

Budgetäre Ziele in der Grundversicherung stärken die Kostenverantwortung

Eine Expertengruppe des Bundes empfiehlt verbindliche Budgetobergrenzen für Spitäler und Ärzte, um das Ausgabenwachstum im Gesundheitswesen zu dämpfen. Erfahrungen aus Deutschland und den Niederlanden sind erfolgversprechend. Doch die Gegner befürchten eine Zweiklassenmedizin. *Thomas Brändle, Carsten Colombier, Martin Baur*

Abstract In der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übersteigen die durchschnittlichen Prämienanstiege das Einkommens- und Lohnwachstum bei Weitem. Dieser Kostenanstieg belastet die privaten und öffentlichen Haushalte immer stärker. Eine vom Bund einberufene Expertengruppe hat eine neue Massnahme zur Kostendämpfung des Ausgabenwachstums im Gesundheitswesen in die Diskussion eingebracht: verbindliche Zielvorgaben. Zielvorgaben könnten die Kostenverantwortung der Entscheidungsträger im wettbewerblich orientierten Gesundheitswesen erhöhen, stärker zu Kosten-Nutzen-Überlegungen anregen und das Kostenwachstum dämpfen. Zugleich stellen sie hohe Anforderungen, beispielsweise im Hinblick auf Verhandlungs- und Entscheidungsstrukturen. Die Zielvorgaben müssten durch verschiedene Massnahmen, wie etwa ein effektives Qualitätsmonitoring, begleitet werden, um unerwünschte Nebenwirkungen zu vermeiden.

Die Schweiz hat eine vergleichsweise gute, aber relativ teure Gesundheitsversorgung.¹ Gemessen am Bruttoinlandprodukt gibt die Schweiz unter den OECD-Ländern derzeit nach den USA am zweitmeisten für Gesundheit aus, gefolgt von Deutschland und Frankreich (siehe *Abbildung 1*).² Insbesondere in der durch Zwangsabgaben finanzierten obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind die jährlichen Prämienanstiege von durchschnittlich 4,5 Prozent³ zwischen 2000 und 2016 eklatant. Damit übersteigen sie den Einkommenszuwachs von 1,3 Prozent pro Kopf und den Lohnzuwachs von 1,2 Prozent bei Weitem (siehe *Abbildung 2*). Die starken Prämienanstiege lassen sich nicht alleine durch Alterung und medizinischen Fortschritt begründen, sondern sind auch durch eine starke Mengenausweitung getrieben.⁴

Der erhebliche Kostenanstieg führt einerseits zu einer immer stärkeren Belastung der privaten Haushalte, insbesondere derjenigen mit niedrigen und mittleren Einkommen. Gegenwärtig muss von einem mittleren Bruttolohnwachstum durchschnittlich rund ein Viertel für den Prämienanstieg aufgewendet werden. Bleibt diese Dynamik unverändert, nimmt die Belastung weiter zu.

Andererseits geraten auch die öffentlichen Haushalte unter Druck. Vor allem die Kantone sehen sich steigenden Beiträgen an Spitäler und für die Pflege ausgesetzt und sparen zunehmend bei der individuellen Prämienverbilligung. Die sozialpolitischen Konsequenzen übermässig steigender Gesundheitsausgaben werden zudem den Forderungen nach einer stärkeren finanziellen Beteiligung des Bundes Auftrieb verleihen.

Gelingt es also nicht, das Ausgabenwachstum bald zu dämpfen, so steht die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens ernsthaft infrage. Das mögliche Massnahmenspektrum zur Kostendämpfung ist breit. Prominent diskutiert werden beispielsweise stärkere Eingriffe in die Medikamentenpreise und in die Tarifstrukturen oder die Erhöhung der finanziellen Selbstbeteiligung der Patienten. Die Tarifautonomie im ambulanten Bereich ist weitestgehend blockiert, und Einzeleingriffe in den Tarif oder zu spezifische Verhaltensvorgaben haben stets Ausweichverhalten zur Folge.

