1 Wirtschaftspolitische Blätter 3/2005

Die Beiträge kurz skizziert in englischer und deutscher Sprache

Abstracts in English and German

CHRISTOPH LEITL
EDITORIAL

GÜNTER NEUBAUER / RAPHAEL UJLAKY JEL No I 0
BÜRGERVERSICHERUNG, GESUNDHEITSPRÄMIE ODER PRIVATE VERSICHERUNGSPFLICHT?

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland steht vor einer weiteren Reform. Das derzeitige Finanzierungssystem ist insbesondere aufgrund der demographischen Entwicklung und des medizinisch-technischen Fortschritts nicht zu halten. Grundsätzlich stellt sich die Frage, ob eine Reform das System weiterhin als Sozialversicherung oder aber als marktliches System auf Basis von Preisen ausgestaltet. Die drei zur Diskussion stehenden Modelle der Bürgerversicherung, Gesundheitsprämie und privaten Versicherungspflicht bieten alle Elemente, die eine nachhaltige Finanzierung und bezahlbare Gesundheitsversorgung fördern. Doch weisen im Vergleich die marktlich orientierten Ansätze der Gesundheitsprämie und privaten Versicherungspflicht aus unserer Sicht Vorteile gegenüber der Bürgerversicherung auf. Insbesondere die Abkopplung von den Arbeitskosten und Rückstellungen für das demographische Risiko, aber auch Umverteilungswirkungen und Beschäftigungseffekte spielen hier eine Rolle. Insgesamt beschränken sich die Reformvorschläge weitgehend auf die Finanzierung und lassen den Vertragsmarkt sowie den Leistungsmarkt außen vor. Ein Systemwechsel sollte jedoch einen ganzheitlichen Ansatz bieten.

„Bürgerversicherung“, „Gesundheitsprämie“ or „private Versicherungspflicht“?

The German Health Care System is presently facing another reform. The current financial system can’t be continued due to the demographic development and medical progress. It is basically facing the question if the Health Care System should continue as a social insurance system or if it should be converted into a market system based on prices and competition. There are three conceptions under consideration: „ Bürgerversicherung, Gesundheitsprämie and private Versicherungspflicht“. All these models include the essentials to reform the current Health Care System in favor of a sustainable financing solution and an affordable medicare. But in our opinion the competition based models (Gesundheitsprämie, private Versicherungspflicht) feature significant advantages compared to Bürgerversicherung. These are in particular the financial independence from labour costs, accurals for demographic risks, the redistribution of incomes and effects on employment. All these proposals for a health care reform are mainly limited to financing aspects while discounting the side of contracting and medical services. A comprehensive reform of the Health Care System however should provide a more holistic approach.

GERHILD SCHUTTI JEL No H 2, I 1
DIE EINNAHMENBASIS IN DER BISMARCKSCHEN KRANKENVERSICHERUNG IM VERGLEICH

Reformen für eine nachhaltige Gesundheitsfinanzierung, insbesondere die

Erweiterung der Finanzierungsbasis der sozialen Krankenversicherung werden, seit kurzem auch in Österreich diskutiert. Die deutsche Reformdiskussion „Bürgerversicherung versus Gesundheitsprämiensystem“ ist mittlerweile einer breiten Öffentlichkeit bekannt. Reforminitiativen der anderen Sozialversicherungsländer in EU-Europa, insbesondere jene der Erweiterungsländer, fanden bisher aber kaum Eingang in die Diskussion. Vor dem Hintergrund der österreichischen Rahmenbedingung „Pflichtversicherung“ erscheinen v.a. slowenische, ungarische, luxemburgische und französische Reformbemühungen interessant. Grundsätzlich sollte der Streifzug durch die europäische Landschaft der sozialen Krankenversicherung als Anregung für eine tiefgründigere Auseinandersetzung mit dem Erfahrungswissen der anderen SKV-Länder dienen.

The Revenue Base in the Bismarck Type Health Insurance System in Comparison

Reforms for sustainable health care financing, especially the enlarging the contribution basis, have become an issue in Austria. While the German discussion “Bürgerversicherung vs. Gesundheitsprämiensystem“ is well-known, respective initiatives of other social health insurance-systems, especially those of the new member states, have hardly been discussed. From an Austrian point of view the Slovenian, Hungarian, the Luxembourg and the French reforms seem to be interesting. This review over the European social health insurance landscape could be an incentive to deepen the issue and to study the experience of the other countries.

