

# Gesundheitssystem: Kostenverantwortung durch Zielvorgaben stärken

Ineffizienzen und Überbehandlungen machen rund ein Fünftel der Gesundheitskosten aus. Der Bundesrat will deshalb mit einer Zielvorgabe Fehlanreize beseitigen. Eine Analyse bescheinigt dem Instrument hohe Kosteneinsparungen, macht aber gleichzeitig deutlich, dass das nicht reicht. *Matteo Mattmann, Tilman Slembeck, Samuel Rutz*

**Abstract** Mit einem Anteil von über 11 Prozent am Bruttoinlandprodukt zählt das Gesundheitswesen zu den bedeutendsten Branchen der Schweiz. Dieser Anteil sowie die Prämienbelastung der Haushalte wachsen kontinuierlich. Als Antwort auf eine im Jahr 2020 eingereichte Volksinitiative (Kostenbremse-Initiative) schlug der Bund daher die Einführung einer Zielvorgabe vor. Sie soll Ineffizienzen reduzieren, die Akteure stärker in die Pflicht nehmen und so das Kostenwachstum dämpfen. Die dazu durchgeführte Regulierungsfolgenabschätzung (RFA) findet, dass damit das Wachstum der Kosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gedämpft werden kann, ohne dass Qualitätseinbussen bei den Leistungen befürchtet werden müssen. Die genauen Effekte sind jedoch abhängig von der konkreten Ausgestaltung durch die Kantone und der Reaktion der Marktteilnehmenden.

Das heutige Gesundheitssystem ist vergleichbar mit einer Autobahn ohne Geschwindigkeitsbegrenzung. Viele Akteure haben «freie Fahrt» und tragen kaum Kostenverantwortung: So können etwa zugelassene medizinische Leistungserbringer zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen – und zwar weitgehend ohne quantitative und qualitative Einschränkungen. Ausserdem können Krankenversicherer aufgrund des Kontrahierungszwangs, der sie verpflichtet, mit jedem zugelassenen Leistungserbringer Verträge abzuschliessen, fehlendes Kostenbewusstsein seitens der Ärzteschaft kaum sanktionieren. Das sich daraus ergebende Kostenwachstum geben die Versicherer über die Krankenkassenprämie an die Haushalte weiter.

Die steigenden Kosten werden zudem angetrieben durch die Wissensasymmetrie zwischen Arzt und Patient: Weil Patienten kaum beurteilen können, welche Therapie notwendig ist, führt dies einerseits zu einer angebotsinduzierten Nachfrage und damit tendenziell zu Überbehandlungen. Andererseits haben auch die Haushalte – zumindest nach Überschreitung von Franchise und Selbstbehalt – Anreize, medizinische Leistungen über das notwendige Mass hinaus in Anspruch zu nehmen.

Diese Fehlanreize führen zu Ineffizienzen. Laut verschiedenen Schätzungen betragen die Effizienzreserven im Schweizer Gesund-

heitssystem aktuell bis zu 20 Prozent der versicherungspflichtigen Kosten.<sup>1</sup> Als indirekten Gegenvorschlag zu einer Volksinitiative<sup>2</sup> schlägt der Bundesrat deshalb eine Zielvorgabe für das Kostenwachstum vor. Demzufolge

- <sup>1</sup> Siehe Trageser et al. (2012) sowie Brunner et al. (2019).  
<sup>2</sup> Siehe Initiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)».

sollen Bund und Kantone Leitplanken für die Kostenentwicklung setzen und die Akteure stärker in die Verantwortung nehmen.<sup>3</sup>

