |
| Unentschieden                     | 7 %                             | 6 %    | 8 %     |
| Unzufrieden oder sehr unzufrieden | 35 %                            | 51 %   | 56 %    |

Quelle: CEP-Studie, Nov. - Dez. 1994; nach Solimano/Vergara 1998, S. 18

Insgesamt zeigen diese Einschätzungen der Befragten eine interessante Korrelation zwischen der sozialen Schicht und der Bewertung des eigenen Krankenversicherungssystems. Bei den Unterschichtsangehörigen besteht eine deutlich stärkere Unzufriedenheit, wobei es sich bei dieser Gruppe mehrheitlich um FONASA-Mitglieder handeln dürfte. Die privilegierten Bevölkerungskreise hingegen, die mehrheitlich zu den ISAPRE-Versicherten gehören, zeigen den höchsten Grad an Zuspruch zu ihrem Krankenversicherungssystem. Eine weitergehende Auswertung der Umfrageergebnisse zeigte im übrigen noch ein anderes interessantes Phänomen: Männer wiesen einen etwas höheren Zufriedenheitsgrad mit ihrer Krankenversicherung auf als Frauen (Contreras et al. 1999, S. 95f).

Tabelle 8

Wahrnehmung der sozialen Sicherung nach Schichtzugehörigkeit

| <b>Beurteilung</b>                             | <b>Gesamt</b> | <b>Sozioökonomischer Status</b> |        |         |
|--|---------------|---------------------------------|--------|---------|
|  |               | Hoch                            | Mittel | Niedrig |
| Ich fühle mich fast oder völlig abgesichert    | 8 %           | 25 %                            | 11 %   | 6 %     |
| Ich fühle mich gut oder vernünftig abgesichert | 23 %          | 35 %                            | 31 %   | 17 %    |
| Ich fühle mich unzureichend abgesichert        | 35 %          | 27 %                            | 38 %   | 33 %    |
| Ich fühle mich kaum / nicht abgesichert        | 0 %           | 0 %                             | 0 %    | 0 %     |
| Ich habe keine Krankenversicherung             | 32 %          | 12 %                            | 19 %   | 42 %    |
| Weiß nicht, keine Antwort                      | 0 %           | 0 %                             | 0 %    | 0 %     |

Quelle: CEP-Studie, Nov. - Dez. 1994; nach Solimano/Vergara 1998, S. 18

Auch bei der Frage nach der subjektiv empfundenen Güte der Risikoabdeckung im Rahmen des Krankenversicherungsschutzes zeigt sich eine Korrelation zwischen dem Grad der Zufriedenheit und dem sozialen Status. Während drei Fünftel der Oberschichtsangehörigen angeben, völlig oder weitgehend zufrieden mit ihrem Versicherungsschutz zu sein, fühlen sich nur noch gut zwei Fünftel der Befragten aus der Mittel- und nicht einmal ein Viertel aus der Unterschicht ausreichend abgesichert. Die Unzufriedenheit mit der individuell empfundenen Risikoabdeckung ist in der Mittelschicht am stärksten ausgeprägt, was sicherlich ebenfalls mit dem höheren Anteil von FONASA-Mitgliedern bei den unteren Einkommens-

gruppen zu erklären ist. Gerade in Anbetracht der subjektiv als akzeptabel bis gut befundenen Sicherheit im öffentlichen System fällt der Befund auf, dass mehr als zwei Fünftel der ärmeren Bevölkerungsschichten nirgends registriert sind und somit überhaupt keinen Versicherungsschutz genießen.

Ebenso lassen sich bei der subjektiven Wahrnehmung der von den medizinischen LeistungserbringerInnen erbrachten Behandlungsqualität die vorgenannten generellen Tendenzen in den neuesten zur Verfügung stehenden Umfragen wiederfinden. Gleichzeitig geben sie konkretere Auskünfte über die Sorgen wie über die Hauptursachen für die Unzufriedenheit mit den Gesundheitseinrichtungen. Bei einer repräsentativen Umfrage unter insgesamt 603 Personen von Anfang 1999 äußerten gut zwei Fünftel der Befragten die Auffassung, freundlicher Umgang und gute Behandlung seien die wichtigsten Faktoren im Kontakt mit ÄrztInnen oder Krankenhäusern. An zweiter Stelle folgen die finanziellen und die zeitlichen Bedingungen des Zugangs zur gesundheitlichen Versorgung.<sup>30</sup> Das augenfälligste Ergebnis war, dass sich nicht einmal die Hälfte der NutzerInnen der Gesundheitseinrichtungen mit der Behandlung und dem Umgang des medizinischen sowie des administrativen Personals zufrieden zeigte. Die höchste Unzufriedenheit äußerten die Befragten im Hinblick auf den Zugang zu medizinischer Behandlung, wobei hier das Problem des Ende 1999 offiziell abgeschafften *cheque de garantía* entscheidend zu diesem Ergebnis beigetragen hat. Lange Zeit mussten alle PatientInnen bei der stationären Aufnahme in ein Privatkrankenhaus eine derartige Kostenübernahmegarantie, beispielsweise in Form eines Blankoschecks oder ähnlicher Sicherheiten, beibringen, bevor sie überhaupt behandelt wurden. Vor allem in den ersten Jahren nach der Gesundheitsreform kostete diese Regelung nicht wenige Menschen das Leben und führte in vielen Fällen zu vermeidbaren Verschlimmerungen, weil sich die privaten Kliniken weigerten, ohne entsprechende Garantien tätig zu werden.

Zwar musste die Mehrheit der Befragten bisher keine erforderlichen Behandlungen aus Angst vor Zahlungsunfähigkeit verschieben, doch gab immerhin ein gutes Drittel an, bereits vor diesem Problem gestanden zu haben. Finanzielle Schwierigkeiten betrafen naturgemäß die oberen Ein-

---

<sup>30</sup> Diese und die folgenden Umfrageergebnisse beziehen sich auf eine von dem unabhängigen Consulting-Unternehmen Tironi & Asociados im Auftrag der "Fundación Salud y Futuro" Anfang 1999 in Santiago mit einer Kohorte von 603 Personen durchgeführten Erhebung. 58 % waren FONASA-Mitglieder, 30 % bei einer ISAPRE versichert, 3 % gehörten der Armee und damit deren Sozialversicherungssystem an, 7 % bezeichneten sich als Selbständige und 1 % konnte sich keinem Krankenversicherungssystem zuordnen.

kommensschichten am wenigsten, auch wenn immerhin fast ein Fünftel aus dieser Gruppe bereits mindestens einmal ihre Behandlung aus ökonomischen Gründen verschieben musste. Jeweils ein Drittel der mittleren und der unteren sozialen Schicht gaben dasselbe Problem an, das im übrigen Frauen mit 38 % gegenüber 30 % in wesentlich stärkerem Maße zu treffen scheint als Männer (Contreras et al. 1999, S 96).

Tabelle 9

Zufriedenheitsgrad mit der üblicherweise erfahrenen Behandlung in Bezug auf ... (n=603)

|   | <b>Unzu-<br/>frieden</b> | <b>Wenig<br/>zufrie-<br/>den</b> | <b>Einiger-<br/>maßen<br/>zufrieden</b> | <b>Sehr<br/>zufrie-<br/>den</b> | <b>Keine<br/>Anga-<br/>be</b> |
|---|--------------------------|----------------------------------|---|---------------------------------|-------------------------------|
| <b>Gute medizinische und<br/>menschliche Behandlung</b>                           | 12 %                     | 16 %                             | 27 %                                    | 44 %                            | 1 %                           |
| <b>Leichter Zugang zur Be-<br/>handlung, ohne Vorlage<br/>eines Blankoschecks</b> | 28 %                     | 24 %                             | 12 %                                    | 22 %                            | 14 %                          |
| <b>Sofortige Behandlung im<br/>Notfall</b>  | 16 %                     | 20 %                             | 18 %                                    | 33 %                            | 12 %                          |
| <b>Kurze Wartezeit für die<br/>Sprechstunde</b>                                   | 19 %                     | 26 %                             | 24 %                                    | 29 %                            | 2 %                           |
| <b>Kurze Wartezeit für statio-<br/>näre Behandlung</b>                            | 18 %                     | 20 %                             | 18 %                                    | 28 %                            | 17 %                          |
| <b>Freundliche Behandlung<br/>durch Verwaltungspersonal</b>                       | 12 %                     | 17 %                             | 24 %                                    | 46 %                            | 1 %                           |

Quelle: Fundación Salud y Futuro 1999, o.S.. Von der Consultingfirma Tironi & Asociados durchgeführte Umfrage bei einer Kohorte von insgesamt 603 Personen.

Insgesamt bleibt festzustellen, dass die Bewertung des chilenischen Gesundheitswesens durch die BürgerInnen des Landes in merklichem Widerspruch zu den Bemühungen und Investitionen der jüngeren Vergangenheit in diesem Bereich steht. Das könnte einerseits die Folge einer ungenügenden Sichtbarkeit der Auswirkungen dieser Investitionen und eines schlechten *Marketing* sein. Andererseits spielt sicherlich auch eine allgemeine Ernüchterung in Bezug auf die hochgesteckten Erwartungen zum Ende der Diktatur eine Rolle (Contreras et al. 1999, S. 97). Es bleibt festzustellen, dass vor allem die Zugangsmöglichkeiten zu medizinischer Be-

handlung, die bestehenden Wartezeiten und der Umgang des Personals mit den PatientInnen auch zehn Jahre nach dem Ende des autoritären Regimes in den Augen der NutzerInnen des Gesundheitswesens immer noch nicht ausreichend gelöst sind.

Tabelle 10

Völlige oder weitgehende Unzufriedenheit mit der üblicherweise erfahrenen Behandlung im Hinblick auf ... (n=603)

|   | <b>Privatklinik/-krankenhaus</b> | <b>Öffentliches Krankenhaus</b> | <b>Militärkrankenhaus</b> | <b>Gesundheitsposten/öffentliche Notfallstelle</b> |
|---|----------------------------------|---------------------------------|---------------------------|--|
| <b>Gute medizinische und menschliche Behandlung</b>                     | 16 %                             | 35 %                            | 13 %                      | 48 %   |
| <b>Leichter Zugang zur Behandlung, ohne Vorlage eines Blankoschecks</b> | 49 %                             | 56 %                            | 17 %                      | 81 %   |
| <b>Sofortige Behandlung im Notfall</b>                                  | 29 %                             | 52 %                            | 30 %                      | 73 %   |
| <b>Kurze Wartezeit für Sprechstunde</b>                                 | 24 %                             | 47 %                            | 18 %                      | 58 %   |
| <b>Kurze Wartezeit für stationäre Behandlung</b>                        | 22 %                             | 44 %                            | 22 %                      | 57 %   |
| <b>Freundliche Behandlung durch Verwaltungspersonal</b>                 | 16 %                             | 36 %                            | 22 %                      | 50 %   |

Quelle: Fundación Salud y Futuro 1999, o.S.. Von der Consultingfirma Tironi & Asociados durchgeführte Umfrage.

Besonders interessant ist es, den Grad der Zufriedenheit der KundInnen differenziert für die verschiedenen ErbringerInnen medizinischer Leistungen zu betrachten. In derselben Umfrage konnte gezeigt werden, dass die Behandlungsbedingungen in öffentlichen Krankenhäusern auf wesentlich geringere Zustimmung stoßen als in den Privatkliniken. In der folgenden Tabelle ist das Ausmaß völliger oder weitgehender Unzufriedenheit mit den Behandlungsbedingungen in den vier wichtigsten Anbietergruppen zusammengestellt. Bedeutsame Aspekte des Gesundheitssystems scheinen nach diesen Aussagen die Zugangsmöglichkeiten zu ambulanter oder stationärer medizinischer Behandlung zu sein. Dies gilt im öffentlichen Be-

reich vornehmlich in zeitlicher Hinsicht, bei den privaten AnbieterInnen spielen hingegen weniger Wartezeiten als finanzielle Vorbedingungen eine Rolle.

Tabelle 11

Welche Aspekte der wirtschaftlichen Absicherung oder der Finanzierung von Gesundheitsproblemen sind für Sie vorrangig, wenn Sie eine ambulante oder stationäre Behandlung benötigen?

|   | <b>Nennung an erster Stelle</b> | <b>Nennungen insgesamt</b> |
|---|---------------------------------|----------------------------|
| <b>Geringere Zuzahlung (allgemein)</b>                | 26 %                            | 38 %                       |
| <b>Geringere Zuzahlung im Krankenhaus</b>             | 14 %                            | 23 %                       |
| <b>Bessere Leistungsabdeckung (allg.)</b>             | 12 %                            | 15 %                       |
| <b>Zugang zu Medikamenten</b>                         | 5 %                             | 16 %                       |
| <b>Schwere Krankheiten</b>                            | 5 %                             | 9 %                        |
| <b>Schneller Service</b>                              | 3 %                             | 5 %                        |
| <b>Information über Leistungsabdeckung der ISAPRE</b> | 2 %                             | 3 %                        |
| <b>Andere</b>   | 22 %                            | 36 %                       |
| <b>Keine Angabe</b>                                   | 10 %                            | 10 %                       |

Quelle: Fundación Salud y Futuro 1999, o.S.. Von der Consultingfirma Tironi & Asociados durchgeführte Umfrage.

Im Hinblick auf die Konditionen der verschiedenen Krankenversicherungssysteme zeigt die mehrfach angeführte Erhebung von Tironi & Asociados, dass gerade das Problem der Selbstbeteiligung die ChilenInnen mit besonderer Besorgnis erfüllt. Zwei von fünf Befragten nannten die Verringerung der Zuzahlungen als wichtigsten wirtschaftlich-finanziellen Aspekt der anzustrebenden Reformen im Gesundheitswesen. Für einen von vier Befragten stellt die Eigenbeteiligung bei Krankenhausbehandlungen ein wichtiges Problem dar. Mehr noch, derselbe Anteil hält die Eigenbeteiligungen insgesamt für das besorgniserregendste Element des derzeitigen Systems, und einer von sieben die Selbstbeteiligung bei Krankenhausbehandlung.

Zu den bedeutsamsten und subjektiv bedrohlichsten finanziellen Sorgen der ChilenInnen gehört die Risikoabdeckung bei schweren, komplexen Krankheiten und längeren Krankenhausaufenthalten. Im Vergleich zu der subjektiv und individuell wahrgenommenen Bedrohung durch die ungenügende ökonomische Absicherung bei hohen krankheitsassoziierten Kosten erscheinen die übrigen genannten Fragen wie die Übernahme der Arztkosten im Alter, der Medikamentenkosten sowie von Arztbesuchen und diagnostischen Verfahren zweitrangig zu sein.

Im Hinblick auf die verschiedenen Ansätze und Diskussionslinien in der interdisziplinären Auseinandersetzung über die Zukunft des chilenischen Gesundheitswesens erscheint ein weiterer Befund der Studie von Tironi & Asociados erwähnenswert. Von den 541 Personen, die auf die entsprechende Frage geantwortet haben, sahen nur 7 % die Wahlfreiheit als vorrangig bedeutsam an. Eine derartige Prioritätensetzung in der Wahrnehmung der VerbraucherInnen, auch wenn sie bisher nur für eine verhältnismäßig kleine Gruppe nachgewiesen werden konnten, stellt die Bedeutung erheblich in Frage, welche die ISAPREs und VersicherungsökonomInnen diesem Kriterium in ihrer Argumentation beizumessen pflegen. Vielmehr unterstreicht die vorliegende aktuelle Umfrage die vorrangige individuelle wie systemische Relevanz, die das Problem der Selbstbeteiligung für die BürgerInnen hat.

Die Zuzahlungsproblematik ist in der Wahrnehmung der Bevölkerung ein wesentliches Merkmal des chilenischen Gesundheitssystems und bestimmt wesentlich das Bild vom herrschenden sozialen Sicherungssystem. Wenn nicht weniger als ein Drittel der ChilenInnen ihre medizinische Behandlung aus wirtschaftlichen Gründen zurückstellen muss, sind erhebliche Zweifel an der Effektivität des zugrunde liegenden Krankenversicherungsmodells angebracht. Bisher gibt es in Chile keine halbwegs verlässlichen Einschätzungen über die durch entsprechende Verzögerungen verursachten epidemiologischen Probleme oder volkswirtschaftlichen Kosten, es ist jedoch von beträchtlichen Auswirkungen auf die Gesundheitssituation der Bevölkerung auszugehen. Gleichzeitig relativiert diese Erkenntnis das gerade von den AnhängerInnen der privaten Versicherungsbranche gerne angeführte Moment der eingeschränkten Behandlungsmöglichkeiten und Wartelisten im öffentlichen Gesundheitssektor (Holst 2000b, S. 25).

### 3. Das öffentliche Krankenversicherungswesen in Chile

#### 3.1. Allgemeine Bedingungen und Charakteristika

In der allgemeinen Wahrnehmung des chilenischen Gesundheitssystems vor allem auf internationaler Ebene ist oftmals eine starke Unterbewertung der fortbestehenden Bedeutung des öffentlichen Sektors zu beobachten. Trotz eines fast eineinhalb Jahrzehnte expandierenden und massiv geförderten privaten Subsystems sind in der öffentlichen Krankenkasse FONASA bis heute mehr als drei Fünftel aller ChilenInnen versichert. Gleichzeitig hält die Sozialkasse das mit Abstand größte Anbieternetz für Gesundheitsleistungen bereit und ist mit fast 80.000 Beschäftigten<sup>31</sup> der größte Arbeitgeber des Landes (Contreras et al. 1999, S. 26 und Solimano/Vergara 1999, S. 8).

Der Fondo Nacional de Salud wurde zwar schon 1974 mittels des Gesetzesdekrets Nr. 2.763 aus der Taufe gehoben, nahm seine Funktionen aber erst 1979 im Rahmen der Umstrukturierung des Gesundheitsministeriums und der Neuorganisation seiner Dienstleistungsstruktur im *Sistema Nacional de Servicios de Salud* auf. FONASA ist dabei Rechtsnachfolger sowohl von *SERMENA* - qua Gesetz Nr. 16.781 über kurative Medizin - als auch des Nationalen Gesundheitsdienstes SNS - qua des später erlassenen Gesetzes Nr. 18.469, das die medizinischen und paramedizinischen Leistungen im öffentlichen Sektor definiert und zusätzlich die Beziehungen zu privaten AnbieterInnen regelt (CIEDESS 1996, S. 318).

FONASA fallen im Rahmen der seit Ende der 70er Jahre gültigen Gesetzgebung im Wesentlichen folgende Funktionen zu (CIEDESS 1996, S. 320):

1. Einnahme, Verwaltung und Verteilung der ökonomischen Ressourcen zur Finanzierung der FONASA zufallenden Aufgaben.
2. Finanzierung der Gesundheitsleistungen des SNSS sowie der dafür erforderlichen Anschaffungen und Infrastruktur durch Beiträge, direkte Leistungshonorierung oder andere Zahlungsmodalitäten.
3. Finanzierung der von den FONASA-Versicherten auf dem privaten Anbietermarkt in Anspruch genommenen medizinischen Leistungen und Verwaltung dieses Systems.
4. Finanzierung der Arbeitsunfähigkeitszahlungen der Gesundheitsdienste an ihre NutzerInnen einschließlich Mutterschutz.

---

<sup>31</sup> 60.000 Beschäftigte im SNSS und rund 17.000 Angestellte bei den kommunalen Gesundheitsposten.

5. Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsministerium bei der Abstimmung und finanziellen Konsolidierung der Haushaltspläne der Gesundheitsdienste.
6. Erfüllung der übrigen gesetzlichen und normativen Aufgaben und Verpflichtungen sowie Vergabe von medizinischen Darlehen an die Versicherten, Ausarbeitung der Tarife im Gesundheitswesen und ähnliches.

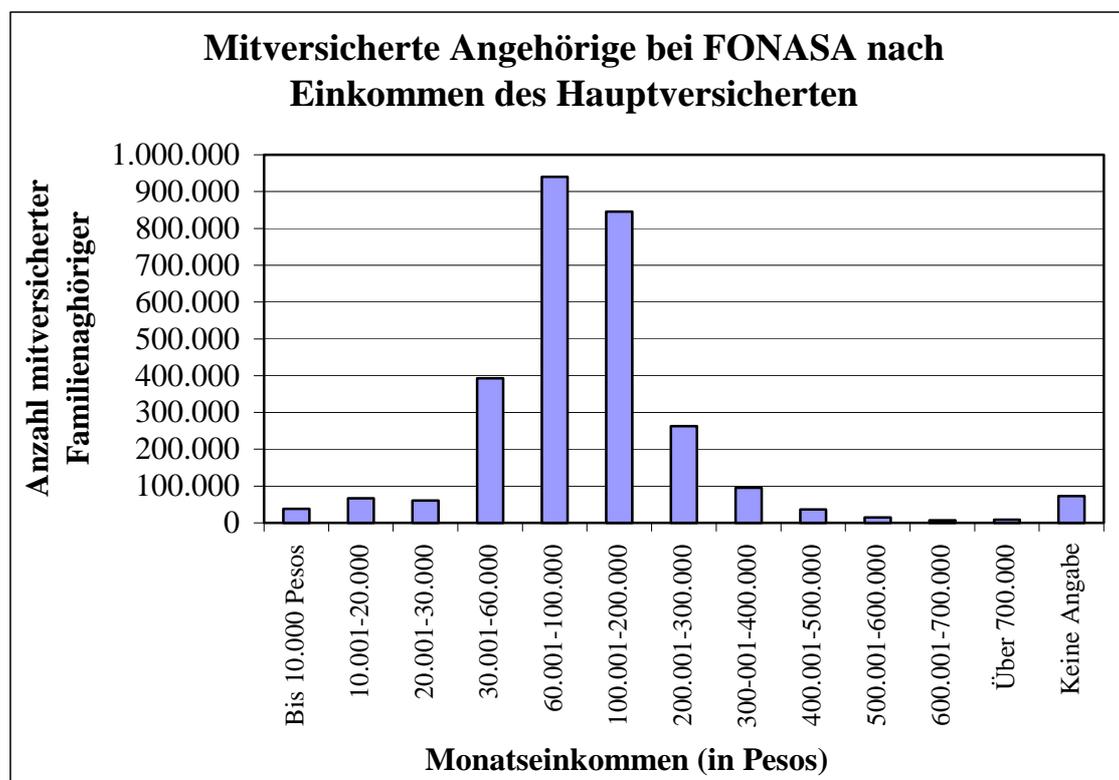
Die Versicherungsfunktion der öffentlichen Krankenkasse FONASA basiert auf dem Solidarprinzip. Die Beiträge berechnen sich auf der Grundlage des Einkommens, Art und Umfang der Leistungen richten sich jedoch nach dem Bedarf der Betroffenen. Die Solidargemeinschaft der Versicherten gleicht unterschiedlich verteilte Risiken aus. Innerhalb der Grundgesamtheit bringt das Finanzierungssystem der öffentlichen Krankenversicherung verschiedene Umverteilungsmechanismen mit sich. So findet eine Redistribution von Gesunden zu Kranken statt, ebenso von jungen zu älteren und von kinderlosen zu kinderreichen Versicherten. Da die monatlichen Prämien allein auf der Grundlage des Bruttoeinkommens und unabhängig von Alter, Gesundheit und individuellen Risiken berechnet werden, findet zudem eine Umverteilung von den oberen zu den unteren Einkommensgruppen statt.



Bei FONASA gilt das Solidarprinzip: Umverteilung zu Gunsten der Älteren, Armen, Kinderreichen, Kranken und sozial Schwachen.

Weder besteht für FONASA die Möglichkeit, bestimmte Risikogruppen auszuschließen, noch praktiziert die öffentliche Versicherung aktive Selektionsstrategien. Dies führt per se und insbesondere im Kontext des zweigliedrigen chilenischen Systems neben einer generellen adversen Selektion mit negativer Risikokonzentration auch zur Akkumulierung von BezieherInnen niedriger Einkommen in der öffentlichen Krankenkasse. Dieses Phänomen zeigt in ebenso detaillierter wie eindrücklicher Form die nachfolgende Tabelle 12 an Hand der Alters- und Einkommensaufstellung der FONASA-BeitragszahlerInnen. Zunächst soll aber die folgende Grafik die Einkommensselektion an der sozioökonomischen Verteilung der nicht beitragszahlenden, mitversicherten FONASA-Mitglieder veranschaulichen, deren Gesundheitsleistungen von den aufgebrauchten Prämien finanziert werden. Es zeigt sich eine ausgeprägte Häufung der niedrigeren Einkommen unter den VersicherungsnehmerInnen der öffentlichen Krankenkasse. Die genaue sozioökonomische Zusammensetzung der BeitragszahlerInnen der öffentlichen Krankenversicherung ist in der unmittelbar anschließend abgedruckten Auflistung nach Einkommen und Alter erkennbar.

Grafik 1



Quelle: Von der Studienabteilung von FONASA zur Verfügung gestellte Daten, basierend auf dem Stand vom 25.1.2000. Ausarbeitung der Grafik durch den Autor.

Tabelle 12

| <b>Alter in Jahren</b>    | <b>0 a 19</b> | <b>20 a 44</b>   | <b>45 a 59</b> | <b>über 60</b> | <b>unbek.</b>  | <b>Gesamt</b>    |
|---------------------------|---------------|------------------|----------------|----------------|----------------|------------------|
| <b>Einkommen</b>          |               |                  |                |                |                |                  |
| <b>0 bis 5.000 Pesos</b>  | 2025          | 53.844           | 20.072         | 11.581         | 4.999          | 92.521           |
| <b>Bis 10.000 Pesos</b>   | 17.980        | 19.756           | 5.869          | 2.930          | 6.007          | 52.542           |
| <b>Bis 15.000 Pesos</b>   | 4.115         | 24.038           | 6.699          | 2.470          | 2.729          | 40.051           |
| <b>Bis 20.000 Pesos</b>   | 2.599         | 23.380           | 7.058          | 2.438          | 2.474          | 37.949           |
| <b>Bis 25.000 Pesos</b>   | 1.898         | 21.891           | 7.242          | 2.659          | 2.262          | 35.952           |
| <b>Bis 30.000 Pesos</b>   | 1.302         | 20.247           | 7.239          | 3.300          | 2.432          | 34.520           |
| <b>Bis 40.000 Pesos</b>   | 2.125         | 41.564           | 18.205         | 12.162         | 6.743          | 80.799           |
| <b>Bis 60.000 Pesos</b>   | 3.208         | 185.542          | 113.587        | 58.786         | 27.901         | 389.024          |
| <b>Bis 100.000 Pesos</b>  | 10.475        | 463.504          | 245.116        | 576.685        | 92.243         | 1.388.023        |
| <b>Bis 150.000 Pesos</b>  | 9.475         | 329.102          | 98.027         | 88.578         | 19.383         | 544.565          |
| <b>Bis 200.000 Pesos</b>  | 2.134         | 146.730          | 55.278         | 43.728         | 8.750          | 256.620          |
| <b>Bis 250.000 Pesos</b>  | 470           | 67.686           | 31.759         | 27.482         | 4.590          | 131.987          |
| <b>Bis 300.000 Pesos</b>  | 153           | 33.975           | 17.912         | 14.579         | 2.474          | 69.093           |
| <b>Bis 350.000 Pesos</b>  | 63            | 19.398           | 11.636         | 9.025          | 1.433          | 41.555           |
| <b>Bis 400.000 Pesos</b>  | 29            | 11.425           | 7.777          | 6.377          | 1.041          | 26.649           |
| <b>Bis 450.000 Pesos</b>  | 15            | 6.145            | 4.580          | 4.698          | 610            | 16.048           |
| <b>Bis 500.000 Pesos</b>  | 8             | 3.737            | 3.040          | 2.914          | 456            | 10.155           |
| <b>Bis 550.000 Pesos</b>  | 5             | 2.283            | 2.130          | 1.993          | 313            | 6.724            |
| <b>Bis 600.000 Pesos</b>  | 1             | 1.337            | 1.561          | 1.162          | 240            | 4.301            |
| <b>Bis 650.000 Pesos</b>  | 2             | 994              | 1.023          | 911            | 159            | 3.089            |
| <b>Bis 700.000 Pesos</b>  | 3             | 731              | 796            | 744            | 128            | 2.402            |
| <b>Bis 750.000 Pesos</b>  | 5             | 575              | 599            | 489            | 111            | 1.779            |
| <b>&gt; 750.000 Pesos</b> | 15            | 2.179            | 1.837          | 985            | 419            | 5.435            |
| <b>Gesamt</b>             | <b>58.105</b> | <b>1.480.063</b> | <b>669.042</b> | <b>876.676</b> | <b>187.897</b> | <b>3.271.783</b> |

Quelle: Schriftliche Informationen und Ausarbeitungen der Studienabteilung von FO-NASA auf Anfrage des Verfassers, Mai 2000.

Die obige Tabelle verdeutlicht in eindrücklicher Form die Konzentration der unteren sozioökonomischen Schichten in der öffentlichen Krankenversicherung. Die absoluten Zahlen in den am stärksten vertretenen Lohngruppen vermitteln einen realen Eindruck von den Finanzierungsbedingungen der Sozialkasse. Zwei Drittel der BeitragszahlerInnen von FONASA (2.151.381 Beitragspflichtige entsprechend 65,8 %) verdienen weniger als 200 US-\$ (100.000 Pesos) im Monat. Für das finanzielle Aufkommen im öffentlichen Sektor ist die Tatsache entscheidend, dass sich die überwältigende Mehrheit der Beiträge auf der Grundlage von Monatseinkommen unter 400 US-\$ berechnet (insgesamt 2.952.566 BeitragszahlerInnen entsprechend 90 %). Das bedeutet, dass neun von zehn Hauptversicherten von FONASA weniger als 28 US-\$ als monatliche Prämie aufbringen, was erhebliche Auswirkungen auf das Gesamtbeitragsvolumen hat.

Unter diesen Bedingungen kann es nicht überraschen, dass innerhalb des öffentlichen Systems auch eine Steigerung der Beitragssätze auf 7 % nicht ausreichte, um den Einbruch bei den Staatszuschüssen auszugleichen.<sup>32</sup> Nur mit Hilfe einkommensabhängig gestaffelter Eigenbeteiligungen auch für FONASA-Versicherte bei Nutzung öffentlicher Gesundheitseinrichtungen ab 1986 konnte die Militärregierung das niedrige Niveau ihrer Sozialausgaben beibehalten.<sup>33</sup> Neben der finanziellen Entlastung für den Staatshaushalt stellte diese Maßnahme im übrigen einen bedeutenden Anreiz zum Wechsel in das private Krankenversicherungswesen dar. Zum anderen stellte sie einen wichtigen Schritt zur Förderung des privaten Krankenversicherungswesens dar. Die Einführung von anteiligen, einkommensabhängigen Selbstbeteiligungen der FONASA-Versicherten relativierte nämlich die für viele ChilenInnen von den meist unvorhersehbaren Zuzahlungen der privaten Krankenversicherungsbranche ausgehende subjektive Unsicherheit im Hinblick auf die finanzielle Deckung der anfallenden Gesundheitsausgaben. In Folge der Festlegung von Zuzahlungen auch für FONASA-Mitglieder bei Behandlungen in öffentlichen Einrichtungen sank das Bedrohungspotenzial, das viele BürgerInnen vom Wechsel in eine ISAPRE abgehalten hatte (vgl. Contreras et al. 1999, S. 14). Gleichzeitig bedeutete dieser Schritt eine teilweise drastische Erhöhung der individuellen Gesundheitsausgaben für die Versicherten von FONASA. Denn so wie die meisten ISAPRE-Mitglieder müssen seither auch die Versiche-

---

<sup>32</sup> Wie bereits im Kap. 2.3 erwähnt, ging der Anteil der staatlichen Beiträge im Haushalt von FONASA zwischen 1974 und 1990 von 61,2 auf 38,7 % zurück.

<sup>33</sup> S. Kap. 3.4, Grafik 5.

rungsnehmerInnen des öffentlichen Systems bei Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen in die eigene Tasche greifen.

Von dieser Regelung ausgenommen blieb allerdings die zahlenmäßig große Gruppe der Mittellosen und Armen, die weiterhin beitragsfrei oder zuzahlungsfrei behandelt werden. Aus historischen und sozialpolitischen Gründen ist die öffentliche Sozialkasse in Chile nämlich auch für die soziale Absicherung der Gruppe derjenigen BürgerInnen zuständig, die selber keinen finanziellen Beitrag leisten können. Zu den genannten beitragspflichtigen Versicherten und ihren Angehörigen kommen somit 2.704.712 Millionen ChilenInnen - die sog. *indigentes* - hinzu, die offiziell als arm eingestuft werden und nicht in der Lage sind, Versicherungsbeiträge zu entrichten.<sup>34</sup> Die *indigentes* haben Anspruch auf kostenlose medizinische Behandlung sowohl in den kommunalen Einrichtungen der Grundversorgung als auch in den Krankenhäusern der öffentlichen Hand. Diese Gruppe der beitragsfrei Mitversicherten hat indes keine Wahlfreiheit bzgl. der AnbieterInnen und keinen Zugang zu Wahlleistungen, die für die BeitragszahlerInnen und ihre Angehörigen zur Verfügung stehen.<sup>35</sup>

Wie bereits in Kap. 2.2 und 2.3 in den Tabellen über die Versichertenzahlen gezeigt, erreichte FONASA seine bisher höchste Mitgliederzahl im Jahr 1998 mit 9.137.599 Versicherten, was einem Anteil von 61,2 % der Gesamtbevölkerung entsprach (FONASA 1999b, S. 11). Im Verlauf des Folgejahres 1999 nahm diese Zahl leicht um 318.453 Personen bzw. 3,5 % ab, so dass FONASA im Januar 2000 noch 8.819.146 Mitglieder zählte, entsprechend einem Bevölkerungsanteil von 58,79 %.<sup>36</sup> Dabei stellen die beitragspflichtig Versicherten und ihre mitversicherten Familienangehörigen die größte Gruppe innerhalb der öffentlichen Krankenkasse. Nach vorläufigen Daten der Sozialversicherung standen zum Jahrtausendwechsel 3.271.783 BeitragszahlerInnen weitere 2.842.651 Mitversicherte gegenüber, was eine Gesamtzahl von 6.114.434 beitragspflichtigen Versiche-

---

<sup>34</sup> Trotz der Armutsbekämpfungsprogramme insbesondere der Frei-Regierung und der deutlichen Reduktion der Armut von 40 % auf gut 20 % der Bevölkerung wurden 1999 immerhin noch fast 6 Millionen ChilenInnen ohne jegliche Eigenbeteiligung im öffentlichen Gesundheitsdienst versorgt (Gruppen A und B der FONASA-Mitglieder, exakt 5.918.329 Personen (FONASA 1999c). Vgl. Tab. 14, Kap. 3.2.

<sup>35</sup> Näheres zur anbieterbezogenen Einteilung der FONASA-Versicherten und zum Thema Wahlfreiheit im Kap. 3.3.

<sup>36</sup> Stichtag 25.1.2000. Diese Zahlen wurden dem Autor direkt für die vorliegende Untersuchung von der Studienabteilung von FONASA zur Verfügung gestellt.

rungsnehmerInnen ergibt.<sup>37</sup> Die große Mehrheit der FONASA-BeitragszahlerInnen sind abhängig beschäftigte Arbeiter und Angestellte, deren Anteil von 1997 auf 1998 minimal von 73,3 % auf 73,0 % zurückgegangen war. Im gleichen Zeitraum nahm das ohnehin kleine Segment der FONASA-versicherten Selbständigen von 2,6 % auf 2,4 % ab und das Kontingent der RentnerInnen vergrößerte sich von 24,1 % auf 24,6 % (FONASA 1999, S. 51). Der Anteil der Personen über 65 Jahre belief sich 1998 auf gut 14 % der Versicherten, wie die nachfolgende Tabelle 14 verdeutlicht. Die darin aufgeführten Zahlen belegen eindrücklich, dass heute praktisch die Gesamtheit der über 65-jährigen ChilenInnen bei FONASA versichert ist.<sup>38</sup>

Tabelle 13

Altersverteilung der FONASA-Versicherten

| <b>Versicherte</b> | <b>Weiblich</b>  | <b>Männlich</b>  | <b>Gesamt</b>    |
|--------------------|------------------|------------------|------------------|
| Unter 65 Jahre     | 4.216.127        | 3.789.210        | 8.005.337        |
| Über 65 Jahre      | 635.979          | 496.283          | 1.132.262        |
| <b>Gesamt</b>      | <b>4.852.106</b> | <b>4.285.493</b> | <b>9.137.599</b> |

Quelle: Für die vorliegende Arbeit zur Verfügung gestellte Zahlen der FONASA-Studienabteilung; Stand: Februar 2000

Für derart ausgeprägte Konsequenzen der von der öffentlichen Krankenkasse implizit praktizierten „adversen Selektion“ sind im Wesentlichen exogene Faktoren verantwortlich zu machen, die sich innerhalb des chilenischen Modells dem unmittelbaren Einfluss von FONASA entziehen. Zweifellos hat der tradierte schlechte Ruf der öffentlichen Gesundheitsein-

<sup>37</sup> Die Zahl der BeitragszahlerInnen bezieht sich auf Dezember 1999, während die der Mitversicherten aus Januar 2000 stammt; alle Zahlen wurden dem Autor von der Studienabteilung von FONASA auf entsprechende Anfrage zur Verfügung gestellt.