MARKUS LÜNGEN / ANDREAS GERBER / BJÖRN STOLLENWERK / GABRIELE KLEVER-DEICHERT / KARL W. LAUTERBACH

DIE BÜRGERVERSICHERUNG IN DER KRANKENVERSICHERUNG JEL No I 10, I 18, G 22, H 51

Die Krankenversicherung in Deutschland ist geprägt durch eine Beitragsbemessung anhand der Einkünfte aus abhängiger Beschäftigung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Daneben existiert die private Krankenversicherung, welche rund 10% der Versicherten umfasst, und ihre Prämien anhand der Morbidität kalkuliert. Das Modell der Bürgerversicherung versucht, die sich aus dieser Konstellation ergebenden Anreize zur Risikoselektion abzubauen, indem ein einheitliches Krankenversicherungsprodukt und einheitliche Rahmenbedingungen des Wettbewerbs für alle Krankenversicherungen und Versicherte eingeführt werden. Die Beiträge sollen in diesem Modell anhand der gesamten Leistungsfähigkeit bemessen werden, es herrscht Kontrahierungszwang und ein auf den Grundsätzen der medizinischen Effektivität aufbauender Leistungskatalog.

The All-Citizens Insurance in Health Care

In Germany, more than 90% of the population are insured via statutory health insurance and their contributions are levied solely upon salaries and wages. The remainder of 10% of the population is assured in private health funds and pays its premiums according to individual morbidity. The model of All Citizen´s Health Insurance tries to overcome the disadvantages of the current split into public and private health insurance as this brings about that especially private funds benefit from cream skimming among potential insurees. At the same time, the current system inhibits competition between funds. Our model of an All Citizen´s Health Insurance would break up the separation into two different concepts of health insurance. Therefore, contributions should be levied upon all categories of income in order to represent one´s individual financial capacity. Furthermore,

funds are obliged to enter into a contract with all applicants. The extent of reimbursable services is redesigned on the basis of effectiveness.

MATHIAS KIFMANN JEL No H 24, H 51, I 18

DIE KOPFPAUSCHALE MIT PRÄMIENVERBILLIGUNG: FOLGEN FÜR DIE EFFEKTIVE EINKOMMENSBESTEUERUNG

In Deutschland wird über die Einführung von Kopfpauschalen zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung diskutiert. Dieser Beitrag untersucht die Unterschiede zur bisherigen Finanzierung unter der Berücksichtigung einer Prämienverbilligung. Es werden die Verbreiterung der Bemessungsgrundlage, die Änderung des effektiven Einkommensteuertarifs und die Folgen bei einem Anstieg der Gesundheitsausgaben erörtert. Besondere Aufmerksamkeit wird der Finanzierung der Transfers an Haushalte mit geringem Einkommen und der Grenzsteuerbelastung für Geringqualifizierte gewidmet. Zudem werden konkrete Vorschläge zur Einführung einer Kopfpauschale in Deutschland diskutiert. Bei diesen fehlt vielfach ein Konzept zur Gegenfinanzierung. Ein großer Beitrag zur Verringerung der Arbeitslosigkeit bei Geringqualifizierten dürfte von den aktuellen Reformvorschlägen kaum ausgehen. Keiner der Vorschläge erläutert, wie die Prämienverbilligung bei einem Anstieg der Gesundheitsausgaben anpasst werden soll.

Flat-rate premiums for health insurance and tax-financed subsidies for low-income housholds: Implications for the effective taxation of income

This paper examines how flat-rate premiums for health insurance combined with tax-financed subsidies for lowincome housholds differ from the current German system with income-dependent contributions. In addition to a broader tax base for income redistribution, the effective income tax scale and the consequences of an increase in health care expenditure are different from the current system. Particular attention is given to the way subsidies for low-income households are financed and to the labor-market effects for low-qualified workers. With respect to current reform proposals, it is critized that they frequently do not specify how the subsidies are financed. Furthermore, no significant reduction of the unemployment rate for low-qualified workers can be expected. None of the proposals considers how the payments to low-income households are supposed to adapt to an increase in health care expenditure.