## Eine dezentrale Lösung

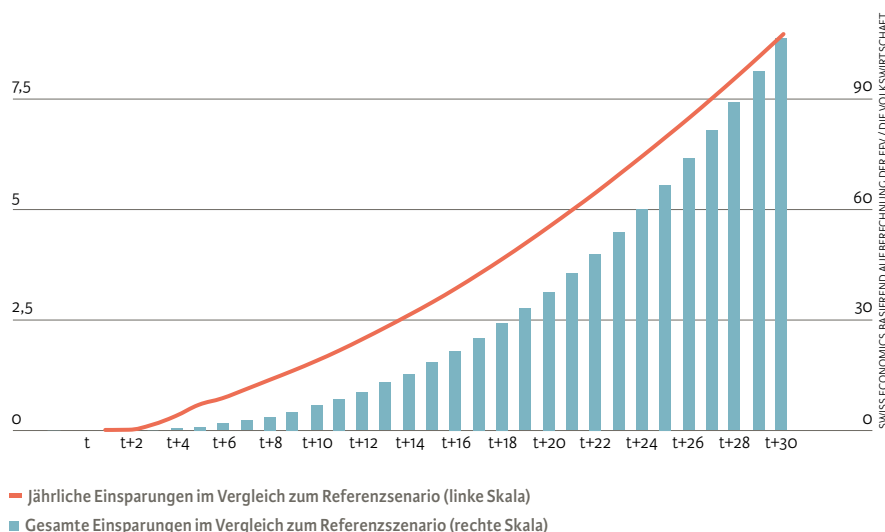
Eine Zielvorgabe für die Kostenentwicklung der OKP soll dazu beitragen, dass künftiges Kostenwachstum auf ein begründbares Mass beschränkt wird, ohne den Zugang der Versicherten zu einer hochstehenden und flächendeckenden Gesundheitsversorgung einzuschränken.

Die Zielvorgabe wird über ein jährlich definiertes maximales Wachstum der Ausgaben der OKP umgesetzt. Für jeden Kanton wird ein individuelles Wachstumsziel definiert,

- <sup>3</sup> Für eine Auswertung internationaler Erfahrungen mit budgetären Zielen im Gesundheitswesen mit Blick auf eine Umsetzung in der Schweiz siehe Brändle und Colombier (2020) sowie Brändle et al. (2018).

## Sparpotenzial einer Zielvorgabe bis 30 Jahre nach der Implementierung

10 Jährliche Einsparungen in Mrd. Franken Kumulierte Einsparungen in Mrd. Franken 120



Die zugrunde liegenden Projektionen der EFV beginnen im Jahre 2017 (hier Jahr t). Aufgrund von Grössen, die sich über die Zeit ändern – beispielsweise die Demografie –, können die projizierten Einsparungen geringfügig von den hier gezeigten Werten abweichen, falls die Einführung einer Zielvorgabe erst viel später als 2017 stattfindet.

welches die jeweilige wirtschaftliche Entwicklung, die Demografie, die Morbidität<sup>4</sup> sowie den medizinisch-technischen Fortschritt berücksichtigt. Es handelt sich allerdings nicht, wie teilweise moniert, um ein rigides Globalbudget, da eine Zielüberschreitung und ein Wachstum des Gesundheitssystems weiterhin möglich sind.

Wird das Kostenziel überschritten, sollen schrittweise Massnahmen umgesetzt werden. Kantone und Bund prüfen zuerst, ob Massnahmen überhaupt notwendig sind. Falls erforderlich, wird es in einem ersten Schritt den Tarifpartnern überlassen, kostendämpfende Massnahmen zu ergreifen. Nur falls die Tarifpartner keine oder unwirksame Massnahmen erlassen, kommen die Kantone ins Spiel. Dabei sind die Kantone im Rahmen ihrer gesetzlichen Kompetenzen weitgehend frei in der Ausgestaltung von Korrekturmaassnahmen. So können sie insbesondere im Folgejahr Tarifverträge anpassen oder andere Massnahmen ergreifen.

Die kantonale Souveränität im Gesundheitswesen bleibt somit auch bei einer Zielvorgabe erhalten. Dies entspricht nicht nur

dem Geist des helvetischen Föderalismus, sondern schafft auch die Grundlage für interkantonalen Wettbewerb um die wirkungsvollsten kostendämpfenden Massnahmen.

Wie sich eine solche Zielvorgabe auf Qualität und Kosten auswirkt und wer davon profitiert, hat eine Regulierungsfolgenabschätzung (RFA) im Auftrag des Staatssekretariats für Wirtschaft (Seco) und des Bundesamts für Gesundheit (BAG) im Jahr 2021 abgeklärt. Durchgeführt hat die RFA das Beratungsunternehmen Swiss Economics aus Zürich.<sup>5</sup>

### Mehr Kostenverantwortung?

Wie hoch die Kosteneinsparungen in einem wachsenden Gesundheitssystem mit Zielvorgabe sind, lässt sich ex ante nicht abschliessend beurteilen. Massgeblich wird sein, wie die Kantone eine Zielvorgabe umsetzen und wie hoch der Druck der Prämienzahlerinnen und der Steuerzahler auf die politischen Verantwortlichen ist. Denn die Zielvorgabe ist kein Automatismus, sondern gibt den kantonalen Behörden ein zusätzliches Instrument an die Hand, um die Gesundheitsausgaben zu dämpfen.