<sup>38</sup> In dieser Altersgruppe waren im Dezember 1999 nicht mehr als 44.481 Personen - BeitragszahlerInnen und Mitversicherte - in einer ISAPRE versichert (Superintendencia de ISAPREs 2000, S. 66, 67), so dass sich ein mehr 25 mal höherer Anteil von FONASA-Mitgliedern unter den über 65-Jährigen ergibt.

Gewisse Widersprüchlichkeiten zu anderen offiziellen Zahlen lassen sich an dieser Stelle nicht übersehen: So gehen die einzigen vorliegenden Schätzungen des Statistischen Landesamtes INE zur gleichen Zeit insgesamt nur 1.090.387 Personen über 65 Jahre (453.255 Männer; 637.132 Frauen) (INE 1995).

richtungen jedes ernsthafte aktive Bemühen um solventere VersicherungsnehmerInnen unmöglich gemacht. Trotz der erwähnten großzügigen Investitionen in den vergangenen Jahren hat sich das Bild von FONASA nicht grundsätzlich verbessert und vor allem auf der Ebene von Hotellerie und Infrastruktur sowie beim Umgang mit den PatientInnen nach wie vor seine Berechtigung. Entscheidend sind allerdings in erster Linie die von den Privatassekuranzen angewendeten spezifischen Kontrahierungs- und Selektionsstrategien, die im Kapitel 4.4 über die spezifischen Konditionen der privaten Krankenversicherungsverträge differenziert dargestellt werden. An dieser Stelle sei jedoch bereits auf die einkommensabhängige Ausgrenzung in Folge der mit dem Eintritt in das Rentenalter schwindenden Bezüge sowie auf die altersassoziierte Selektion mittels der Risikofaktorenberechnung in der privaten Krankenversicherungswirtschaft hingewiesen.

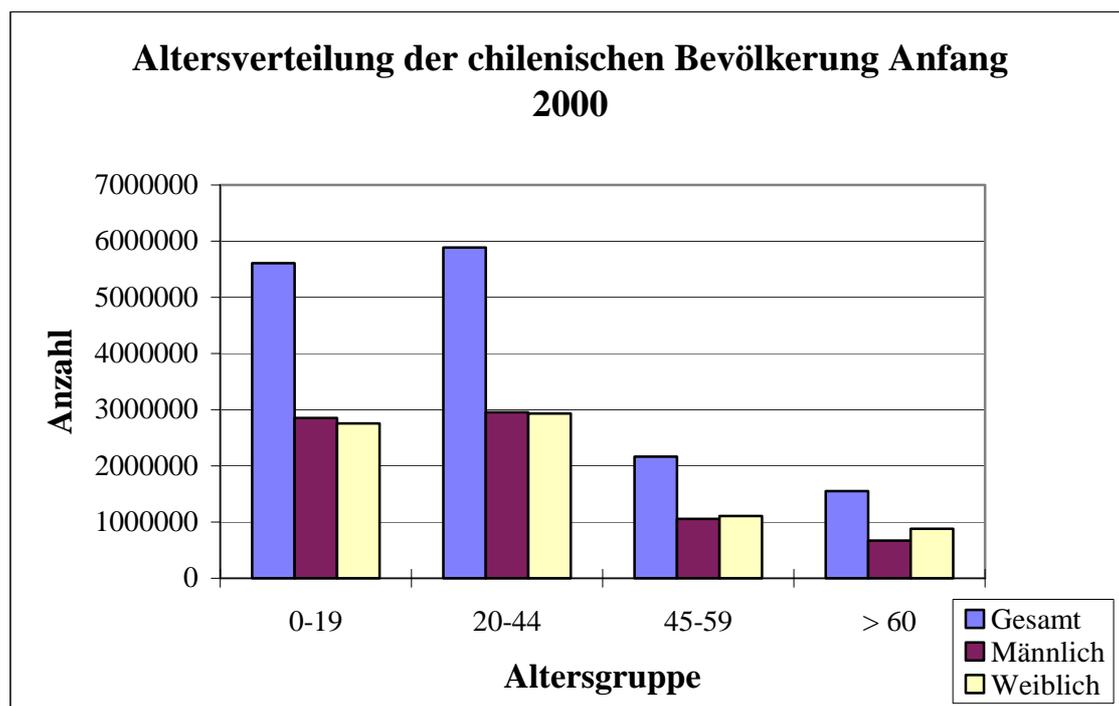


Für ältere und kranke Menschen bleibt die öffentliche Hand zuständig

In dem herrschenden Modell in Chile hat bisher allein die öffentliche Hand die Konsequenzen der zunehmenden Alterung der Bevölkerung zu tragen, da sich FONASA - im Unterschied zu den ISAPREs - nicht durch interne Anreizmechanismen oder Verdrängung der „schlechten Risiken“ entledigen kann, sondern diese vielmehr anzieht und zwangsläufig aufnehmen muss. Dies stellt die öffentliche Krankenkasse heute vor besondere Finanzierungsprobleme, schließlich vollzieht sich nicht nur die epidemio-

logische, sondern auch die demografische Entwicklung in den Schwellenländern im Vergleich zu den Industriestaaten Mitteleuropas oder Nordamerikas erheblich rasanter. Beide haben schon jetzt entscheidende Auswirkungen auf die Ausgabenbelastung und die Finanzzwänge von FONASA und werden in Zukunft noch stärkere Bedeutung erlangen. So weist Chile heute mit 36 Personen über 65 pro 100 Kindern unter 15 Jahren einen doppelt so hohen Altersindex auf wie vor 50 Jahren. Im gleichen Zeitraum stieg der Anteil der über 60jährigen an der Gesamtbevölkerung von 7 % auf 10 %. Und im Verlauf des vergangenen Jahrhunderts vermehrte sich die ältere Bevölkerungsgruppe um den Faktor 14 und wird sich in den nächsten 21 Jahren noch einmal verdoppeln (INE 2000, S. 1 und 4). Die folgende Grafik vermittelt einen Überblick über die aktuelle Altersverteilung der Bevölkerung des südamerikanischen Landes und veranschaulicht den großen Anteil junger und jüngerer Menschen.

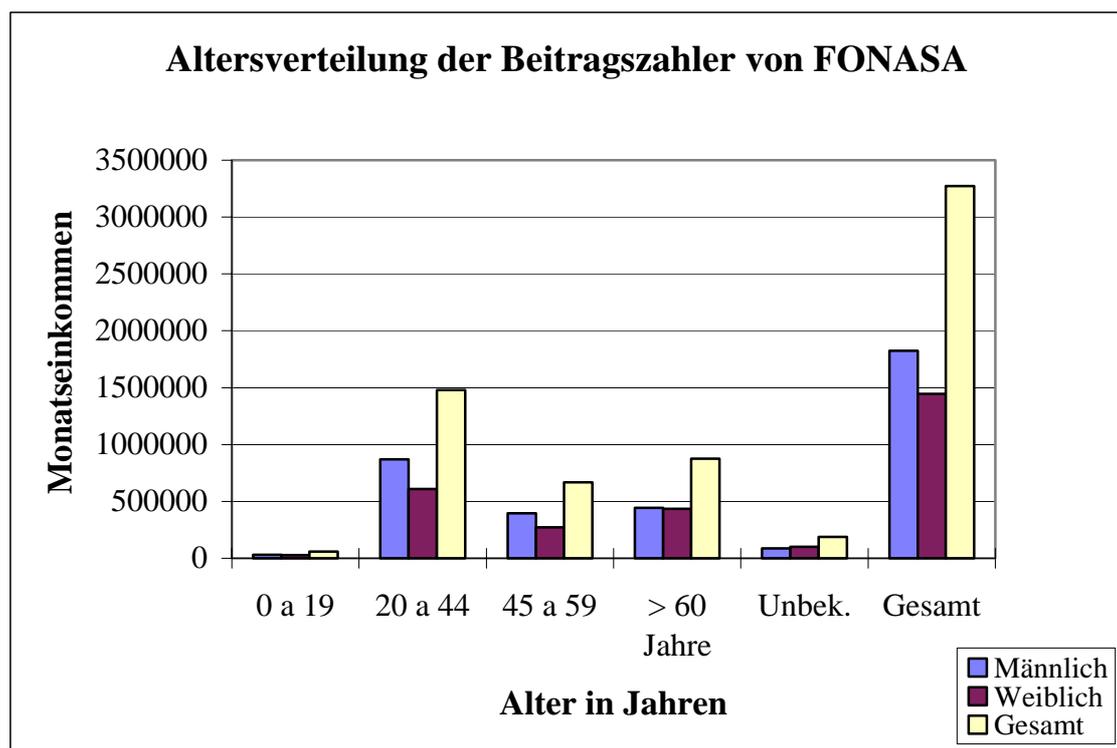
Grafik 2



Quelle: Instituto Nacional de Estadísticas (INE) (1995), Chile - Estimaciones y proyecciones de Población por Sexo y Edad, Total País: 1950-2050. [Nationale Statistikinstitut: Schätzungen und Projektionen der Bevölkerungsentwicklung nach Alter und Geschlecht für Gesamt-Chile]. Santiago (INE 1995).

Im Vergleich zu der hier dargestellten Gesamtverteilung weist die Alterszusammensetzung der FONASA-Mitglieder (BeitragszahlerInnen und mitversicherte Angehörige) eine deutliche Überrepräsentanz der höheren Altersstufen auf. Während die über 65-Jährigen nur ein Zehntel der chilenischen Bevölkerung stellen, gehört jeder siebte FONASA-Versicherte dieser Altersgruppe an.<sup>39</sup> Wie an der Entwicklung der Bevölkerungspyramide Chiles zu erkennen ist, wird deren Spitze bereits heute plumper und bis zum Jahr 2025 so breit werden, dass kaum noch von einer Pyramide zu sprechen sein wird (INE 2000, S. 84, INE 1995, S. 38, 39). Einen Überblick über die aktuelle interne Altersverteilung von FONASA vermittelt das folgende Schaubild. Unter vergleichender Betrachtung mit den allgemeinen Bevölkerungsdaten fällt bei der stärksten Gruppe der FONASA-Versicherten, den 20-44-Jährigen, eine Überrepräsentanz im Verhältnis zu ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung auf, während sich diese Relation bei den alten Menschen umgekehrt darstellt.

Grafik 3



Quelle: Daten der FONASA-Studienabteilung auf der Grundlage des Standes vom 15.1.2000; Erstellung der Grafik durch den Autor.

<sup>39</sup> Vgl. Tabelle 13 in diesem Kapitel.

### 3.2. Behandlungsmodalitäten der FONASA-Versicherten

Der Versicherungszugang im öffentlichen Bereich hat unilateralen Charakter. Im Unterschied zu den privatwirtschaftlichen ISAPREs<sup>40</sup> besteht für die Sozialkasse FONASA Kontrahierungszwang. Wer nicht aktiv einer Privatversicherung oder einer der halbstaatlichen bzw. berufsständischen Institutionen beiträgt, wird mit allen Familienangehörigen automatisch bei FONASA eingeschrieben und der Arbeitgeber hat seine Pflichtbeiträge dorthin abzuführen. Die öffentliche Krankenkasse agiert als traditionelle Sozialversicherung nach dem Solidarprinzip. Zu Beginn bot sie allen Versicherten uneingeschränkt gleichen Zugang zu Versicherungsleistungen, unabhängig von ihrem Einkommen und damit von ihrem individuellen Beitragsvolumen. Fünf Jahre nach der Einführung der privaten Krankenversicherungen als Träger der sozialen Sicherung wurde das Prinzip der Gleichbehandlung jedoch eingeschränkt. Die bereits erwähnte, ab 1986 durchgesetzte Festschreibung von Zuzahlungen für die FONASA-Versicherten bei Inanspruchnahme von Leistungen des öffentlichen Gesundheitssektors<sup>41</sup> führte neben den genannten systemischen Auswirkungen erstmalig auch eine einkommensabhängige Differenzierung der Mitglieder dieser ansonsten solidarisch strukturierten Krankenkasse ein.

Zur Berechnung der Zuzahlungshöhe im Krankheitsfall werden die FONASA-Versicherten in Abhängigkeit vom monatlichen Bruttoeinkommen, der Bemessungsgrundlage für die Krankenversicherungsbeiträge, in vier Gruppen unterteilt, die in der folgenden Tabelle 14 dargestellt sind. Dabei ist nicht nur die Gruppe der Mittellosen von jeglicher Selbstbeteiligung bei der Behandlung in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen befreit, sondern auch alle Angehörigen von BeitragszahlerInnen, deren Verdienst den gesetzlichen Mindestlohn von 80.500 in 1999 nicht überschreitet. Wer mit seinem Einkommen geringfügig darüber liegt, hat bei allen medizinischen Dienstleistungen im Rahmen der „institutionellen Modalität“<sup>42</sup> im öffentlichen Gesundheitssektor 10 % der Kosten selber zu tragen, Besserverdienende sogar 20 %.

---

<sup>40</sup> Vgl. Kap. 4.4.

<sup>41</sup> S. Kap. 3.1.

<sup>42</sup> *Modalidad institucional*: Präventive und kurative Leistungen in kommunalen Gesundheitsposten der Primärversorgung und Therapien der Sekundär- und ggf. Tertiärversorgung in öffentlichen Krankenhäusern unter den üblichen Standards, mit Wartezeiten und ohne weitergehende Wahlleistungen. Die Tarife, aus denen sich die Zuzahlungsanteile ergeben, werden regelmäßig im *Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud* veröffentlicht.

Tabelle 14

FONASA-Versicherte nach Geschlecht, Einkommenssegment und Zuzahlung für medizinische Leistungen im Dezember 1999

| <b>Versicherte</b>      | <b>Gruppe A</b>  | <b>Gruppe B</b>  | <b>Gruppe C</b>     | <b>Gruppe D</b>  | <b>Gesamt</b>    |
|-------------------------|------------------|------------------|---------------------|------------------|------------------|
| <b>Monatseinkommen</b>  | Mittellos        | ≤ 80.500 \$      | 80.501 - 110.120 \$ | ≥ 110.120 \$     |                  |
| Weiblich                | 1.586.494        | 1.659.845        | 492.196             | 1.112.923        | 4.851.459        |
| Männlich                | 1.441.753        | 1.230.236        | 470.205             | 1.143.945        | 4.286.140        |
| <b>Gesamt</b>           | <b>3.028.247</b> | <b>2.890.082</b> | <b>962.402</b>      | <b>2.256.868</b> | <b>9.137.599</b> |
| <b>Eigenbeteiligung</b> | <b>0 %</b>       | <b>0 %</b>       | <b>10 %</b>         | <b>20 %</b>      |                  |

Quelle: FONASA 1999c, S. 14, ergänzt durch weiterführende Informationen der Studienabteilung von FONASA. Die Einkommensgrenzen entsprechen denen der *Resolución Exenta Nº 1.327* des Gesundheits- und Finanzministeriums vom 10.07.1998.

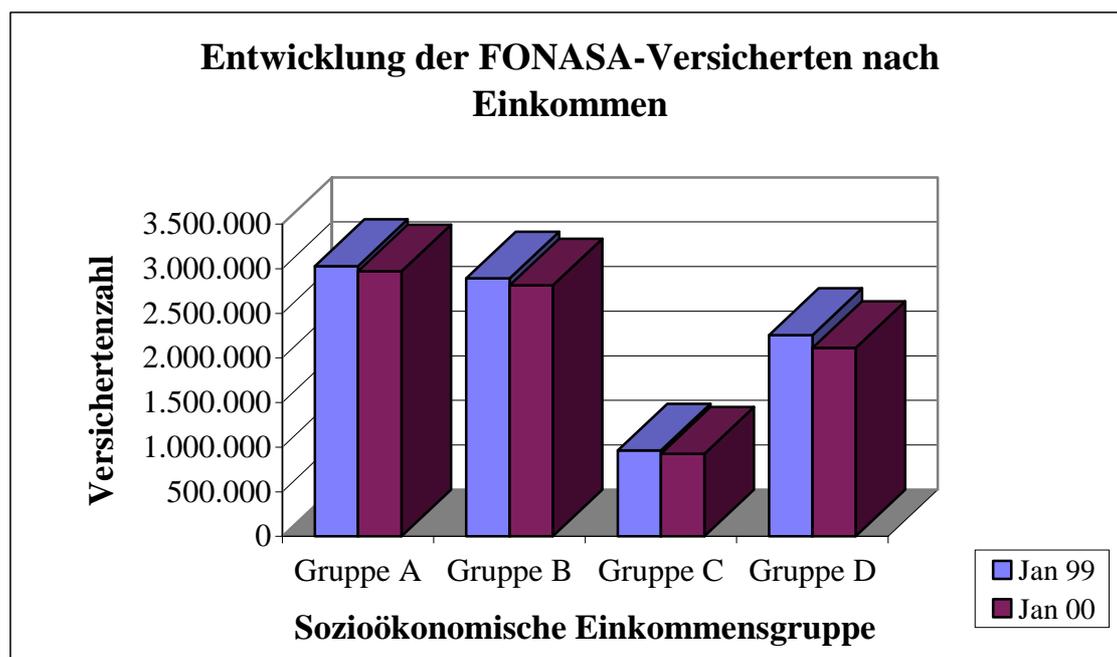
Die folgende Grafik vermittelt einen optischen Eindruck von der quantitativen Verteilung der FONASA-Versicherten auf die Einkommensgruppen A-D. Von dieser Zuordnung hängt für die einzelnen VersicherungsnehmerInnen die im Krankheitsfall individuell zu leistende Selbstbeteiligung ab. Der größte Anteil entfällt auf die Gruppe der Mittellosen, die beitragsfrei bei FONASA versichert sind. An zweiter Stelle folgen BeitragszahlerInnen, die gerade über den gesetzlich festgelegten Mindestlohn verfügen. Beide müssen keine Zuzahlungen leisten, so dass nur gut ein Drittel (35,2 %) aller Versicherten der öffentlichen Krankenkasse überhaupt Eigenbeteiligungen aufbringen muss. Das Schaubild verdeutlicht zudem den leichten Rückgang der Versichertenzahl im Verlauf des Jahres 1999.

Die in der öffentlichen Sozialkasse grundsätzlich bestehende Gleichheit im Zugang zu medizinischen Leistungen ist nicht nur durch einkommensabhängige Selbstbeteiligungen eingeschränkt, sondern in der Praxis streng genommen nur bei Nutzung der öffentlichen Anbieterstrukturen gegeben. Denn für alle beitragszahlenden Versicherten (Gruppen B, C und D) besteht die Möglichkeit, außer den kommunalen Gesundheitsposten und den Krankenhäusern des Gesundheitsministeriums im Rahmen der „Modalität der freien Anbieterwahl“<sup>43</sup> auch private DienstleisterInnen in

<sup>43</sup> *Modalidad de Libre Elección*: Inanspruchnahme von Dienstleistungen auf dem privaten Gesundheitsmarkt bei VertragsärztInnen und -hospitälern, eingeführt mit dem

Anspruch zu nehmen, die entsprechende Abkommen mit FONASA geschlossen haben (Larrañaga 1997, S. 10; Titelman 2000, S. 12/13). Der Gruppe der Mittellosen bleibt diese Option verschlossen, die in enger Anlehnung an historische Vorbilder im Rahmen der Angestelltenversicherung SERMENA entstand.

Grafik 4



Quelle: FONASA 1999c, S. 14, ergänzt durch weiterführende Informationen der Studienabteilung von FONASA. Einkommensgrenzen nach *Resolución Exenta Nº 1.327* des Gesundheits- und Finanzministeriums vom 10.07.1998.

Die Nutzung privater AnbieterInnen auf dem Gesundheitsmarkt ist für FONASA-Versicherte in jedem Fall mit einer hohen Eigenbeteiligung verbunden, denn die öffentliche Krankenkasse übernimmt in derartigen Fällen nicht mehr als 50 % der Kosten für die verschiedenen Leistungen in der niedrigsten von insgesamt drei Tarifklassen. Da die meisten AnbieterInnen in der höchsten Abrechnungsstufe eingeschrieben sind, ergeben sich in der

---

Ziel der Regulierung der Nachfrage insbesondere im ambulanten Bereich: Zugang zu besserer Infrastruktur und Hotellerie, kürzere Wartezeiten, zusätzliche Wahlleistungen. Die AnbieterInnen können sich in drei Honorarstufen eingruppiieren lassen und dementsprechend die erbrachten Leistungen mit FONASA abrechnen. Die Tarife werden regelmäßig im *Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud* veröffentlicht.

Praxis weitaus höhere Zuzahlungen, die bei komplexeren Behandlungen aufgrund direkter Zusatzabrechnungen der ÄrztInnen und des übrigen medizinischen Personals mit den PatientInnen oft 80 oder 90 % der Gesamtkosten umfassen.<sup>44</sup>

Der für die Angehörigen der Gruppe A der FONASA-Mitglieder verschlossene Zugang zu privaten VertragsanbieterInnen ist bis heute die einzige Form von Diskriminierung zwischen den Versicherten der sozialen Krankenkasse geblieben, die in den öffentlichen Gesundheitseinrichtungen prinzipiell die gleiche Behandlung erwarten können. Dies erscheint auch deshalb erwähnenswert, weil das System einer solidarischen Umverteilung unter den Bedingungen knapper Kassen und den psychologisch-politischen Rahmenbedingungen in Chile immer wieder grundsätzlich in Frage gestellt wurde. So wird auch in seriösen wissenschaftlichen Publikationen die Umverteilung beispielsweise von Gesunden zu Kranken als „Quersubvention“ aufgefasst (Aedo 1997, S. 29). Die Qualität dieser vermeintlichen Subvention als grundlegender Redistributionsmechanismus des Solidarprinzips wird in dieser Argumentation grundsätzlich im Sinne einer stärkeren Kopplung von individueller Belastung und Ansprüchen hinterfragt. Das Argument, die wohlhabenderen Mitglieder der Privatversicherungen seien an diesem Umverteilungsprozess nicht beteiligt, ist zwar richtig. Nicht nur aus theoretischen Erwägungen bieten sich andere Möglichkeiten als die in jüngster Zeit allzu leichtfertig empfohlene Aufkündigung des solidarischen Grundprinzips. Ebenso wäre eine Ausweitung der Umverteilungsmechanismen auf die privaten Krankenversicherungen denkbar, beispielsweise in Form einer gesetzlich vorgeschriebenen Mehrabgabe für Besserverdienende<sup>45</sup> oder eines umfassenden Risikostrukturausgleichs.<sup>46</sup>

---

<sup>44</sup> Eigene Berechnungen des Autors ergaben beispielsweise bei der Betrachtung von sieben stationären Behandlungen unterschiedlicher Komplexität und Gesamtkosten sowie einer halbstationär-ambulanten Therapie einen durchschnittlichen Selbstbeteiligungsanteil von 79 %; bei ausschließlicher Betrachtung der stationären Behandlungskosten lag der Eigenanteil sogar bei 84 %, da sich bei FONASA die Kostenübernahme im ambulanten Bereich für die NutzerInnen der freien Anbieterwahl deutlich günstiger darstellt als bei Krankenhausbehandlungen (vgl. Holst 2001).

<sup>45</sup> Dieses Prinzip wird seit der Gesundheitsreform von 1994 (Ley 100) in Kolumbien angewendet, wo die Besserverdienenden über die 12-prozentige Krankenversicherungsabgabe hinaus ein Prozent ihres Bruttoeinkommens an einen Solidarfonds abführen, der zur Finanzierung von Gesundheitsleistungen für die ärmeren Bevölkerungsschichten herangezogen wird (s. hierzu z.B. Londoño 1996 und Aedo 1997).

<sup>46</sup> Ein solcher Risikostrukturausgleich müsste explizit auch die Privatversicherungen einbeziehen. Bekanntlich beschränkt sich dieser Umverteilungsfonds auch in Deutschland auf die gesetzlichen Krankenkassen und lässt das bessere Risiko- und Altersprofil

### 3.3. Quantitative und finanzielle Bedeutung der Behandlungsmodalitäten im öffentlichen Sektor

Im Unterschied zu hartnäckig wiederkehrenden, anderslautenden Behauptungen selbst in wissenschaftlichen Publikationen in Chile – insbesondere in ISAPRE-nahen Wirtschaftskreisen und Fakultäten - s. Sapelli/Torche 1998, S. 384 - liegt die Eigenbeteiligung für FONASA-Versicherte bei der Nutzung öffentlicher LeistungsanbieterInnen in keinem Fall über 20 % der von FONASA festgelegten und jährlich im *Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud*<sup>47</sup> veröffentlichten Tarife. Höhere Zuzahlungen entstehen allein bei der Nutzung privater DienstleisterInnen im Rahmen der freien Arzt- oder Krankenhauswahl für die Gruppen B, C und D. Entsprechend ihrer Konzeption wird die freie Anbieter-Modalität allerdings ganz überwiegend im ambulanten Bereich bei simpler und daher kostengünstiger Diagnostik und Therapie in Anspruch genommen. Für komplexere und teurere Leistungen nehmen die FONASA-Versicherten ganz überwiegend die öffentlichen AnbieterInnen von Gesundheitsleistungen in Anspruch, wie die folgenden Untersuchungen zur Inanspruchnahme und Nutzung der verschiedenen AnbieterInnen verdeutlichen.

So zeigen die Zahlen der zurückliegenden Jahre ein deutliches Übergewicht bei der Anzahl der von FONASA finanzierten medizinischen Leistungen im öffentlichen Sektor. Im Jahr 1997 wurden vier Fünftel aller von FONASA-Versicherten in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen von öffentlichen Einrichtungen erbracht, 1998 waren es noch 77 %. (FONASA 1999a, S. 21, und 1999b, S. 21). Dies bedeutete, dass die öffentliche Krankenkasse 1997 im Jahresdurchschnitt pro 100 Versicherten 869,3 medizinische Leistungen des öffentlichen und 200,8 des privaten Gesundheitssektors finanzierte (FONASA 1999a, S. 20). Im Folgejahr 1998 zeigte sich ein leichter Rückgang der durchschnittlichen Anzahl medizinischer Leistungen im öffentlichen Sektor auf 722 bei gleichzeitigem geringem Anstieg im privaten Bereich auf 214 pro 100 Versicherten (FONASA 1999b, S. 20).

Im gleichen Zeitraum waren die durchschnittlichen Ausgaben für die von öffentlichen AnbieterInnen erbrachten medizinischen Leistungen mit knapp 7 US-\$ je 100 FONASA-Mitgliedern fast dreimal so hoch wie die für Leistungen im privaten Sektor mit 2,5 US-\$ pro 100 Versicherten (FO-

---

unberücksichtigt. Allerdings ist der quantitative Anteil der privaten Krankenkassen erheblich geringer als beispielsweise in Chile.

<sup>47</sup> Gesetzlicher Tarifikatalog der Gesundheitsleistungen.

NASA 1999b, S. 20). Das Gros der Ausgaben insbesondere für die komplexeren und kostspieligeren Leistungen - Krankenhaustage und Operationen - bringt FONASA für die Behandlung in öffentlichen Krankenhäusern auf. Die folgende Aufstellung fasst die absoluten und proportionalen Ausgaben für die verschiedenen Leistungsarten in Abhängigkeit vom genutzten Anbieterstruktur zusammen. Dabei wird die überwiegende Bedeutung öffentlicher Gesundheitseinrichtungen für die FONASA-Versicherten bei Inanspruchnahme der meisten medizinischen Leistungen erkennbar.

Tabelle 15

| Leistungsart              | Öffentl. AnbieterInnen |                                  | Freie Anbieterwahl |                                  |
|---------------------------|------------------------|----------------------------------|--------------------|----------------------------------|
|                           | Gesamtwert             | Anteil Ausgaben pro Leistungsart | Gesamtwert         | Anteil Ausgaben pro Leistungsart |
| Ambulanter Arztbesuch     | 64.453.533             | 80,13 %                          | 34.167.145         | 19,87 %                          |
| Diagnostik/Untersuchungen | 50.648.109             | 82,36 %                          | 26.249.603         | 17,37 %                          |
| Hilfsmaßnahmen            | 7.125.326              | 26,09 %                          | 27.243.026         | 73,91 %                          |
| Operationen               | 42.163.139             | 88,46 %                          | 11.415.347         | 11,54 %                          |
| Krankenhaustage           | 127.147.820            | 90,23 %                          | 2.391.123          | 9,77 %                           |
| Sonstige Leistungen       | 50.8034                | 99,48 %                          | 1.123.460          | 0,52 %                           |
| <b>Gesamtausgaben</b>     | <b>342.341.327</b>     | <b>81,23 %</b>                   | <b>102.589.704</b> | <b>18,77 %</b>                   |

Quelle: FONASA 1999a, S. 18, 19, 21. Die Rubrik „Hilfsmaßnahmen“ schließt bei den öffentlichen LeistungserbringerInnen nur Nuklearmedizin, Orthopädie, Geburten sowie klinische und therapeutische Hilfsmaßnahmen ein.

Trotz der deutlich höheren Durchschnittskosten privater DienstleisterInnen entfallen nur knapp 19 % der Ausgaben auf die freie Anbieterwahl. Besonders deutlich wird die überragende Bedeutung der institutionellen Modalität im stationären Bereich bei der Analyse der von FONASA im Jahr 1997 aufgebrachten Mittel. Nicht zuletzt wegen der engen Kostenübernahmegrenzen der öffentlichen Krankenkasse bei grundlegenden stationären Leistungen, die unabhängig von den merklich höheren Preisen im privaten Bereich festgelegt wurden, entfielen 98,15 % der Ausgaben für

Krankenhaustage auf öffentliche Hospitäler, bei chirurgischen Eingriffen immerhin 88,46 %. Bei den ambulanten Behandlungen floss hingegen im selben Jahr über ein Drittel der von FONASA zur Bezahlung medizinischer Leistungen aufgebrauchten Gelder in den privaten Gesundheitssektor.

Die einzige Leistungsgruppe, in der die Ausgaben von FONASA für freie VertragsanbieterInnen die für die Behandlung in öffentlichen Einrichtungen erforderlichen Aufwendungen deutlich übersteigen, umfasst die sogenannten Hilfsmaßnahmen. Die dreifach höhere Anzahl derartiger Leistungen (FONASA 1999b, S. 20) bzw. die vierfach höheren Ausgaben in dieser Untergruppe erklären sich in erster Linie durch die unterschiedliche Definition der erfassten Leistungen. Bei der freien Anbieterwahl kommen zu den genannten noch etliche weitere medizinische Maßnahmen hinzu. Auf urologische Diagnostik und Therapie entfällt mehr als die Hälfte der Ausgaben in dieser Subgruppe, während sich diese im öffentlichen Bereich auf verschiedene Leistungsarten verteilen. Insgesamt entfallen auf diese Leistungsgruppe ohnehin nicht mehr als 5,46 % der gesamten Leistungen, die von FONASA-Versicherten in Anspruch genommen wurden. Die Mehrheit innerhalb dieser Rubrik machen diagnostische Untersuchungen (42,80 %) und ambulante ärztliche Behandlungen (32,04 %) aus, wobei kein wesentlicher Unterschied zwischen öffentlichen und privaten LeistungserbringerInnen zu erkennen war (FONASA 1999a, S 21).<sup>48</sup> Bei Gesamtausgaben für ambulante ärztliche Maßnahmen im Umfang von 200 Millionen US-\$ entfielen 1997 zwei Drittel (65,35 %) der Ausgaben auf öffentliche und ein Drittel (34,65 %) auf private VertragsanbieterInnen (FONASA 1999a, S. 18/19).

Den Löwenanteil der Aufwendungen der öffentlichen Krankenversicherung machen indes die stationären Behandlungen aus. So brachte FONASA 1997 insgesamt 260 Millionen US-\$ für Krankenhaustage auf, die fast ausschließlich in öffentlichen Krankenhäusern anfielen (98,15 %) und somit von den Versicherten im Rahmen der „institutionellen Modalität“ in Anspruch genommen wurden. Im folgenden Jahr 1998 entfielen 89,5 % aller von FONASA finanzierten Krankenhaustage auf öffentliche Kliniken und nur 10,5 % auf private Einrichtungen. Aufgrund der niedrigen Finanzierungspauschale für Tagessätze, die nur einen Bruchteil der von den Pa-

---

<sup>48</sup> 1997 beliefen sich ambulante ärztliche Behandlungen auf 31,67 % der von öffentlichen AnbieterInnen in dieser Rubrik geleisteten Leistungen, bei den privaten ErbringerInnen lag der Anteil bei 33,92 %. Die diagnostischen Maßnahmen machten im öffentlichen Subsektor 43,54 % und im privaten Bereich 39,61 % aus.

tientInnen zu bezahlenden Kosten abdeckt,<sup>49</sup> flossen 1998 weiterhin 98,1 % der von FONASA für Krankenhausaufenthalte aufgebrauchten 270 Millionen US-\$ in den öffentlichen Sektor, während nur 1,9 % an private Kliniken gingen (FONASA 1999b, S. 17, 19, 21).



Eine weitere Gruppe medizinischer Leistungen von großer finanzieller Bedeutung sind die chirurgischen Eingriffe, die der Sozialkasse im Jahre 1997 Kosten im Umfang von nahezu 110 Millionen US-\$ verursachten. Fast vier Fünftel dieses Betrages (85 Millionen US-\$) entfielen dabei auf Operationen in den öffentlichen Krankenhäusern, d.h. auf Leistungen im Rahmen der „institutionellen Modalität“ (FONASA 1999a, S. 18/19). Die quantitative Vergleichsanalyse der Nutzung der öffentlichen und der privaten Anbieterseite durch die FONASA-Versicherten zeigt eine deutlich höhere Nutzung der öffentlichen Gesundheitseinrichtungen. Nicht weniger als 88,5 % aller operativen Eingriffe erfolgten nämlich in den nicht-privaten Krankenhäusern. Im Jahr 1998 zeigte sich bei geringfügig verminderten Gesamtausgaben für diese Leistungsart (knapp 100 Millionen US-\$) eine nahezu unveränderte Nutzungsstruktur. Neun von zehn Operationen ließen die FONASA-Versicherten in öffentlichen Krankenhäusern vornehmen; 81,4 % der Ausgaben der Sozialkasse für chirurgische Eingriffe

---

<sup>49</sup> Die Kostenübernahme für FONASA-Versicherte bei Unterbringung in privaten Krankenhäusern ist auf 50 % der niedrigsten Stufe beschränkt und betrug 1999 nicht mehr als 3.770 Pesos bzw. 7 US-\$.

entfielen auf den öffentlichen und bloß 18,6 % auf den privaten Krankenhausbereich. Der Vergleich von Anzahl und Kosten der Operationsstatistik lässt den Schluss zu, dass FONASA Eingriffe in Privatkliniken mit einem fast doppelt so hohen Betrag finanziert wie in den öffentlichen Krankenhäusern. Bedenkt man die Deckungsbeschränkung bei der freien Anbieterwahl auf 50 % der niedrigsten Honorarstufe, so ergeben sich im Privatsektor deutlich höhere Kosten für vergleichbare Leistungen. Bei Geburten und geburtshilflichen Eingriffen ergab sich 1998 ein ganz ähnliches Verhältnis, denn 85,7 % der Aufwendungen von FONASA in diesem Bereich entfielen auf öffentliche und 14,3 % auf private Einrichtungen (FONASA 1999b, S. 17, 19, 21).