EVELYN WALTER JEL No H 51

DIMENSIONEN DER AUSGABEN FÜR DAS ÖSTERREICHISCHE GESUNDHEITSWESEN 2003

Hintergrund: In Jahr 2003 betrugen die Gesundheitsausgaben in Österreich 7,5% des Sozialprodukts. Bei anhaltend flachem Wirtschaftswachstum und bei Berücksichtigung der Maastricht- Kriterien können erheblich Probleme der Gesundheitsfinanzierung entstehen; wegen wahrscheinlicher Budgetprobleme bildet sich ein deutlicher Reformdruck. Grundvoraussetzung für Reformen ist die Transparenz der Finanzierungsverflechtungen im Gesundheitswesen. Zielsetzung: Zielsetzung dieses Beitrages ist es, der Höhe der Gesundheitsausgaben im Rahmen der statistischen Erfassung nachzugehen und zu hinterfragen, ob das OECD/VGR Verbrauchskonzept (ESVG 95) zur Ermittlung der Gesundheitsausgaben ausreichend ist. Weiters wird gezeigt, wer für die österreichischen Gesundheitsausgaben tatsächlich aufkommt. Ergebnisse: Die Erfassung der Gesundheitsausgaben - nach dem Verbrauchskonzept - stellt kein geeignetes Maß zur tatsächlichen Ausgabenerfassung dar. Aussagen, wer unser

Gesundheitssystem finanziert, können korrekterweise nur auf Basis der Gesamtausgabenströme nach dem Ausgabenprinzip erfolgen. Werden die Gesundheitsausgaben nach diesem Konzept erfasst liegt die Gesundheitsquote bei 9,5%, anstelle der bekannten 7,5%. Die Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens ist insgesamt verzögert progressiv. Wohlhabende Bevölkerungsschichten finanzieren absolut gemessen am Einkommen mehr, jedoch proportional weniger als niedrige Einkommensgruppen.

Health Care Expenditures in Austria in the Year 2003

Introduction: In 2003 Austria spent 7.5% of their GDP on health care, according the European System of Accounts (ESA 95). In the future, slow economic growth together with restrictive Maastricht criteria may substantially increase the problems of health care financing. The ongoing financial pressure due to budget problems will force governments to embark upon health clear reforms. However, in order to implement effective cost containment measures the respective financial flows should be well known. Objectives: The aim of this paper is to present the actual extent of health care expenditures in Austria. It gives a brief description whether the consumption concept (ESA 95) is a suitable methodological approach to calculate the health care expenditures. Further, the paper takes a comprehensive look onto who pays for health care in Austria. Results: The paper explains why the consumption concept is no suitable methodological approach to calculate health care expenditures and describes a realistic picture of the financial flows of all public und private payers. The true amounts of all financial flows can only be calculated on the basis of the expenditure concept. By the latter method the proportion of health care expenditure to GDP is 9.5% in 2003 instead of 7.5% following the consumption concept. The results of the analysis show that high income groups pay a larger amount of their income to finance the health care system than lower income groups. However, their contribution is proportionally lower than the one of lower income groups.

EVA PICHLER JEL No H 51, H 20, N 44

5 THESEN ZUR GESUNDHEITSPAUSCHALE: DIE SPEZIFISCHE BEDEUTUNG DIESES FINANZIERUNGSINSTRUMENTS AUS ÖSTERREICHISCHER SICHT

Das öffentliche Gesundheitssystem Österreichs offeriert bei gleichem Zugang für alle hohe Qualität und ein breites Leistungsangebot. Gleichzeitig finden sich jedoch auch überdurchschnittliche Kosten, Intransparenz der Finanzierung, einen Mangel an Wettbewerb, ökonomisch verzerrte Preise sowie eine Fülle falscher Anreizeffekte, die auf den Gesundheits- und Arbeitsmärkten Konsequenzen nach sich ziehen. Diese Faktoren erschweren es einerseits, eine tiefgreifende Reform im Inland durchzusetzen, andererseits ergeben sich wachsende Probleme im Zusammenhang mit der voranschreitenden EU-Integration. Das vorlegende Papier legt in fünf Thesen dar, welche spezifische Rolle die Gesundheitspauschale in Österreich übernehmen könnte, um Verbesserungen zu implementieren. Erreichbar wäre eine verstärkter Wettbewerb auf den nationalen Gesundheitsmärkten, reduzierte negative Anreizeffekte am Arbeitsmarkt und nicht zuletzt eine Verbesserung der Position Österreichs innerhalb der EU.