Je nach kantonaler Umsetzung wird es bei den Akteuren gemäss RFA auch zu Anpassungen kommen. Das gilt insbesondere für die Leistungserbringer, darunter etwa Ärzte, Apotheker und Spitäler. Volkswirtschaftlich erwünschte Anpassungen bestehen beispielsweise darin, dass unnötige Eingriffe und Behandlungen unterlassen werden oder dass vermehrt nach kostengünstigen, aber medizinisch sinnvollen Alternativen gesucht wird. So lassen sich beispielsweise manche Eingriffe durch günstigere Therapien vermeiden. Allerdings sind auch unerwünschte Reaktionen möglich, etwa wenn Leistungserbringer ihre Tätigkeit vermehrt auf margenstarke Leistungen fokussieren.

Was das für die Kosten bedeuten könnte, zeigt die RFA anhand einer Projektion der Eidgenössischen Finanzverwaltung, die von den Autoren modifiziert wurde.<sup>6</sup> Demzufolge könnten die Kosteneinsparungen im Falle einer Zielvorgabe über die Jahre stetig wachsen (siehe *Abbildung* auf S. 61). Konkret schätzen wir, dass die Einsparungen in

<sup>4</sup> Die Morbidität beschreibt das Verhältnis der Anzahl Erkrankten zur Gesamtbevölkerung.

<sup>5</sup> Siehe Rutz, Mattmann, Häner, Slembeck (2021).

<sup>6</sup> Siehe Schweizerische Eidgenossenschaft (2020).

Zielvorgaben sollen unnötige Eingriffe in Spitälern reduzieren.



KESTONE

den nächsten 30 Jahren von 0 auf 8,9 Mrd. Franken pro Jahr ansteigen (teuerungsbereinigt). Das entspricht durchschnittlichen Einsparungen von 3,4 Mrd. Franken im Jahr. In einem Szenario mit Zielvorgabe entsprechen die krankenversicherungs-pflichtigen Gesundheitskosten in 30 Jahren damit 7,9 Prozent des BIP. In einem Szenario ohne Zielvorgabe (Referenzszenario) beträgt dieser Anteil in 30 Jahren 8,6 Prozent des BIP.<sup>7</sup> Die Unsicherheit bezüglich der Kostenprojektionen ist allerdings hoch. Sie sind daher mit Vorsicht zu interpretieren.

Die Einführung einer Zielvorgabe verursacht natürlich auch Kosten. Doch dies sind vor allem moderate Vollzugskosten, die hauptsächlich in der Datenbeschaffung durch die Leistungserbringer und der Festlegung der Kostenwachstumsziele durch die öffentliche Hand liegen. Bezüglich der Datenbeschaffung muss berücksichtigt werden, dass die Daten nur auf hohem Aggregationsniveau (Kostenblöcke) verfügbar sein müssen und grösstenteils bereits vorliegen. Der zusätzliche Aufwand für die Zielvorgabe wird folglich recht gering ausfallen.

In der RFA kommen wir zum Schluss, dass sich durch die Zielvorgabe bestehende und künftige Ineffizienzen im Gesundheitswesen reduzieren lassen. Allerdings wird das heute geschätzte Effizienzpotenzial von rund 20 Prozent kaum vollständig zu realisieren sein. Hierzu müssten die vielen bestehenden Effizienzreserven<sup>8</sup> an verschiedenen weiteren Stellen im Gesundheitswesen angegangen werden.

<sup>7</sup> Die Zahl ist geringer als die zu Beginn des Artikels erwähnten 11 Prozent, da hier nur die versicherungspflichtigen Leistungen gemäss KVG berücksichtigt werden. Leistungen, die nicht von der OKP übernommen werden – beispielsweise ästhetische Eingriffe oder die meisten zahnärztlichen Behandlungen –, sind hier nicht beinhaltet.