Auch die Analyse der von FONASA finanzierten Gesundheitsleistungen spiegelt die weitaus größere Bedeutung des „institutionellen“ Behandlungsmodus im Vergleich zur freien Anbieterwahl wieder. Weit über eine Milliarde US-\$, nicht weniger als 61,7 % der Gesamtausgaben und 69,9 % der Aufwendungen für Gesundheitsleistungen, zahlte FONASA an die öffentlichen LeistungserbringerInnen. Für die von ihren Versicherten bei privaten AnbieterInnen in Anspruch genommenen Leistungen brachte FONASA im selben Zeitraum 1998 nur rund 220 Millionen auf, was 12,7 % der Gesamtausgaben und 14,4 % der Aufwendungen für Gesundheitsleistungen ausmachte. Der Rest entfiel auf die genannten arbeits- und gesundheitspolitischen Verpflichtungen der öffentlichen Krankenkasse.

Insgesamt zeigen diese Vergleichsdaten die Bedeutung der freien Anbieterwahl für FONASA-Versicherte für ambulante medizinische Leistungen geringer Komplexität. Dies entspricht der ursprünglichen Konzeption dieses Finanzierungsmodus, dessen Vorläufer zur Entlastung der überforderten öffentlichen Gesundheitseinrichtungen ins Leben gerufen worden war. Von den Vätern des chilenischen Modells wurde dieses Verfahren vermutlich auch deshalb übernommen, weil es sowohl eine Stärkung der privaten Anbieterstruktur bewirkte als auch eine Hinwendung zu Privatkliniken und -praxen förderte. Dessen ungeachtet greifen die FONASA-Versicherten im Falle schwerer und kostspieliger Erkrankungen, die stationäre Aufenthalte und operative Eingriffe erforderlich machen, bis heute ganz überwiegend auf öffentliche Einrichtungen zurück. Dies ist in Anbetracht der teilweise exorbitant hohen Zuzahlungen für FONASA-Mitglieder im Privatsektor keineswegs überraschend.

### 3.4. Effizienz- und Managementprobleme bei FONASA

Die letzten Jahren des vergangenen Jahrzehnts waren im öffentlichen Gesundheitssystem durch einen ständigen Anstieg des Budgets gekennzeichnet. Von 1996 bis 1997 war eine Ausgabensteigerung von rund 1,7 auf gut 1,8 Milliarden US-\$ und von 1997 bis 1998 erneut um 10,7 % auf knapp 2 Milliarden Dollar zu verzeichnen (FONASA 1999a, S. 49; FONASA 1999b, S. 47).<sup>50</sup> Die Aufschlüsselung der Haushaltsverpflichtungen im Jahre 1998 zeigt, dass der überwiegende Teil - gut 1,6 Milliarden US-\$ bzw. 93 % des Gesamtbudgets - für rein medizinische Aufgaben ausgegeben wurde. Die übrigen Aufwendungen gab FONASA für Lohnfortzahlungen im Krankheitsfall, das landesweite Ernährungsergänzungsprogramm PNAC (*Programa Nacional de Alimentación Complementaria*) und Aufgaben der öffentlichen Gesundheit aus (FONASA 1999a, S. 13).

Die Analyse der Haushaltsstruktur der öffentlichen Krankenversicherung zeigt, dass der größte Ausgabenanteil für die Bezahlung der Arbeitskraft aufgewendet wird. Aufgrund der allgemeinen arbeitspolitischen Maßnahmen stieg der Lohnkostenanteil am Gesamtbudget von FONASA zwischen 1985 und 1997 von 35 % auf 40 % der Ausgaben (Titelman 2000, S. 11) und sank zwischen 1997 und 98 leicht auf 38,5 % entsprechend einem Betrag von 740 Millionen US-\$ (FONASA 1999b, S. 47). In Anbetracht eines derart bedeutenden Kostenfaktors zielen ökonomische und insbesondere management-orientierte Reformen üblicherweise auf eine Reduzierung der Lohnkosten als wichtiges Element einer finanziellen Konsolidierung ab. Derartige Argumente sind auch in der chilenischen Diskussion zu beobachten, spielen allerdings bisher keine nennenswerte Rolle. Dies liegt sicherlich zum Teil an der historisch bedingten Sensibilität auf diesem Gebiet und an den spezifischen Erfahrungen während der Militärdiktatur. Nach deren Ende maßen die demokratisch gewählten Regierungen dem juristischen Schutz der Rechte von ArbeitnehmerInnen und der ökonomischen Verbesserung ihrer Situation besondere Bedeutung bei. Hinzu kommt die Überlegung, dass der zahlenmäßig starke und derzeit expandierende Gesundheitssektor durch seine Kaufkraft einen nicht zu unterschätzenden Wirtschaftsfaktor im Land darstellt.

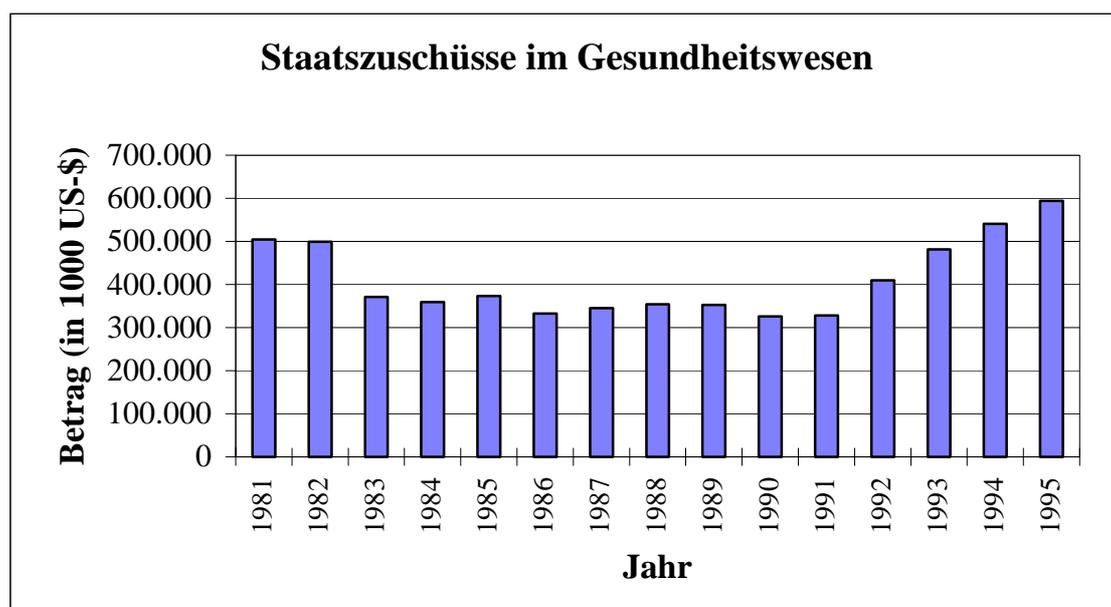
Trotz einer zunehmend restriktiven Sozialpolitik und erheblicher Kürzungen bei den Sozialausgaben während des autoritären Regimes kam das

---

<sup>50</sup> Der prozentuale Zuwachs entspricht jeweils den Angaben in den genannten statistischen Jahrbüchern von FONASA, ungeachtet der Tatsache, dass in beiden Ausgaben unterschiedliche Ausgaben für 1997 verzeichnet sind.

öffentliche Gesundheitswesen nie ohne eine bedeutsame Staatsfinanzierung aus. Bis auf ein zu vernachlässigendes Kontingent flossen diese Gelder, deren Entwicklung für den Zeitraum von der Gesundheitsreform bis Mitte der 90er Jahre in der folgenden Grafik dargestellt ist, zum überwiegenden Teil in den öffentlichen Sektor. Der hohe Anteil fiskaler Zuschüsse, die zuletzt fast die Hälfte der Einnahmen von FONASA ausmachten, ist in erster Linie mit zwei Besonderheiten des Gesundheitswesens in dem südamerikanischen Land zu erklären. Zum einen wickelt die öffentliche Krankenversicherung alle vom Staat finanzierten landesweiten Gesundheitsprogramme ab, die der gesamten Bevölkerung und damit auch den ISAPRE-Versicherten zugute kommen. Zum anderen sichert FONASA als Kostenträger seit seiner Gründung auch die medizinische Versorgung aller beitragsfrei mitversicherten mittellosen BürgerInnen.

Grafik 5



Quelle: Haushaltsrecht des öffentlichen Sektors. Ausarbeitung durch CIEDESS 1996, S. 75; grafische Darstellung durch den Autor.

Mitte der 90er Jahre setzte sich in Chile indes zunehmend die Erkenntnis durch, dass eine spürbare Verbesserung des Gesundheitswesens nicht durch bloße Budgeterhöhungen und die Ausweitung des finanziellen Spielraums insbesondere der öffentlichen Akteure zu erreichen war (vgl. Acuña 2000, S. 11). Es bedurfte weitergehender Umstrukturierungen innerhalb von FONASA und einer veränderten Interrelation zwischen öffentlichem

und privatem Bereich. Im Mittelpunkt der zu jenem Zeitpunkt eingeleiteten Reformen des öffentlichen Sozialversicherers standen eine Optimierung der Allokation der knappen vorhandenen Ressourcen sowie eine Steigerung der betriebs- und volkswirtschaftlichen Effizienz.<sup>51</sup> Eine entscheidende Rolle spielten dabei zum einen die Dezentralisierung und zum anderen die Umstrukturierung der Budgetierung von LeistungserbringerInnen, was durch veränderte Honorierungsmodalitäten erreicht wurde (vgl. Titelman 2000, S. 20-22).

Während der 90er Jahre legten die chilenischen Regierungen einen Schwerpunkt auf die Grundversorgung, der sie in der öffentlichen Gesundheitspolitik einen besonderen Stellenwert zukommen ließen. Nach dem Neubau von 126 Gesundheitsposten und der Modernisierung von 68 weiteren gab es in Chile Ende der 90er Jahre 1.641 Einrichtungen der medizinischen Grundversorgung, die in ihrer überwiegenden Mehrheit (90 %) unter kommunaler Verwaltung standen und nur zu einem kleinen Teil den regionalen Gesundheitsdiensten unterstanden (Minsalud 1999c, S. 36). Nach Erhebungen von FONASA lösen die Gesundheitsposten der Primärversorgung im übrigen derzeit selber fast drei Viertel (73 %) der eintreffenden Fälle vor Ort, nur gut ein Viertel erfordert die Überweisung an Allgemein- oder Spezialkrankenhäuser (Minsalud 1999c, S. 35).

Seit 1999 verfolgt die Gesundheitspolitik das Ziel einer besseren horizontalen Vernetzung der unterschiedlichen Ebenen der öffentlichen medizinischen Versorgung und eine engere Verzahnung zwischen Primär- und Sekundär- bzw. Tertiärversorgung (Minsalud 1999c, S. 35). Gleichzeitig wurden im Laufe der 90er Jahre durch spezifische Maßnahmen eine stärkere Trennung der verschiedenen Funktionen im Gesundheitswesen und die Errichtung von Quasi-Märkten innerhalb des öffentlichen Systems angestrebt. Seit 1994 wurde die Funktion und Rolle von FONASA im Sinne

---

<sup>51</sup> Kaum ein Begriff hat sich in der ökonomischen und wirtschaftspolitischen Diskussion in den letzten Jahren so universell durchgesetzt wie "Effizienz". Vor allem die starke Vorherrschaft primär ökonomistischer Denkweisen im Zuge der Globalisierung der Wirtschaftszusammenhänge hat dazu geführt, dass Effizienz mehrheitlich in einem engen betriebswirtschaftlichen und zumeist recht kurzfristigen finanziellen Kosten-Nutzen-Konzept gebraucht wird. Volkswirtschaftliche oder gar gesamtgesellschaftliche Implikationen, die sich bei zunehmender Komplexität nur unzureichend in Modellen abbilden lassen, werden auch in sozialpolitischen Analysen oftmals unterbewertet und außer Acht gelassen, obwohl sie gerade für die Gesundheits- und Rentenpolitik von immenser Bedeutung sind. In der vorliegenden Arbeit wird daher bewusst ein umfassenderer Effizienzbegriff (Pareto-Effizienz) zugrundegelegt und bei eingeschränkter Bedeutung im obigen Sinne der Begriff "betriebswirtschaftliche Effizienz" verwendet.

einer kollektiven öffentlichen Krankenversicherung neu definiert, der folgende drei zentrale Aufgaben zukamen (vgl. Acuña 2000, S. 12):

1. Erhebung und Verwaltung der Beiträge und anderen finanziellen Einnahmen des öffentlichen Gesundheitswesens
2. Definition und Finanzierung des Leistungspaketes für die Mitglieder der öffentlichen Krankenkasse entsprechend den verschiedenen Behandlungsmodi
3. Identifizierung, Information und Orientierung der Versicherten ebenso wie die Kontrolle im Hinblick auf die Nutzung der Versicherungsleistungen.

Die im Anschluss eingehender vorgestellten innovativen Budgetierungsformen sollten dabei die finanzielle Effizienz der Gesundheitseinrichtungen und die Gerechtigkeit bei der Ressourcenallokation steigern. Ergänzend sollten im öffentlichen Bereich eine stärkere Budgetautonomie der Krankenhäuser, klarere Leistungsdefinitionen für die einzelnen DienstleisterInnen und leistungsabhängige Honorierungsformen eingeführt werden (vgl. Contreras et al. 1999, S. 16). Diese Maßnahmen stoßen jedoch auf nicht unerheblichen Widerstand sowohl bei den einzelnen Krankenhausverwaltungen als auch beim medizinischen und paramedizinischen Personal, so dass die Umsetzung derartiger Reformen nur ausgesprochen langsam in Gang kommt. Insbesondere die politisch einflussreiche chilenische Ärztekammer - *Colegio Médico de Chile* - wittert hinter den Reformversuchen einen Eingriff in ihre professionelle Autonomie und die Gefahr von Einkommensverlusten.

Durch die Stärkung der finanziellen Steuerungsmaßnahmen im öffentlichen Gesundheitssektor und vor allem durch die Überwindung der historischen Budgets konnte in den vergangenen Jahren die Ressourcenallokation in den Gesundheitsdiensten vielerorts verbessert werden (Contreras et al. 1999, S. 20). Wichtigstes Ziel der FONASA-Reform war die Einführung neuer Budgetierungsformen und Zahlungsmechanismen zwischen der öffentlichen Versicherung als Kostenträgerin und den ebenfalls öffentlichen DienstleisterInnen im Gesundheitssektor. Die wichtigsten bisher umgesetzten Neuerungen lassen sich in den folgenden fünf Punkten zusammenfassen (Lenz et al. 1999, S. 77):

1. Dezentralisierung des finanziellen Management mit größerer wirtschaftlicher Autonomie der Gesundheitsposten und Krankenhäuser
2. Einführung von Tarifen auf der Grundlage durchschnittlicher Behandlungskosten

3. Weitgehende Stabilisierung der gesetzlichen Rahmenbedingungen.<sup>52</sup>
4. Einführung prospektiver Zahlungen in Abhängigkeit von Marktlage und Nachfrage
5. Finanzierung der DienstleisterInnen nach standardisierten Werten der Durchschnittskosten der Versorgung in der primären und weiterführenden Gesundheitsversorgung.

Die kommunal verwalteten Gesundheitsposten erhalten eine Kopfpauschale (*Pago per Cápita* - PPC) für jede/n eingeschriebene/n BürgerIn. Der regional und lokal definierte Beitrag gewährleistet den KundInnen eines Gesundheitszentrums neben den obligatorischen vier Elementen der Basisversorgung (Mutter-Kind-Kontrolle, kinderärztliche Betreuung, Behandlung Erwachsener und zahnärztliche Versorgung) weitergehende Leistungen, die sich nach dem sozioökonomischen Status der Kommunen, der Bevölkerungsdichte und den bestehenden Prävalenzen richten (Salinas 1998, S. 146f). Dieser Finanzierungsmodus, der die Kosten für Arbeit, Verwaltung und Produktionsmittel aller Art abdecken soll, löst die historischen Budgetpauschalen ab, regelt die Zuwendungen in Abhängigkeit von der realen Kundenzahl und zielt letztlich auf eine stärkere Kundenorientierung des Gesundheitswesens ab (Lenz et al. 1999, S. 82).

Zur Verbesserung der Ressourcenallokation auf der Mikroebene werden seit zwei Jahren im öffentlichen System Fallpauschalen (*Pago Asociado a Diagnóstico* - PAD) eingeführt.<sup>53</sup> Auf der Grundlage der Daten von insgesamt 15 Kliniken wurde ein Durchschnittswert für die Behandlung

---

<sup>52</sup> Diese Vorgabe spiegelt einerseits eine realistische Einschätzung der politischen Machtverhältnisse in Chile Mitte der 90er Jahre wider, hat aber andererseits zweifellos zu einer unnötig langen Fortschreibung des Status quo geführt.

<sup>53</sup> Diese an eine weitgehende Standardisierung der Behandlungsschemata gekoppelte Form der Leistungshonorierung hält weltweit Einzug auf dem Gesundheitssektor. Insbesondere in den USA sind Fallpauschalen in den letzten Jahren zur Grundlage der Finanzierung auf dem Gesundheitsmarkt geworden. Hierzu wurden die sog. Diagnose Related Groups (DRG's) entwickelt, die außerhalb der USA vor allem durch die gezielte Vermarktung durch die Firma 3M bekannt wurde. Seit Jahren wurden indes in Frankreich bereits die sog. Groupes Homogènes de Maladies angewendet, die weniger standardisiert und nicht so mechanistisch sind wie die DRG's, da sie in stärkerem Maße lokale und institutionelle Gegebenheiten berücksichtigen. In der Schweiz haben Fallpauschalen ebenfalls große Bedeutung errungen, in Deutschland werden sie derzeit im Wesentlichen bei bestimmten chirurgischen Behandlungen angewendet, sollen aber in naher Zukunft auch auf weitere Krankheitsbilder ausgeweitet werden.

von bisher zwanzig stationären Erkrankungen ermittelt.<sup>54</sup> Die Auswahl der Diagnosen erfolgte zum einen nach epidemiologischen und ökonomischen Gesichtspunkten, zum anderen hängt die Anwendung von Fallpauschalen aber auch von der Standardisierbarkeit der zugehörigen Therapie ab, die bei chirurgischen Eingriffen erheblich leichter zu erreichen ist (Lenz et al. 1999, S. 80, Salinas 1998, S. 146). Bei Komplikationen oder unvorhersehbaren Begleiterkrankungen können die DienstleisterInnen zu dem in allen anderen Fällen applizierten Prinzip der Einzelleistungsvergütung (*Pago Prospectivo por Prestación* - PPP) zurückkehren.

Das neue Finanzierungssystem (PPC, PAD und PPP) führt ein leistungsorientiertes Honorierungsprinzip ein und nimmt die medizinischen AnbieterInnen bei der Budget- und Finanzplanung stärker in die Verantwortung (Salinas 1998, S. 146). Doch bisher bleiben die Reformen des Gesundheitssystems bei der Budgetierung und dem Finanzmanagement stehen, gesundheitspolitische und -wissenschaftliche Gesichtspunkte waren im vergangenen Jahrzehnt zweitrangig. Auch der Aspekt der Kundenorientierung war trotz punktueller Versuche, die Wartezeiten für elektive Behandlungen zu kontrollieren und zu verkürzen, nicht ausreichend gewürdigt worden. So müssen die FONASA-Versicherten bis heute teilweise beachtliche Wartezeiten für Facharzttermine oder die stationäre Aufnahme in einem öffentlichen Krankenhaus in Kauf nehmen.

Bisher liegen keine systematischen großflächigen Untersuchungen zur Erfassung der Wartezeiten bei elektiven Eingriffen vor, mit denen die öffentliche Hand den Zugang zu Gesundheitsleistungen effektiv rationiert. Vereinzelt Studien im Einzugsbereich bestimmter Gesundheitseinrichtungen bzw. in umschriebenen Regionen weisen jedoch auf teilweise erhebliche Verzögerungen derartiger Behandlungen hin. Obwohl die Angaben nicht notwendigerweise für das ganze Land repräsentativ sind, sollen an dieser Stelle exemplarisch die durchschnittlichen Wartezeiten bei einigen

---

<sup>54</sup> Im Einzelnen handelt es sich um folgende Diagnosen: Cholelithiasis (Gallensteine), Appendizitis (Blinddarmentzündung), Inguinalhernie (Leistenbruch), Magenkarzinom (Magenkrebs), kompliziertes Magen-/Duodenalulkus (Geschwür), Geburt, Extrauterin gravidität (Eileiterschwangerschaft), chronische Amygdalitis (Mandelentzündung), Adenoide (Wucherungen), Prostatahyperplasie (Vergrößerung der Vorsteherdrüse), Phimose ((Vorhautverengung), Kryptorchismus (falsche Hodenlage), Neugeborenenikterus (Gelbsucht), Katarakt (einschließlich intraokulärer Linse) (grauer Star), Nierentransplantation, Uterusprolaps (Gebärmuttervorfall), intrakranielle Tumoren/Zysten (Hirngeschwulste), Aneurysmen (Gefäßaussackungen), Dysraphien (angeborene Entwicklungsstörungen), Nucleus-pulposus-Hernien (zervikal, thorakal, lumbal) (Bandscheibenvorfall in der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule).

häufigen nicht-akuten Therapien im Gesundheitsbezirk Santiago-Ost genannt werden: Cholezystektomie 3-4 Wochen, Koronarbypass ca. 12 Wochen (in Abhängigkeit von der Dringlichkeit 4-20 Wochen), bei Magen-Darm-Karzinomen keine Wartezeit, Oberschenkelhalsfraktur 13 Wochen, Strahlentherapie ca. 3 Wochen (bedingt vornehmlich durch Überweisungsprobleme ins Spezialzentrum).<sup>55</sup>

Nicht nur das Problem der impliziten Rationierung durch Wartezeiten bleibt sowohl in der Realität als auch im Bewusstsein der Bevölkerung bestehen. Bis zum bisher letzten Regierungswechsel im März 2000 hatten die in diesem Kapitel aufgezählten Maßnahmen keine erkennbaren Auswirkungen auf die Zufriedenheit der BürgerInnen mit dem Gesundheitswesen (näheres hierzu in Kapitel 4.7. und 4.8.). Zu den ersten Anordnungen von Präsident Ricardo Lagos nach seinem Antritt gehörte die Abschaffung der Warteschlangen für die Behandlung in einer öffentlichen Poliklinik und die Einführung einer telefonischen Terminanmeldung durch die FONASA-Mitglieder. Es ist zu früh, die Auswirkungen dieses Versuchs einer Verbesserung des Patientenmanagements zu erfassen. Weitere konkrete Änderungen haben seither auf sich warten lassen, alle Beteiligten blicken abwartend bis gespannt auf die Inhalte der angekündigten Gesundheitsreform.

Insgesamt ist ohnehin fraglich, ob die dargestellten Maßnahmen zur Steigerung der finanziellen Effizienz überhaupt ausreichen, den sich abzeichnenden Veränderungen des epidemiologischen Profils und der Kundenerwartung adäquat zu begegnen (vgl. Acuña 2000, S. 12). Auf Seiten des öffentlichen Krankenversicherungswesens fehlen weiterhin wirksame Regulationsmechanismen und Anreizsysteme zur Abwehr der aus dem privaten Parallelsystem ausgegrenzten, vorwiegend demografisch induzierten Kostenlawine. Auch innovative partizipative Konzepte, wie sie sich in der europäischen *public-health*-Diskussion durchsetzen, etwa die Einbeziehung der PatientInnen als KoproduzentInnen ihrer Gesundheit, haben in Chile bisher nicht Fuß fassen können.

---

<sup>55</sup> Dem Autor direkt von der Leiterin des Medizinischen Dienstes im Gesundheitsbezirk Santiago-Ost, Dr. May Chomali, zur Verfügung gestellte Daten auf der Grundlage der Erhebung der entsprechenden Wartezeiten in den öffentlichen Krankenhäusern dieses Bezirks.

## 4. Der private Krankenversicherungsmarkt

### 4.1. Eigenschaften und Funktionsweisen der Privatversicherungen

Ein zentrales Element der chilenischen Gesundheitsreform zu Beginn der 80er Jahre stellte die Einführung marktwirtschaftlicher Mechanismen und eines Kassenwettbewerbs im sozialen Krankenversicherungswesen bei gleichzeitiger Zulassung von privatwirtschaftlichen Unternehmen auf dem neu geschaffenen Assekuranzmarkt dar. Erstmals konnten auch private AnbieterInnen Krankenversicherungen im Rahmen der gesetzlichen Versicherungspflicht anbieten, so dass für die chilenischen ArbeitnehmerInnen ab diesem Zeitpunkt prinzipiell die Möglichkeit eröffnet wurde, zwischen der öffentlichen Krankenkasse FONASA und den verschiedenen *Instituciones de Salud Previsional* zu wählen. Mit dieser Maßnahme hob das chilenische Militärregime zum einen die historischen Zugangsbeschränkungen zum Markt der Pflichtkrankenversicherungen auf. Zum anderen ließ es neben dem klassischen universellen und solidarisch organisierten Krankenversicherungssystem auch individuelle, nach dem Äquivalenzprinzip funktionierende Verträge in der sozialen Sicherung zu.

Obwohl die ursprüngliche Gesetzgebung keine Unterscheidungen vorsah, bildeten sich von Anfang an zwei verschiedenen Arten von privaten Krankenversicherungen heraus, die in der Folge als „offene“ und „geschlossene“ ISAPREs bezeichnet wurden (vgl. Wainer 1997, S. 17). Ersteere bieten ihre Versicherungsdienstleistungen sämtlichen abhängig oder selbständig Beschäftigten an und sind somit ohne Einschränkung „offen“ für den gesamten Krankenversicherungsmarkt. Die „geschlossenen“ ISAPREs hingegen gehören zu einem Unternehmen oder einer Unternehmensgruppe und stehen allein für deren MitarbeiterInnen und Beschäftigte zur Verfügung.<sup>56</sup> Diese Betriebskrankenkassen bieten in der Regel allen Versicherten einheitliche Vertragskonditionen bzw. einen einheitlichen Versicherungsvertrag, für den jeweils der Arbeitgeberanteil von 7 % des Bruttolohns abgeführt wird. Die geschlossenen ISAPREs arbeiten im Unterschied zu den anderen, offenen Privatversicherungen nicht gewinnorientiert und stellen faktisch solidarisch organisierte Sozialversicherungen dar, in denen jede/r VersicherungsnehmerIn den gleichen Schutz und Anspruch auf dieselben Leistungen besitzt (s. Wainer 1997, S. 18).

---

<sup>56</sup> So bieten beispielsweise Großunternehmen wie die staatliche Kupfer-Gesellschaft CODELCO, die Staatsbank, die Telefongesellschaft CTC und andere ihren Angestellten und ArbeiterInnen eine betriebsinterne Krankenversicherung an.

Die geschlossenen ISAPREs spielten im Privatversicherungssektor von Anfang nur eine untergeordnete Rolle. Während die Mitgliederzahl in den offenen Krankenversicherungen in der entscheidenden Expansionsphase der Privatbranche zwischen 1984 und 1990 auf das Sechsfache anwuchs, konnten die geschlossenen ISAPREs ihre Versichertenzahl gerade einmal verdoppeln (vgl. Wainer 1997, S. 18). Und die zehn geschlossenen Versicherungen, die es in Chile Ende 1999 gab, versorgten nicht mehr als 4,8 % der Versicherten und bezogen dafür die Prämien von nicht mehr als 3,9 % der BeitragszahlerInnen. Ihre historischen Höhepunkte erreichten die Betriebskrankenkassen 1991 mit 213.340 Versicherten (entsprechend 8,3 % der Bevölkerung) bzw. 1992 mit insgesamt 66.301 BeitragszahlerInnen (6,3 %) (Superintendencia de ISAPREs 1999, S. 45, 60). In Anbetracht der geringen numerischen und ökonomischen Bedeutung der „geschlossenen“ ISAPREs und insbesondere wegen ihres solidarischen Charakters beschränken sich die folgenden Darstellungen im Wesentlichen auf die private Krankenversicherungsbranche mit ihren prinzipiell für alle BürgerInnen offenen Versicherungsleistungen. Dies gilt insbesondere für die meisten der vorgestellten empirischen Daten und für die gesundheitsökonomischen, sozial-ethischen und politischen Schlussfolgerungen. Zur Vereinfachung der Terminologie sind im Folgenden - sofern nicht anders vermerkt - mit dem Begriff „ISAPRE“ ausschließlich die offenen Versicherungsunternehmen gemeint.

Die ISAPREs arbeiten grundsätzlich nach dem Äquivalenzprinzip, da sie individuelle Krankenversicherungspakete anbieten, deren Leistungsumfang in unmittelbarem Verhältnis zur Versicherungsprämie und zu den gesundheitlichen Risiken der Versicherten bzw. ihrer Angehörigen steht. Eine Besonderheit ergibt sich in Chile aus der gesetzlichen Versicherungspflicht und der darin vorgeschriebenen Festlegung eines Mindestbeitrags für die Krankenversicherung, der sich nach dem Einkommen des Versicherungsnehmers richtet.<sup>57</sup> Diese exogene Festschreibung der Versicherungsprämien für die quasi stetige Variable des Monatseinkommens bis zur Bemessungsgrenze erklärt zum Teil die nahezu unüberschaubare Zahl von Versicherungsverträgen. Ende der 90er Jahre bot der private Versicherungsmarkt nicht weniger als 8000 verschiedene Leistungspakete an, um Verträge für möglichst viele ArbeitnehmerInnen vorhalten zu können, deren Prämien dem vorgeschriebenen siebenprozentigen Krankenkassenbeitrag entsprachen.

---

<sup>57</sup> S. Kap. 2.2 (Anm. 4).



FONASA oder ISAPRE: Ob dieser chilenische Patient wohl über einen ausreichenden Versicherungsschutz für die Linksherzkatheteruntersuchung verfügt?

Die andere wichtige Variable der privaten Versicherungsverträge ist das gesundheitliche Risiko der VersicherungsnehmerInnen und der mitversicherten Angehörigen. Zwar ist der explizite Ausschluss von Versicherten aufgrund bestimmter Erkrankungen gesetzlich verboten, doch im Unterschied zu FONASA sind die ISAPREs nicht verpflichtet, jeden Bewerber aufzunehmen. Zudem besteht bei vorbestehenden Erkrankungen oder versicherungsrelevanten Zuständen eine Sperrfrist von 18 Monaten, während derer die Krankenversicherung nicht mehr als 25 % der damit im Zusammenhang stehenden Behandlungskosten übernehmen muss. Im zweigliedrigen chilenischen System sind die privaten Anbieter auf dem Versicherungsmarkt gezwungen, ihre Versicherungsverträge einerseits an vorgegebene Prämien und andererseits an die verschiedenen individuellen Gesundheitsrisiken anzupassen (vgl. Titelman 2000, S. 23). Wichtigste Berechnungsgrundlage sind dabei die Risikofaktoren, die für jede angebotene Versicherung als Funktion von Alter und Geschlecht festgelegt sind. Diese beiden Bedingungen der Versicherten stellen neben dem Einkommensstatus die entscheidenden Variablen für die Vertragsmodalitäten auf dem privaten Krankenversicherungsmarkt dar.<sup>58</sup> In Abhängigkeit vom Monatsbei-

---

<sup>58</sup> Näheres dazu s. Kap. 4.4.

trag und dem individuellen Risiko der einzelnen VersicherungsnehmerInnen bieten die ISAPREs sog. „Gesundheitspläne“ an, deren Leistungsumfang sich als endogene Transaktionsvariable nach den exogen festgelegten Beiträgen richtet (Larrañaga 1997, S. 10). Die bedeutsamste Gestaltungsmöglichkeit bietet sich für die private Versicherungswirtschaft bei vorgegebenen Prämien somit bei der Festlegung des Umfangs des Versicherungsschutzes und der Definition der in jedem Vertrag abgedeckten Leistungen. Unter Vorgriff auf die eingehendere Darstellung der Vertragsgestaltung auf dem privaten Krankenversicherungsmarkt<sup>59</sup> soll an dieser Stelle bereits darauf hingewiesen werden, dass sich die verschiedenen „Gesundheitspläne“ in Chile neben der Versicherungsprämie im Wesentlichen durch die finanzielle Absicherung der einzelnen medizinischen Leistungen unterscheiden, die auch bei allen obligat in jeden Vertrag aufzunehmenden Behandlungen in der Praxis zwischen 25 % und 100 % liegt.

## 4.2. Quantitative Entwicklung des privaten Krankenversicherungsmarktes

Seit seiner Entstehung im Jahr 1981 zeigte das private Krankenversicherungssystem mehr als eineinhalb Jahrzehnte lang anhaltende Wachstumsraten und konnte zumindest bis 1997 sein Marktsegment beständig ausbauen. Die höchsten jährlichen Zuwachsraten waren zum Ende des Militärregimes und zu Beginn der Redemokratisierung zu verzeichnen. So stieg die Zahl der BeitragszahlerInnen der ISAPREs zwischen 1989 und 1991 jedes Jahr um bis zu 25 % und die Gesamtzahl der Versicherten um bis zu 24 % (Superintendencia de ISAPREs 1999, S. 46, 61).<sup>60</sup>

Wie die folgende Tabelle 16 veranschaulicht, ging die relative Bedeutung der öffentlichen Krankenversicherung in diesem Zeitraum spürbar zurück. Waren am Ende der Militärherrschaft noch nahezu zwei Drittel der ChilenInnen bei FONASA eingeschrieben, sank der Anteil auf drei Fünftel zum Ende des vergangenen Jahrzehnts. Der Rückgang der Versichertenzahlen im öffentlichen Sektor korreliert zunächst eng mit dem Zuwachs der privaten Krankenversicherungsbranche, die in dieser Zeit ihren Marktanteil auf mehr als ein Viertel der Bevölkerung ausbauen konnte. Während etwa 6 % der ChilenInnen einer Eigenversicherung angehören (Militär, öffentliche Verwaltung Universitäten,), stieg in dieser Zeit der Anteil der

---

<sup>59</sup> Kap. 4.4.

<sup>60</sup> Die Zuwachsraten im einzelnen: Bei den BeitragszahlerInnen 1989 25 %, 1990 23,9 % und 1991 25,8 %; bei den Versicherten 1989 21,8 %, 1990 21,9 % und 1991 23,8 %.

BürgerInnen, die weder bei FONASA noch bei einer ISAPRE krankenversichert sind. Die Gruppe der chilenischen BürgerInnen, die sich dem prinzipiell obligatorischen Sozialversicherungssystem gänzlich entziehen, wird derzeit auf rund 8 % der Bevölkerung geschätzt (Mideplan 1997, Encuesta CASEN 94).

Tabelle 16

Entwicklung der Versichertenzahlen der einzelnen Krankenversicherungssysteme in Chile 1990 - 1999

| Jahr        | Öffentl. System |        | ISAPRE-System |        | Andere*     |        |
|-------------|-----------------|--------|---------------|--------|-------------|--------|
|             | Versicherte     | Anteil | Versicherte   | Anteil | Versicherte | Anteil |
| <b>1990</b> | 9.729.020       | 74 %   | 2.108.308     | 16 %   | 1.336.021   | 10 %   |
| <b>1991</b> | 9.414.162       | 70 %   | 2.566.144     | 19 %   | 1.405.500   | 10 %   |
| <b>1992</b> | 8.788.817       | 65 %   | 3.000.063     | 22 %   | 1.810.547   | 13 %   |
| <b>1993</b> | 8.537.786       | 62 %   | 3.431.543     | 25 %   | 1.843.895   | 13 %   |
| <b>1994</b> | 8.664.479       | 62 %   | 3.669.874     | 26 %   | 1.691.816   | 12 %   |
| <b>1995</b> | 8.637.022       | 61 %   | 3.763.649     | 26 %   | 1.809.758   | 13 %   |
| <b>1996</b> | 8.672.619       | 60 %   | 3.813.384     | 26 %   | 1.932.861   | 13 %   |
| <b>1997</b> | 8.753.407       | 60 %   | 3.882.572     | 27 %   | 1.986.375   | 14 %   |
| <b>1998</b> | 9.137.599       | 61 %   | 3.679.835     | 25 %   | 2.113.283   | 14 %   |
| <b>1999</b> | 8.819.146       | 59 %   | 3.457.798     | 23 %   | 2.723.056   | 18 %   |

Quellen: Minsalud 1999e und Contreras et al. 1999, S. 28

\* Diese Kategorie umfasst die Mitglieder der Eigenversicherungen von Armee, Universitäten und öffentlicher Verwaltung.