Wirtschaftspolitische Eingriffe schwierig

Bei der Diskussion um stark steigende Gesundheitskosten und entsprechende Kostendämpfungsmassnahmen sind einige Besonderheiten des Gesundheitswesens zu beachten. Zum einen sind die fortschreitende Alterung und der medizinische Fortschritt grundsätzlich kostentreibend. Zum anderen ist es im Vergleich zu anderen Gütern und Dienstleistungen schwierig, Gesundheitsleistungen zu standardisieren. Ausserdem bestehen aufgrund der Versicherungsdeckung Anreize zur Überinanspruchnahme von Leistungen seitens der Patienten und zur Überversorgung seitens der Leistungserbringer. Dies geht zulasten aller Versicherten.

Darüber hinaus verfügt der Arzt gegenüber dem Patienten über einen deutlich besseren Kenntnisstand in gesundheitlichen Belangen. Dieser Informationsvorsprung des Arztes kann zu einer weitgehend anbieterinduzierten Nachfrage führen, welche über dem medizinisch notwendigen Mass an Behandlung liegt. Dieser ausgabensteigernde Anreiz kann je nach Entschädigungsform der Ärzte – beispielsweise bei einem Einzelleistungstarif – noch verstärkt werden. Diese Besonderheiten des Gesundheitswesens, zusammen mit einer Vielzahl von Akteuren und Interessen sowie vermischten Verantwortlichkeiten, führen zu einer hohen Systemkomplexität.

Zielvorgaben für das Ausgabenwachstum

Im Auftrag des Bundes ist im Jahr 2017 eine Expertengruppe zum Thema Kostendämpfung in der obligatorischen Grundversicherung einberufen worden. Die Expertengruppe geht davon aus, dass im Gesundheitswesen erhebliches Potenzial für Einsparungen und Effizienzsteigerungen

1 Dieser Beitrag basiert auf Brändle, Colombier, Baur und Gaillard (2018).

2 Für Bestimmungsgründe des Wachstums der Gesundheitsausgaben im internationalen Kontext vgl. Gertham und Jönsson (2000), Martin et al. (2011), Hartwig und Sturm (2014). Für die Schweiz und ihre Kantone vgl. Vatter und Ruefli (2003), Crivelli et al. (2006), Reich et al. (2012), Brändle und Colombier (2016) und Colombier (2018).

3 Zunahme der Standardprämie eines Erwachsenen mit Franchise von 300 Franken, freier Arztwahl und Unfalldeckung. Die Bruttokosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung pro Einwohner haben indes im Durchschnitt um 3,7% zugenommen.

4 Für die langfristige Ausgabenentwicklung vor dem Hintergrund der Alterung, vgl. Brändle und Colombier (2017).



Ist dieser Eingriff notwendig oder nicht?
Vielen Patienten fehlt bei medizinischen
Angelegenheiten der Durchblick.

besteht. Sie erachtet primär Massnahmen auf der Angebotsseite als erfolgversprechend. Ein zentraler Vorschlag der Expertengruppe ist die Einführung verbindlicher Zielvorgaben für das Ausgabenwachstum mit der Möglichkeit von Sanktionen – beispielsweise in Form von Tarifabschlägen.⁵ Die Zielvorgaben könnten sich dabei an der Einkommensentwicklung orientieren und sollten Besonderheiten des Gesundheitswesens, wie der Alterung und dem medizinischen Fortschritt, Rechnung tragen. Erfahrungen in vergleichbaren Ländern wie Deutschland und den Niederlanden legen nahe, dass in wettbewerblich orientierten Gesundheitssystemen Budgetvorgaben zu mehr Kostenverantwortung beitragen und das Kostenwachstum dämpfen können. In der Tat ist die obligatorische Grundversicherung der einzige grosse Bereich der sozialen Sicherung in der Schweiz ohne explizite Kostenverantwortung und ohne Budgetrestriktion.