Five Arguments in Favor of Flat-Rate Premiums for Public Health Insurance and its Specific Role in Austria

In Austria, the public health system offers equal access, high quality and a rather broad spectrum of services. At the same time, high costs, intransparent structures, weak competition, biased prices and a variety of distorted incentive effects in labor- and health markets are present. Some of these factors are an

obstacle to substantial health reforms. Furthermore, they give rise to growing problems as EU-integration proceeds. The present paper presents five arguments showing that flat-rate premiums for pubic health insurance would help to implement more efficient structures in the health sector for different reasons. It would be possible to increase competition, decrease the costs of negative incentive structures, and improve the position of Austria in the EU.

MARKUS SCHELENZ / JÖRG MAHLICH JEL No D 39, G 22, I 18

SELBSTBETEILIGUNGEN ALS REFORMOPTION FÜR DIE GESETZLICHE KRANKENVERSICHERUNG IN ÖSTERREICH

Selbstbeteiligungen bieten die Möglichkeit zur Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens. In diesem Beitrag werden ökonomische Überlegungen zur Wirkungsweise von Selbstbeteiligungen angestellt, wobei der Steuerungseffekt gegenüber dem Finanzierungseffekt als essenzieller gesehen wird. Eine wesentliche Steuerungswirkung dürften allerdings nur spürbare Selbstbeteiligungen entfalten. Zusätzlich lässt sich durch die Einführung von wählbaren Selbstbeteiligungen eine Erhöhung der Steuerungswirkung erreichen. Des Weiteren diskutiert der Artikel die Umverteilungsfrage. Dem Umverteilungseffekt ist allerdings unserer Ansicht nach keine allzu große Bedeutung zu zumessen, da es genügend andere Umverteilungsmechanismen gibt, die von einer Selbstbeteiligung nicht berührt werden (z.B. einkommensabhängige Sozialversicherungsbeiträge, Umverteilung durch den Steuersatz). Selbstbeteiligungen sind jedoch nicht ganz unumstritten, weil es zahlreiche verschiedene Ausgestaltungsformen sowie Einflussfaktoren auf ihre Wirkungsweise gibt. Deshalb können Selbstbeteiligungen im Rahmen einer Gesundheitsreform nur ein Teil des Ganzen sein.

Cost Sharing as Option for the Reform of the Public Health Insurance

Cost sharing facilitates the governance and funding of the public health care system. This paper presents some economic considerations on the effectiveness of cost sharing. The governance aspect dominates the funding aspect. A significant effect on the health care system, i.e. a change of behaviour of the insured, can only be achieved if the cost sharing component is considerable. Furthermore it can be assumed that the introduction of options of cost sharing rates boosts the effectiveness of cost sharing. Another issue discussed in this paper is the distributive effect of implementing cost sharing models. In our opinion the effect on redistribution is not very important, since there are other ways of redistribution (e.g. redistribution by tax rates). Indeed, the use of cost sharing models in the health care system is not without controversy, due to the scores of different forms and factors on their effectiveness. Cost sharing can thus just be a part of a comprehensive reform of the health care system.

ENGELBERT THEURL / HANNES WINNER

JEL No I 18

DIE REFORM DER KRANKENHAUSFINANZIERUNG IN ÖSTERREICH UND IHRE AUSWIRKUNGEN AUF DIE VERWEILDAUER

Im Folgenden werden die Auswirkungen der in Österreich 1997 eingeführten „leistungsbezogenen“ Krankenhausfinanzierung (LKF97) auf die Krankenhausverweildauer diskutiert. Ausgehend von einer Beschreibung der wesentlichen Elemente der Krankenhausfinanzierung vor und nach der Reform wird für die neun Bundesländer die Entwicklung der Verweildauern zwischen 1989 und 2003 dargestellt. Im Rahmen einer deskriptiven Analyse finden wir einen Strukturbruch im Jahr 1997. Dies deutet darauf hin, dass die LKF97 eine

Verkürzung der Verweildauern bewirkt hat.

The Reform of the Funding System for Hospitals in Austria and its Impact on the Hospital Length of Stay

In 1997, Austria has introduced a new activity-based funding system for hospitals (LKF97). This paper assesses whether this reform had an impact on the hospital length of stay. For this purpose, we describe the institutional environment of hospital funding before and after the reform. Analyzing overall and diagnostic-specific length of stay data between 1989 and 2003, we find a structural break in these series around 1997. This, in turn, indicates a negative effect of the LKF97 on the hospital length of stay.