Ab Mitte der 90er Jahre ist zunächst eine Abflachung der Wachstumskurve des privaten Versicherungsmarktes zu beobachten, die auf eine zunehmende Sättigung des Marktes und die Begrenzung der Wachstumsmöglichkeiten des ISAPRE-Systems hinweisen dürfte. Die Zuwachsrate des Privatversicherungsmarktes tendierte insbesondere zwischen 1995 und 1997 gegen Null, bis sich ab 1998 erstmals seit Einführung des chilenischen Modells eine Negativentwicklung sowohl der absoluten Versichertenzahlen als auch des Bevölkerungsanteils im privaten Krankenversicherungssystem

einstellte. Wie die obige Tabelle zeigt, verloren die offenen ISAPREs von 1997 bis 1998 5,4 % und bis Anfang 1999 weitere 6,2 % ihrer Mitglieder (Superintendencia de ISAPREs 1999, S. 46 sowie 2000, S. 62, 64). Bei der Zahl der BeitragszahlerInnen war die Entwicklung noch dramatischer, denn im gleichen Zeitraum ging ihre Zahl sogar um 6,1 % bzw. bis Ende 1999 sogar um 6,5 % zurück (Superintendencia de ISAPREs 1999, S. 61, sowie 2000, S. 47, 49). Die negative Dynamik auf dem privaten Krankenversicherungsmarkt nahm im Verlauf des Jahres 1999 weiter zu, denn von Januar bis Dezember verloren die offenen ISAPREs nicht weniger als ein Zehntel ihrer Versicherten und das Gesamtsystem ein Zehntel seiner BeitragszahlerInnen (Superintendencia 2000, S. 47, 49, 62, 64).

1997 erreichte das private Versicherungswesen mit über 1,7 Millionen BeitragszahlerInnen und fast 3,9 Millionen Versicherten seinen bisherigen quantitativen Höhepunkt und versorgte praktisch 30 % der Bevölkerung (Superintendencia 1999, S. 47, 49). In nur drei Jahren sank die Mitgliederzahl bei anhaltendem demografischem Wachstum auf gut 3 Millionen entsprechend einem Bevölkerungsanteil von 23 % (Superintendencia 1999, S. 45, 62; www.ine.cl 1999), auf den immer noch mehr als ein Drittel der gesamten Gesundheitsausgaben des Landes entfallen.

Zweifelsohne wurde die anfangs so erfolgreiche Entwicklung des ISAPRE-Systems in nicht unerheblichem Maße durch die allgemeinpolitischen Rahmenbedingungen und vor allem durch die faktische Deregulierung während der chilenischen Diktatur begünstigt.<sup>61</sup> Doch in Folge der allmählich zunehmenden Kontrolle des privaten Krankenversicherungswesens zeigt die Negativentwicklung dessen Unfähigkeit, auf einem sich verändernden, stärker regulierten Markt konkurrenzfähige innovative Produkte insbesondere für die Gruppe D der FONASA-Versicherten anzubieten, derzeit immerhin über 2 Millionen ChilenInnen. Seinen historischen Wirtschaftserfolgen zum Trotz und zusätzlich zu den Schwierigkeiten, in dieses Marktsegment zu expandieren, muss die private Versicherungsbranche kurz- und mittelfristig die sich abzeichnenden ernsthaften Finanzierungsengpässe angehen. Die Rentabilität nimmt seit Anfang der 90er Jahre beständig ab und hat zuletzt zu Gewinnraten nahe Null und zu negativen Bilanzen geführt.

Entscheidenden Einfluss auf diese Entwicklung hatte darüber hinaus ohne Zweifel die rezessive Entwicklung der chilenischen Volkswirtschaft während der letzten beiden Jahre des vergangenen Jahrzehnts und in besonde-

---

<sup>61</sup> Die einzelnen Elemente dieser Politik sind in Kap. 2.2 und 2.3 beschrieben.

rem Maße die sog. Asienkrise, die dem südamerikanischen Land erhebliche Einbrüche insbesondere bei den Exporten, ein jähes Ende jahrelangen Wirtschaftswachstums und eine hohe Arbeitslosigkeit bescherte. Aufgrund der Verschlechterung ihrer Einkommenssituation konnten viele BürgerInnen die Beiträge für die ISAPRE-Verträge nicht mehr aufbringen, so dass sie im Prinzip automatisch in das öffentliche System zurückkehrten, in vielen Fällen aber von keinem sozialen Sicherungssystem erfasst sind. Es bleibt festzuhalten, dass die jüngsten Entwicklungen auf dem privaten Krankenversicherungsmarkt eindrücklich die Anfälligkeit des chilenischen Modells in Zeiten ökonomischer Rezession aufgezeigt haben. Das mag aus der Perspektive des Marktes und der Marktwirtschaft weder überraschen noch ein besonderes Problem darstellen, im Hinblick auf die Systemaufgabe und insbesondere die Nachhaltigkeit der sozialen Sicherung muss eine derartige Krisenabhängigkeit jedoch grundsätzlich diskutiert werden (s. auch Valenzuela 1998, S. 15). Schließlich sollten gesellschaftliche Sicherungssysteme nicht nur effektiven Schutz gegenüber den Risiken des Individuums bieten, sondern bis zu einem gewissen Grad auch die Folgen externer und in jedem Fall konjunktureller Unwägbarkeiten für den/die Einzelne/n abmildern.

### **4.3. Effizienzaspekte des Kassenwettbewerbs in Chile**

Auf internationaler Ebene besteht weitgehende Übereinstimmung, dass eine der wichtigsten Ursachen für die ökonomische Krise der sozialen Sicherungssysteme in einer Kostenexplosion im Gesundheitswesen zu suchen ist, die ein weltweites Phänomen darstellt, wenngleich in unterschiedlichem Ausmaß und mit verschiedenen Dynamiken. Als weitere entscheidende Gründe für die Verteuerung der Gesundheitssysteme sind die demografischen und epidemiologischen Strukturveränderungen zu nennen, die sich in einer zunehmenden Lebenserwartung der Bevölkerung und der wachsenden Bedeutung vor allem altersassoziiertes chronischer Erkrankungen niederschlagen. Hinzu kommt die steigende Zahl medizinischer Fachleute und die sich ständig erweiternde Verfügbarkeit diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten, die oftmals zu erheblichen Kostensteigerungen führen, sofern sie nicht unter strenger Kontrolle und den Kriterien der evidenz-basierten Medizin sowie einer nachgewiesenen positiven Kosten-Nutzen-Relation angewendet werden. Da die Durchsetzung derartiger Maßstäbe auf dem Markt für Gesundheitsleistungen in aller Regel auf große und teils unüberwindliche Widerstände stößt, zielt ein entscheidender Ansatz zur Reduktion der Kostensteigerung im Gesundheitswesen in

vielen Fällen auf eine Optimierung der Ressourcenallokation mittels gezielter Anreize auf dem Krankenversicherungsmarkt ab.

Derartige grundsätzliche Betrachtungen wurden auch zur Begründung der Gesundheitsreform in Chile zu Beginn der 80er Jahre angeführt. Das staatliche Quasi-Monopol in diesem Bereich sollte aufgebrochen werden, um die bürokratischen, anreizhemmenden Finanzierungsmechanismen zu überwinden und die Allokation der knappen Ressourcen durch Stärkung privater Unternehmen zunächst im Bereich der Krankenversicherungen und im weiteren Verlauf in der medizinischen Versorgung zu verbessern. Nach fast zwanzigjähriger Erfahrung mit dem chilenischen Modell und in unübersehbarem Widerspruch zu dem in Chile weiterhin fast unerschütterlichen Glauben an die Effizienz der Privatwirtschaft ist festzustellen, dass die Einführung der ISAPREs weder substantziell zu einer Kostendämpfung beigetragen noch die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen gebremst hat. Das gilt sowohl für die betriebsbedingten Kosten im ISAPRE-System als auch für die Preisentwicklung auf dem Markt für Gesundheitsleistungen insgesamt, die sich im Widerspruch zu den mit der Einführung von marktwirtschaftlichen Mechanismen verbundenen Erwartungen ebenso unüberschaubar wie unkontrollierbar entwickeln und die Steuerbarkeit des Gesundheitssystems erheblich erschweren.

Bei der Analyse der Auswirkungen der chilenischen Reform auf die Effizienz der Ressourcenallokation im Gesundheitswesen kann nicht unberücksichtigt bleiben, dass die internen Kosten der privaten Versicherungsunternehmen relativ hoch sind und ein ähnliches Ausmaß erreichen wie die der ebenfalls privatwirtschaftlich organisierten Pensionsfonds AFP (Diamond 1984, nach Larrañaga 1997, S. 18). Das Gesamtsystem der offenen ISAPREs gab 1999 insgesamt mehr als 120 Millionen Pesos bzw. fast 230.000 US-\$ für Verwaltungs- und Werbungskosten aus, was 18,8 % der betriebsbedingten Ausgaben entsprach.<sup>62</sup> Mit einem derartigen Anteil erreichten die privaten Krankenversicherungen fast ein ähnlich hohes Niveau wie in den Jahren 1985 bis 1989,<sup>63</sup> allerdings bei deutlich geringerer Versichertenzahl (Superintendencia de ISAPREs 1999, S. 45). Damit erreichen die Verwaltungs- und Werbungskosten der chilenischen Privatversicherer

---

<sup>62</sup> Die Verwaltungs- und Werbungskosten von FONASA lagen im gleichen Zeitraum bei 1,3 % (FONASA 1999b, S. 13).

<sup>63</sup> Der Anteil der Verwaltungs- und Werbungskosten der ISAPREs lag Ende der 80er Jahre bei nahezu 20 % und sank zwischen 1990 und 1994 auf 17,1 % (Larrañaga 1997, S. 18; Superintendencia de ISAPREs 1999a, S. 28, 29).

heute nahezu ein Drittel der Ausgaben für medizinische Leistungen (Superintendencia de ISAPREs 1999, S. 28).

Eine bedeutsame Ursache für diese Entwicklung dürfte in der zunehmenden Kontraktion des Marktes für private Krankenversicherungen und dem sich daraus ergebenden Konkurrenzdruck zwischen den einzelnen ISAPREs zu suchen sein. Einerseits müssen die Krankenversicherungen erhebliche Ressourcen für Werbung und insbesondere für den Verkauf ihrer Produkte aufwenden, der in großem Umfang durch nicht festgestellte, firmenfremde VertreterInnen erfolgt. Die Struktur der erfolgsabhängigen Honorierung scheint für die ISAPREs eher ein spezifisches *moral-hazard*-Problem mit sich zu bringen als dieses zu reduzieren. Offenbar tendieren viele selbständig arbeitende VerkäuferInnen dazu, ihre eigenen Erfolgsprämien durch fiktive Vertragsabschlüsse zu erhöhen. Dem versuchen die Versicherungen mit verstärkten Kontrollen zu begegnen, was wiederum die Verwaltungskosten in die Höhe treibt. Ebenso stellt das klassische *moral-hazard*-Phänomen des Gesundheits- bzw. Krankenversicherungswesens einen relevanten Kostenfaktor dar. Sowohl LeistungserbringerInnen als auch LeistungsempfängerInnen greifen in nicht geringem Umfang auf inkorrekte Abrechnungs- und Erstattungsmodalitäten zurück, oftmals motiviert durch die ungenügende finanzielle Abdeckung bestimmter Leistungen vor allem in den preiswerteren Versicherungsverträgen.<sup>64</sup>

Insgesamt weist das System der privaten Krankenversicherungen in Chile bis heute erhebliche und offenkundige Schwächen in Bezug auf die Entwicklung effektiver Kontrollmechanismen zur Eindämmung der Verwaltungs- und Werbungskosten auf. Über die beschriebenen Organisations- und Kontrollprobleme hinaus ist für das Gesundheitswesen in seiner Gesamtheit die Frage entscheidend, ob es durch das chilenische Modell weitgehend deregulierter Versicherungen gelungen ist, die vielzitierte vermeintliche Kostenexplosion zu bremsen. Unter Vorgriff auf die im Anschluss eingehender dargestellten Entwicklungen auf dem chilenischen Gesundheitsmarkt ist festzustellen, dass die ISAPREs keinen nennenswerten Beitrag zur Kostendämpfung geleistet und somit die in die Gesundheitsreform von 1981 gesteckten Erwartungen nur unzureichend erfüllt hat. Zweifelsohne gab es einige erfolgversprechende Ansätze einer vertikalen Integration nach dem Vorbild von *managed-care*-Modellen. Auch haben

---

<sup>64</sup> Diese beiden aufgeführten Missbrauchsphänomene und ihre Bedeutung für die private Krankenversicherungsbranche beschrieb der Rechtsanwalt Raúl Cartagena, langjähriger Justitiar verschiedener ISAPREs und heute selbständiger Consultant, in einem Interview mit dem Autor dieser Arbeit.

die ISAPREs mittlerweile große Erfahrung mit dem Ankauf von Leistungen in größerem Umfang und entsprechenden Mengenrabatten sammeln können. Dennoch erfolgt die Abrechnung der LeistungserbringerInnen mit den Privatversicherungen bis heute ganz überwiegend in Form der Einzelleistungshonorierung (*fee-for-service*). Dies hat unter anderem zu einem beständigen Anwachsen des Dienstleistungssegmentes auf dem Markt für medizinische Leistungen und zu einer Ausweitung insbesondere der Zahl der privaten LeistungserbringerInnen mit den Folgen einer anhalten Kostensteigerung des Gesundheitssystems geführt (vgl. Baeza/Muñoz 1999, S. 25/26).

Ebenso wie im öffentlichen Gesundheitssektor ist auch im privaten Krankenversicherungswesen eine deutliche Kostensteigerung im Bereich der medizinischen und paramedizinischen Leistungen zu beobachten. Diese ist zum einen auf die vorgegebenen Beschränkungen und auf den fortbestehenden Mangel an alternativen und angemessenen Honorierungsmechanismen zwischen Versicherern und LeistungserbringerInnen und zum anderen auf deren Finanzierungs- und Managementstrukturen zurückzuführen, die stark von berufsständischen und politischen Interessen bestimmt werden (vgl. Baeza/Muñoz 1999, S. 26). Die vielzitierte Kostenexplosion führt im öffentlichen wie im Privatsektor zu einer ernsthaften Krise im Hinblick auf die finanzielle Nachhaltigkeit des Gesundheitswesens.

Die private Krankenversicherungsbranche hat die anhaltende Kostensteigerung unter anderem durch einen beständigen Anstieg des Beitragsaufkommens ihrer VersicherungsnehmerInnen aufzufangen versucht, das auch bei abnehmender Mitgliederzahl des ISAPRE-Systems kontinuierlich angestiegen ist. Trotz eines Verlustes von mehr als 100.000 bzw. 6,1 % der BeitragszahlerInnen stiegen die Prämieinnahmen der ISAPREs von 1997 bis 1998 um fast 50 Millionen US-\$, entsprechend einem Zuwachs von mehr als 4 % (Superintendencia de ISAPREs 1999, S. 39, 40, 45). Diese Tendenz scheint sich bis heute fortzusetzen, denn von Dezember 1998 bis Dezember 1999 stieg das Beitragsvolumen der ISAPREs trotz eines Mitgliederverlustes von nahezu 10 % leicht um 570.000 US-\$ an (Superintendencia de ISAPREs 2000, S. 41, 42, 47-50).

Die Steigerung des Beitragsvolumens der privaten Krankenversicherungen hat zwar die individuellen Gesundheitsausgaben absolut in die Höhe schnellen lassen. Im Vergleich zu den Gehältern, deren Anstieg zumindest bis zum Erreichen der Beitragsbemessungsgrenze unmittelbar ein Anwachsen des proportionalen Anteils für die Versicherungsprämie nach sich zieht, ist der Zuwachs der Krankenversicherungsabgaben indes relativ gering ausgefallen. So stieg der jährliche Durchschnittsbeitrag pro Versi-

chertem 1990 bis 1998 von 293.577 auf 385.557 Pesos (740 US-\$) und damit nominell um nahezu ein Drittel (31,33 %) (Superintendencia de ISAPREs 1999, S. 39, 45). Im gleichen Zeitraum verzeichneten die Haushalte im Landesdurchschnitt hingegen einen 87,5-prozentigen nominellen Einkommensanstieg. In den beiden obersten Quintilen, denen die Mehrheit der ISAPRE-Versicherten angehört, stiegen die Haushaltseinkommen sogar um 150 bzw. 119 % (INE 1998 und MIDEPLAN 1997). Der relativ geringe Anstieg der des Gesamtbeitragsaufkommens ist im Wesentlichen als Ausdruck der Ausweitung des privaten Krankenversicherungsmarktes auf Mittelschichtsangehörige mit niedrigeren Einkommen zu werten.

Die Preis- und Ausgabenentwicklung auf dem Markt für Gesundheitsleistungen im Verlauf der 90er Jahre stellt auf jeden Fall die Effektivität der von den ISAPREs seit ihrer Entstehung angewendeten Strategien grundsätzlich in Frage.<sup>65</sup> Die Einführung der ISAPREs hat nicht zu den erwarteten Einspar- und Rationalisierungserfolgen geführt, die durch Verbesserung der Ressourcenallokation erreicht werden sollten. Das private Krankenversicherungssystem hat ganz offensichtlich sein maximales Expansionspotenzial überschritten und sich zudem als überaus krisenanfällig erwiesen. Es sind erhebliche Zweifel nicht nur an der weiteren Entwicklung, sondern vor allem an der Nachhaltigkeit der privatwirtschaftlichen Ansätze des chilenischen Modells von sozialer Sicherung angebracht. Strukturelle Probleme wie die der Kurzfristigkeit der Versicherungsverträge und die heftige Konkurrenz innerhalb der ISAPRE-Branche verursachten vergleichsweise sehr hohe Verwaltungskosten. In Verbindung mit den schwindenden Marktsegmenten führte dies zu den bereits erwähnten Fusionstendenzen in Folge der zunehmenden Kapitalkonzentration in diesem Wirtschaftszweig.<sup>66</sup>

Die sich abzeichnende Sättigung der Monopolisierungsreserven setzt das ISAPRE-System in jüngster Zeit allerdings verstärkt unter Druck, effektiv nach Wegen zur Reduzierung der Verwaltungs- und einer Eindämmung der weiteren technischen Kosten zu suchen. Dies ist nicht nur im Hinblick auf die aktuelle Finanzkrise dieser Wirtschaftsbranche von Bedeutung, sondern auch für die zukünftige Finanzierbarkeit des privaten Krankenversicherungswesens entscheidend. Nicht zuletzt zur Erhöhung der Legitimität und der Verbesserung der Akzeptanz der ISAPREs müssen dazu dringend die Risikoabdeckung und insgesamt die Qualität des Leis-

---

<sup>65</sup> Vgl. hierzu auch Kapitel 4.7 über das Image der ISAPREs bei ihren Kunden und in der Bevölkerung.

<sup>66</sup> Vgl. Kap. 2.3 über die Reformen der 90er Jahre.

tungsangebots insbesondere für die unteren Einkommensgruppen verbessert werden. Gleichzeitig besteht die Gefahr, dass überstürzte oder schlecht umgesetzte Bemühungen zur Eindämmung der technischen Kosten das Image der Privatversicherungen weiter beschädigen. Dies wäre beispielsweise bei einer Erhöhung der Zugangsbarrieren zum System zu erwarten, selbst wenn parallel dazu eine verstärkte vertikale Integration oder *managed-care*-Ansätze eingeführt werden, deren Effekte aber erst mittel- oder langfristig sichtbar werden.



Moderne Technologie, Nachfrageinduktion und die steigende Lebenserwartung reiben auch in Chile die Kosten des Gesundheitswesens in die Höhe

Im Widerspruch zu den mit ihr verknüpften Erwartungen konnte die Reform des chilenischen Sozialversicherungswesens von 1981 die Verteuerung der individuellen Gesundheitsausgaben nicht bremsen. Vielmehr trug sie in bedeutendem Maße zur Steigerung der finanziellen Belastung der Bürger bei. So zahlt ein erheblicher Teil der ISAPRE-Versicherten heute eine über dem Pflichtbeitrag von 7 % des Bruttolohnes liegende Monatsprämie. Vor allem die im folgenden Kapitel 4.4. eingehender dargestellten Charakteristika der privaten Krankenversicherungsverträge haben bis heute zu einer Erhöhung der durchschnittlichen Beitragsbelastung auf annähernd 8 % des Einkommens geführt (Acuña 2000, S. 7). Ende 1999 wurde der Anteil der ISAPRE-Mitglieder, die für ihre Krankenversicherung „freiwillig“ mehr als den Pflichtbeitrag aufbrachten, auf fast ein Drit-

tel der Versicherten geschätzt, die mehrheitlich zwischen 8,5 und 10 % ihres Bruttogehalts an ihre Krankenkasse bezahlen (Superintendencia de ISAPREs, inoffizielle Schätzungen der Studienabteilung, Dez. 1999). Die Zahlen vom März 2000, die in der folgenden Tabelle zusammengefasst sind, bestätigen den hohen Anteil der ISAPRE-Versicherten, die vermeintlich freiwillig einen höheren als den Pflichtbeitrag bezahlen.<sup>67</sup>

Tabelle 17

Anteil der ISAPRE-Versicherten, die einen über die siebenprozentige Pflichtabgabe hinausgehenden Beitrag für ihre Krankenversicherung abführen

| <b>Art des zusätzlichen Beitrags</b>  | <b>Anteil</b> |
|---|---------------|
| Gesamtanteil der ISAPRE-Versicherten mit „freiwilligem“ Zusatzbeitrag ( <i>Cotización Adicional</i> )                                     | 29,39 %       |
| Anteil der ISAPRE-Versicherten mit gesetzlichem zweiprozentigem Zusatzbeitrag ( <i>Cotización Adicional Legal del 2 %</i> ) <sup>68</sup> | 11,87 %       |
| Anteil der ISAPRE-Versicherten mit freiwilligem Zusatzbeitrag <b>und</b> gesetzlichem zweiprozentigem Zusatzbeitrag                       | 2,68 %        |
| Anteil der ISAPRE-Versicherten mit freiwilligem Zusatzbeitrag <b>oder</b> gesetzlichem zweiprozentigem Zusatzbeitrag                      | 38,57 %       |

Quelle: Vom Master-Archiv ISAPRE-Versicherte für die vorliegende Arbeit zusammengestellte Daten der Superintendencia de ISAPREs vom Februar 2000

Insgesamt machen die „freiwilligen“ zusätzlichen Beitragszahlungen (*Cotizaciones Adicionales*) bereits 18 % der Gesamteinnahmen der privaten Krankenversicherungsbranche aus, während der Anteil der gesetzlich festgelegten Pflichtbeiträge 80 % ausmacht (Superintendencia de ISAPREs 1999a, S. 28). Bei differenzierter Betrachtung der größten ISAPREs am chilenischen Markt fallen allerdings große Unterschiede in der Bedeutung

<sup>67</sup> In den anderen Fällen, wo die Versicherungsprämie knapp unter dem Betrag des abgeführten Pflichtbeitrags liegt, richtet die ISAPRE dem/r VersicherungsnehmerIn eine Art individuelles, verzinsliches Sparguthaben ein. Der dort angesammelte Betrag darf nur für mögliche Zuzahlungen, zum Ausgleich der Differenz bei Verteuerung der Krankenversicherung oder zur Bezahlung von zahnmedizinischen Behandlungen verwendet werden (Valenzuela 1998, S. 5).

<sup>68</sup> Der gesetzliche Zweiprozentzuschuss für GeringverdienerInnen wurde am Ende von Kap. 2.3 ausführlich dargestellt.

dieser über den Pflichtbeitrag hinausgehenden Zusatzabgaben der Versicherten auf. Während beispielsweise bei der ISAPRE *Colmena Golden Cross* die über den siebenprozentigen Pflichtbeitrag hinaus geleisteten Prämien fast 30 % der Einnahmen ausmachen, liegt dieser Anteil bei *Banmédica* und *Cruz Blanca* bei nur 20 % und erreicht beim Marktführer *Consalud* nicht einmal 5 % der betriebsbedingten Einnahmen (Superintendencia de ISAPREs 2000, S. 31, 33).

Die über den Krankenkassenpflichtbeitrag im Umfang von sieben Prozent des Bruttoeinkommens hinausgehenden zusätzlichen Prämienzahlungen können im Prinzip als Ausdruck einer freiwilligen Höherversicherung betrachtet werden, mit der die BeitragszahlerInnen des privaten Sektors ihre Versicherungsansprüche und ihre Risikoabdeckung verbessern wollen. Dies ist allerdings nur theoretisch richtig, denn in der Praxis stellt die Steigerung der individuellen Krankenversicherungsabgaben in einer erheblichen Zahl der Fälle eine unausweichliche Folge der Vertragsmodalitäten dar. Wie im folgenden Kapitel 4.4. eingehender dargestellt wird, werden in Chile die Verträge der privaten Versicherungsbranche alle zwölf Monate zum einen an die allgemeine Kostenentwicklung und zum anderen an die jeweiligen aktuellen Bedingungen des Versicherten angepasst. Dies kann unter bestimmten Bedingungen bei neu auftretenden chronischen Erkrankungen von Bedeutung sein, ist aber in jedem Fall und unausweichlich im normalen Alterungsprozess relevant. Die altersabhängige Steigerung der Risikofaktoren in der privaten chilenischen Versicherungswirtschaft führt zu einem praktisch exponentiellen Anstieg der Prämien ab dem 55. Lebensjahr.

Verschiedene Auswirkungen der zugrundeliegenden, primär merkantilen Logik der Branche haben in Chile heftige Diskussionen und Kontroversen ausgelöst, die nicht unerheblich zur weiteren Verschlechterung der ohnehin problematischen öffentlichen Wahrnehmung beitragen. Neben der systemischen Altersselektion qua Prämiengestaltung richtet sich eine weitere häufig geäußerte Kritik am ISAPRE-System gegen die deutlich teureren Beitragssätze für Frauen im gebärfähigen Alter. In besonderer Weise trug der bisher in vielen Verträgen völlig unzureichende Versicherungsschutz bei schweren, komplizierten und daher kostenintensiven Erkrankungen zur negativen Presse bei und rief teils heftige Auseinandersetzungen hervor. In dieser Frage hat sich indes im Laufe des Jahres 2000 mit der Einführung einer Zusatzversicherung für derartige Fälle einiges bewegt.<sup>69</sup>

---

<sup>69</sup> Diese neue Zusatzabsicherung im Privatbereich wird in Kap. 4.5 eingehend dargestellt.

#### 4.4. Grundlegende Merkmale der privaten Krankenversicherungsverträge

Als Alternative zur öffentlichen Sozialkasse FONASA bietet das chilenische ISAPRE-System im Prinzip allen ChilenInnen den Beitritt zu einer privaten Krankenkasse an. Durch den Abschluss eines privaten, individuellen Krankenversicherungsvertrags erfüllen die BürgerInnen des Landes die gesetzlich vorgeschriebene Versicherungspflicht. Der Beitritt zu einer ISAPRE ist freiwillig und unterliegt keinerlei formalen Beschränkung von Seiten des Gesetzgebers.<sup>70</sup> Mehr noch, die Wahlfreiheit der gesetzlichen Krankenversicherung ist in der bis heute gültigen chilenischen Verfassung von 1980 verankert.<sup>71</sup> Andererseits besteht für die ISAPREs keinerlei Kontrahierungszwang, denn außer der Regulierung des Zugangs zum privaten Krankenversicherungsmarkt mittels der Prämiengestaltung haben sie jederzeit die Möglichkeit, dem Beitrittsersuchen von potenziellen VersicherungsnehmerInnen nicht stattzugeben. Durch die Festlegung der Monatsbeiträge erreichte die Versicherungsbranche eine klare sozioökonomische Selektion, die keineswegs auf die eher seltene direkte Ablehnung potenzieller KundInnen beschränkt ist. Die Preisstruktur auf dem privaten Krankenversicherungsmarkt schließt die unteren und mittleren sozialen Schichten in der Praxis von der Teilnahme am ISAPRE-System aus. Die immanente Unternehmenslogik der ISAPREs lässt diese ausschließlich

---

<sup>70</sup> So besteht beispielsweise keine Beschränkung des Zugangs zum privaten Krankenversicherungsmarkt in Abhängigkeit vom Einkommen oder von der Art der Berufstätigkeit. Die einzige relevante Einschränkung der freien Versicherungswahl ergibt sich aus der individuellen Finanzierbarkeit der am Markt vorhandenen privaten Versicherungsverträge.

<sup>71</sup> Paragraph 19, Art. 9: Recht auf Schutz der Gesundheit:

Der Staat gewährleistet den freien und gleichen Zugang zu Aktivitäten der Förderung, des Schutzes und der Wiederherstellung der Gesundheit sowie der Rehabilitierung des einzelnen Bürgers.

Außerdem obliegt ihm die Koordinierung und Kontrolle der Gesundheitsaktivitäten.

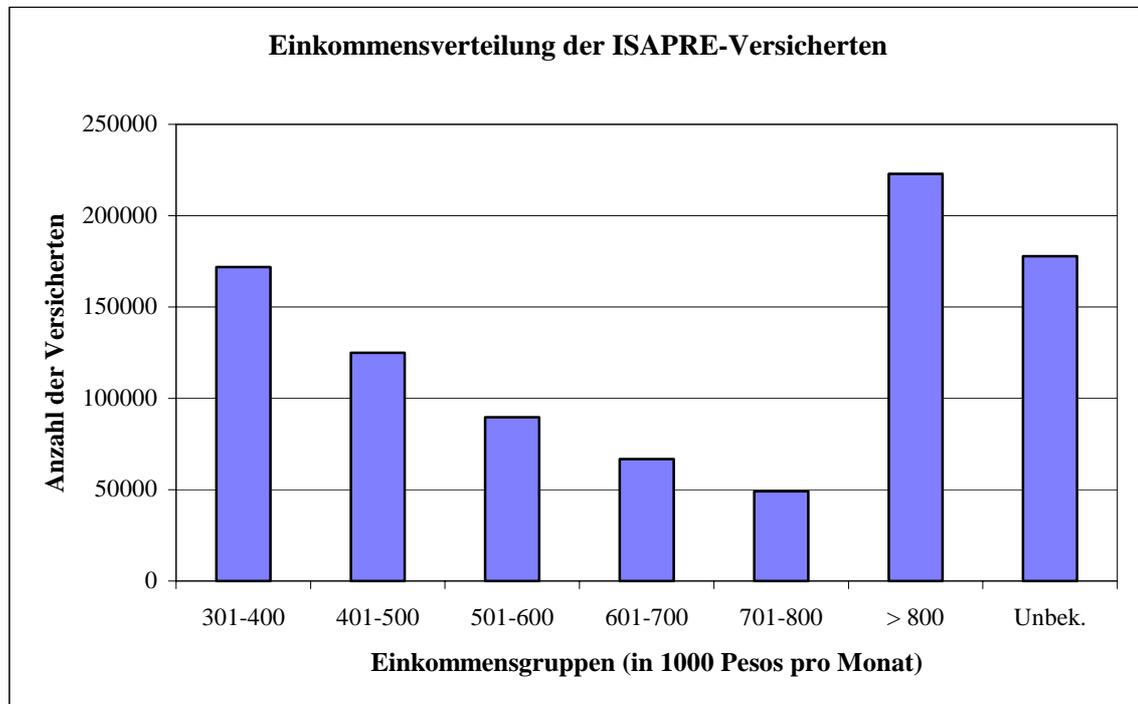
Es ist vorrangige Pflicht des Staates, die Ausübung der Gesundheitsaktivitäten zu garantieren, sei es in öffentlichen oder privaten Institutionen, in der Form und unter den Bedingungen der geltenden Gesetze, in denen Pflichtbeiträge festgelegt werden können.

**Jeder Bürger hat das Recht, das Gesundheitssystem zu wählen, dem er beitreten will, sei es dem staatlichen oder dem privaten.**

(Verfassung der Republik Chile von 1980, Übersetzung und Hervorhebung durch den Autor).

nach KundInnen suchen, deren risikoäquivalente Prämien ausreichende Renditen versprechen.

Grafik 6



Quelle: Superintendencia de ISAPREs 2000, S. 10, 52

Die Einkommensverhältnisse in Chile bringen es mit sich, dass die propagandistisch reichlich ausgeschlachtete Wahlfreiheit auf dem Versicherungsmarkt faktisch auf weniger als die Hälfte der Bevölkerung beschränkt geblieben ist. Die Einkommensaufstellung der ISAPRE-BeitragszahlerInnen weist zwar einen beachtlichen Anteil von Personen mit einem Monatseinkommen von 200-600 US-\$ auf,<sup>72</sup> dies ist jedoch der Altersstruktur der chilenischen Bevölkerung geschuldet und bezieht sich im Wesentlichen auf Alleinstehende und kinderarme Versicherte. Eigene Untersuchungen legten eine klare Diskriminierung Geringverdienender mit zwei oder mehr Kindern offen, mit deren Beitragssatz von 7 % kein Versicherungsplan zu finanzieren ist. Sofern einzelne ISAPREs überhaupt Verträge für diese Einkommensgruppe mit Familienanhang anbieten, müssen die Versicherten erhebliche finanzielle Deckungslücken in Kauf nehmen (vgl.

<sup>72</sup> Superintendencia 2000, S. 10

Holst 2000a).<sup>73</sup> Erst ab einem Monatsgehalt von etwa 650 US-\$ eröffnet der Kassenwettbewerb in Chile eine reale Wahloption. Das Ausmaß und die Auswirkungen des *cream skimming* auf dem Markt für private Krankenversicherungsleistungen veranschaulicht das nachfolgende Schaubild.

Wie bereits in Kap. 2.3 ausführlich erwähnt, gilt auch für die privaten Krankenversicherungsverträge die im Rahmen des Sozialversicherungssystems vorgeschriebene Pflichtabgabe im Umfang von 7 % des Bruttoeinkommens bis zu einem Höchstbeitrag vom 4,2 U.F. (Ende 1999 ca. 63.000 Pesos bzw. 120 US-\$) entsprechend einer oberen Beitragsbemessungsgrenze von 60 U.F. (ca. 900.000 Pesos bzw. knapp 1700 US-\$). Unabhängig von Pflichtbeitrag und Beitragsobergrenze kann die ISAPRE mit jedem/r VersicherungsnehmerIn auf Wunsch höhere Krankenversicherungsprämien vereinbaren, um den Zugang zu Verträgen mit besserer und umfangreicherer Risikoabdeckung zu ermöglichen (s. Bitrán/Almarza 1997, S. 24). Nicht zuletzt aufgrund der im vorangegangenen Kapitel dargestellten altersabhängigen Beitragsdynamik stellt diese „freiwillige“ Höhverversicherung ein häufiges Phänomen im privaten Krankenversicherungswesen dar<sup>74</sup> und führt unter anderem zur Verteuerung der individuellen Gesundheitsaufwendungen der Haushalte.

Den VersicherungsnehmerInnen sind per Gesetz die Entscheidung zwischen dem öffentlichen und dem ISAPRE-System - in letzterem Fall nach Maßgabe des Angebots und der Preisgestaltung - und die Auswahl ihrer privaten Krankenversicherung frei gestellt. Außerdem können sie nach einer Vertragsdauer von mindestens 12 Monaten jederzeit die ISAPRE wechseln. Für die Versicherung dagegen ist die Gültigkeit eines Vertrages im Prinzip unbeschränkt. Eine Beendigung des Versicherungsverhältnisses von Seiten des Vertragsgebers ist nur im Falle von Nichterfüllung der gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen durch den/die VersicherungskundIn<sup>75</sup> oder in gegenseitigem Einvernehmen möglich. Andererseits aber kann jede Privatversicherung nach Ablauf eines Jahres ihre Verträge überarbeiten und dabei für jedes einzelne Vertragsmodell die Tarife anpassen oder die Kostenerstattung für die verschiedenen medizinischen Leistungen ändern. Veränderungen der Vertragsmodalitäten für einzelne Versicherte oder bestimmte Gruppen sind dabei nicht zulässig, die entsprechenden Überarbeitungen gelten für alle Versicherten eines Ver-

---

<sup>73</sup> Mehr dazu weiter unten im Zusammenhang mit der Zuzahlungsproblematik.

<sup>74</sup> S. Kap. 4.3, Tab. 17.