Vorteile und Bedenken

Verbindliche Zielvorgaben ermöglichen eine direkte Steuerung des Ausgabenwachstums und führen eine Budgetrestriktion auch in der Grundversicherung ein. Mittels gemeinsam festgelegter, verbindlicher Zielvorgaben werden die Entscheidungsträger, insbesondere die Tarifpartner – sprich Krankenkassen und Leistungserbringer – in die finanzielle Verantwortung genommen. Die Tarifpartner müssten stärker miteinander kooperieren, was mehr Reformdruck in das blockierte System bringen würde. Verbindliche Zielvorgaben geben einen budgetären Orientierungsrahmen für die Einigung der Tarifpartner vor und können diese zu sachgerechteren und moderateren Verhandlungsabschlüssen anhalten. Zielvorgaben bewegen die einzelnen Leistungserbringer dazu, bei der Behandlung vermehrt Kosten-Nutzen-Überlegungen anzustellen. Zugleich lassen ihnen verbindliche Zielvorgaben im Vergleich mit anderen Massnahmen die Freiheit, dort zu sparen, wo dies aus ihrer Sicht am besten möglich ist – das heisst idealerweise bei medizinisch nicht notwendigen Behandlungen. Weder Krankenkassen oder Patienten noch Bund und Kantone könnten dies besser. In diesem Sinn können verbindliche Zielvorgaben das wettbewerblich und dezentral ausgestaltete Gesund-

heitswesen durch eine explizite Steuerung des Ausgabenwachstums ergänzen. Die stärkere Steuerung des Ausgabenwachstums würde die Prämienzahler und die öffentlichen Haushalte entlasten und ihre Planungssicherheit zugleich erhöhen.

Die Gegner verbindlicher Zielvorgaben wenden jedoch ein, dass das Risiko einer Beschränkung medizinisch notwendiger Leistungen steigen könnte und dass sich dies beispielsweise in Form längerer Wartezeiten äussern könnte. Eine derartige Leistungsbeschränkung könnte auch den gleichen Zugang zu Gesundheitsleistungen erschweren. Zudem könne eine Beschränkung des Ausgabenwachstums zur Folge haben, dass sich die Ärzte und Spitäler weniger an den Patientenbedürfnissen orientieren und

dass sie Leistungen tendenziell in Bereiche verlagern, die nicht von der Budgetrestriktion erfasst sind. Ausserdem befürchten die Gegner, dass Ärzte und Spitäler zwecks Einkommenssicherung gewisse Patienten und Behandlungen priorisieren könnten. Des Weiteren wird angeführt, dass mit einer verbindlichen Budgetvorgabe zu wenig Anreize bestehen könnten, die Qualität und die Effizienz zu erhöhen. Letztlich würden dadurch Innovationen gebremst und Strukturen zu rigide erhalten. So könnte beispielsweise die erwünschte Verschiebung von stationären zu ambulanten Leistungen erschwert werden. Schliesslich werden budgetäre Vorgaben im Gesundheitswesen oftmals als relativ bürokratisch und interventionistisch beurteilt.

Abb. 1: Gesundheitsausgaben ausgewählter Länder als Anteil des BIP (1990–2016)