BERNHARD GÜNTERT / PATRICIA KLEIN / JOHANNES KRIEGEL

JEL No H 51, I 18, P 36

FALLPAUSCHALIERTE ENTGELTSYSTEME IM KRANKENHAUSWESEN – EIN VERGLEICH VON LKF UND G-DRG

Die Abkehr vom Kostendeckungsprinzip und die Notwendigkeit zur Begrenzung der Ausgaben im Krankenhauswesen führen seit Beginn der 80er Jahre in den meisten Industriestaaten zu unterschiedlichen Bestrebungen und Anstrengungen der Kostendämpfung durch die beteiligten Akteure. Nach Ansicht der jeweiligen Entscheider wird die Anwendung fallpauschalierter Entgeltsysteme als zielführend für eine effiziente und qualitative hoch stehende Versorgung angesehen. In Österreich und Deutschland werden derzeit unterschiedliche Wege der Krankenhausfinanzierung gegangen. Der Österreichische Ansatz zur Abgeltung von stationären Krankenhausleistungen (LKF) orientiert sich schwerpunktmäßig an der Identifizierung der Kosten für bestimmte Leistungen. Der Deutsche Ansatz zur Finanzierung von stationären Krankenhausleistungen orientiert sich demgegenüber schwerpunktmäßig an den Gesamtkosten von Fällen, die an Hand der jeweiligen Haupt- und Nebendiagnosen identifiziert werden (G-DRG). Die unterschiedlichen Aspekte und Potenziale der Ansätze werden im Folgenden beschrieben und diskutiert.

The Application Lump-sum Reimbursement System in Hospitals – Comparison between LKF and G-DRG

Since the beginning of the 1980s, the renunciation of the costs cover principle and the necessity of limiting the costs of hospitals have lead to different attempts and efforts for reduction of expense of the involved actors in most industrial countries. According to opinions of the respective decision makers, the application lump-sum reimbursement system is taken as target-oriented to focus on efficient and qualitative health care. At present, different directions are followed in Austria and Germany to provide affordable clinical treatment. The Austrian approach is mainly based on identifying the costs for specific services. The German approach is an adaptation of the Australian "Diagnoses Related Groups" (AR-DRG) and orientates itself basically at the total costs of cases. Those are identified by means of the respective main and secondary diagnoses. The different aspects and potentials of the LKF-system and the GR-DRG approach are described and discussed at the following.

HARRY TELSER / LUKAS STEINMANN

JEL No I 11, I 18

DIE FINANZIERUNG DES SCHWEIZER GESUNDHEITSWESENS

Im internationalen Vergleich geben die Schweizer hinter den USA am meisten für Gesundheit aus. Mehr als ein Zehntel des Einkommens fließt in das Gesundheitswesen. In diesem Beitrag wird das Schweizer Gesundheitswesen dargestellt. Wie in allen westlichen Ländern, wird auch das Schweizer

Gesundheitswesen durch eine Kombination von öffentliche und private Quellen finanziert. Erwähnenswert ist, dass der Anteil der öffentlichen Ausgaben einer der geringsten in Europa ist. Lediglich 18 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben werden durch Steuern finanziert. Fast ein Drittel sind Barzahlungen der Haushalte (Kostenbeteiligungen und nicht durch eine Versicherung gedeckte Leistungen). Über 40 Prozent werden schließlich von Versicherungen (obligatorische Sozialversicherung und private Zusatzversicherungen) bezahlt. Die obligatorische Grundversicherung wird zudem über Kopfprämien finanziert und zur Entlastung der Haushalte mit geringerem Einkommen so genannte individuelle Prämienverbilligungen punktuell gewährt.

Financing of the Swiss Health Care System

Switzerland operates the second most expensive health care system in the world – behind only the USA. More than one tenth of Swiss gross domestic product is spent on health care. This paper outlines the Swiss health care system. Like most developed countries, the Swiss healthcare system is funded through combination of public and private sources. However, the proportion of expenditure from public sources is one of the lowest in the European region. Tax financing is only 18 percent of total expenditure. One third of total expenditure are direct payments (the sum of cost sharing in the compulsory health insurance and for profit supplementary health insurance).- Finally, health insurance financing (the sum of compulsory and not for profit supplementary health insurance) makes up for over 40 percent of total expenditure. Compulsory health insurance is financed by flatrate premiums and low income households are subsidized.