<sup>75</sup> Beispielsweise bei ausbleibender oder verspäteter Beitragszahlung oder Verstoß gegen die Bedingungen des Versicherungsvertrages.

tragsmodells und treten jeweils zum Ende der individuellen Laufzeit von 12 Monaten in Kraft. Akzeptiert ein/e BeitragszahlerIn die neuen Vertragskonditionen nicht, muss die ISAPRE alternative Versicherungsverträge mit „gleichwertigen“ Bedingungen anbieten. Die Versicherten können in diesen Fällen den neuen Vertrag annehmen, aus der ISAPRE austreten oder sich an die Versicherungsaufsichtsbehörde wenden, die bei allen Auseinandersetzungen zwischen Versicherung und Versicherten die Befugnisse eines unabhängigen Schiedsgerichts hat.

Als charakteristisches Element aller nach dem Äquivalenzprinzip funktionierenden Krankenversicherungen berechnen auch die chilenischen ISAPREs die Versicherungsbeiträge auf der Grundlage sogenannter Risikofaktoren, die im Wesentlichen vom Alter und Geschlecht bzw. von der Eigenschaft als BeitragszahlerIn oder mitversicherte/r Angehörige/r abhängen. Jede private Krankenversicherung bestimmt die für ihre Verträge geltenden Risikofaktoren auf der Grundlage der erwarteten Durchschnittskosten für jede/n einzelne/n VersicherungsnehmerIn dergestalt, dass die an das Risiko jeder Gruppe adaptierten Beitragseinnahmen deren vermutete Kosten decken. So liegen die Risikofaktoren der weiblichen Beitragszahlerinnen in den meisten Fällen 1,5 bis 3 mal höher als die gleichaltriger Männer und erreichen bei einer der für diese Arbeit eingehender untersuchten ISAPREs sogar mehr als das Vierfache. Die Risikofaktoren der mitversicherten Frauen im gebärfähigen Alter sind in den meisten Fällen eineinhalb mal so hoch wie die gleichaltriger Männer und bleiben in jedem Fall unterhalb des Faktors 3.

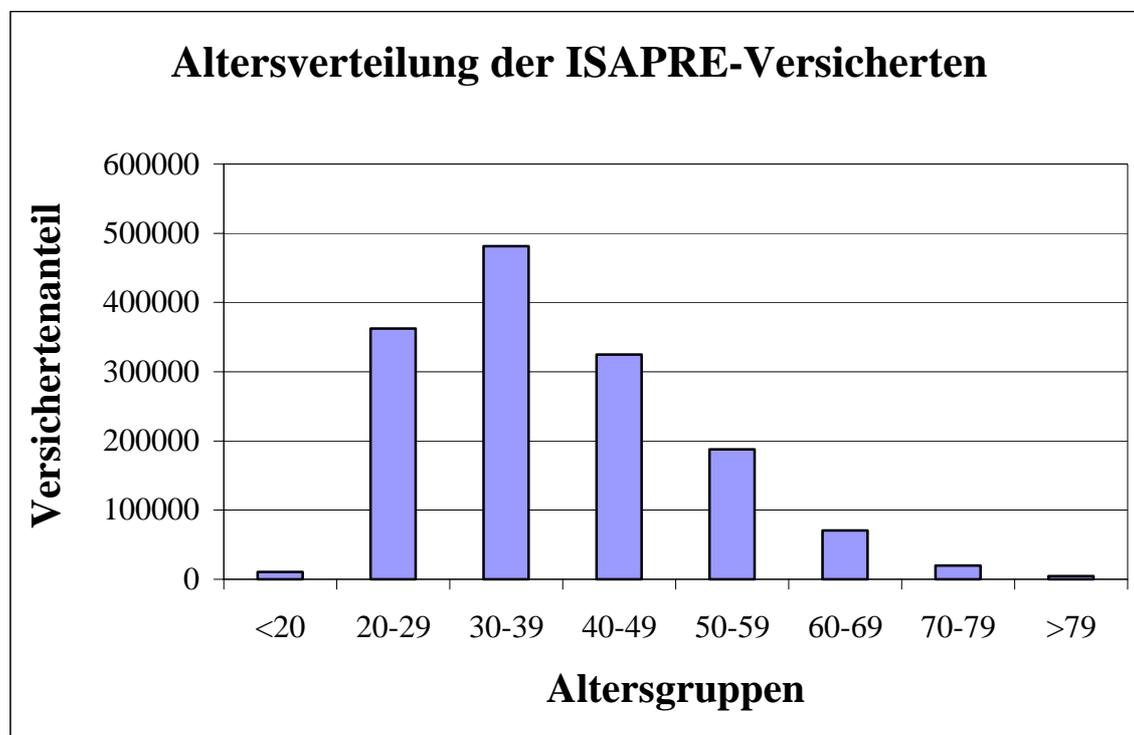
Für das bisherige Funktionieren des privaten Krankenversicherungswesens und insbesondere für die praktizierte Risikoselektion von entscheidender Bedeutung ist die Altersabhängigkeit der im Privatversicherungswesen angewendeten Risikofaktoren.<sup>76</sup> Bei jeder Überschreitung einer vertraglich festgelegten Altersgrenze des Hauptversicherten oder eines seiner mitversicherten Angehörigen bieten sich zwei Möglichkeiten: Entweder ist der/die VersicherungsnehmerIn bereit, eine entsprechend höhere monatliche Prämie aufzubringen, um den bestehenden Vertrag beizubehalten, oder er wechselt in einen preisgünstigeren Versicherungsvertrag, der in aller Regel eine geringere Risikoabdeckung bedeutet. Da die Risikofaktoren im

---

<sup>76</sup> Beispielsweise definieren nahezu alle ISAPREs eine erste wichtige Altersgrenze bei 45 Lebensjahren, bei deren Überschreiten der Risikofaktor der männlichen Versicherten in den meisten Fällen automatisch von 1 auf 1,5 steigt. Bei Erreichen des 46. Lebensjahres müsste der Versicherte anstatt des siebenprozentigen Pflichtbeitrags nunmehr 11,5 % seines Einkommens aufbringen, um den bisherigen Vertrag zu behalten.

Alter entsprechend dem höheren Erkrankungsrisiko progressiv steigen, bringt das private Krankenversicherungswesen in Chile im höheren Lebensalter unweigerlich eine bedeutende Verteuerung der individuellen Gesundheitsausgaben mit sich, da die Möglichkeit der Leistungseinschränkung mittels Reduktion der vertraglich gesicherten Risikoabdeckung ihre Grenzen hat. Die Folge ist eine radikale Alters- und konsekutive Risikoselektion des privaten Krankenversicherungssystems in Chile, die sich in dem weiterhin extrem niedrigen Anteil von Versicherten über 55 Jahren niederschlägt. Folgendes Schaubild verdeutlicht die derzeitige Altersverteilung der privat krankenversicherten BürgerInnen in Chile.

Grafik 7



Quelle: Superintendencia de ISAPREs 2000, S. 10, 53, 54

Unabhängig von den genannten Alters- und Risikoanpassungen schreibt die gültige Gesetzgebung vor, dass die Privatversicherungen in ihre Verträge obligat mindestens die Gesamtheit der medizinischen Leistungen aufnehmen müssen, die der öffentliche Gesundheitssektor den FONASA-Mitgliedern bietet. Grundlage für diese Bestimmung ist der jährlich aktualisierte Katalog der Gesundheitsleistungen dieser Institution (*Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud*), der Ende 1999 mehr als 2.200 medizinische und paramedizinische Maßnahmen und mit Ausnahme weniger

hochspezialisierter Behandlungen praktisch das gesamte Leistungsspektrum der gängigen westlichen Medizin umfasste. Das Gesundheits- und Finanzministerium aktualisieren einmal im Jahr diesen Katalog, streichen veraltete oder obsolet gewordene Leistungen und legen die Tarife der öffentlichen LeistungserbringerInnen fest, die für die FONASA-Versicherten im Rahmen der „institutionellen Behandlungsmodalität“<sup>77</sup> bzw. der freien Anbieterwahl gelten.<sup>78</sup> Der Katalog listet sämtliche aktuell gebotenen Leistungen des öffentlichen Gesundheitswesens auf und gilt als Richtlinie sowohl für alle Gesundheitseinrichtungen als auch für sämtliche Krankenkassen des Landes. Er setzt sich aus differenziert aufgelisteten Einzelleistungen zusammen und umfasst eine breite Spanne von simplen Laboruntersuchungen bis hin zu komplexen operativen Eingriffen.

Der explizite Ausschluss von bestimmten Diagnosen oder Risiken bzw. von den entsprechenden Katalogleistungen in privaten Versicherungsverträgen ist nicht zulässig. Damit soll der Entwicklung von Wettbewerbsvorteilen durch eine ex-ante Beschränkung des Versicherungszugangs aufgrund von bestimmten Erkrankungs- bzw. Kostenrisiken ein Riegel vorgeschoben werden. So war beispielsweise der frühere Versuch einiger ISAPREs nicht statthaft, Frauen mit nachgewiesener Gestationsunfähigkeit unter Ausschluss aller schwangerschafts- und geburtsassoziierten Leistungen Verträge mit günstigeren Prämien anzubieten. Ebenso darf eine private Krankenversicherung nicht einseitig einen Vertrag kündigen oder den Beitrag einzelner Versicherter anheben, sobald diese unter einer vorbestehenden oder neu auftretenden Erkrankung leiden oder ein ungünstigeres Risikoprofil bieten. Wie erwähnt, sind sie allerdings nicht zum Abschluss von Verträgen verpflichtet und können die Aufnahme „schlechter Risiken“ ohne Angabe von Gründen verweigern. Zur Vermeidung von möglichen willkürlichen Diskriminierungen durch die Versicherungsunternehmen erlaubt die chilenische Gesetzgebung einzig die Beitragsdifferenzierung nach Alter und Geschlecht. Aufgrund dieser Vorgaben können und müssen die ISAPREs im Laufe der Zeit und auf der Grundlage der Risikoanalyse sowohl der Einzelnen als auch der verschiedenen Gruppen das Profil ihrer Versicherten abschätzen und ihre Verträge und Vertragsmodalitäten in der Form umgestalten, dass ihr Risiko zunehmend durch die Beitragseinnahmen abgedeckt wird (vgl. Bitrán/Almarza 1997, S. 41).

---

<sup>77</sup> S. Kap. 3.2, Fußnote 32.

<sup>78</sup> Entsprechende Regelungen finden sich im Gesetz Nr. 18.469 und in den Technisch-administrativen Normen von FONASA (*Normas Técnico Administrativas*).

Der Zugang der Versicherten zu den vertraglich vereinbarten Leistungen kann auf drei verschiedenen Wegen erfolgen, wobei die meisten ISAPREs ihren VersicherungsnehmerInnen je nach Größe und Organisationsstruktur zwei bis drei Optionen bieten (vgl. CIEDESS 1996, S. 243):

1. System der Beitragsrückerstattung: Der Versicherte zahlt unmittelbar nach Inanspruchnahme einer medizinischen Leistung an den/die LeistungserbringerIn und erhält im Nachhinein die Ausgaben von seiner Versicherung im vereinbarten Umfang erstattet.
2. Vertragsärztliches System: Der Versicherte kauft bei seiner Versicherung Bonusscheine für die ärztliche Behandlung – wobei er selber den im Vertrag vorgesehenen Eigenanteil aufbringt – und bezahlt damit die vorher vereinbarten Tarife bei medizinischer Behandlung. Der/Die LeistungserbringerIn rechnet anhand der Bonusscheine direkt mit dem Versicherer ab.
3. System der eigenen Anbieterstruktur: Behandlung der Versicherten zu bestimmten Sätzen in versicherungseigener stationärer oder ambulanter Dienstleistungsstruktur.

Die Versicherungsverträge der privaten Krankenkassen treten unmittelbar nach ihrem Abschluss in Kraft, die Festlegung von Wartezeiten bis zur Inanspruchnahme bestimmter Leistungen ist gesetzlich untersagt. Einzige Ausnahmen bilden vorbestehende Erkrankungen und Zustände, die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses bekannt sind. Bei allen Leistungen, die während der ersten 18 Monate eines laufenden Vertrags im Zusammenhang mit den präexistenten Bedingungen des Versicherten entstehen, ist die Kasse zur Zahlung von nicht mehr als 25 % des Listenhonorars verpflichtet. Damit sollen die Risiken einer bei freier Versicherungswahl gegebenen adversen Selektion vermindert werden.

Dieses Phänomen kennzeichnet grundsätzlich den Markt für Versicherungsleistungen aus der Sicht der Anbieterseite. Unter adverser Selektion versteht man das Risiko der Versicherungen, mit ihrem Produkt gerade die Personengruppe anzuziehen, die von dem versicherten Ereignis in besonderem Maße bedroht ist oder sich zumindest bedroht fühlt. Deren stärkere Bereitschaft zum Abschluss einer entsprechenden Versicherung führt zu einer Konzentration derartiger Risikokonstellationen in der Grundgesamtheit von VersicherungsnehmerInnen. Die klassische Strategie von Gesellschaften und Staaten zur Vermeidung der adversen Risikoselektion bei singulären elementaren Versicherungen - Kranken-, Renten und in den europäischen Ländern Arbeitslosenversicherung - ist die Festschreibung der Versicherungspflicht für alle beitragsfähigen BürgerInnen. Wie bereits erwähnt, findet sich dieses sozialstaatliche Prinzip auch in der chilenischen

Alters- und Krankheitsvorsorge und ist zudem für die geplante Arbeitslosenversicherung vorgesehen.

Im allgemeinen stehen den Versicherungsunternehmen die folgenden drei Mechanismen zur Vermeidung bzw. Reduzierung der adversen Selektion zur Verfügung:

1. Einschluss ausreichend großer Gruppen von Versicherten; damit lässt sich das individuelle Risiko, das jeder Versicherte darstellt, verringern und ein ausgewogenes, kalkulierbares Durchschnittsrisiko erreichen.
2. Haftungsausschlüsse bzw. -beschränkungen bei VersicherungsnehmerInnen, die ein erhöhtes Ausgabenrisiko darstellen können.
3. Obligatorische Gesundheitschecks vor Abschluss eines Versicherungsvertrages.

In Chile wendet die private Krankenversicherungsbranche im Wesentlichen die ersten beiden genannten Techniken zur Verringerung des adversen Selektionsrisikos an. Konkret lassen sich in diesem Zusammenhang folgende Maßnahmen und Vorschriften ausfindig machen (vgl. hierzu auch Bitrán/Almarza 1997, S. 40):

1. Versicherung großer Personengruppen zur Verminderung individueller Risiken: Dieser Mechanismus kennzeichnet von Anfang an die Kollektivverträge der geschlossenen ISAPREs, die sämtliche ArbeitnehmerInnen eines Großunternehmens oder einer Industriebranche einschließen. Mit zunehmender Versichertenzahl kann dieses Moment auch bei den großen offenen Versicherungen eine Rolle spielen, sofern sie die Zahl der angebotenen Verträge reduzieren und somit die Gruppe der Versicherten der Einzelverträge erhöhen können.<sup>79</sup>
- 2a. Beschränkung der Kostenübernahme bei bereits bei Aufnahme bestehenden Erkrankungen auf 25 % bei allen damit in Verbindung stehenden medizinischen Leistungen
- 2b. Wartezeiten für die Kostenübernahme bei bestehenden akuten Pathologien sowie bei Schwangerschaften.

Die Durchführung von wenig kosteneffektiven ärztlichen Untersuchungen für alle neuen VersicherungsnehmerInnen wird in Chile nicht in nennenswertem Maß angewendet. Der Ausschluss von Erkrankungen aus einem

---

<sup>79</sup> Dies gilt nach eigenen Beobachtungen am weitestgehenden für den Marktführer *Consalud*, der nur eine vergleichsweise kleine Palette von Vertragsmodellen bereithält und dadurch bei insgesamt 792.900 Versicherten (Dez. 1999, Superintendencia de ISAPREs 2000, S. 64) die Risiken in den einzelnen Verträgen gering halten kann.

Versicherungspaket ist bis auf die Haftungseinschränkung bei vorbestehenden Krankheiten gesetzlich untersagt. Auch der beispielsweise in der us-amerikanischen (s. Buchanan 1988) und deutschen Diskussion (s. Höffe 1998) wiederholt vorgebrachte Gedanke einer stärkeren Berücksichtigung der individuellen Eigenverantwortlichkeit und die Einführung von Leistungs- und Haftungsbeschränkungen bei vermeintlich „selbst verschuldeten“ Sucht- und Wohlstandserkrankungen hat bei den chilenischen ISAPREs bisher nicht zu konkreten Maßnahmen zur Reduktion der adversen Selektion geführt. Weder werden Alkohol- und Nikotinabusus oder Übergewicht bei den Versicherten bzw. Versicherungswilligen identifiziert noch mit höheren Prämien oder andersartigen Sanktionen belegt. Dies steht zweifellos in unmittelbarem Zusammenhang mit dem strukturell bedingten und generell anzutreffenden geringen Anreiz der meisten offenen Privatversicherer zur Propagierung präventiver und gesundheitsfördernder Leistungen.

#### **4.5. Finanzielle Risikoabdeckung der privaten Krankenversicherungen**

Die auf dem chilenischen Markt angebotenen Versicherungsverträge unterscheiden sich im Hinblick auf den eingeschlossenen Leistungsumfang bzw. die Leistungsabdeckung grundsätzlich in zwei Aspekten. So konkurrieren die ISAPREs einerseits durch den Einschluss von zusätzlichen, über das gesetzlich vorgeschriebene Maß hinausgehenden Leistungen aus dem Bereich der Hochleistungsmedizin. In Chile stehen bestimmte moderne, technisch ausgefeilte diagnostische und therapeutische Verfahren in aller Regel eher in den gut ausgestatteten Privatkliniken zur Verfügung als in öffentlichen Krankenhäusern.<sup>80</sup> Die Privatversicherer, die mit solchen Einrichtungen Behandlungsabkommen für ihre Versicherten schließen, können daher in ihre Verträge auch solche neuartigen Verfahren einschließen. In Anbetracht der extrem hohen Kosten für derartige Behandlungen beschränken sie den Zugang indes auf die „Luxus-Verträge“ mit sehr hohen Prämien, die allenfalls für die obersten Marktsegmente bzw. Einkommensgruppen zugänglich sind.

Das zweite entscheidende Wettbewerbsmoment innerhalb der privaten Krankenversicherungsbranche findet in erheblich größerem Rahmen An-

---

<sup>80</sup> Dies gilt beispielsweise für Kernspintomographien (NMR) sowie auf der Therapie-seite für Laserbehandlungen, mikrochirurgische Eingriffe sowie Lebertransplantationen, die ausschließlich in der Clínica Las Condes durchgeführt werden.

wendung und bildet im Zusammenhang mit der intrinsischen Informationsasymmetrie (vgl. Kap. 4.6) die Grundlage für ein wesentliches Problem des heutigen chilenischen Systems. Mit der ursprünglichen Absicht, sich gegenüber dem *moral risk* ihrer Versicherten abzusichern, aber auch aus Gründen der Rentabilität und Wirtschaftlichkeit, machen die ISAPREs in großem Umfang Gebrauch von Eigenbeteiligungen bei der Finanzierung von versicherten Gesundheitsleistungen. Die Kostenübernahme für die unterschiedlichen obligatorisch in allen Verträgen enthaltenen Maßnahmen, die im FONASA-Katalog aufgelistet sind, variiert zwischen den verschiedenen privaten Krankenkassen teilweise stark. In den ISAPRE-Verträgen sind die Abdeckungen für die verschiedenen Leistungen entweder als prozentualer Anteil an den entsprechenden Kosten bis zu einer bestimmten Höchstgrenze oder mit den bereits erwähnten versicherungseigenen Tarifen definiert. Diese Tarife spiegeln nicht notwendigerweise den echten Wert bzw. Preis einer Leistung auf dem Gesundheitsmarkt wider. Die unmittelbare finanzielle Belastung der Versicherten bei medizinischer Behandlung durch Zuzahlungen wächst mit der Differenz zwischen dem Preis der LeistungserbringerInnen und den durch die Versicherungen festgelegten Vergütungen (vgl. Titelman 2000, S. 7).

Die chilenischen ISAPREs wenden im wesentlichen drei verschiedene Modalitäten der Eigenbeteiligung an, die in den jeweiligen Versicherungsverträgen definiert sind und in Abhängigkeit von den Konditionen der VersicherungsnehmerInnen stark variierende Auswirkungen hat. Zum einen bestehen in verschiedenen Vertragsmodellen bestimmte Selbstbehalte, die das individuelle Risiko der Versicherten bei Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen beschränken. Andererseits müssen diese aber in jedem Fall einen festgelegten Geldbetrag selber aufbringen, sofern sie sich in Behandlung begeben. Das wichtigste Beispiel für diese Form der Eigenbeteiligung der PatientInnen stellt die seit 2000 eingeführte Zusatzversicherung für schwere Erkrankungen dar.<sup>81</sup>

Der Risikovorbehalt in Form einer Versicherungssummenbegrenzung für eine bestimmte Leistung oder Leistungsart in einem definierten Zeitintervall - meistens zwölf Monate - stellt eine Haftungsbeschränkung für die Versicherungen dar. Eine Vielzahl von Krankenversicherungsverträgen enthielten bisher Klauseln über teilweise drastische Einschränkungen der Kostenübernahme. Diese obere Deckungsgrenze lässt sich aufgrund der Verpflichtung zur Mindestkostenerstattung im Umfang von 50 % des günstigsten entsprechenden FONASA-Tarifs seit Ende 2000 allerdings

---

<sup>81</sup> *Seguro de enfermedades catastróficas*, s. Kap. 4.5.

nicht mehr aufrechterhalten und erfordert Vertragsänderungen.<sup>82</sup> Die bisherigen Haftungsbeschränkungen der Versicherungen betrafen in erster Linie ambulante oder teilstationäre Behandlungen und waren vor allem bei chronischen oder langwierigen Erkrankungen von Bedeutung.<sup>83</sup> Auffällig war dabei die weitgehende Einschränkung der Kostenübernahme bei psychiatrischen Krankheiten, die in allen im Zusammenhang mit der vorliegenden Arbeit untersuchten Verträgen festgeschrieben war (Banmédica 1999, Consalud 1999, Cruz Blanca 1999, Vida Tres 1999). In diesen und in allen anderen Fällen von Haftungsbeschränkung trugen die VersicherungsnehmerInnen bis vor kurzem das mit ihrer Erkrankung verbundene finanzielle Risiko alleine, sofern es die vielfach recht engen Grenzen der Kostenerstattung überstieg.

Für die meisten KundInnen der privaten Krankenversicherungsbranche ist indes eine andere Form der Eigenbeteiligung am stärksten und vor allem am häufigsten spürbar: Die meist anteilig festgelegten Zuzahlungen bei Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ebenso wie bei der bisherigen Praxis der Deckungsobergrenzen stellt diese Form der Selbstbeteiligung für das versicherte Individuum bzw. seine mitversicherten Angehörigen eine unberechenbare Größe dar, die im Wesentlichen von der Menge sowie von der Qualität der erforderlichen medizinischen Leistungen abhängt. Die praktisch nicht voraussehbaren Zuzahlungen im Krankheitsfall stellen heute eines der großen konzeptionellen wie psychologischen Probleme des chilenischen Gesundheitssystems dar. Da auf dem Markt für Gesundheitsleistungen keinerlei Preisregulierung besteht, bedeutet dies ein unkalkulierbares finanzielles Risiko für die Versicherten. Die Eigenbeteiligung ist eine Variable, die sich nach dem Versicherungsvertrag und den gewählten LeistungserbringerInnen richtet.

Einige ISAPREs bieten Zusatzversicherungen zum Schutz vor der Belastung durch hohe Eigenbeteiligungen an (Bitrán/Almarza 1997, S. 37). Die Erschließung eines zusätzlichen Marktes mag aus versicherungswirtschaftlicher Logik plausibel erscheinen. Gerade auf dem Gesundheitsmarkt ist die Tatsache, dass ein/e AnbieterIn eine Versicherung gegen Risiken

---

<sup>82</sup> Mündliche Mitteilung des Leiters der Rechtsabteilung der *Superintendencia de ISAPREs*, Raúl Ferrada Carrasco. Vgl. dazu auch Kap. 3.2.

<sup>83</sup> Fast alle Verträge sehen teils drastische Deckungsbeschränkungen bei ambulanten Konsultationen oder fachärztlichen Behandlungen, Physiotherapie, Medikamenten (insbesondere Chemotherapeutika), Sehhilfen, Prothesen, Ultraschallkontrolle während der Schwangerschaft, häuslicher Krankenpflege und vor allem psychiatrischer Behandlung vor.

und Nebenwirkungen des eigenen Produktes bereithält, indes politisch wie ethisch bedenklich und widerspricht dem Grundgedanken von sozialer Sicherung. Gleichzeitig bedeutet der Abschluss einer derartigen Zusatzversicherung einerseits eine Form der Induktion der Nachfrage nach Versicherungsleistungen und bewirkt andererseits eine Verteuerung der individuellen Gesundheitsausgaben.

Eine weitere, erst Mitte 2000 eingeführte Zusatzversicherung zeigt zum einen die Unzulänglichkeiten des bisherigen ISAPRE-Systems und zum anderen die wachsende Bereitschaft der Branche, die Qualität der von ihr gewährten sozialen Sicherung zu verbessern. Die Versicherung gegen schwere Erkrankungen (*Seguro de Enfermedades Catastróficas*) betrifft die Risikoabdeckung bei komplexen Pathologien mit entsprechend kostspieliger Behandlung, vornehmlich Karzinome, koronare Herzkrankheit und transplantationspflichtige Organerkrankungen.<sup>84</sup> Die ISAPREs führen sukzessive die Erweiterung des Versicherungsschutzes auf derartige Krankheiten und gleichzeitig erstmalig innerhalb des Subsystems eine ISAPRE-übergreifende Rückversicherung ein. Alle seit Mitte dieses Jahres aktualisierten sowie neu abgeschlossene Verträge beschränken das individuelle Risiko im Falle schwerwiegender Erkrankungen auf maximal zwei Monatseinkommen im Zeitraum von zwei Jahren. Die privaten Krankenversicherer übernehmen alle darüber hinaus im Zusammenhang mit der Erkrankung entstehenden Kosten.

Dies geschieht allerdings nur dann, wenn sich der Versicherte oder seine Angehörigen bei den jeweiligen VertragsanbieterInnen behandeln lässt. Denn für die Zusatzversicherung gegen „katastrophale Erkrankungen“ führten die ISAPREs erstmalig in großem Stil ein *managed-care*-System ein: Der Versicherungsschutz im beschriebenen Umfang gilt nur dann, wenn die Therapien bei den entsprechenden VertragsanbieterInnen erfolgen. Interessanterweise schlossen die Versicherungsunternehmen derartige Behandlungsverträge in erheblichem Maße mit öffentlichen Krankenhäusern, vermutlich in erster Linie aus Kostengründen und nicht zuletzt auch wegen der großen klinischen Erfahrung gerade größerer Kommunal- und Universitätskliniken. Die innovative, die weitgehende horizontale Segregation überwindende Nutzung öffentlicher Einrichtungen durch die ISAPRE-Mitglieder stieß indes bei vielen VerbraucherInnen auf heftige Kritik. Ein entscheidendes Motiv zum Wechsel in eine Privatversicherung war in vie-

---

<sup>84</sup> In Chile wird der Begriff "enfermedades catastróficas" verwendet: katastrophale Erkrankungen im Sinne eines dadurch ausgelösten wirtschaftlichen Ruins der Betroffenen.

len Fällen der dadurch ermöglichte Zugang zu privaten AnbieterInnen unter Umgehung der traditionell als schlechter eingeschätzten FONASA-Hospitäler. Zudem schränkt die Zusatzversicherung gegen schwere Krankheiten die Möglichkeiten der Arzt- und Krankenhauswahl massiv ein, die ebenfalls einen wichtigen Anreiz zum Wechsel in eine Privatversicherung darstellen.

Trotz der Ausweitung der Risikoabsicherung auf einschneidende Gesundheitsereignisse wird die private Versicherungswirtschaft in nächster Zukunft auch an weiteren Änderungen nicht vorbeikommen. Vor allem in der Frage der Eigenbeteiligung und vor allem der Deckungsobergrenzen müssen sie ihre Vertragsmodalitäten grundsätzlich überarbeiten. Aufgrund eines Urteils des Obersten Gerichtshofes in Santiago vom 9.11.2000 sind die ISAPREs nun nämlich bei jeder einzelnen von ihren Versicherten in Anspruch genommenen Leistung zu einer Kostenübernahme im Umfang von mindestens 50 % des niedrigsten FONASA-Tarifs verpflichtet. Lange Zeit bestand eine grundlegende Diskrepanz über die Auslegung der entsprechenden gesetzlichen Vorschriften. Die Versicherungsaufsichtsbehörde, der laut chilenischer Gesetzgebung die Auslegung der das Assekuranz- und Gesundheitswesen betreffenden Richtlinien obliegt, bemühte sich seit Jahren um eine Gleichstellung der ISAPRE- mit den FONASA-Versicherten. Nun erreichte sie per Gerichtsentscheid die Festlegung einer für das private Krankenversicherungswesen obligatorischen Mindestdeckung der Behandlungskosten. Die Privatversicherungen hatten bis dahin eine Leistungsabdeckung im Umfang von nicht mehr als 25 % der Kosten als verbindlich angesehen. Dabei bezogen sich die ISAPREs auf die Regelung für bei Versicherungseintritt bereits bestehende Erkrankungen, bei denen sie in den ersten 18 Monaten der Versicherungszeit nicht mehr als ein Viertel der Kosten übernehmen müssen. Diese gesetzliche Bestimmung interpretierte die private Versicherungsbranche als generelle Bemessungsgrundlage, so dass sie ihren KundInnen teilweise Eigenbeteiligungen im Umfang von immerhin 75 % der Behandlungskosten zumuteten (vgl. Bitrán/Almarza 1997, S. 25). Relevant war dies insbesondere bei den Verträgen, mit denen die ISAPREs ihren Marktanteil auch auf die untere Mittelschicht und Geringerverdienende ausweiten wollten. In Anbetracht der entsprechend niedrigen Prämien sahen namentlich die Verträge der ISAPRE *Promepart* erhebliche Deckungseinschränkungen bei einer Reihe von Leistungen vor.<sup>85</sup>

---

<sup>85</sup> Mündliche Mitteilung der *Controlling*-Abteilung der *Superintendencia de ISAPREs*.

Die Versicherungsaufsichtsbehörde hatte die entsprechenden Bestimmungen hingegen anders ausgelegt und sich nicht der von den ISAPREs praktizierten Anlehnung an den Kostenübernahmemodus bei vorbestehenden Erkrankungen angeschlossen.<sup>86</sup> In dem Rundschreiben Nr. 36 (*Circular 36*) von 1997 legte die *Superintendencia* auf der Grundlage des Leistungs- und Tarifikatalogs der öffentlichen Krankenkasse FONASA eine Mindestübernahme von 50 % der Behandlungskosten für jede einzelne Gesundheitsleistung fest.<sup>87</sup> Noch im selben Jahr klagten die ISAPREs gegen diese Auslegung des Gesetzes, verloren aber in allen drei Instanzen.<sup>88</sup> Damit bestätigten die Richter die Verfügung der Versicherungsaufsichtsbehörde, für alle privaten Versicherungsverträge eine Mindestdeckung festzulegen, um die ISAPRE-Versicherten in keinem Fall mehr schlechter zu stellen als die Mitglieder von FONASA. Die Berechnungsgrundlage für die vorgeschriebene Kostenübernahme stellen die Tarife der niedrigsten Preisgruppe 1 der freien Anbieterwahl für die Versicherten der öffentlichen Krankenversicherung dar, die ebenfalls 50 % der Kosten erstattet bekommen<sup>89</sup>.

Aufgrund eigener Analysen etlicher Versicherungsverträge von insgesamt fünf privaten Krankenkassen, die insgesamt gut 70 % des chilenischen Marktes ausmachen, liegt die Kostenübernahme bei stationären Therapien in der Mehrheit der Fälle zwischen 70 und 100 % und bei ambulanten Behandlungen zwischen 50 und 80 % der Kosten.<sup>90</sup> Ebenso wie die auf den Vertragsformularen aufgeführten Angaben zur Kostenübernahme ausschließlich bei Nutzung der jeweils vorgesehenen Krankenhäuser und Praxen gelten, ist diese generelle Aussage nur dann zutreffend, wenn sich die Versicherten auch bei den vertragspezifischen AnbieterInnen behandeln lassen. In dem Augenblick, wo sie andere LeistungserbringerInnen aufsu-

---

<sup>86</sup> Schriftliche Mitteilung der Verwaltung der *Superintendencia de ISAPREs*.

<sup>87</sup> Mündliche Mitteilung der Studienabteilung der *Superintendencia de ISAPREs*.

<sup>88</sup> Im April 2000 lehnte das Berufungsgericht Santiago den Widerspruch gegen das erstinstanzliche Urteil ab, am 9.11.2000 gab der Oberste Gerichtshof der Versicherungsaufsicht endgültig recht.

<sup>89</sup> Vgl. Kap. 3.2.

<sup>90</sup> Wie bereits erwähnt, gelten diese Angaben nicht für vorbestehende Erkrankungen, bei denen eine gesetzliche Leistungsbeschränkung auf 25 % besteht. Des Weiteren sind Schönheitschirurgische Eingriffe, Kuraufenthalte, private Pflegeleistungen, Behandlungen der Folgen von Kriegsereignissen oder eigenen kriminellen Handlungen sowie durch andere Regelungen abgedeckte Gesundheitsschäden (z.B. Arbeitsunfälle, die in die Verantwortlichkeit des chilenischen Berufsgenossenschaftsverbandes *Asociación Chilena de Seguridad* fallen) vom Versicherungsschutz der Krankenkassen ausgenommen.

chen, müssen sie teilweise exorbitant höhere Zuzahlungen leisten, insbesondere in den teuren Privatkliniken der gehobenen Kategorie.

Die hier dargestellte grundsätzliche Kostenerstattung durch die private Krankenversicherung unterliegt überdies weiteren konkreten Einschränkungen, von denen die Versicherten je nach ihrem individuellen Krankheitsprofil unterschiedlich betroffen sind. Bereits erwähnt wurden die bis weit in das Jahr 2000 hinein angewendeten, pauschalen Deckungsobergrenzen für bestimmte Leistungsarten<sup>91</sup>. In vielen Verträgen wird die Übernahme von Arzneimittelkosten entweder nicht spezifiziert oder gar explizit ausgeschlossen, was insbesondere für teure Medikamente wie beispielsweise Chemotherapeutika zutrifft. Abgesehen von der für die VerbraucherInnen schier unübersichtlichen Preisgestaltung auf dem privaten Markt für Gesundheitsleistungen bestehen auch zwischen den verschiedenen Krankenversicherungsverträgen erhebliche Unterschiede im Hinblick auf die Kostenabdeckung und die Eigenbeteiligung. Gerade die weitgehende Unberechenbarkeit möglicher finanzieller Belastungen der Einzelnen im Krankheitsfall hat zu einer spürbaren Verunsicherung der ChilenInnen beigetragen und das allgemeine Bild von den ISAPREs maßgeblich mitbestimmt, das im übernächsten Kapitel 4.7. eingehender dargestellt wird. Darüber hinaus richtet sich die Kritik der VerbraucherInnen hauptsächlich gegen die generell als zu hoch empfundenen Preise und die im folgenden Kapitel eingehender dargestellten Transparenzmängel des ISAPRE-Systems (vgl. Valenzuela 1998, S. 18).