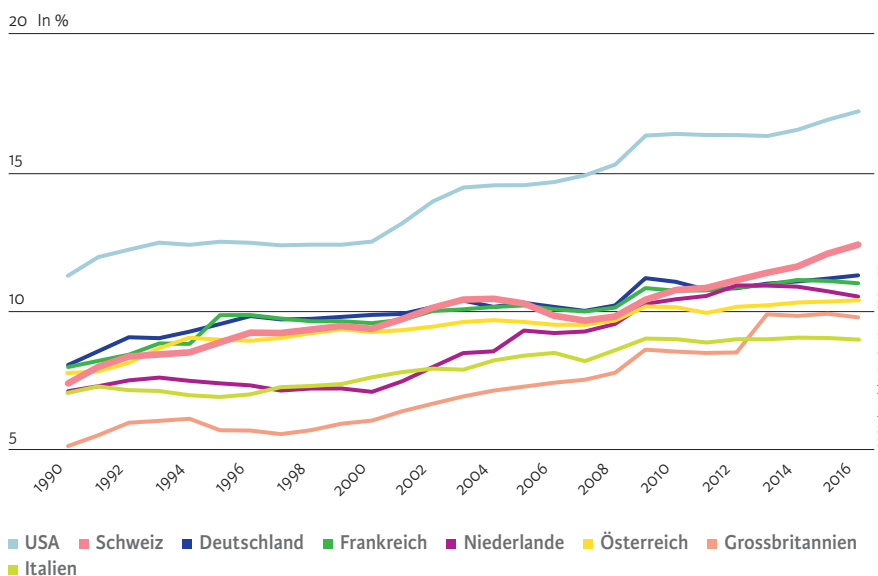
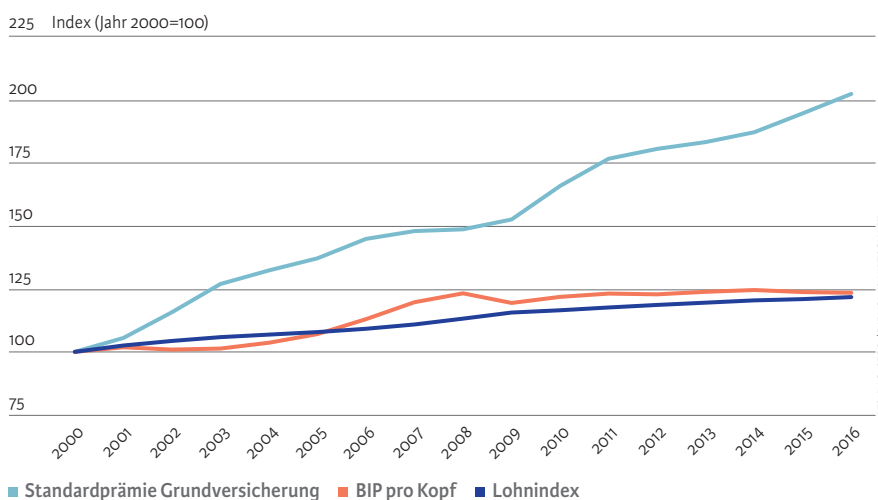


Abb. 2: Entwicklung Standardprämie, BIP pro Kopf und Lohnindex in der Schweiz (2000–2016)



⁵ Vgl. Bericht Expertengruppe (2017). Für eine erste kritische Beurteilung vgl. die gemeinsame Stellungnahme wesentlicher Akteure im Gesundheitswesen auf Santeuisse.ch.

Hohe Anforderungen an verbindliche Zielvorgaben

Erfahrungen mit ähnlichen Instrumenten in Deutschland und den Niederlanden legen zum einen nahe, dass budgetäre Zielvorgaben am ehesten durchsetzbar sind, wenn möglichst alle relevanten gesundheitspolitischen Akteure an ihrer Festlegung teilnehmen. Dies fördert die Akzeptanz der Zielvorgaben. Damit insbesondere auch die Leistungserbringer die Zielvorgaben tragen, muss ihnen aufgezeigt werden, dass eine Dämpfung des Kostenwachstums mittelfristig unumgänglich ist: Wie in allen anderen Bereichen der sozialen Sicherung sind auch in der obligatorischen Krankenversicherung keine unbeschränkten Mittel verfügbar. Es muss deutlich werden, dass verbindliche Zielvorgaben unter Einbezug der wesentlichen Akteure eine Lösung darstellen, welche im Vergleich zu anderen Massnahmen einen grossen Entscheidungsfreiraum bewahren. Zum anderen ist mit verbindlichen Zielvorgaben zunächst eine Verschärfung der Verteilungskonflikte im Gesundheitswesen zu erwarten. Nicht zuletzt deshalb braucht es für die Festlegung und die Umsetzung von Zielvorgaben belastbare Verhandlungs- und Entscheidungsstrukturen sowie klare Schlichtungs- und Korrekturmechanismen. Dies gilt einerseits für die Festlegung der verbindlichen Zielvorgaben und andererseits für die Umsetzung der Vorgaben durch Kantone und Tarifpartner. Insbesondere ist es wichtig, dass auch innerhalb der jeweiligen Fachverbände ein Konsens er-

reicht wird. Dabei sollte auf bestehenden Strukturen aufgebaut werden.