AXEL C. MÜHLBACHER

JEL No I 0

METHODEN DER RISIKOADJUSTIERUNG: HERAUSFORDERUNGEN UND ALTERNATIVEN

Die Risikoadjustierung ist ein wesentlicher Baustein bei der Finanzierung und Vergütung von Gesundheitsleistungen, denn Sie gewährleistet, dass die eingeschriebene Versichertenklientel - egal ob krank oder gesund - gleichermaßen profitabel ist. Es erfolgt eine Anpassung an die tatsächlichen Morbiditätsstrukturen, indem der tatsächliche oder erwartete Ressourcenverbrauch aufgrund überdurchschnittlicher Morbiditätsrisiken und Risikofaktoren bei der Berechnung der Finanzströme berücksichtigt wird. Je genauer ein Risikoklassifikationsmodell die tatsächlichen bzw. die erwarteten Kosten erfassen bzw. prognostizieren kann, desto geringer sind die Anreize der Versicherungsunternehmen und Leistungserbringer potentielle Patienten zu diskriminieren. Risikoklassifikationsmodelle basieren in der Regel auf demographischen Angaben und Diagnosen um die morbiditätsabhängige Inanspruchnahme zu erfassen und darauf aufbauend die Kosten zu kalkulieren. Weiter können auch Angaben zur Gesundheitsbezogenen Lebensqualität (health related quality of life) und zum subjektiven Gesundheitszustand (self reported health status) in Risikoprognosemodellen Verwendung finden. Dieser Aufsatz skizziert die Methoden und die Einsatzfelder der Risikoadjustierung bei der Finanzierung, Vergütung und Evaluation von Gesundheitsleistungen.

Risk Adjustment Methods: Challenges and Alternatives

Risk adjustment ensures that health care financing is set so that enrolees, sick or healthy, are equally profitable. The closer such a risk adjusted payment system comes to reflecting what individual enrolees are expected to cost, the fewer incentives providers and health insurance companies have to discriminate among

potential enrolees. Risk adjustment systems for medical expenses typically use information on the demographics and diagnosis of enrolees to model subsequent health expenditures. Also information of “health related quality of life“ and “ self reported health status” are used to predict higher cost. This paper outlines the methods and role of risk adjustment methods to break new ground in health care financing in Europe.

DEA NIEBUHR / STEFAN GREß / JÜRGEN WASEM

JEL No I 11, I 18

ZENTRALE UND DEZENTRALE STEUERUNG VON ARZNEIMITTELMÄRKTEN IM INTERNATIONALEN VERGLEICH

Sowohl die Erstattungsfähigkeit als auch die Preisbildung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln werden im internationalen Vergleich intensiv reguliert. Zu unterscheiden sind zentrale und dezentrale Regulierungsformen. Zentrale Erstattungs- bzw. Preisregulierungen räumen Herstellern und Krankenversicherern keine Spielräume bei der Erstattungsfähigkeit bzw. der Preisfestsetzung ein. Dezentrale Steuerungsmechanismen dagegen erlauben auf dem sozialen Krankenversicherungsmarkt Israels und insbesondere auf dem privaten Krankenversicherungsmarkt in den USA Herstellern und Krankenversicherern, individuelle vertragliche Vereinbarungen zu treffen. Der Artikel bietet eine Übersicht, welche Formen von Steuerungsinstrumenten für verschreibungspflichtige Arzneimittel im internationalen Vergleich vorherrschen und wie die Wirkungen dieser Instrumente zu beurteilen sind.

Central and decentralized regulation of pharmaceutical markets in a comparative perspective

In most countries the reimbursement and pricing of prescription drugs are regulated extensively. Central and decentralized forms of regulation can be distinguished. A central reimbursement and pricing framework grants no leeway to manufacturers and health insurers. In contrast, decentralized regulation methods permit manufacturers and health insurers on the social health insurance market of Israel and on the private health insurance market in the USA to negotiate individual contracts about prices and/or volumes of drugs. The article presents an overview, which arrangements of instruments for pricing and reimbursement dominate pharmaceutical markets internationally and analyzes the effects of these instruments.