#### **4.6. Informationsasymmetrie auf dem privaten Gesundheitsmarkt**

Ein wesentliches informationstheoretisches Merkmal des Gesundheitsmarktes stellt die asymmetrische Informationsverteilung dar. Dieses Phänomen führt zu einer Reihe von systemischen Fehlanreizen, die in unterschiedlicher Ausprägung in allen Krankenversicherungs- und Gesundheits-

---

<sup>91</sup> Besonders gering im Vergleich zu den realen Kosten der entsprechenden Therapien fallen die Deckungsobergrenzen bei psychiatrischen Erkrankungen aus, die in der Regel eine längere Behandlung und wiederholte gleichartige Leistungen erforderlich machen. Ein Vertrag sah sogar überhaupt keine Kostenübernahme durch die Versicherung vor (Cruz Blanca, M. UC 0,42), verschiedene andere Versicherungspläne siedelten das Deckungsmaximum bei 0,5 U.F. (15 US-\$) an; die höchste Kostenerstattung aller untersuchten Verträge beschränkte sich auf 70.000 Pesos (135 US-\$) pro Jahr (Holst 2001).

systemen anzutreffen sind. Im Versicherungswesen ergeben sich aus der Informationsasymmetrie grundsätzlich zwei Probleme, deren Charakterisierung vom zeitlichen Verhältnis zur jeweiligen Transaktion abhängt: Vor Abschluss beispielsweise eines Versicherungsvertrages besteht für die LeistungsanbieterInnen das Risiko der adverser Selektion, nach Abschluss die latente Bedrohung durch das Phänomen des *moral hazard*. Adverse Selektion entsteht, wenn sich die Risikomerkmale der VersicherungsnehmerInnen der Kenntnis des Versicherers entziehen bzw. für diesen unbeobachtbar sind.<sup>92</sup> So können tendenziell gerade Personen mit „schlechten Gesundheitsrisiken“ selektiert werden, die entweder ein höheres Erkrankungsrisiko aufweisen oder zu riskanterem Verhalten neigen. Die AnbieterInnen von Versicherungsleistungen tendieren als Reaktion auf die adverse Selektion zu einer Reduzierung der Versicherungsleistung bzw. des Versicherungsumfangs.

Das *moral-hazard*-Problem entsteht dadurch, dass der Versicherer immer potenziell der Gefahr ausgesetzt ist, dass NutznießerInnen eines Versicherungsvertrages ihr Verhalten in ungewünschter Weise ändern. Im Krankenversicherungsbereich kann durch die Dreieckskonstruktion aus Versicherungen, LeistungserbringerInnen und –empfängerInnen sogar auf zwei Ebenen das *moral-hazard*-Phänomen auftreten, nämlich zum einen zwischen VersicherungsnehmerIn und Versicherung und zum anderen zwischen LeistungserbringerIn und Versicherung. Voraussetzung ist auch hier eine jeweils asymmetrische Informationsverteilung, die allerdings im Unterschied zur adversen Selektion erst nach Vertragsabschluß zum Tragen kommt. Die notwendigen Informationen, um die in der Ökonomie als *first-best*-Kontrakte bezeichneten, für alle AkteurInnen des Marktes unter gegebenen Umständen besten Vertragsbedingungen herzustellen, sind im Gesundheitssektor nicht in der Form vorhanden, wie sie zum Funktionieren eines perfekten Marktes erforderlich sind. Bei dem dieser Unvollkommenheit zugrundeliegenden *moral-hazard*-Verhalten können prinzipiell drei Fälle unterschieden werden:

---

<sup>92</sup> Der in der ökonomischen Literatur hinlänglich bekannte, klassischerweise als "lemons-problem" bezeichnete Zusammenhang zwischen Qualität und Unsicherheit wurde ursprünglich von Akerlof anhand eines Gebrauchtwagenmarktes beschrieben, bei dem sich infolge der Unbeobachtbarkeit der Qualität ein Durchschnittspreis einstellt, der über dem fairen Marktpreis liegt. Akerlof wendete seine Ergebnisse ebenfalls auf den Arbeitsmarkt und auf Ökonomien in Entwicklungsländern an. (vgl. Akerlof 1970, S. 489)

1. Eine **versteckte Handlung** liegt dann vor, wenn nach Vertragsabschluss eine Handlung von VersicherungsnehmerInnen für die Versicherungen nicht beobachtbar ist.
2. Von **verstecktem Wissen** wird gesprochen, wenn einer der Akteure über Informationen verfügt – bezüglich seines Risikoprofils hat ein/e VersicherungsnehmerIn in aller Regel bessere Kenntnis als der Versicherer – und diese nicht offenbart bzw. verschweigt und somit die passive Aktion das Ergebnis beeinflusst. Geschieht dies vor Vertragsabschluss, so entspricht das dem Grundprinzip der *adversen Selektion*. Nach Vertragsabschluss haben sowohl die LeistungserbringerInnen als auch die KundInnen des Gesundheitswesens potenziell Zugang zu Informationen, die der Versicherung nicht ohne weiteres zur Verfügung stehen.
3. Eine **unbeobachtbare Handlung** ist dann gegeben, wenn eine Information zwar für die VertragspartnerInnen beobachtbar, aber für Dritte nicht verifizierbar ist. Dies ist der typische Fall im Gesundheitswesen, da hier LeistungserbringerInnen und –empfängerInnen unter Ausnutzung eines Krankenversicherungsvertrages einen Behandlungsvertrag eingehen, dessen Bedingungen und Ausgestaltungen für den Versicherer nicht beobachtbar sind.

In Abhängigkeit von den jeweiligen rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen kann die private Informationsbeschaffung eines Versicherers über den Risikotyp eines Versicherungsnehmers Auswirkungen auf den Zugang zu Versicherungsleistungen oder auf die Preisgestaltung der Versicherungsverträge haben. Mögliche Renten auf dem Versicherungsmarkt können über den *Free-Rider*-Effekt absorbiert und der Anreiz zur privaten (verkäuflichen) Informationsgewinnung geschmälert werden. Eine Unterversorgung bei der Informationsgewinnung führt zur *adversen Selektion*, die ein grundsätzliches Problem am Krankenversicherungsmarkt darstellt. Auf anderen Märkten bestehen üblicherweise intermediäre Strukturen, wie sie beispielsweise die Banken auf dem Finanzmarkt darstellen, die einerseits bei Kreditverträgen die Informationsgewinnung internalisieren können und zum anderen über Skalenvorteile gegenüber einzelnen Gläubigern verfügen, die das Geschäft der direkten Kreditvermittlung betreiben. Die Banken stellen in der Finanzökonomie wichtige intermediäre Agenten dar, da sie über die Fähigkeit verfügen, *adverse Selektion* und *moral hazard* erfolgreich einzudämmen.

Vergleichbare Instanzen gibt es auf dem Markt für Krankenversicherungsleistungen nicht, zumal die VersicherungsgeberInnen neben der *ad-*

versen Selektion dem *moral hazard* sowohl von Seiten der LeistungsanbieterInnen als auch der KonsumentInnen von versicherungsfinanzierten Gesundheitsleistungen ausgesetzt sind, die potenziell synergistisch bzw. konkordant auftreten, so dass die jeweils andere Seite nicht als geeignete Intermediärinstanz agieren kann.<sup>93</sup> Ein wesentliches Merkmal des Gesundheitsmarktes ist bekanntermaßen seine Unvollkommenheit. So bestehen Zugangsbeschränkungen für die Anbieterseite sowie eine Reihe von Externalitäten, da sowohl die Auswirkungen der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen als auch ihre Verweigerung Auswirkungen haben, die über das betroffene Individuum hinaus relevant sein können. Von entscheidender Bedeutung ist insbesondere das Ausmaß der Informationsasymmetrien, die klassischerweise zwischen den medizinischen LeistungserbringerInnen und -empfängerInnen, aber mit Entstehung des Krankenversicherungswesens auch zwischen Versicherungen und LeistungserbringerInnen und vor allem zwischen ersteren und VersicherungsnehmerInnen zu beobachten sind.

Als wesentliches Ziel der von marktradikalen Ideen geprägten chilenischen Sozialversicherungsreform von 1981 und der partiellen Privatisierung des Gesundheitssystems führten die Verantwortlichen in erster Linie die Überwindung der impliziten Unzulänglichkeiten des Marktes für medizinische Leistungen an. Die Zulassung von Wettbewerbselementen und die Einführung von marktmanenten Anreizsystemen sollten nicht nur die Effektivität, sondern auch die „Effizienz“ des Gesundheitswesens erhöhen und die Kosten-Nutzen-Relation des Systems verbessern. Zum effektiven Funktionieren von Marktmechanismen stellt die Verringerung bzw. Überwindung der genannten intrinsischen Informationsasymmetrien eine unabdingbare Voraussetzung dar. Im Fall Chiles sind nicht nur erhebliche Zweifel an einem Abbau des Wissensvorsprungs der LeistungsanbieterInnen gegenüber den PatientInnen angebracht, vielmehr hat die Gesundheitsreform zu einer Diversifizierung des Problems der Informationsasymmetrien geführt. Die Liberalisierung des Gesundheitsmarktes brachte eine Zunahme der Relevanz der ungleichen Informationsverteilung zwischen medizinischen LeistungserbringerInnen (Krankenhäuser, ÄrztInnen) und Krankenkassen mit sich. Die am stärksten hierarchische und m.E. vorrangig problematische Asymmetrie entwickelte sich zwischen den Anbiete-

---

<sup>93</sup> Eine intermediäre Instanz könnte in dieser Konstellation allerdings durch die vertikale Integration von Versicherung und LeistungserbringerInnen entstehen. Die Reduktion von *moral-hazard*-Problemen war auch ein Argument zur Bildung von HMO-Strukturen in den USA.

rInnen von privaten Krankenversicherungsleistungen und ihren KundInnen, sprich den BeitragszahlerInnen und Mitversicherten.

Die Beziehung zwischen den KrankenversicherungsträgerInnen und den AnbieterInnen von Gesundheitsleistungen ist durch eine bidirektionale Informationsasymmetrie gekennzeichnet. Während ÄrztInnen und Krankenhäuser über Wissensvorsprünge auf dem Gebiet von Diagnostik und Therapie verfügen, haben die Versicherer einen besseren Überblick über die allgemeinen ökonomischen Rahmenbedingungen und vor allem über die Tarifgestaltung auf dem Gesundheitsmarkt. Für die FinanziererInnen medizinischer Leistungen ist es oftmals schwierig und bisweilen unmöglich, den rationalen Einsatz von Untersuchungsverfahren und die Angemessenheit von Behandlungen zu beurteilen. In jedem Fall ist dies mit zusätzlichen Transaktionskosten verbunden. Diese gehen entweder zu Lasten des Versicherers, wenn dieser ExpertInnen und GutachterInnen heranziehen oder administrativen Aufwand betreiben muss, oder aber der PatientInnen, die ihre Zeit zur Verfügung stellen und entsprechende Einkommensverluste hinnehmen müssen. Diese Transaktionskosten übersteigen oftmals die möglichen Einsparressourcen, die durch Vermeidung einer eventuell nicht erforderlichen oder sinnvollen Behandlung erzielt werden könnten (vgl. Bitrán/Almarza 1997, S. 44). In diesem Zusammenhang sei aus Sicht der Versicherungen auf die Gefahr der „Über-Verschreibung“ bei den medizinischen LeistungserbringerInnen hingewiesen. Dabei lassen sich im Wesentlichen vier Anreizmechanismen ausmachen, die zu der für den Gesundheitsmarkt charakteristischen selbstinduzierten Erhöhung der Nachfrage beitragen. Neben den Motiven der Einkommenssteigerung und der Bequemlichkeit einer routinemäßigen Abwicklung bestimmter Krankheitsbilder von Seiten der DienstleisterInnen spielen Sicherheitserwägungen gegenüber bestimmten Pathologien sowie das Interesse am Wohlergehen der PatientInnen eine wichtige Rolle.<sup>94</sup>

An Hand eines bemerkenswerten Beispiels lässt sich nicht nur der Einfluss ökonomischer Anbieterinteressen auf den Einsatz bestimmter Methoden belegen, sondern auch der kostentreibende Effekt, den die Einführung

---

<sup>94</sup> Gerade in Chile belegen vor allem die ökonomisch vorgebildeten Fachleute die Über-Verschreibung mit der absoluten oder relativen Zunahme einiger Diagnostik- und Therapieverfahren in einem definierten Zeitraum. Diese Betrachtungsweise vernachlässigt indes eine Reihe von Begleitumständen wie die demografisch-epidemiologische Entwicklung, den wissenschaftlich-technologischen Fortschritt sowie veränderte Verhaltensweisen und Erwartungshaltungen der BürgerInnen, deren Auswirkungen auf das Gesundheitssystem vor allem in den industrialisierten Ländern dieser Welt zu beobachten sind.

von Marktmechanismen und Partikularinteressen im Gesundheitswesen mit sich bringen kann. Obwohl Chile mit 95 - 98 % zu den Ländern mit extrem hohem Anteil fachkundig betreuter Geburten gehört (www.paho.org, Stand 21.12.1999 bzw. Colegio Médico 1998, S. 9), zeichnet es sich im internationalen Vergleich durch einen recht hohen Anteil von Kaiserschnitten aus,<sup>95</sup> wobei diese Rate noch einmal in Abhängigkeit vom Behandlungsmodus der Patientinnen erhebliche Schwankungen aufweist. So kommen in der institutionellen Modalität von FONASA, wo die ÄrztInnen ein von den erbrachten Leistungen unabhängiges festes Gehalt bekommen, nur 38 von 100 Kindern per Kaiserschnitt zur Welt. Bei den in offenen ISAPREs Versicherten liegt die Kaiserschnitttrate demgegenüber bei 60 und bei den FONASA-versicherten Gebärenden sogar bei über 68 %. Es lässt sich somit ein deutlich höherer Anteil von interventio-nistischen geburtshilflichen Eingriffen gerade in den Privatkliniken beobachten, wo die Honorierung des medizinischen wie des paramedizinischen Personals von den erbrachten Leistungen abhängt und der Einsatz der komplizierteren und kostspieligeren Operation im Vergleich zur normalen Geburt Einkommenssteigerungen mit sich bringt (Bitrán/Almarza 1997, S. 45).<sup>96</sup>

Im Hinblick auf die asymmetrische Informationsverteilung besitzen die Krankenversicherer umfassendere und gleichzeitig detailliertere Kenntnisse über die Angebotslage auf Seiten der medizinischen LeistungsanbieterInnen als diese selber. Aufgrund der historischen Entwicklung und Struktur des chilenischen Gesundheitswesens verfügen ÄrztInnen und Krankenhäuser in der Regel nicht über die erforderlichen Daten, um die eigene Tarifstruktur mit den vorherrschenden Marktpreisen oder den Angeboten der Konkurrenzeinrichtungen zu vergleichen. Bei Honorar- und Preisverhandlungen befinden sich insbesondere die kleineren medizinischen und para-

---

<sup>95</sup> In der Bundesrepublik Deutschland liegt die Kaiserschnitttrate beispielsweise im Bereich um 15 % aller Geburten, was in etwa europäischem Standard entspricht.

<sup>96</sup> Referenzzeitraum für die institutionelle Modalität von FONASA war dabei Februar bis Juni 1996, für die freie Anbieterwahl der ISAPRE-Versicherten stammen die Daten aus 1995.

Die nahezu 100%ige Steigerung der Kaiserschnitttrate bei der freien Anbieterwahl ist sicherlich in gewissem Maße auch auf die kulturellen Bedingungen wie das Frauenbild und die Einstellung der chilenischen Gesellschaft zur weiblichen Sexualität zurückzuführen, die möglicherweise in der weniger zu Gehorsam und Unterordnung sozialisierten Mittel- und Oberschicht deutlicher ausgeprägt sind, die wiederum in stärkerem Maße als Unterschichtsangehörige private Gesundheitseinrichtungen aufsuchen. Ohne diesen Faktor annähernd quantifizieren zu können, dürfte er jedoch in keinem Fall das beschriebene Phänomen auch nur hinreichend erklären.

medizinischen LeistungsanbieterInnen gegenüber den Versicherungen in einer relativ schwachen Position, die ihnen oftmals nur die Alternative lässt, das Angebot einer ISAPRE anzunehmen oder abzulehnen und im letzten Fall auf eine bestimmte Anzahl von PatientInnen zu verzichten. Gerade die größeren Privatkrankenkassen beziehen daraus eine gewisse Marktmacht, die sich auch und wesentlich in Verhandlungen über Mengenrabatte beim Einkauf einer bestimmten Anzahl von Gesundheitsleistungen niederschlägt. Auch wenn es die private Versicherungsbranche in Chile bisher nicht vermocht hat, diese Strategie in dem anfänglich erwarteten Maße umzusetzen,<sup>97</sup> ist unbestreitbar, dass die Menge der von ihnen versicherten potenziellen PatientInnen gerade den größeren ISAPREs eine starke Verhandlungsposition sichert, die sie gegen den medizinisch-inhaltlichen Wissensvorsprung der GesundheitsexpertInnen ins Feld führen können.

Die zweifelsohne bedeutsamste Form der Informationsasymmetrie auf dem chilenischen Gesundheitsmarkt besteht zwischen den privaten Versicherungsgesellschaften und deren KundInnen. Die ISAPREs zeichneten sich von Anfang durch eine sehr restriktive Informationspolitik gegenüber der Öffentlichkeit aus. Die Vertragsmodalitäten waren lange Zeit so gut wie gar nicht bekannt und werden den potenziellen KundInnen bis heute teilweise allenfalls auf ausdrücklichen Wunsch und eher widerwillig mitgeteilt.<sup>98</sup> Die manifesten Transparenzdefizite in den Vertragsbeziehungen stehen nicht nur in wachsendem Widerspruch zur allmählich zunehmenden Emanzipation der BürgerInnen des Landes, sondern stellen letztlich einen klaren Antagonismus zu einer „effizienten“ liberalen Markttheorie dar, die als ideologische Grundlage für die Gesundheitsreform diente. Obwohl hierzu keine systematisch erhobenen, empirischen Daten vorliegen, bestätigen eigene Beobachtungen den Eindruck, dass ein großer Teil der Privatversicherten in Chile keine genauen Kenntnisse bezüglich ihres Versicherungsvertrages und der Absicherung bei ambulanten oder stationären Behandlungen aufweisen. Diese Unwissenheit bzw. Ahnungslosigkeit ist sogar in gebildeteren Kreisen auszumachen und korreliert mit der allgemein zu beobachtenden, weiter unten dargestellten relativen Unsicherheit der ISAPRE-KundInnen.<sup>99</sup> Viele privatversicherte ChilenInnen machen sich erst in dem Augenblick über ihren Versicherungsschutz und den Umfang

---

<sup>97</sup> Vgl. Kap. 4.3 zur Effizienz des privaten Krankenversicherungswesens

<sup>98</sup> Dem Autor vielfach von ISAPRE-KundInnen mitgeteilte subjektive Einschätzung, die auch von MitarbeiterInnen verschiedener Abteilungen der *Superintendencia de ISAPREs* sowie unabhängigen Fachleuten bestätigt wurde.

<sup>99</sup> Vgl. 4.7. Das Image der ISAPREs bei ihren KundInnen und in der Bevölkerung

der auf sie zukommenden Zuzahlungen kündigt, wenn sie von einem Krankheitsereignis betroffen sind (Bitrán/Almarza 1997, S. 43).

Nun konnte die Versicherungsaufsichtsbehörde in den letzten zehn Jahren eine Reihe von Veränderungen im Sinne des Verbraucherschutzes und der besseren Aufklärung der KundInnen des privaten Krankenversicherungsmarktes durchsetzen.<sup>100</sup> So müssen sämtliche privaten Krankenversicherungsverträge heute folgende Auflagen verpflichtend erfüllen: Auf den Vertragsformularen (*cartillas*) ist in deutlicher und verständlicher Form entweder der anteilige oder der absolute Umfang der Kostenübernahme für die allgemein relevantesten medizinischen und paramedizinischen Leistungen aufzulisten. Für bestimmte Leistungen oder Leistungsgruppen müssen bestehende Deckungsobergrenzen ebenfalls explizit und in Pesos aufgeführt sein (vgl. CIEDESS 1996, S. 239).

In der Praxis unterliegt diese Bestimmung bei mehreren ISAPREs jedoch grundsätzlichen Einschränkungen. So sind ausschließlich die medizinischen Leistungen mit der jeweilig anteiligen Kostenübernahme aufgelistet, welche die größte ökonomische Relevanz für die Versicherer haben. Andere Behandlungen müssen nicht aufgeführt werden und sind in den meisten Fällen auch nicht genannt. Ein grundsätzliches Problem stellt die Intransparenz bei der finanziellen Belastung durch Selbstbehalte dar, die ebenso wie die Kostenerstattung in der Mehrheit der Fälle als Prozentsatz der Gesamtkosten für eine bestimmte Diagnostik oder Behandlung angegeben werden. Bei gemeinhin unbekanntem Preisstrukturen auf dem Markt für medizinische Leistungen bleiben das Ausmaß einer möglichen Eigenbeteiligung und die in einem Vertrag vorgesehene individuelle Risikoabdeckung im Krankheitsfall für die Versicherten praktisch undurchschaubar. Grundsätzlich ergeben sich zudem in aller Regel recht unterschiedliche Zuzahlungen in Abhängigkeit von den vertraglichen Vereinbarungen der ISAPRE mit den jeweiligen LeistungserbringerInnen. Wendet sich ein/e VersicherungsnehmerIn an die im Vertrag vorgesehenen VorzugsanbieterInnen (*prestadores preferenciales*), übernimmt die ISAPRE einen erheblich größeren Teil der anfallenden Kosten als bei einer beliebigen anderen Gesundheitseinrichtung.

Transparenzmindernd wirkt sich auch die erwähnte, von den meisten ISAPREs weiterhin praktizierte Berechnung und Handhabung der Behandlungskostenübernahme aus.<sup>101</sup> Die Angabe des Umfangs der Kostenerstat-

---

<sup>100</sup> Die wichtigsten formalen Auflagen wurden bereits in Kap. 2.3 über Tendenzen und Reformen in den 90er Jahren genannt.

<sup>101</sup> S. Kap. 2.3.

tung ist zwar vorgeschrieben, doch erfolgt sie mehrheitlich ausschließlich in versicherungseigenen Tarifsätzen (*Aranceles*). Für die KundInnen erhöht dies in keiner Weise die Überschaubarkeit des Angebots auf dem privaten Krankenversicherungsmarkt. Die ISAPRE-Branche begründet dieses Management bei der Kostenerstattung und die Anwendung solcher spezifischer Tarifsätze mit der Notwendigkeit, die Zuweisung ihrer Versicherten bei der Leistungsanspruchnahme in die für den jeweiligen Versicherungs- und Krankheitsfall am besten geeignete medizinische Einrichtung steuern zu können. Unbestreitbar halten sie mit den eigenen Gebührensätzen jedoch ein außerordentlich wirksames und steuerbares Instrument zur Regulierung der Kostenerstattung auch bei laufenden Verträgen in der Hand. Denn alle in Folge der anhaltenden Verteuerung im Gesundheitswesen zusätzlich entstehenden Kosten hat bei stagnierenden Erstattungssätzen der Versicherte über die komplementär steigende Eigenbeteiligung zu tragen.

Aufgrund der extremen Anzahl und der ausgeprägten Heterogenität der privaten Krankenversicherungsverträge ist es für die KundInnen nicht nur überaus schwierig, sondern nahezu unmöglich, die Angebotslage auf dem ISAPRE-Markt zu überblicken und zu bewerten. Wie bereits dargestellt, liegt die Vielzahl der Vertragsmodalitäten zum einen an der externen Preisregulierung, die eine Mindestabgabe für den Krankenversicherungsschutz im Umfang von 7 % des Bruttogehalts vorschreibt. Des weiteren hängt die Ausgestaltung der Verträge auch in starkem Maße von den Geschäftsbeziehungen zwischen den verschiedenen ISAPREs und den medizinischen LeistungserbringerInnen ab, die von einer Versicherung zur nächsten variieren und beispielsweise bei vertikaler Integration oder speziellen Wirtschaftsbeziehungen besonderen Versicherungsschutz umfassen können. Daraus entstehen für die VersicherungsnehmerInnen teilweise sehr unterschiedliche Eigenbeteiligungen selbst bei Nutzung der Vertragsanbieterstruktur. Hinzu kommen vor allen in den mittelgroßen Städten lokale Faktoren, wo gelegentlich die Fachärzte eine Art Kartell bilden und mit den ISAPREs höhere Honorare aushandeln (Bitrán/Almarza 1997, S. 43).

Die schier unübersehbare Vertragszahl auf dem privaten Krankenversicherungsmarkt führt zu einer starken Verunsicherung der BürgerInnen und dem Gefühl des Ausgeliefertseins. Zu dieser generalisierten Verunsicherung trägt maßgeblich der Umstand bei, dass in Chile weder ein Referenzvertrag noch ein obligatorischer Grundkatalog für alle Krankenversicherungen definiert ist. Aufgrund der Vielzahl der Variablen eines Krankenversicherungsvertrags stellt die Auswahl des persönlichen Versiche-

rungspaketes aus einem riesigen Angebot die KonsumentInnen vor eine komplexe und diffizile Entscheidung. Gerade die Verschiedenartigkeit der angebotenen Verträge schränkt die Entscheidungsfähigkeit der VersicherungsnehmerInnen bei der Auswahl der für sie am besten geeigneten Konditionen erheblich ein. Die Vertragsbedingungen und die bisher nur teilweise durchgesetzten Auflagen lassen bis heute auch für diejenigen PrivatversicherungskundInnen keine adäquate Markttransparenz zu, die zu hohen Transaktionskosten zur Informationsbeschaffung bereit sind. Somit hat die beschriebene Intransparenz des Krankenversicherungsmarktes letztlich negative Auswirkungen auf die Effizienz der Ressourcenallokation im Gesundheitswesen (Titelman 2000, S. 23).

#### **4.7. Ansehen der ISAPREs bei den VerbraucherInnen**

Trotz der besonderen Bedeutung von gesundheitlichen Problemen und Fragen der physiopsychopathologischen Integrität haben die Menschen ein ebenso subjektives wie konkretes Bild von dem Gesundheitssystem, in dem sie leben, und von der Bedeutung, die eine Gesellschaft der Gesundheit ihrer Mitglieder zuschreibt. In Anbetracht der Sozialpolitik unter dem chilenischen Militärregime ist es nicht verwunderlich, dass sich zum Ende der Diktatur die Hälfte der Bevölkerung unzufrieden mit der Qualität des Gesundheitswesens erklärte und ein verstärktes Engagement der Regierung in diesem Bereich forderte. Nichtsdestoweniger war der Bevölkerungsanteil, der in einer repräsentativen Umfrage bei dem Problem der Wartezeiten und der Behandlungsqualität der medizinischen Versorgung verstärkte Bemühungen der Regierung erwartete, noch vier Jahre später mit 49,2 % praktisch unverändert (Solimano/Vergara 1999, S. 18). Die vorrangigen Themen der Wahlkampagnen im Vorfeld der bisher letzten Präsidentschaftswahlen im Dezember 1999 und Januar 2000, zu denen auch eine Verbesserung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung gehörte, haben nachdrücklich gezeigt, dass sich die Wahrnehmung des Gesundheitswesens in Chile auch in der zweiten Hälfte der 90er Jahre nicht wesentlich geändert hat.



Im Blick von MedizinerInnen und PatientInnen: Das chilenische Gesundheitswesen

Bei den privaten Krankenversicherungsunternehmen ist allerdings festzustellen, dass sie im Hinblick auf die Zufriedenheit ihrer KundInnen, die vorwiegend der Mittel- und Oberschicht angehören, wesentlich stärkeres Gewicht auf den Ausbau der Anbieterseite gelegt haben als auf das Ansehen ihres eigenen Versicherungsproduktes. So ist es nicht verwunderlich, dass ein großer Teil der KundInnen des privaten Versicherungsmarktes vornehmlich die Leistungs- und Behandlungsqualität, die Effizienz und die Wahlfreiheit der privaten LeistungserbringerInnen als positiv bewertet (Valenzuela 1998, S. 18). Als Folge dieser Prioritätensetzung herrscht indes bis heute eine große Unzufriedenheit der BürgerInnen im Hinblick auf die soziale Sicherungsfunktion und die Risikoabdeckung durch ihre Krankenversicherung vor. Zwei Drittel der Befragten der selben repräsentativen Untersuchung fühlten sich ungenügend oder überhaupt nicht gegenüber potenziellen Gesundheitsrisiken und Erkrankungen abgesichert (Solimano/Vergara 1999, S. 18). Zum Zeitpunkt der Befragung ermittelte die landesweite Haushaltsbefragung CASEN 94 einen Anteil von rund 8 % der Bevölkerung, die effektiv und realiter keinerlei Krankenversicherung besaßen (Mideplan 1997).

Diese Diskrepanz zwischen subjektiv empfundener und objektiver sozialer Unsicherheit gegenüber Gesundheitsproblemen macht deutlich, dass der Abschluss eines Versicherungsvertrages allein - sei es bei FONASA

oder bei einer ISAPRE - in vielen Fällen nicht das Gefühl sozialer Absicherung erzeugt. Diese von vielen ChilenInnen bis weit in die 90er Jahre empfundene Schwäche ihres Sozialversicherungs- und Gesundheitssystems hatte ihre Ursache im öffentlichen Bereich überwiegend in der mangelhaften personellen und technischen Ausstattung. Im Privatsektor ist das negative Image weniger auf die Anbieterseite zurückzuführen, sondern im Wesentlichen auf die undurchschaubare und vielfach ungenügende Risikoabdeckung mit der entsprechenden Verunsicherung bei etlichen ISAPRE-Versicherten (Untersuchung des Zentrums für Öffentliche Studien von 1995, wiedergegeben nach Bitrán/Almarza 1997, S. 65).

Interessanterweise stieg der Anteil der Personen, die sich im ISAPRE-System in vernünftigem oder ausreichendem Maße abgesichert fühlten, proportional zum Einkommen. Bei der differenzierten Analyse für jede einzelne ISAPRE korrelierte die subjektiv empfundene Unsicherheit bei der Risikoabdeckung im Krankheitsfall mit den Gewinnmargen pro VersicherungsnehmerIn und verhielt sich gleichzeitig umgekehrt proportional zu den durchschnittlichen Ausgaben pro Versichertem. Diese Beobachtung legt die Vermutung nahe, dass sich die ISAPRE-Mitglieder in der Einschätzung ihres Versicherungsschutzes im allgemeinen durch eine recht realistische Wahrnehmung auszeichnen (ADIMARK-Umfrage von 1996, zitiert nach Bitrán/Almarza 1997, S. 65).

Bei der Untergruppe der privat Krankenversicherten ist eine recht gespaltene Einschätzung der Risikoabsicherung durch ihre ISAPRE zu beobachten. Während sich eine Hälfte gut abgesichert fühlt, empfinden rund 40 % der KundInnen des ISAPRE-Marktes das Gegenteil. Die Aufschlüsselung nach Schichtzugehörigkeit offenbart einen höheren Zufriedenheitsgrad der unteren Einkommensgruppen mit ihrer Privatversicherung, der mit steigendem sozialem Status kontinuierlich abnimmt (Contreras et al. 1999, S. 94/95). Die wahrscheinlichste Ursache für diese zunächst überraschende Einschätzung dürfte die Tatsache sein, dass die Unter- sowie die untere Mittelschicht als Vergleichsparameter das öffentliche Gesundheitssystem heranziehen, dem sie zuvor angehörten bzw. auf das sie bis zum Wechsel in den Privatsektor zurückgriffen. Denn im allgemeinen bieten die ISAPREs eine recht gute finanzielle Kostenübernahme im ambulanten Bereich, wo gerade gegenüber FONASA die kürzeren Wartezeiten und die Behandlung in Privatpraxen positiv zu Buche schlagen, während sich die Erfahrung einer unzureichenden Risikoabsicherung erst mit dem Auftreten komplexerer Krankheitsbilder mit entsprechend kostspieligeren Therapien einstellt.

Ergänzend zu der direkten Einschätzung des subjektiven Sicherheitsgefühls durch die bestehende Krankenversicherung ist auch die Zufriedenheit mit den ErbringerInnen von medizinischen Leistungen ein guter Indikator nicht nur für die Beurteilung der Gesundheitsversorgung, sondern indirekt auch der verschiedenen Versicherungssysteme. Bei der Bewertung sowohl der öffentlichen Polikliniken als auch der Privatkliniken ist eine größere Zufriedenheit mit den privaten Anbietern bzgl. des Umgangs und der Behandlungsqualität sowie im Hinblick auf die Wartezeiten zu beobachten.

Tabelle 18

Zufriedenheitsgrad mit den üblichen Erfahrungen in Bezug auf ... (n=181)

|  | <b>Unzu-<br/>frieden</b> | <b>Kaum<br/>zufrie-<br/>den</b> | <b>Rel. zu-<br/>frieden</b> | <b>Sehr<br/>zufrie-<br/>den</b> | <b>Keine<br/>Anga-<br/>be</b> |
|--|--------------------------|---------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| <b>Gute medizinische und<br/>menschliche Behandlung</b>                          | 12 %                     | 12 %                            | 26 %                        | 53 %                            | 0 %                           |
| <b>Leichter Zugang zur Be-<br/>handlung, keine Vorlage<br/>von Blankoschecks</b> | 28 %                     | 20 %                            | 17 %                        | 26 %                            | 10 %                          |
| <b>Sofortige Behandlung im<br/>Notfall</b>                                       | 12 %                     | 20 %                            | 28 %                        | 40 %                            | 0 %                           |
| <b>Kurze Wartezeit für die<br/>Sprechstunde</b>                                  | 19 %                     | 14 %                            | 17 %                        | 39 %                            | 19 %                          |
| <b>Kurze Wartezeit für statio-<br/>näre Behandlung</b>                           | 11 %                     | 14 %                            | 16 %                        | 46 %                            | 13 %                          |
| <b>Freundliche Behandlung<br/>durch Verwaltungspersonal</b>                      | 10 %                     | 10 %                            | 23 %                        | 56 %                            | 2 %                           |

Quelle: Fundación Salud y Futuro 1999, o.S.. Vom Consultingunternehmen Tironi & Asociados durchgeführte Umfrage bei einer Gesamtkohorte von 603 Personen; die angegebenen Prozentzahlen beziehen sich hier auf die Untergruppe der insgesamt 181 ISAPRE-Versicherten.

Bereits in früheren Untersuchungen wurden Überschneidungen zwischen den beiden wichtigsten Subsystemen des chilenischen Gesundheitswesens beobachtet (z.B. von Caviedes in Giaconi/Caviedes 1996, S. 79). In jüngeren Arbeiten konnte die subsystemüberschreitende Nutzung quantifi-

ziert werden, wobei sich ein überraschendes Ausmaß von Überschneidungen zeigte. Mehr als jedes dritte FONASA-Mitglied (36 %) wendet sich an Privatpraxen, während einer von acht ISAPRE-Versicherten (12 %) eine öffentliche Gesundheitseinrichtung zur ambulanten Behandlung nutzt. Der gleiche Anteil der befragten FONASA-Versicherten lässt sich in einer Privatklinik behandeln, während sich sogar mehr als ein Viertel der privaten Krankenversicherten ChilenInnen (27 %) zur stationären Aufnahme an ein öffentliches Hospital wendet (Fundación Salud y Futuro 1999, o.S.).

Tabelle 19

Grad der völligen oder weitgehenden Unzufriedenheit mit den üblichen Erfahrungen in Bezug auf ... (n=181)

|   | <b>Öffentliches Krankenhaus</b> | <b>Gesundheitsposten/öffentliche Notfallpraxis</b> | <b>Privatkrankenhaus/-klinik</b> |
|---|---------------------------------|--|----------------------------------|
| <b>Gute medizinische und menschliche Behandlung</b>     | 38 %                            | 75 %   | 16 %                             |
| <b>Rasche Behandlung, ohne Blankoscheck</b>             | 68 %                            | 75 %   | 43 %                             |
| <b>Sofortige Behandlung im Notfall</b>                  | 47 %                            | 50 %   | 28 %                             |
| <b>Kurze Wartezeit für die Sprechstunde</b>             | 42 %                            | 58 %   | 21 %                             |
| <b>Kurze Wartezeit für stationäre Behandlung</b>        | 43 %                            | 50 %   | 21 %                             |
| <b>Freundliche Behandlung durch Verwaltungspersonal</b> | 30 %                            | 50 %   | 15 %                             |

Quelle: Fundación Salud y Futuro 1999, o.S.. Von der Consultingfirma Tironi & Asociados durchgeführte Umfrage bei einer Gesamtkohorte von 603 Personen; die angegebenen Prozentzahlen beziehen sich hier auf die Untergruppe der insgesamt 181 ISAPRE-Versicherten.

Dennoch können die Unterschiede zwischen ISAPRE-Versicherten und Gesamtbevölkerung in der Wahrnehmung der verschiedenen Aspekte der Gesundheitsversorgung im Wesentlichen als Ausdruck der Zugangsmög-

lichkeiten zu den verschiedenen Anbietersystemen aufgefasst werden. Trotz der genannten Überschneidungen richtet sich die Nutzung der verschiedenen Gesundheitseinrichtungen in der Mehrheit der Fälle nach der Zugehörigkeit zu den bestehenden Versicherungssystemen, sprich zu FONASA, einer ISAPRE oder zur Eigenversicherung der Armee. Die folgende Zusammenstellung vermittelt einen Überblick über die unterschiedliche Bewertung einiger Behandlungsaspekte in den unterschiedlichen Gesundheitseinrichtungen.