<sup>8</sup> Für eine ausführliche Darstellung der Effizienzreserven siehe Trageser et al. (2012).

## Literatur

- Brändle, T.; Colombier, C. (2020). Budgetary Targets as Cost-Containment Measure in the Swiss Healthcare System? Lessons from Abroad, *Health Policy*, 124, S. 605–614.
- Brändle, T.; Colombier, C.; Baur, M.; Gaillard, S. (2018). Zielvorgaben für das Wachstum der Gesundheitsausgaben: Ausgewählte Erfahrungen und Erkenntnisse für die Schweiz, Working Paper der Eidgenössischen Finanzverwaltung, Nr. 22, Bern.

Bezüglich der Verteilungswirkungen einer Zielvorgabe lässt sich festhalten, dass insbesondere die privaten Haushalte vom geringeren Prämienwachstum profitieren werden. Zudem wird für sie auch die Steuerbelastung zur Finanzierung kantonaler Gesundheitsausgaben abnehmen. Auf der anderen Seite werden manche Leistungserbringer einen geringeren Anstieg ihres Einkommens zu erwarten haben und ihr Angebot bezüglich Menge und Sortiment möglicherweise anpassen.

## Leidet die Qualität?

Ein Vorbehalt gegen eine Zielvorgabe liegt in den befürchteten negativen Auswirkungen auf die medizinische Behandlungsqualität. Ein Qualitätsabfall ist zwar nicht ausgeschlossen, scheint aber angesichts des hohen Potenzials zur Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen unwahrscheinlich. Wir gehen davon aus, dass die Leistungserbringer unter Kostendruck vor allem unnötige Leistungen reduzieren und kaum auf notwendige Behandlungen verzichten. Dafür spricht unter anderem, dass die Leistungserbringer aufgrund verbindlicher Behandlungsrichtlinien der Ärzteverbände und medizinischer Standards eher unnötige als notwendige Leistungen reduzieren können.

Die mit der Zielvorgabe geplante Einführung eines Qualitätsmonitorings wird zudem die Reduktion notwendiger Leistungen zusätzlich erschweren. Auch darf man davon ausgehen, dass die allermeisten Leistungserbringer ein hohes Berufsethos haben und deshalb kaum objektiv notwendige Leistungen reduzieren werden.

Eine Zielvorgabe allein wird wohl kaum genügen, um das gesamte Potenzial zur Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen auszuschöpfen. Dennoch ist die Einführung

einer Zielvorgabe aus volkswirtschaftlicher Sicht zu begrüssen. Denn sie reduziert das Kostenwachstum im Gesundheitswesen und trägt gleichzeitig den kantonalen Bedürfnissen Rechnung.



**Matteo Mattmann**

Dr. oec. publ., Senior Economist, Swiss Economics, Zürich



**Tilman Slembeck**

Prof. Dr. oec. HSG, Professor für Volkswirtschaftslehre, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Winterthur



**Samuel Rutz**

Dr. oec. publ., stv. Geschäftsführer, Swiss Economics, Zürich

- Brunner, B.; Wieser, S.; Maurer, M.; Stucki, M.; Nemitz, J.; Schmidt, M.; Brack, Z.; Lenzin, G.; Trageser, J.; von Stokar, T.; Gschwend, E.; Vettori, A. (2019). Effizienzpotenzial bei den KVG-pflichtigen Leistungen. Studie von Infrac und dem Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit.
- Rutz, S.; Mattmann, M.; Häner, M.; Slembeck, T. (2021). Regulierungsfolgenabschätzung zu einer Zielvorgabe für die Kostenentwicklung in der OKP. Studie von Swiss Economics im Auftrag des BAG und des SECO.

- Schweizerische Eidgenossenschaft (2020). Legislaturfinanzplan 2021–2023, Anhang zur Botschaft über die Legislaturplanung, Anhang 2, Kapitel D2, Schweizerische Eidgenossenschaft, Bern.
- Trageser, J.; Vettori, A.; Iten, R.; Crivelli, L. (2012). Effizienz, Nutzung und Finanzierung des Gesundheitswesens. Studie im Auftrag der Akademien der Wissenschaften Schweiz. Bern.