

# Criteria and Procedures for Determining Benefit Packages in Health Care - The United States Medicare Program

*Timothy Stoltzfus Jost*

## **Zusammenfassung**

Dieser Beitrag beschreibt die Verfahren, die im US-amerikanischen Medicare-Programm angewendet werden, um über den Ein- bzw. Ausschluss neuer Gesundheitstechnologien zu entscheiden. Durch Medicare werden in den USA Gesundheitsleistungen für 41 Millionen Einwohner über 65 Jahre oder mit Behinderungen finanziert. Entscheidungen über den Ein- und Ausschluss von Gesundheitstechnologien werden zum einen auf nationaler Ebene durch das Center for Medicare and Medicaid Services getroffen. Zum anderen werden solche Entscheidungen aber auch auf regionaler Ebene durch private Auftragnehmer getroffen, die das Medicare-Programm durchführen. Obwohl Interessenvertreter und Betroffene in beratenen Ausschüssen während des Entscheidungsprozesses vertreten sind, liegt die Entscheidung letztendlich bei öffentlichen Bürokraten und den privaten Auftragnehmern. Andererseits ist das gesamte Verfahren vollständig transparent. Durch negative Entscheidungen Betroffene haben verschiedene Möglichkeiten, gegen die Entscheidungen Einspruch einzulegen. Weil Entscheidungen sowohl auf nationaler als auch regionaler Ebene getroffen werden, ist der Anspruch der Versicherten auf Leistungen von Region zu Region unterschiedlich. Kosten-Effektivität wird als Entscheidungskriterium nicht berücksichtigt, allerdings werden neue Technologien mit hohen Kosten wohl besonders genau überprüft.

## **Abstract**

This article describes the processes used by the United States Medicare program (which covers 41 million Americans who are aged over 65 or disabled) to determine whether or not to provide new health care technologies. Coverage decisions are made both at the national level by the Center for Medicare and Medicaid Services and at the regional level by the private contractors who administer the program. Though stake-holders are represented on advisory committees in this process, the ultimate decisions are made by government bureaucrats and private contractors. Whilst this might appear opaque, the entire process is completely transparent, and those denied coverage have multiple avenues for appeals. Because decisions are made at both the national and regional level, however, coverage is often inconsistent from region to region of the country. Finally, cost-effectiveness is not explicitly considered in the process, though high-cost technologies may be scrutinized more closely.