Die höhere Zufriedenheit der Angehörigen einer Privatversicherung mit der üblicherweise in Anspruch genommenen Behandlung hängt in starkem Maße von der Zugänglichkeit zu den Gesundheitsleistungen des Privatsektors zusammen. Auffällig ist dabei die Unzufriedenheit mit dem Angebot der öffentlichen Gesundheitsposten und Polikliniken, wo besonders der Umgang und die Wartezeiten kritisiert werden. Andererseits verdeutlicht die Befragung von ISAPRE-Versicherten, dass auch im privaten Gesundheitswesen Wartezeiten entstehen und der Zugang zur medizinischen Behandlung nicht selten schwierig ist.

Bei derartigen Befragungen darf indes der Effekt der Massenmedien, allen voran des Fernsehens, nicht außer Acht gelassen werden. Die in Lateinamerika dominierende Ausrichtung des Journalismus auf Schlagzeilen anstelle von Hintergrundinformation führt auch bei der Berichterstattung über das Gesundheits- und Krankenversicherungssystem zu einem Publikations-*Bias*, ähnlich wie er bei der Verbreitung der Ergebnisse von medizinischen oder epidemiologischen Studien häufig zu beobachten ist. In der chilenischen Presse überwiegen ISAPRE-Berichte über willkürliche Beitragserhöhungen, die exzessive Kontrolle der von ihren Versicherten in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen und die Nichteinhaltung bzw. eigenmächtige Abänderung von Verträgen. Darüber hinaus stehen vor allem Beiträge über existenzbedrohende Auswirkungen bestimmter Krankheiten und die sich daraus ergebenden persönlichen Schicksale im Mittelpunkt der medialen Berichterstattung. Neben der unzureichenden Risikoabdeckung in vielen Versicherungsverträgen nehmen auch der Konkurrenzkampf und die Machenschaften innerhalb des ISAPRE-Systems breiten Raum ein. Die häufigen Berichte in Zeitungen und Fernsehen tragen erheblich zu dem Gefühl von Unsicherheit und Schutzlosigkeit bei, das in der Bevölkerung zu beobachten ist (vgl. Contreras et al. 1999, S. 97).

#### **4.8. Akzeptanz- und Reputationsprobleme der Privatversicherungen**

Trotz des insbesondere in den ersten eineinhalb Jahrzehnten ihres Bestehens unbestreitbaren wirtschaftlichen und vor allem unternehmerischen Erfolges und des Aufbaus einer gangbaren und sogar attraktiven Alternative der Gesundheitsvorsorge für die oberen Einkommensgruppen sieht sich die private Krankenversicherungsbranche seit je her und bis heute wiederholter und teilweise heftiger Kritik eines großen Teils der Bevölkerung ausgesetzt. Die Kontroversen und Diskussionen entzündeten sich hauptsächlich an folgenden drei Charakteristika der ISAPREs (vgl. Baeza/Muñoz 1999, S. 17):

1. Zweifelhafte politische Legitimation als autoritär und undemokratisch durchgesetztes Ergebnis des Militärregimes.
2. Beschränkte ethisch-soziale Legitimität als individualistisches, privates und gewinnorientiertes System, das die traditionelle, durch Umverteilung, Umlageverfahren und eine starke öffentliche Hand gekennzeichnete Struktur des Gesundheitswesens aufbricht (die allerdings bereits mit der Errichtung des Angestelltensystems SERMENA im Jahre 1968 teilweise aufgekündigt worden war).
3. Bedenkliche langfristige Effizienz und Realisierbarkeit sowohl aufgrund der spezifischen Funktionsweise der ISAPREs als auch der weltweiten Erfahrungen mit Gerechtigkeits- und Effizienzaspekten in Systemen untereinander konkurrierender Krankenversicherungen.

Einer der meistgenannten Kritikpunkte am bisherigen privaten Krankenversicherungssystem in Chile stellt der mehrheitlich ungenügende Schutz im Alter dar, also gerade in einer Lebensphase, in der ein erhöhtes Erkrankungsrisiko besteht und höhere Gesundheitsausgaben zu erwarten sind. Die weiter oben eingehend dargestellten Vertragsmodalitäten der chilenischen ISAPREs verstoßen nach Auffassung breiter Bevölkerungskreise sowohl gegen ein Grundprinzip von Versicherungen als auch gegen eine der meistgeschätzten und wichtigsten Zielsetzungen sozialer Sicherungssysteme, den garantierten Zugriff auf adäquate Krankenversicherungsleistungen im Bedarfsfall (vgl. Larrañaga 1997, S. 17).

Gemeinhin beruht die Wahrnehmung eines Gesundheitssystems durch die Bevölkerung nicht bloß auf dessen gesundheitlichen Auswirkungen bzw. den eigenen Erfahrungen der Subjekte im direkten Kontakt mit den LeistungserbringerInnen, sondern in bedeutendem Maße ebenso bereits im Vorfeld einer Behandlung auf der Einschätzung der Sicherheit und Bereit-

stellung von medizinischen Leistungen (s. Solimano/Vergara 1999, S. 8). In diesem Sinne hat die Einführung des privaten Krankenversicherungssystems als Element der sozialen Sicherung in Chile bisher unbekannte Ängste und Sorgen über das Ausmaß des Versicherungsschutzes und über die Zuverlässigkeit des Sozialversicherungswesens geweckt, die im historischen staatlichen bzw. nationalen Vorsorgesystem nicht bestanden.

Mit der Gesundheitsreform von 1981 entstanden die privaten Krankenversicherungsunternehmen als neue Alternative zum öffentlichen System, das sich zu jenem Zeitpunkt durch einen völligen Stillstand und die permanente Ressourcenknappheit mit den daraus abgeleiteten Folgen auszeichnete. Im Hinblick auf die finanzielle Tragfähigkeit eines privatwirtschaftlich organisierten Krankenversicherungswesens und die zu erwartenden Renditen wurde dabei ein bedeutender Anteil der Bevölkerung im öffentlichen, solidarisch organisierten System belassen. Die zwangsweise verordnete Koexistenz der ISAPREs mit der öffentlichen Sozialkasse FONASA schuf eine besondere und überaus vorteilhafte Situation für die Privatversicherer. Dem entstehenden ISAPRE-System blieben die ansonsten unvermeidlichen ethisch-moralischen und psychologischen Belastungen weitgehend erspart. Schließlich spannte die öffentliche Parallelstruktur im zweigliedrigen chilenischen System als impliziter Rückversicherer ein soziales Notfallnetz für all jene Fälle auf, denen das private Versicherungssystem keinen hinreichenden Schutz mehr bot. Das galt lange Zeit praktisch für alle Versicherten, die für die Privatversicherungen unrentabel wurden, wenn sie aufgrund veränderter Lebensumstände wie Alterung oder chronischer Erkrankung in der Kosten-Nutzen-Bilanz der ISAPREs nicht mehr positiv zu Buche schlugen. Diese Konzeption des chilenischen Systems sicherte der Privatversicherungsbranche jahrelang das große Privileg, strikt nach marktradikalen Vorstellungen agieren zu können, ohne nennenswerte Rücksicht auf die entstehenden sozialen Kosten nehmen zu müssen (s.u.).

Diese Form der Sonderbehandlung der ISAPREs durch die Väter des chilenischen Modells gehorchte letztlich einer Logik, die bei ökonomischen Deregulierungsprozessen überaus häufig zu beobachten ist: Die Gewinne flossen in die Privatunternehmen, während die entstehenden Verluste sozialisiert wurden. Nicht zuletzt aufgrund dieser Erfahrungen herrscht in Chile bis auf den heutigen Tag ein Bild von den ISAPREs als in erster Linie gewinnorientierte, harte und nahezu unmenschlich wirkende Wirtschaftsunternehmen vor. Diese allgemeine Wahrnehmung als moralisch nicht besonders hochstehende Unternehmen hat für die Privatversicherer zweifellos das Problem des *moral hazard* verstärkt.



Was bietet das chilenische Gesundheitswesen den NutzerInnen von morgen?

Zudem betrachtet ein großer Teil der BürgerInnen die ISAPREs ohnehin als Versicherungen für die Reichen, wohingegen FONASA für die Armen da ist. In der Tat stellt das Einkommen weiterhin die wichtigste Variable bei der Wahl zwischen beiden Versicherungssystemen dar, gefolgt vom Alter, dem Wohnort und dem Gesundheitszustand. Mit steigendem Gehalt und der Zugehörigkeit zur städtischen Bevölkerung erhöht sich die Wahrscheinlichkeit eines ISAPRE-Beitritts, während höheres Lebensalter und eingeschränkter Gesundheitszustand den Eintritt in eine private Krankenversicherung unwahrscheinlicher machen (Sapelli/Torche 1998, S. 398). Im Unterschied dazu spielte noch in früheren Jahren der individuelle Informationsvorsprung bzgl. einer bestehenden, der Versicherung nicht gemeldeten Erkrankung offenbar eine wichtigere Rolle, was eine adverse Selektion der ISAPREs belegt, die indes heute keine Rolle mehr zu spielen scheint (Sapelli/Torche 1998, S. 398).

Die entscheidende Erklärung für das zuletzt beschriebene Verhaltensmuster in den ersten Jahren nach der Sozialversicherungsreform in Chile dürfte in der damals allgemein vorherrschenden Wahrnehmung der privaten Assekuranzunternehmen zu suchen sein. Wie bereits angedeutet, agierten diese implizit, aber unwidersprochen lange Zeit als eine Art Zusatzver-

sicherungen zum öffentlichen System, das gleichzeitig permanent und de facto die Aufgabe eines letztinstanzlichen Rückversicherers übernehmen musste. Im Unterschied zu ihren offiziellen Aufgaben und Zielsetzungen fassten nicht wenige ChilenInnen die ISAPREs als ein Möglichkeit auf, den Zugang zu ambulanten und weniger einschneidenden Gesundheitsleistungen zu beschleunigen, während FONASA im Bewusstsein vieler Privatversicherter als die letztlich für die Lösung der gesundheitlichen Probleme der BürgerInnen verantwortliche Instanz angesehen wurde, falls die entstehenden Kosten die im Privatversicherungsvertrag vorgesehenen Grenzen und die finanziellen Möglichkeiten der Betroffenen deutlich übersteigen (vgl. Kifmann 1998, S. 15).

Aufgrund der weitgehend fehlenden horizontalen Integration des vorwiegend zweigliedrigen chilenischen Gesundheitswesens verfügen die öffentlichen LeistungserbringerInnen laut Gesetz über keine und in der Praxis nur über allmählich sich entwickelnde, in jedem Fall eingeschränkte Möglichkeiten, den ISAPREs die für ihre Versicherten erbrachten Leistungen in Rechnung zu stellen.<sup>102</sup> Bis in die zweite Hälfte der 90er Jahre hinein schätzte FONASA diese Missbrauchsquote in den öffentlichen Einrichtungen durch den Personenkreis der Privatversicherten auf rund 7 % aller PatientInnen. Durch die Einführung strikterer Kontrollmechanismen unter Verwendung der Daten der *Superintendencia de ISAPREs* konnte dieser Anteil nach Angaben der FONASA-Studienabteilung deutlich auf zuletzt etwa 0,7 % reduziert werden. Es ist anzunehmen, dass die von den öffentlichen LeistungserbringerInnen zunehmend praktizierten Kontrollen zur Verminderung der Missbrauchsrate bei elektiven bzw. nicht absolut dringlichen Behandlungen zu einer Verkleinerung des Marktsegments der Privatversicherter beigetragen. Zumindest für die Laufzeit eines Vertrages stellt nämlich im Unterschied zu früher die Entscheidung zwischen FONASA und einer ISAPRE die ChilenInnen heutzutage vor eine echte Alternative. Für die Wahl zwischen beiden Systemen ist nunmehr entscheidend, ob sich in der Öffentlichkeit stärker das Bild verschlossener Türen für ISAPRE-Versicherte im Fall ernstlicher Krankheiten oder der Eindruck einer ausreichenden Absicherung eben dieses Risikos durch die neue Zusatzversicherung für schwere Erkrankungen durchsetzen wird.

---

<sup>102</sup> S. auch Kap. 4.3.

## 5. Zentrale Probleme des chilenischen Krankenversicherungssystems

### 5.1. Abschöpfung der oberen Marktsegmente

Mit der Zulassung privater Versicherungsunternehmen als Trägerinnen der sozialen Sicherung bei gleichzeitiger weitestgehender Deregulierung des Versicherungsmarktes wurde das historische Solidarprinzip aufgekündigt und die alle Bevölkerungsgruppen betreffende Umverteilung zwischen Besser- und Schlechterverdienenden, zwischen Gesunden und Kranken<sup>103</sup> sowie zwischen Jung und Alt abgeschafft. Jeder Bürger und jede Bürgerin müssen individuell ihr eigenes Risiko versichern. An die Stelle des sozialen Gedankens stellte die Militärregierung die Ideologie der Gewinnmaximierung. Dabei kann die Branche den Zugang zum Privatmarkt für Versicherungsleistungen mittels der Prämiengestaltung nach sozioökonomischen Gesichtspunkten steuern und gezielt nach KundInnen suchen, deren exogen festgelegten Beiträge eine ausreichende Rendite versprechen, d.h. deren tatsächlich aufgebrachte Versicherungsprämien mit hoher Wahrscheinlichkeit allein aufgrund des Volumens über den risikoadäquaten Prämien liegen (vgl. Liebig 2000, S. 17).<sup>104</sup>

Das Einkommensniveau in Chile bringt es mit sich, dass die Wahlfreiheit auf dem Krankenversicherungsmarkt faktisch nicht einmal der Hälfte der Bevölkerung offen steht. Dem Selbstverständnis und der selbstdefinierten Aufgabenstellung bzw. Zielsetzung der ISAPRE entsprechend praktiziert die Branche bereits *a priori* eine klare Ausgrenzung Geringverdienender und insbesondere von Kinderreichen (vgl. auch Valenzuela 1998, S. 10). Der private Krankenversicherungsmarkt in Chile hält für diese Personengruppen kaum Versicherungspläne vor, die mit einem Beitragssatz im Umfang von 7 % des Gehalts zu finanzieren sind. Sofern einzelne ISAPREs überhaupt Verträge für diese Einkommensgruppe mit Familienan-

---

<sup>103</sup> Der Ausgleich eines Schadensfalls bedeutet natürlich in jeder Art von Versicherung auch eine Umverteilung zwischen Geschädigten und Nicht-Geschädigten, so bei jeder Krankenversicherung zwischen Gesunden und Kranken. Das Besondere dieses spezifischen Umverteilungsmechanismus im Solidarprinzip besteht im Zusammenhang mit der allein einkommensabhängigen Beitragsgestaltung ohne jegliche Berücksichtigung von zusätzlichen Risikofaktoren.

<sup>104</sup> Aus analytischen Gründen wird an dieser Stelle nur auf das Moment der realen Prämienhöhe bei Versicherten der oberen Einkommensgruppen Bezug genommen, obwohl die Risikoäquivalenz selbstverständlich nicht isoliert vom Risikoprofil abgeschätzt werden kann; auf diesen Teilaspekt desselben Grundproblems wird im folgenden Kapitel 5.2. "Risikoselektion" noch einmal getrennt eingegangen.

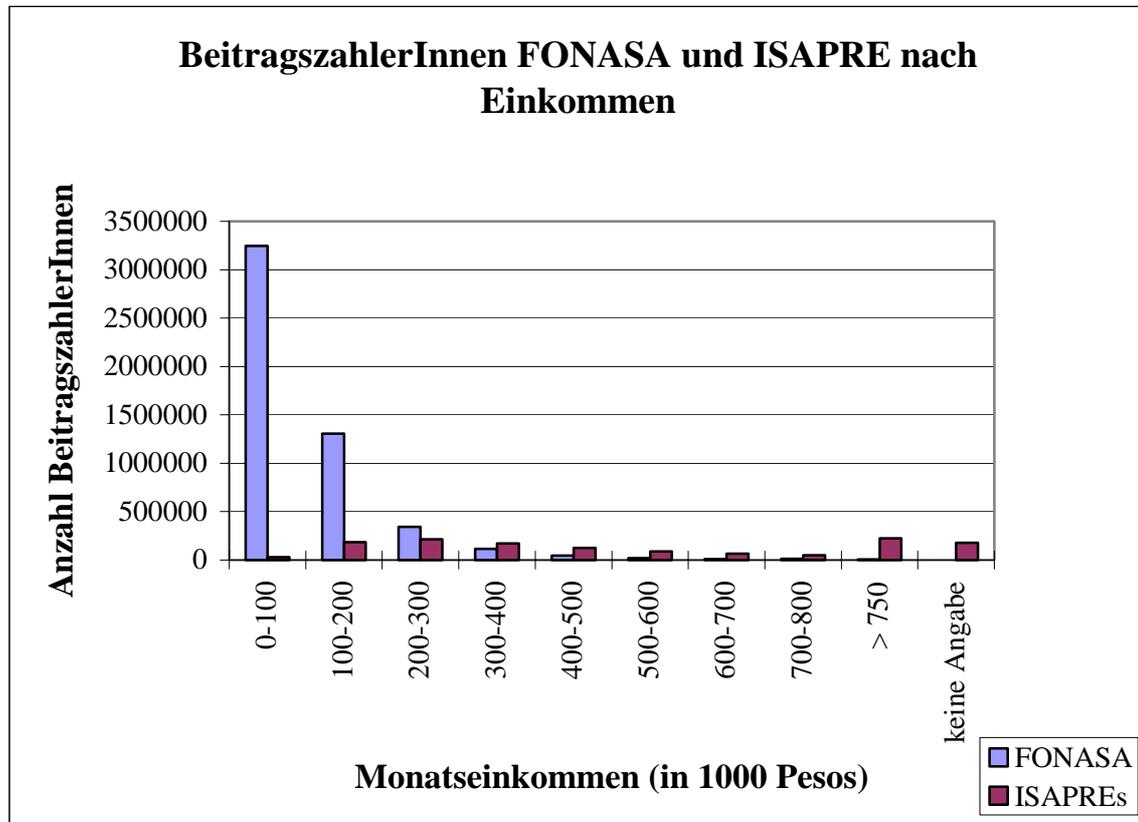
hang anbieten, müssen die Versicherten erhebliche finanzielle Deckungslücken in Kauf nehmen (Holst 2000a). Da Geringverdienende entsprechend dem vorgeschriebenen Abgabensatz nur eine niedrige Prämie zahlen, erhalten sie entsprechend dem zugrunde liegenden Äquivalenzprinzip eine schlechtere Versicherungsleistung und haben absolut und vor allem in Relation zu ihrem Einkommen einen wesentlich höheren Anteil der Gesundheitskosten selber aufzubringen.



Krankheiten können in Chile auch finanziell schwere Einschnitte bedeuten

Der für die öffentliche Krankenkasse im Unterschied zu den ISAPREs bestehende Kontrahierungszwang erleichtert den Privatversicherern das langjährig praktizierte *cream skimming*. Wer sich nicht bei einem Privatunternehmen versichern will oder kann, landet bei bestehender Versicherungspflicht automatisch bei FONASA. In naher Zukunft ist damit zu rechnen, dass sich das Marktsegment der Privatversicherungen in Folge der Abschaffung des staatlichen Zuschusses zur Förderung der Versicherungsnachfrage noch verkleinern und die Einkommensschere zwischen FONASA und ISAPREs weiter auseinander klaffen wird. Bereits Anfang 2000 bestand im zweigliedrigen chilenischen Gesundheitssystem eine ausgeprägte Einkommensselektion zwischen FONASA und ISAPREs. Das existierende deutliche Ungleichgewicht in der sozioökonomischen Verteilung der VersicherungsnehmerInnen verdeutlicht die folgende grafische Darstellung.

Grafik 8



Quelle: Daten der Studienabteilung von FONASA vom 25.1.2000 und Superintendencia 2000, S. 52. Beachte: Aufgrund aggregiert vorliegender Daten fasst die Kolumne „>750“ die FONASA-Versicherten mit dem angegebenen Einkommen und die ISAPRE-Versicherten mit einem Monatseinkommen von mehr als 800.000 Pesos zusammen. Die Diskrepanz bei den GroßverdienerInnen fällt in dieser Darstellung somit geringer aus als in der Realität.

Die Prämiengestaltung auf dem privaten Krankenversicherungsmarkt, die Kündigungsmodalitäten und die Durchlässigkeit des dualen Sozialversicherungssystems verhindern einen funktionierenden Wettbewerb. In Chile konzentriert sich die Marktkonkurrenz auf die Rekrutierung möglichst vieler „guter Risiken“ mit hohem Einkommen. Zur Verringerung der durch dieses *cream skinning* und die im folgenden Kapitel eingehender diskutierte Risikoselektion systemisch verursachten großen sozialen Ungerechtigkeit des chilenischen Krankenversicherungssystems erscheint die Einführung eines Risikostrukturausgleichs unerlässlich. Dieser ist innerhalb des privaten Subsystems erforderlich, um zu verhindern, dass die ISAPREs bestraft werden, die auch „schlechte Risiken“ versichern. Durch ein geeignetes Umlageverfahren muss ein realer Anreiz zur Aufnahme von solchen

VerbraucherInnen bzw. PatientInnen geschaffen werden, die höhere als die durchschnittlich erwarteten Kosten aufwerfen.<sup>105</sup> Darüber hinaus machen auch die dargestellten, massiven Verwerfungen innerhalb des chilenischen Gesamtsystems eine Form von Risikostrukturausgleich unausweichlich, um die Abschöpfung der oberen Einkommensgruppen sowie die nachfolgend eingehender diskutierte Selektion „guter Risiken“ durch die ISAPREs zurückzudrängen.

## 5.2. Risikoselektion

Ein besonderes Problem gerade im Hinblick auf die Nachhaltigkeit der chilenischen Gesundheitsreform von 1981 liegt in den Kündigungsbedingungen der privaten Krankenversicherungsverträge. Die kurze Pflichtlaufzeit für die VersicherungsnehmerInnen könnte theoretisch für die ISAPREs einen Anreiz zur Verbesserung ihres Produktes darstellen. Doch die parallele Existenz eines öffentlichen Versicherungs- und Leistungssystems mit seiner potenziell universellen und solidarischen Orientierung nimmt den Privatunternehmen jeglichen Druck zur Anpassung an Kundenbedürfnisse und zur Konkurrenz um Versicherte. Mehr noch, die Ausgestaltung und jährliche Anpassung der Vertragsbedingungen gibt ihnen eine effektives Mittel zur Abschiebung „schlechter Risiken“.

Die Prämiengestaltung und die Zugangsbedingungen zu den privaten AnbieterInnen machen die ISAPREs attraktiv für junge, gesunde Personen unter Bevorzugung des männlichen Geschlechts. In Verbindung mit dem dargestellten *cream skimming* führt die faktisch bestehende Risikoselektion zu einer überproportionalen Repräsentanz junger Besserverdienender in den ISAPREs, während chronisch kranke und alte Menschen in das öffent-

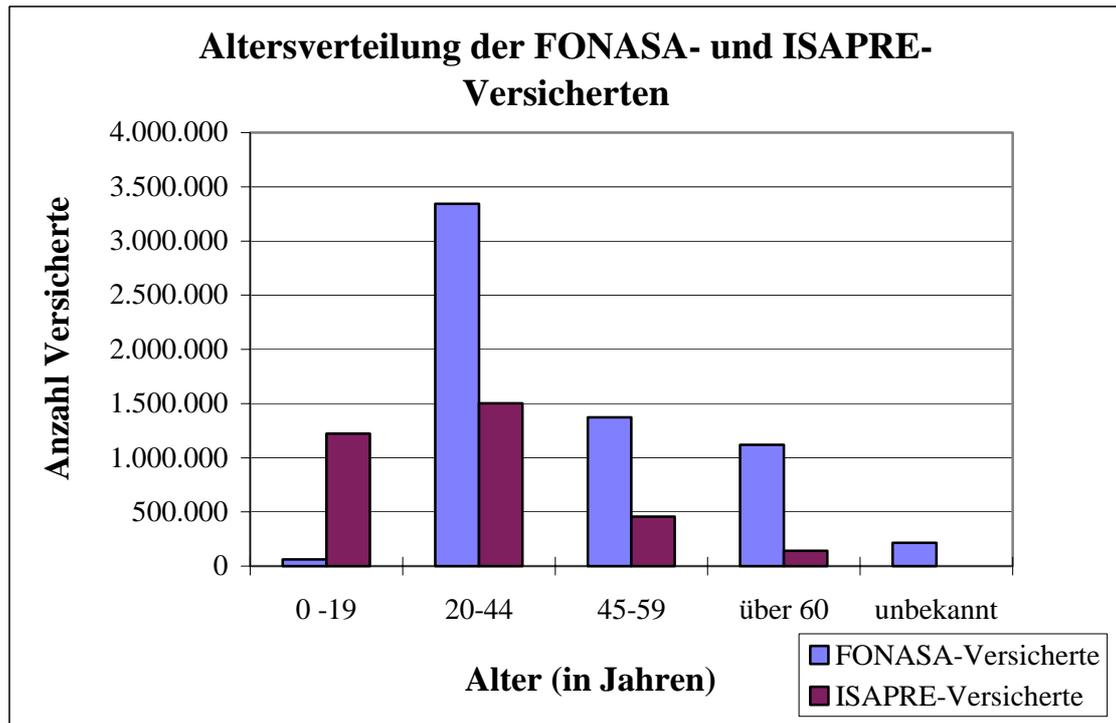
---

<sup>105</sup> Ein Beispiel für einen derartigen systemimmanenten Umverteilungsmechanismus stellt der Risikostrukturausgleich der Gesetzlichen Krankenkasse in der Bundesrepublik Deutschland dar, der die Privatkrankenversicherungen explizit ausnimmt.

Eine andere Form wurde mit dem Gesundheitsreformgesetz Ley 100 von 1994 in Kolumbien eingeführt, das sich bei der Implementierung von Kassenwettbewerb ansonsten auch am chilenischen Vorbild orientiert hat. Zwar muss dort jeder Beschäftigte einen Pflichtbeitrag im Umfang von 12 % seines Bruttoeinkommens für die gesetzlich vorgeschriebene Krankenversicherung abführen, die privatwirtschaftlich organisierten Krankenkassen (*Empresas Prestadoras de Salud* - EPS) erhalten von diesem Betrag jedoch nur einen Anteil entsprechend dem jeweils aktuellen Risikoprofil des/der Versicherten. Eine solche risikoadaptierte Prämie verringert den Anreiz zur Selektion "guter" Risiken durch Abstimmung der individuellen Beiträge auf die zu erwartenden Kosten.

liche System abgedrängt werden. Das folgende Schaubild illustriert eindrücklich die risikoabhängige Selektion im chilenischen Modell, die zu einer starken Überrepräsentanz der über 45-Jährigen und insbesondere der über 60-Jährigen im öffentlichen Sektor und der 20-44-Jährigen im ISAPRE-System geführt hat.

Grafik 9



Quelle: FONASA, bisher unveröffentlichte Daten der Studienabteilung; Superintendencia de ISAPREs, Statistisches Bulletin für den Zeitraum Januar bis Dezember 1999, S. 66, 67

Die altersvermittelte Risikoselektion im chilenischen Gesundheitssystem konnte sich nicht zuletzt aufgrund der fehlenden Verpflichtung der privaten Versicherungswirtschaft zu jeglicher Form von Altersrückstellungen entwickeln. Entsprechende normative und regulatorische Vorgaben der Exekutive bestehen in Chile bis heute nicht und sind in Anbetracht der Macht- und Interessenkonstellation sowie eines weiterhin tief verankerten Glaubens an die marktwirtschaftlichen Mechanismen nur schwer durchsetzbar. Die AnbieterInnen von Versicherungsleistungen können sich der Mehrheit der alternden Mitglieder entledigen, bevor erhöhte Gesundheitsausgaben für sie zu erwarten sind. Auch für die Versicherten macht eine Verteuerung der Prämien zur Rücklagenbildung in den meisten Fällen we-

nig Sinn, da sie entweder die ISAPRE oder in das öffentliche System wechseln können, sofern erhöhte Krankheitskosten zu erwarten oder aufgetreten sind.

In diesem Zusammenhang dürfte zwar die jüngste letztinstanzliche Gerichtsentscheidung über eine Mindestdeckung sämtlicher medizinischer und paramedizinischer Leistungen im Umfang des halben niedrigsten FONASA-Satzes<sup>106</sup> möglicherweise den Druck zur Bildung von Rücklagen für die zu erwartenden höheren Kostenerstattungen verstärken. Andernfalls bliebe zur Finanzierung der zu erwartenden höheren Kosten nur die Erhöhung der Krankenversicherungsbeiträge. Nach diesem Prinzip erfolgte die kürzlich erfolgten Ausweitung des Versicherungsschutzes auf eine Reihe von komplexen, schweren Krankheiten mit sehr hohen, teilweise ruinösen Eigenbeteiligungen. Da diese zusätzliche Risikoabdeckung mit einer Prämienhöhung verbunden ist, wird von ihr kein nennenswerter Anreiz zur Bildung von Altersrückstellungen ausgehen.

Dennoch wird das chilenische Gesundheitswesen mittel- und erst recht langfristig nicht die Einführung adäquater Altersrückstellungen entsprechend der demografischen und epidemiologischen Entwicklung umgehen können, soll nicht die öffentliche Hand weiterhin die große Last der Krankheitskosten tragen. Zurzeit bestehen keine regulatorischen Verpflichtungen und kaum ökonomische Anreize für die Privatversicherungen, Rücklagen für die zu erwartenden Kosten ihrer Versicherten im höheren Alter zu bilden. Bei Einschränkung der Möglichkeiten der ISAPREs, ihre Mitglieder mittels automatisch steigender Risikofaktoren spätestens nach 12 Monaten „abzustößen“, wäre die Schaffung von Altersrückstellungen ökonomisch rational, um die zukünftige Rendite zu sichern. Da dies nicht ohne spürbare Erhöhung der Prämien bereits in jungen Jahren zu gewährleisten ist, würde eine derartige Verpflichtung das Marktsegment der ISAPREs deutlich verkleinern. Der Staat muss sich entscheiden, ob er weiterhin die Sozialisierung der Verluste hinnimmt, oder die privaten Anbieter sozialer Versicherungsleistungen in die Pflicht nimmt.

VertreterInnen einer eher technokratisch-ökonomischen Sichtweise in Chile lehnen einen derartigen normativen Eingriff als nicht durchsetzbar und vor allem als dem freien Marktprinzip widersprechend ab. Letztlich geht es in dieser Frage um den Verlust von Subventionen der öffentlichen Hand, die im chilenischen System jahrelang unhinterfragt geflossen sind und die interessanterweise noch niemand auch nur im Ansatz ernstlich be-

---

<sup>106</sup> S. Kap. 2.3. sowie 4.5.

rechnet hat. Um die Gerechtigkeit des chilenischen Gesundheitswesens zu verbessern, ist die Einführung von Mechanismen unumgänglich, mit denen die Privatversicherer dazu gezwungen werden können, die realen betriebswirtschaftlichen Kosten des Versicherungsgeschäfts in vollem Umfang zu tragen, ohne die unrentablen Bereiche auf die öffentliche Hand bzw. auf die Gesellschaft abwälzen zu können. Erst danach lässt sich das real existierende Marktsegment für die ISAPRE-Branche abschätzen, das erstens in der Lage und zweitens willens ist, ihre Vorsorge für den Krankheitsfall dem freien Spiel der Marktkräfte zu unterwerfen.

Ebenso wie hinter der gesamten vorherrschenden Debatte der vergangenen Jahre verbirgt sich hinter der Kontroverse um die zu ergreifenden regulatorischen Maßnahmen letztlich die Frage nach der wesentlichen Funktion des Gesundheitssystems und seiner Akteure: Die ausreichende, adäquate und bestmögliche Gesundheitsversorgung der Bevölkerung oder hohe Wachstumsraten und optimale Renditen in einem bestimmten Wirtschaftssegment. Gerade vor dem Hintergrund genereller Ökonomisierungstendenzen im Gesundheitswesen muss sich jede Gesellschaft immer wieder fragen, welche dieser in letzter Konsequenz unvereinbaren Alternativen sie verfolgen will. Im Fall Chiles steht diese Frage zum Jahrtausendwechsel ganz oben auf der Tagesordnung.

Vom gesundheitspolitischen und -wissenschaftlichen Standpunkt aus ist ein weiterer Aspekt des chilenischen Modells besonders bedenklich. Die im chilenischen Modell vorgegebene Vertragsstruktur nimmt Versicherungen wie VersicherungsnehmerInnen jeglichen Anreiz zu Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention, die bekanntermaßen eine wesentlich günstigere Kosten-Nutzen-Relation aufweisen als kurative Maßnahmen. Aus traditionellen Gründen zeichnet der Staat für die Impf- und einige Ernährungsprogramme für Kinder verantwortlich. Weiterführende Früherkennungs- und Präventionsprogramme sind zwar vorgeschrieben, werden von den meisten ISAPREs aber nicht propagiert und entsprechend wenig in Anspruch genommen.<sup>107</sup> Die kurzfristige Kündigungsfrist der VersicherungsnehmerInnen stellt für die Versicherungen die potenzielle zukünftige Kostenersparnis in Frage. Auch für die Versicherten besteht kein Anreiz zu vorbeugenden gesundheitsfördernden Angeboten von Seiten der Privatversicherungen, da sie jederzeit in das öffentliche System mit

---

<sup>107</sup> Eine wichtige Ausnahme stellt die zahlenmäßig größte ISAPRE *Consalud* dar, die aktiv allgemein- und zahnmedizinische Kontrolluntersuchungen anbietet und ein internes Prämiensystem zur Förderung krankheitsvermeidenden Verhaltens entwickelt hat.

risikounabhängigen Prämien wechseln können. Diese Situation verursacht für das Gesamtsystem erhebliche Folgekosten.

### **5.3. Steigerung der individuellen Gesundheitsausgaben**

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass die ISAPREs weder die Steigerung der Gesundheitskosten aufgehalten noch wesentlich zur Eindämmung der „Kostenexplosion“ in der medizinischen Versorgung beigetragen hat. Die Einsparpotenziale bei der Leistungsvergütung beschränken sich ganz überwiegend auf das Prinzip des „Mengenrabatts“. Andere innovative Finanzierungsmodalitäten wendet die Privatwirtschaft nur in geringem Umfang an. Wichtigstes Honorierungsprinzip im Privatsektor ist nach wie vor die Einzelleistungsvergütung, was erheblich zur Induktion und Selbstinduktion der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen beigetragen hat (vgl. Liebig 2000, S. 17). Anstatt durch horizontale Verzahnung und/oder vertikale Integration mögliche Einsparpotenziale auszuloten und im synergistischen Interesse mit den KundInnen die Anzahl von medizinischen Dienstleistungen und damit Kosten zu reduzieren, haben die ISAPREs eine deutliche Expansion der Anbieterseite provoziert.

Zu den unerwünschten Wirkungen der chilenischen Sozialversicherungsreform, die zur Verbesserung der Ressourcenallokation und Steigerung der betriebs- und - zumindest theoretisch - auch der volkswirtschaftlichen Effizienz angetreten war, gehört somit auch das Problem der Nachfrageinduktion auf dem privaten Markt für medizinische Leistungen. Zumindest bis zum Ende der Diktatur ist allerdings ein Einfluss durch die mutmaßliche Nachfrageunterdrückung im öffentlichen Gesundheitssektor nicht auszuschließen. So war in der Dekade zwischen 1986 und 1997 ein Anstieg der chirurgischen Eingriffe um 21 %, der ärztlichen Konsultationen um 60 %, der Laborleistungen um 142 % und der bildgebenden Diagnostikverfahren um 181 % zu beobachten.<sup>108</sup> Auch unter Berücksichtigung des Wachstums der ISAPREs verzeichnet die Nachfrage nach weniger komplexen Gesundheitsleistungen auf dem privaten Markt ein höheres Wachstum als im öffentlichen Sektor. Dieser Effekt ist wesentlich schwerwiegender, wenn man bedenkt, dass die Privatversicherer überwiegend junge und gesunde Personen aufnehmen, was sich im übrigen in der vergleichsweise spärlichen Steigerung der Zahl chirurgischer Eingriffe niederschlägt.