Verbindliche Zielvorgaben müssen zudem durch parallele Massnahmen begleitet werden. Besonders bedeutend erscheinen anreizkompatible Vergütungssysteme in Richtung einer stärkeren Pauschalierung, die die Anreize zur Mengenausweitung reduzieren. Priorität hat auch ein effektives Qualitätsmonitoring, um unerwünschte Effekte wie Leistungseinschränkungen, Leistungsverschiebungen und geringere Effizienzreize zu vermeiden. Ein Zielvorgabenregime, begleitet von einem umfassenden Qualitätsmonitoring, stellt schliesslich höhere Kooperations- und Transparenzanforderungen an die Akteure im Gesundheitswesen.

Wie in allen anderen Bereichen der sozialen Sicherung stehen auch in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung keine unbegrenzten Mittel zur Verfügung. Gesamthaft fehlt es an Kostenverantwortung. Zielvorgaben würden eine verbindliche Ausgabenwachstumsgrenze setzen und die Entscheidungsträger im Gesundheitswesen in einem Top-down-Ansatz in die finanzielle Verantwortung nehmen. Verbindliche Zielvorgaben sollen nicht das wettbewerbliche und dezentrale Gesundheitssystem ersetzen, sondern es vielmehr durch eine bessere Steuerung des Ausgabenwachstums ergänzen und die nachhaltige Finanzierbarkeit für private und öffentliche Haushalte sicherstellen. Der Bundesrat prüft gegenwärtig die konzeptionellen Grundlagen budgetärer Zielvorgaben und wird Ende 2018 über eine weitere Konkretisierung entscheiden.



Thomas Brändle

Dr. rer. pol., Ökonom, Stabsbereich Ökonomische Analyse und Beratung, Eidgenössische Finanzverwaltung (EFV), Bern



Carsten Colombier

Dr. rer. oec., Ökonom, Stabsbereich Ökonomische Analyse und Beratung, Eidgenössische Finanzverwaltung (EFV), Bern



Martin Baur

Dr. rer. soc. oec., Leiter Stabsbereich Ökonomische Analyse und Beratung, Eidgenössische Finanzverwaltung (EFV), Bern

Literatur

- Brändle, T. und C. Colombier (2016). What Drives Public Health Care Expenditure Growth? Evidence from Swiss Cantons, 1970–2012. *Health Policy*, 120: 1051–1060.
- Brändle, T. und C. Colombier (2017). Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2045. Working Paper Nr. 21 der Eidgenössischen Finanzverwaltung, Bern.
- Brändle, T., Colombier, C., Baur, M. und S. Gaillard (2018). Zielvorgaben für das Wachstum der Gesundheitsausgaben: Ausgewählte Erfahrungen und Erkenntnisse für die Schweiz. Working Paper Nr. 24 der Eidgenössischen Finanzverwaltung, Bern.
- Colombier, C. (2018). Population Ageing in Healthcare – a Minor Issue? Evidence from Switzerland. *Applied Economics*, 50(15): 1746–1760.
- Crivelli, L., Filippini M. und I. Mosca (2006). Federalism and Regional Healthcare Expenditure: An Empirical Analysis for Swiss Cantons. *Health Economics Letters*, 15(5): 535–541.
- Expertengruppe (2017). Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Bericht zuhanden des Bundesrates, Bern.
- Gerdtham, U.G. und B. Jönsson (2000). International Comparisons of Health Expenditure: Theory, Data and Econometric Analysis. In: Cuyler, A.J., Newhouse, J.P. (eds.). *Handbook of Health Economics*, Elsevier Science, North Holland, pp. 11–53.
- Hartwig, J. und J. E. Sturm (2014). Robust Determinants of Health Care Expenditure Growth. *Applied Economics*, 46(36): 4455–4474.
- Martin, J.J.M., del Amo Gonzalez, M.P.L. und D. C. Garcia (2011). Review of the Literature on the Determinants of Healthcare Expenditure. *Applied Economics*, 43(1): 19–46.
- Reich, O., Weins, C., Schusterschnitz, C. und M. Thöni (2012). Exploring the Disparities of Regional Healthcare Expenditures in Switzerland: Some Empirical Evidence. *European Journal of Health Economics*, 13: 193–202.
- Vatter, A. und C. Ruefli (2003). Do Political Factors Matter for Healthcare Expenditure? A Comparative Study of Swiss Cantons. *Journal of Public Policy*, 23(3): 301–323.