---

<sup>108</sup> Quelle: Statistisches Jahrbuch des Gesundheitsministeriums, nach Solimano/Vergara 1999, S. 10-12 bzw. Contreras et al. 1999, S. 84-87

Doch hat die Einführung eines privaten Krankenversicherungsmarktes in Chile nicht nur zu den verschiedentlich erwähnten, teilweise deutlichen Steigerungen der individuellen Gesundheitsausgaben beigetragen, die sich in Form von „freiwilligen“ Prämien erhöhungen, diversen Zuzahlungen und die oben ausgeführte Förderung der Nachfrageinduktion direkt auf das Gesundheitsbudget der Individuen und der Haushalte auswirken. Hinzu kommt eine anhaltende interne Kostensteigerung zum einen in Form von Zusatzversicherungen gegen Selbstbehalte oder die seit dem Jahr 2000 verpflichtende zusätzliche Absicherung gegen schwere Erkrankungen und zum anderen durch den hohen Werbe- und Kontrolldruck zur Verteidigung der Marktsegmente und zum Schutz gegen vielfältige Auswirkungen des *moral hazard* bei AnbieterInnen wie bei LeistungsempfängerInnen. Als Konsequenz beliefen sich die Verwaltungskosten des ISAPRE-Systems 1999 auf nahezu ein Fünftel der Gesamtausgaben und zeigen allenfalls gering rückläufige Tendenz (Superintendencia 1999a, S. 28, 29),<sup>109</sup> was schon allein die betriebswirtschaftliche Effizienz in Frage stellt, ganz zu schweigen von der volkswirtschaftlichen Relevanz.

## 5.4. Effizienzprobleme

In den vorangehenden Kapiteln wurden bereits einige Konsequenzen der Liberalisierung des Krankenversicherungsmarktes aufgeführt, die direkt oder indirekt die angestrebte Effizienzsteigerung im chilenischen Gesundheitswesen zweifelhaft erscheinen lassen. Grundsätzlich soll der Kas senwettbewerb primär die effiziente Ressourcenallokation im System verbessern. Dabei sollen miteinander konkurrierende Versicherungsunternehmen mit Hilfe innovativer Bereitstellungsformen eine medizinisch hochqualifizierte und gleichzeitig wirtschaftliche Versorgung der betroffenen Bevölkerung gewährleisten. Übliche Mechanismen sind die selektive Kontraktierung leistungsfähiger, spezialisierter oder besonders qualifizierter AnbieterInnen bis hin zur vertikalen Integration, die Organisation von LeistungserbringerInnen in Kooperationsnetzen und die kostensparende Standardisierung von Behandlungsabläufen.

---

<sup>109</sup> Wie bereits erwähnt, machten die von FONASA ausgewiesenen Verwaltungskosten 1998 mit 11,802 Milliarden Pesos (22,7 Millionen US-\$) nicht mehr als 13,1 % der Gesamtausgaben aus (FONASA 1999b, S. 13). Die AOK Berlin beziffert ihre Verwaltungskosten 1999 auf 4,2 % der Ausgaben (Mündliche Information der AOK Berlin anlässlich eines Seminars für eine argentinische Studiengruppe am 13.10.2000 in Berlin-Kreuzberg).

Wie bereits im vorangegangenen Kapitel im Zusammenhang mit der individuellen Kostensteigerung erwähnt, hat die private Krankenversicherungsbranche in Chile in den nahezu 20 Jahren ihres Bestehens kaum derartige Innovationen hervorgebracht. Die ISAPREs konnten bei ihren Verhandlungen mit den LeistungserbringerInnen in erster Linie Mengenrabatte bei der Abnahme größerer Kontingente von medizinischen Leistungen durchsetzen (vgl. Baeza/Muñoz 1999, S. 25). Eine vertikale Integration erfolgte vorwiegend im Rahmen der Marktexpansion in die unteren Mittelschichten, die allerdings nach Auffassung der großen Versicherungen heute ausgereizt ist.<sup>110</sup> Die am Markt befindlichen „geschlossenen“, d.h. HMO-ähnlich organisierten Versicherungspläne zeichnen sich durch sehr gute Deckungen bei wenigen VertragsanbieterInnen aus, deren technologischer Standard direkt mit dem Beitrag bzw. Einkommen korreliert. Bei Nutzung anderer DienstleisterInnen fallen indes sehr hohe Zuzahlungen an, so dass solche Verträge die Wahlfreiheit auf dem Markt medizinischer Leistungen weitestgehend beschneiden.

Die fehlende horizontale Integration des chilenischen Systems hat zu einer ineffektiven Doppelstruktur geführt und bringt eine erhebliche Ressourcenvergeudung mit sich. Vor allem in den ersten Jahren nach der Gesundheitsreform suchten viele Privatversicherte unter Vorgabe falscher Einkommens- und Versicherungsverhältnisse FONASA-Krankenhäuser auf. Bisher haben öffentliche Anbieter jedoch keine rechtliche Handhabe, anfallende Behandlungskosten bei Privatversicherungen einzufordern, während die Mitglieder von FONASA die strikt eingangskontrollierenden privaten Kliniken allenfalls bei Bereitschaft zu hoher Selbstbeteiligung in Anspruch nehmen können. Als Reaktion auf die anfängliche verbreitete Annahme der ISAPREs als Zusatzversicherungen für ambulante Leistungen und der öffentlichen Krankenkasse als Rückversicherer konnte durch strengere Kontrollen und Abgleich mit der Versicherungsaufsichtsbehörde die Missbrauchsquote von ISAPRE-Versicherten bei den öffentlichen LeistungsanbieterInnen auf ein Zehntel reduziert werden. Die BürgerInnen stehen daher heute vor einer wirklichen Alternative, wenn sie sich zwischen FONASA oder ISAPRE entscheiden.

---

<sup>110</sup> MitarbeiterInnen der Marketing- und Studienabteilungen der drei größten ISAPREs, *Consalud*, *Banmédica* und *Cruz Blanca*, erklärten im Januar und Februar 2000 übereinstimmend, ihre Unternehmen sähen keine bedeutenden Marktchancen in der Ausweitung derartiger Angebote. MitarbeiterInnen der ISAPRE *Vida Tres*, die bisher eine gehobene sozioökonomische Klientel versorgt, sahen hingegen in HMO-ähnlichen Paketen relevante Expansionschancen.

Nach fast zwanzigjähriger Erfahrung seit der Einführung von Kassenwettbewerb im chilenischen Gesundheitswesen lässt sich beobachten, dass Effizienzgewinne sowohl im engeren als auch im weiteren, volkswirtschaftlichen Sinne bisher hauptsächlich auf Seiten des öffentlichen Subsystems zu verzeichnen sind (s. auch Liebig 2000, S. 17). Durch umfangreiche Investitionen und ernst zu nehmende Ansätze bei der Reform der Organisationsstruktur arbeitet FONASA heute merklich kundenfreundlicher als vor einem Jahrzehnt. Die Definition der Versicherungs- und der Leistungserbringerfunktion des öffentlichen Gesundheitswesens wird zunehmend klarer strukturiert, und die verschiedenen Aufgaben sind deutlicher getrennt worden. FONASA als öffentliche Krankenkasse kann heute auch seine Agentenfunktion wahrnehmen und gegenüber den - bisher ausschließlich öffentlichen - Krankenhäusern und Praxen die Interessen ihrer Versicherten vertreten bzw. in deren Interesse agieren. Ein konkretes Ergebnis dieser Strukturveränderungen ist die Einführung innovativer Honorierungsformen zwischen FONASA und den öffentlichen LeistungsanbieterInnen in Form von Kopfgeld und Fallpauschalen.

Gleichzeitig ist zu beobachten, dass die strukturellen Veränderungen bei FONASA sekundär nun allmählich auch in der privaten Krankenversicherungsbranche zu erhöhter Kontraktion, Ansätzen der Effizienzsteigerung und Ausweitung der sozialen Sicherung bei schweren Erkrankungen geführt haben, wenngleich letzteres mit einer Erhöhung der individuellen Gesundheitsausgaben einhergegangen ist. Noch sind allerdings weiterhin grundsätzliche Probleme wie die adäquate soziale Absicherung älterer Menschen bzw. die Regelung entsprechender Rückstellungen im ISAPRE-System ungelöst.

## **5.5. Multiplizierung der Informationsasymmetrie**

Insgesamt ist in Chile bisher eine in Anbetracht der langjährigen Erfahrung mit einem marktorientierten Wirtschaftsmodell auffallend geringe und nur allmählich wachsende Ausbildung eines Kundenbewusstseins zu beobachten. Dies schlägt sich auch im Verhältnis der PatientInnen zu den medizinischen Fachkräften und insbesondere gegenüber den ÄrztInnen nieder. Deren sozialer Status liegt weiterhin deutlich über dem anderer Berufs- und Akademikergruppen. Zweifelsohne hängt das nicht zuletzt mit der engen Beziehung der MedizinerInnen zu existenziellen Fragen von Leben und Tod, von Krankheit und Gesundheit, letztlich zu den grundlegenden Problemen der menschlichen Existenz zusammen (vgl. Wainer 1997, S. 8). Weder Kassenwettbewerb noch marktwirtschaftliche Mechanismen

haben bisher zu einer Veränderung des Nimbus von Ärzten und Ärztinnen beigetragen.

Das größere Problem stellt dabei allerdings in Chile die Zunahme der Informationsasymmetrie auf dem privaten Versicherungsmarkt dar. Die bisher von der *Superintendencia de ISAPREs* durchgesetzten Änderungen (Ausweisung der Prämien und Tarife in Pesos, Auflistung der medizinischen und paramedizinischen Leistungen auf jedem Vertragsformular, Festschreibung einer Mindestkostenübernahme für jede einzelne Leistung)) reichen nicht aus, um eine akzeptable Markttransparenz zu gewährleisten. Perspektivisch dürfte jedoch wachsender Druck auf die Privatversicherer entstehen, die Konditionen ihrer Versicherungspläne und die Preisgestaltung mit den LeistungsanbieterInnen offen zu legen. Bedingt durch die enorme Zahl von Versicherungsverträgen und in Anbetracht der weitgehenden Unüberschaubarkeit des Marktes für medizinische Dienstleistungen ist bisher in Chile nicht ansatzweise die erforderliche Transparenz für einen funktionierenden Wettbewerb gegeben (vgl. dazu auch Valenzuela 1998, S. 14).



PatientInnen im chilenischen Gesundheitswesen: Oft genug von den Privatversicherungen an der Nase herumgeführt

Gerade in Entwicklungs- und Schwellenländern, in denen sich bisher keine den europäischen Industrieländern vergleichbare Präventions- und

vor allem Sozialversicherungskultur herausgebildet hat, bekommt das Problem der Informationsasymmetrie besondere soziologische und psychologische Relevanz. Obwohl die Gesundheit gemeinhin als besonderes Gut eingeschätzt wird, das sich von anderen Gütern mit externalen Effekten unterscheidet, besteht auch in Südamerika eine vergleichsweise geringe Bereitschaft und Motivation der BürgerInnen, sich intensiv mit den Fragen der Krankheits- und Altersvorsorge zu befassen, solange sie selber gesund sind. Ein starkes Informationsgefälle in gesundheits- und krankenversicherungsrelevanten Fragen hemmt nicht nur die aktive Partizipation der BürgerInnen an der sozialen Sicherung und der Erhaltung ihrer Gesundheit, sondern trägt auch zu einer Verstärkung oder zumindest Beibehaltung einer passiven Grundhaltung in diesen essenziellen Belangen bei.

Ohne entsprechende Regulierungen des privaten Krankenversicherungsmarktes und vermutlich auch der Tarifstrukturen der privaten LeistungsanbieterInnen sind zudem die Transaktionskosten der einzelnen BürgerInnen zum Erreichen einer rationalen Entscheidungsgrundlage für den Erwerb eines bestimmten Versicherungspaketes nicht auf ein zumutbares Maß zurückzudrängen. Bei Einführung eines Kassenwettbewerbs sind die erforderlichen Bedingungen für Partizipation bei ausreichender Transparenz zu schaffen, was das Recht der VerbraucherInnen einschließt, sich angemessen über die Nutzen und unerwünschten Wirkungen von Versicherungsleistungen zu informieren. Dies wird ohne die Einführung eines verbindlichen, an den epidemiologischen Bedingungen der Bevölkerung orientierten Leistungspaketes, auf das alle Versicherten im öffentlichen und im privaten System Anspruch haben, nicht möglich zu sein.<sup>111</sup> Nur durch die Garantie eines im gesellschaftlichen Konsens festgelegten vollständigen Versicherungsschutzes für die als erforderlich angesehenen Gesundheitsleistungen ist es nicht nur möglich, die individuellen Informationskosten im zumutbaren Rahmen zu halten. Vielmehr könnte bei geeigneter Definition dieses Paketes von garantierten Leistungen eine verlässliche Risi-

---

<sup>111</sup> Es wird, im Unterschied zu vielen anderen Arbeiten, nicht von einem "Basispaket" gesprochen, da mit der Einführung verbindlicher Leistungskategorien nicht implizit eine Verringerung der Deckungsbreite verbunden sein sollte. In Chile existiert zumindest theoretische Übereinstimmung über eine solche Grundsicherung für alle BürgerInnen. Dem allgemeinen wirtschaftlichen und v.a. dem medizinischen Stand angemessen spricht dabei niemand von einem "Minimalplan". Ronald D. Fischer sprach 1995 noch von einem *Plan Básico de Salud* (PBS) (Basisgesundheitsplan), andere AutorInnen wie Acuña fordern einen *Plan Garantizado de Beneficios en Salud* (PGBS) (Garantierter Gesundheitsleistungsplan).

koabdeckung für alle BürgerInnen erreicht und das grundlegende Problem der sozialen Verunsicherung überwunden werden.

## **5.6. Soziale Verunsicherung durch unzuverlässige Risikoabdeckung**

Als letztes großes Problemfeld der chilenischen Krankenversicherungsstruktur soll an dieser Stelle auf die Eigenbeteiligung bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen eingegangen werden. Die oftmals unzureichende und vor allem undurchschaubare Risikoabdeckung konfrontiert die ISAPREs mit einem großen Image- und damit Absatzproblem. Vor dem Hintergrund der fehlenden Markttransparenz stellt die Selbstbeteiligung im Krankheitsfall ein bedeutsames Element der sozialen Verunsicherung dar, die durch das Angebot von Zusatzversicherungen zum Schutz vor hoher Eigenbeteiligung nicht beseitigt wird. Die psychologischen Auswirkungen eines Sozialversicherungssystems, das gerade den von einem Versicherungsfall Betroffenen angemessene Garantien vorenthält, sind in einem Land mit starker individualistischer und marktbestimmter Grundorientierung besonders schwerwiegend.

Bei der Zuzahlungsproblematik fallen im Wesentlichen zwei Selektionsprobleme auf: Die deutliche Benachteiligung der unteren sozialen Schichten wurde bereits im Zusammenhang mit dem Phänomen des *cream skimming* erwähnt. Die Versicherungsverträge, die für Angehörige der Mittelschichten mit dem siebenprozentigen Pflichtbeitrag bezahlbar sind, wiesen in vielen Fällen erhebliche finanzielle Deckungslücken auf. Mit steigendem Einkommen nimmt die Zuzahlungshöhe insgesamt tendenziell ab. Gleichzeitig steigt die Angebotsbreite von Verträgen mit vollständiger Deckung zumindest der teuren stationären Behandlungen. Nach Untersuchungen des Autors verhält sich die Eigenbeteiligung im Privatbereich grundsätzlich umgekehrt proportional zum Einkommen der Versicherten (Holst 2000a). Von dieser allgemeinen Regel weichen allerdings die Verträge mit vertikaler Integration ab, die bereits den unteren Mittelschichten eine sehr gute Deckung im stationären Bereich bieten und die Versicherten dort von jeder Zuzahlungspflicht befreien, solange sie sich bei den VertragsanbieterInnen behandeln lassen.

Das zweite Selektionsproblem besteht in der Unangemessenheit angesichts des epidemiologischen Wandels der letzten Jahrzehnte. Grundsätzlich zeigen sich bei den epidemiologisch zunehmend bedeutsamen traumatologischen und vor allem bei den Karzinomtherapien die höchsten Eigenbeteili-

gungsraten. Noch drastischer als bei den erwähnten Pathologien zeigt sich gerade bei chronifizierten oder chronischen Krankheiten, deren Inzidenz mit zunehmendem Alter einer Population steigt, die Unzulänglichkeit des chilenischen Privatversicherungssystems. Die in vielen privaten Krankenversicherungsverträgen festgeschriebenen jährlichen Deckungsobergrenzen für bestimmte Leistungen betreffen in erster Linie PatientInnen, die einer Dauerbehandlung bedürfen. Diese Problematik wird in Folge der seit dem 9. November 2000 geltenden Deckungsverpflichtung für jede einzelne Leistung etwas abgeschwächt, bleibt allerdings in Abhängigkeit vom Qualitäts- und Tarifniveau der gewählten AnbieterInnen weiterhin latent.

Die überfällige, erst im Laufe des Jahres 2000 konkretisierte Einbeziehung schwerer Krankheiten in den Versicherungsschutz des Privatmarktes wird die Eigenbeteiligungsproblematik für viele ISAPRE-Versicherte etwas überschaubarer machen. Die kürzlich erfolgte Erweiterung der Risikoabdeckung durch Einführung einer Obergrenze für die Eigenbeteiligung im Umfang von maximal zwei Monatseinkommen pro Jahr hat das private Krankenversicherungswesen auf den wachsenden gesellschaftlichen Druck und die Konkurrenz der öffentlichen Versicherung reagiert. Dennoch werden das chilenische Gesundheitssystem in seiner Gesamtheit und insbesondere die ISAPREs in nächster Zukunft nicht um eine grundsätzliche Lösung der Zuzahlungsproblematik herumkommen. Die in beiden Subsystemen anzutreffenden Unwägbarkeiten bei den im Krankheitsfall zu leistenden Selbsthalten bei komplexen und vor allem bei langwierigen und chronischen Erkrankungen sind als maßgebliche Ursachen für das weit verbreitete Gefühl von Schutzlosigkeit trotz bestehender Sozialversicherungspflicht anzusehen. Das in Chile während der vergangenen zwanzig Jahre praktizierte Modell gesellschaftlicher Vorsorge erweist sich somit für die Betroffenen als System der sozialen Unsicherheit. Interessanterweise ist diese Wahrnehmung in den oberen sozialen Schichten deutlicher ausgeprägt als gerade in der unteren und mittleren Mittelschicht, wo die objektiv schlechte Absicherung im Widerspruch zu einem verhältnismäßig starken subjektiven Sicherheitsgefühl steht.

Ebenso wie die ausgeprägte Informationsasymmetrie ließe sich auch das Problem der aus unvorhersehbaren, teilweise exorbitanten Zuzahlungen besonders für die unteren gesellschaftlichen Schichten des Privatversicherungsmarktes entstehenden sozialen Unsicherheit durch die Einführung eines verbindlichen Leistungspakets weitgehend lösen. Aus gesundheitspolitischer und -wissenschaftlicher Sicht dürfte ein solcher Katalog allerdings keine erheblichen Einschnitte in die gewohnte medizinische Versorgung mit sich bringen. Die in Chile vorherrschende, ausschließlich versi-

cherungswirtschaftlich geprägte Logik konnte bisher den Sozialversicherungsgedanken nur sehr unzureichend erfüllen. Die allgemeine und verbreitete Unzufriedenheit mit dem Gesundheitssystem könnte allerdings auch in einer stark individualistischen und marktorientierten Gesellschaft wie der chilenischen genügend politischen Druck verursachen, mehr solidarische Elemente und Gerechtigkeit in die soziale Sicherung einzubringen.

## 6. Literaturverzeichnis

**Aedo**, Cristián (1997). La competencia manejada y reformas para el sector salud en Chile. Serie Financiamiento del Desarrollo 50. CEPAL, Santiago.

**Acuña**, María Cecilia (2000). La seguridad social de salud en Chile: Análisis y perspectivas. Diskussionspapier zu einer Veranstaltung zum gleichen Thema in der Friedrich-Ebert-Stiftung Santiago am 25.1.2000.

**Akerlof**, George A. (1970). The Market for 'Lemons': Quality Uncertainty and the Market Mechanism. Quarterly Journal of Economics 84 (3), S. 488-500 (<http://links.jstor.org/sici?sici=0033-5533%28197008%2984%3A3%3C488%3ATMF%22QU%3E2.0.CO%3B2-6>).

**Badura**, Bernhard (Hrsg.) (1999). Bürgerorientierung des Gesundheitswesens - Selbstbestimmung, Schutz, Beteiligung. Nomos, Baden-Baden.

**Baeza**, Cristián; Muñoz, Fernando (Hrsg.) (1999). Problemas y Desafíos para el Sistema de Salud Chileno en el Siglo XXI. Serie von Dokumenten für den Gesundheitsdialog. Centro Latinoamericano de Investigaciones en Salud (Lateinamerikanisches Forschungszentrum Gesundheit - CLAISS), Dokument Nr. 3. Santiago.

**Balsen**, Werner (1995). Reform für die Reichen? Die ZEIT, 3.2.1995. Hamburg.

**Banmédica** (1999). Krankenversicherungsverträge ANP01, ANP02, RE 310. Santiago.

**Bardroff**, Martina; Hohmann, Jürgen; Holst, Jens (2000). Gesundheitssysteme Lateinamerikas: Probleme und Reformstrategien. Ibero-Amerikanisches Archiv. Zeitschrift für Sozialwissenschaften, 26 (3-4), S. 377-399. Berlin.

**Bertranou**, Fabio (1999). Are market-oriented health insurance reforms possible in Latin America? The cases of Argentina, Chile and Colombia. Health Policy 47 (1), S. 19-36.

**Bitrán**, Ricardo; Almarza, Francisco Xavier (1997). Las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) en Chile. Serie Financiamiento del Desarrollo 56, CEPAL, Santiago.

**Buchanan**, Allen (1988). Zur ethischen Bewertung des Gesundheitswesens in den USA. Sass, Hans-Martin (Hrsg.) (1988). Ethik und öffentliches Gesundheitswesen. Berlin. S. 191-206.

**Carciofi**, Ricardo (Koordinator); Cetrángulo, Oscar; Larrañaga, Osvaldo (1996). Deafíos de la Decentralización, Educación y salud en Argentina y Chile. Santiago: CEPAL.

**Chile 21** (1998). Taller de Salud. Desarrollo de áreas temáticas. Santiago. (Chile 21 1998a)

**Chile 21** (1998). Taller de Salud. Prioridades para avanzar en el Mejoramiento de los Sistemas de salud Chilenos - Opinión de la Sociedad. Santiago. (Chile 21 1998b)

**Centro de Investigación Aplicada para el Desarrollo de la Empresa (CIADE)** (1997). Estudio Bonificaciones Comparadas FONASA v/s ISAPRE. Santiago: Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas.

**Colegio Médico de Chile** (Chilenische Ärztekammer) (1998). Política de Salud para Nuestra Visión. Santiago.

**Cominetti**, Rossella, Ruiz, Gonzalo (1998). Evolución del Gasto Público Social en América Latina 1980-1995. (Cuadernos de la CEPAL). Santiago.

**Consalud** (1999), Diverse Krankenversicherungsverträge aus den Serien Universo, Millenio, Neos und JJ Aguirre. Santiago.

**Contreras**, Rodrigo, Guzmán, Marcela, Vergara, Marcos (1998). Recursos Humanos en los Sectores Salud y Educación y Costo-Efectividad del Sistema - Lecciones de la Experiencia en Chile. Unveröffentlichte Studie. Santiago.

**Corporación de Investigación, Estudio y Desarrollo de la Seguridad Social (CIEDESS)** (1996). Modernización de la seguridad social en Chile. Santiago.

**Cruz Blanca** (1999), Diverse Krankenversicherungsverträge aus den Serien FN, SC, UC, HP, JJ und Master. Santiago.

**Echeverría**, Cristián (1998). La Institucionalidad Laboral en Chile. Department of Economics der Universität von Kalifornien in Berkeley und Chilenisches Arbeits- und Sozialversicherungsministerium. Berkely.

**FONASA** (1999). Boletín Estadístico 1996-1997. Santiago (FONASA 1999a).

**FONASA** (1999). Boletín Estadístico 1997-1998, Santiago (FONASA 1999b).

**FONASA** (1999). Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud – Modalidad de Libre Elección. Santiago 1999 (FONASA 1999c).

**Fundación Salud y Futuro** (1999). Las Expectativas de los Afiliados respecto a su Sistema de Salud. Santiago.

**Fundación Nacional para la Superación de la Pobreza** (Funasupo) (2000). Fundamentos de las Propuestas en Salud. Beitrag zum Gesundheitssymposium von FUNASUPO am 24.11.2000 im Hotel Gabriela Mistral. Santiago.

**Gallo** (1998). Manuel (Hrsg.). Direcsal – Directorio de la Salud Chilena, Norton Comunicaciones. Santiago.

**Giaconi**, Juna; Caviedes, Rafael (Eds.) (1996). Las ISAPREs: Hacia la Modernidad en Salud - Realidades, perspectivas y desafíos del sistema. Asociación de ISAPREs. CIEDESS. Santiago.

**GEMINES** (1998). Salud: Diagnóstico y Tendencias en los Sectores Público y Privado. Santiago.

**Gnecco**, Gilda (1998). Programa de Evaluación y Mejoramiento de la Calidad en Chile. MINSAL. Santiago.

**Gropella**, Emanuela di; Cominetti, Rossella (1989). La Descentralización de la Educación y la Salud. Santiago: CEPAL.

**Höffe**, Otfried (1998). Medizin in Zeiten knapper Ressourcen oder Besonnenheit statt Pleonexie. Dt. Ärzteblatt 95 (5), B 174-177 ().

**Holst**, Jens (2000). El sistema previsional de salud: Fuente de selectiva inseguridad social. Abschlussbericht einer im Auftrag des GTZ-Sektorprojekts „Entwicklung und Erprobung sozialer Krankenversicherungssysteme in Entwicklungsländern“ durchgeführten Vergleichsstudie zwischen dem öffentlichen und privaten Sektor des chilenischen Gesundheitswesens. GTZ/AOK Consult, Bonn (<http://www.gtz.de/de/dokumente/es-sistema-previsional-de-salud-cl.pdf>).

**Holst**, Jens (2000). Lernen von anderen Ländern? Anreizsysteme für Krankenversicherer und PatientInnen in Chile. Vortrag auf der Tagung „Gesundheit - Ethik - Ökonomik. Wirtschaftsethische und moralökonomische Perspektiven des Gesundheitswesens“ 6.-8.12.2000, Akademie Franz-Hitze-Haus, Münster (Holst 2000b)

**Holst**, Jens (2001). El sistema previsional de salud: Fuente de selectiva inseguridad social. (Serie “Financiamiento del Desarrollo“ – Druckvorbereitung, vorläufige Fassung). Ministerio de Salud (Gesundheitsministerium). Santiago.

**Holst, Jens** (2001a). Ungesundes Kassensystem. Die privaten Krankenkassen in Chile halten Riskopatienten erfolgreich auf Distanz. Akzente – aus der Arbeit der GTZ 2/2001, S. 8-11. Eschborn.

**Holst, Jens** (2001b). Krankheit kann den Ruin bedeuten. Im privatisierten Gesundheitssystem Chiles tragen vor allem die Patienten das finanzielle Risiko. Frankfurter Rundschau 157/28, Jg. 57, 10.7.2001. Frankfurt a.M..

**Institut of European - Latin American Relations** (1997). Chile: A Latin American Success Story? Dossier Nr. 60. Madrid.

**Instituto Nacional de Estadísticas** (INE) (1995). Chile - Estimaciones y proyecciones de Población por Sexo y Edad. Total País: 1950-2050. Santiago (INE 1995).

**Instituto Nacional de Estadísticas** (INE) (1998). V Encuesta de presupuestos Familiares. Santiago (INE 1998).

**Instituto Nacional de Estadísticas** (INE) (2000). Enfoques Estadísticos: Chile y los Adultos Mayores den la Sociedad del 2000. Santiago (INE 2000).

**Instituto de Salud Pública en Chile (ISP)** (1999). PEEC - Programa de Evaluación Externa de Calidad. Santiago (ISP 1999a).

**Instituto de Salud Pública en Chile (ISP)** (1999). Laboratorio Nacional de Referencia. Folleto de Presentación del ISP. Santiago (ISP 1999b).

**Interamerikanische Entwicklungsbank** (1996). Economic and social progress in Latin America 1996 report. Special section: Making social services work, Washington, D.C..

**Kifmann, Matthias** (1998). Die private Krankenversicherung in Chile: Vollversicherung oder Zusatzversicherung für ambulante Leistungen?. Internationale Revue für soziale Sicherheit 51 (1), S. 153-169 (1468-246X).

**Krause, Matthias** (2002). Zur Wirkungsweise von Wettbewerb im Krankenversicherungswesen: Das Fallbeispiel Chile. Dissertation an der Technischen Universität Berlin. In Druckvorbereitung.

**Kühn, Hagen** (1998). Wettbewerb im Gesundheitswesen und sozial ungleiche Versorgungsrisiken. Sozialer Fortschritt 47 (6), S. 131-136.

**Larrañaga, Osvaldo** (1997). Eficiencia y Equidad en el sistema de salud chileno. Serie Financiamiento del Desarrollo 49, CEPAL, Santiago.

**Lenz, Rony; Salinas, Hugo; Villa, Carlos** (Eds.) (1999). FONASA: ¿Una Reforma en marcha?, Ministerio de Salud. Santiago.

**Lenz, Rony; Salinas, Hugo; Galleguillos, Silvia (Eds.) (1999).** Una Mirada a Fondo a la Modernización de FONASA 1994-1999. Santiago.

**Liebig, Klaus (2000).** Private Krankenversicherungen in Lateinamerika. Kann Wettbewerb zwischen Krankenversicherungen die Probleme latein-amerikanischer Gesundheitssysteme lösen?. Sozialer Fortschritt Nr. 2/3, 7.3.2000, nach PKV-Aktuell Nr. 047/2000 vom 8.3.2000, 14-19.

**Londoño, J. L. (1996).** Estructurando Pluralismo en los Servicios de Salud. Revista de Análisis Económico, Bd. 11, Nr. 2, November 1996.

**Mardones, Francisco; Javet, Lorena; Pradenas, René (1999).** Programa Salud del Adulto Mayor; vorgestellt auf dem Seminar zur Evaluierung von Gesundheitsprogrammen am 15.11.1999. Public-Health-Abteilung der Medizinischen Fakultät der Päpstlichen Katholischen Universität Chile. Santiago.

**Meller, Patricio (1983).** Una reflexión crítica en torno al modelo económico chileno. Colección Estudios CIEPLAN Nr. 10, 126-127. Santiago.

**MIDEPLAN - Planungsministerium (1997).** Pobreza y distribución del ingreso en Chile 1996. Resultados de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (Encuestas CASEN 1987, 1990, 1992, 1994, 1996). Santiago.

**MIDEPLAN - Planungsministerium (1999).** Resultados de la VII Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional. Santiago.

**Ministerio de Salud (1999).** Desafíos de la salud para el siglo XXI. Santiago. (Minsalud 1999a).

**Ministerio de Salud (1999).** Política de salud del gobierno del presidente Frei 1998 y 1999. Santiago. (Minsalud 1999b).

**Ministerio de Salud (1999).** 10 años mejorando la salud de los chilenos. Santiago (Minsalud 1999c).

**Ministerio de Salud (1999).** Situación de la salud en Chile - Tarjeta de presentación. Santiago. (Minsalud 1999d).

**Ministerio de Salud, 1999.** Estadísticas de Prestaciones otorgadas a beneficiarios de Ley N<sup>o</sup> 18.469 y Sistema ISAPRE, Chile 1986-1997. Santiago (Minsalud 1999e).

**Miranda, Ernesto (1991).** Estudio de Desarrollo de la Investigación sobre Modelos Evolutivos del Sector Salud y su Relación con los Sistemas Locales. Santiago: Organización panamericana de Salud (PHO).

**Qué Pasa** (2001): Reportajes comerciales. Salud y buen vivir. Sonderausgabe der Wochenzeitschrift Qué Pasa zum Thema Gesundheit. Santiago.

**Reichard**, Stephen (1996). Ideology drives Health Care Reforms in Chile. *Journal of Public Health Policy* 17 (1), S. 80-98

(<http://links.jstor.org/sici?sici=0197-5897%281996%2917%3A1%3C80%3AIDHCRI%3E2.0.CO%3B2-I>).

**Salinas**, Hugo, Lenz, Rony (Hrsg.) (1998). Estrategias Innovadoras en Salud – La Reforma Programática y Financiera Chilena. Santiago: Gesundheitsministerium.

**Salinas**, Hugo; Lenz, Rony (1999). Las no reformas de salud en Latinoamérica. Santiago.

**Salud Privada**. Boletín Informativo de la Asociación de ISAPREs. Jahrgänge 1996-1999. Santiago.

**Sandoval**, Hernán et al. (1994). Fortalecimiento del Sistema de Salud Ocupacional en Chile. Santiago: Chilenisches Gesundheitsministerium und Weltbank.

**Sánchez**, Héctor (1999). Las Reformas y Modernizaciones del FONASA: Una visión desde el Sector Privado. Lenz/Salinas/Villa 1999, S. 85-95.

**Sapelli**, Claudio; Torche, Arístides (1998). El Seguro Previsional de Salud: Determinantes de la Elección entre Seguro Público y Privado 1990-1994. *Cuadernos de Economía* 35 (106), S. 383-406. Santiago.

**Solimano**, Giorgio; Vergara, Marcos (1999). Salud en América Latina del siglo XXI: El caso chileno. Beitrag beim Seminar „Gesundheit und Soziale Sicherung in Lateinamerika im XXI Jahrhundert“ in Mexiko-Stadt am 11. und 12.10.1999

**Stocker**, Karen; Waitzkin, Howard; Iriart, Celia (1999). The exportation of managed care to Latin America. *New England Journal of Medicine* 340, (14), S. 1131-1136 (<http://content.nejm.org/cgi/reprint/340/14/1131.pdf>).

**Superintendencia** de Instituciones de Salud Previsional (1995). Texto Actualizado de la Ley N° 18.933 de 1990 (Aktualisierter Text des Gesetzes Nr. 18.933 von 1990). Santiago.

**Superintendencia** de Instituciones de Salud Previsional (1998). Circular N° 043, 8. April 1998. Santiago.

**Superintendencia** de Instituciones de Salud Previsional (1999). Boletín Estadístico Enero-Junio 1999. Santiago.

**Superintendencia** de Instituciones de Salud Previsional (2000). Boletín Estadístico Enero-Diciembre 1999. Santiago.

**Titelman**, Daniel (2000). Reformas al sistema de salud en Chile: Desafíos pendientes. Serie Financiamiento del Desarrollo 104, CEPAL, Santiago (<http://www.eclac.org/publicaciones/xml/0/5640/lc11425e.pdf>).

**Valenzuela**, Rubi (1996). An Overview of the Private Health System in Chile. Superintendencia de ISAPREs. Santiago.

**van de Ven**, Wynand; Schut, Frederik; Rutten, Frans (1994). Editorial: Forming and reforming the market for third-party purchasing of health care. *Social Science and Medicine* 39 (10), S. 1405-1412.

**Verband der ISAPREs** (1999). Recuento 1998 - El año en la salud. Santiago. (Jahresrückblick 1998 - Das Jahr im Gesundheitswesen).

**Vida Tres** (1999), Krankenversicherungsverträge aus den Serien Amadeus, Chopin, Haendel, Strauss und Vida Integra (HMO).

**Wainer**, Uri (1997). Hacia una mayor Equidad en la Salud: El caso de las ISAPRES. Serie Financiamiento del Desarrollo 54. Santiago: CEPAL.

**Worldbank** (1999). Health, Nutrition, and Population Indicators. A Statistical Handbook, Washington D.C..

[www.elmercurio.cl](http://www.elmercurio.cl) (2000). Mehrere Ausgaben März bis September 2000.

[www.fonasa.cl](http://www.fonasa.cl), 1999, 2000.

[www.ine.cl](http://www.ine.cl) (2000). Januar 2000.

[www.paho.org](http://www.paho.org) (1999). Dez. 1999.

[www.sisp.cl](http://www.sisp.cl).