



Braucht die obligatorische Krankenversicherung eine Budgetvorgabe? Lehren aus der Finanzpolitik

ZHAW, Winterthur, 26. April 2017

Serge Gaillard, Direktor EFV



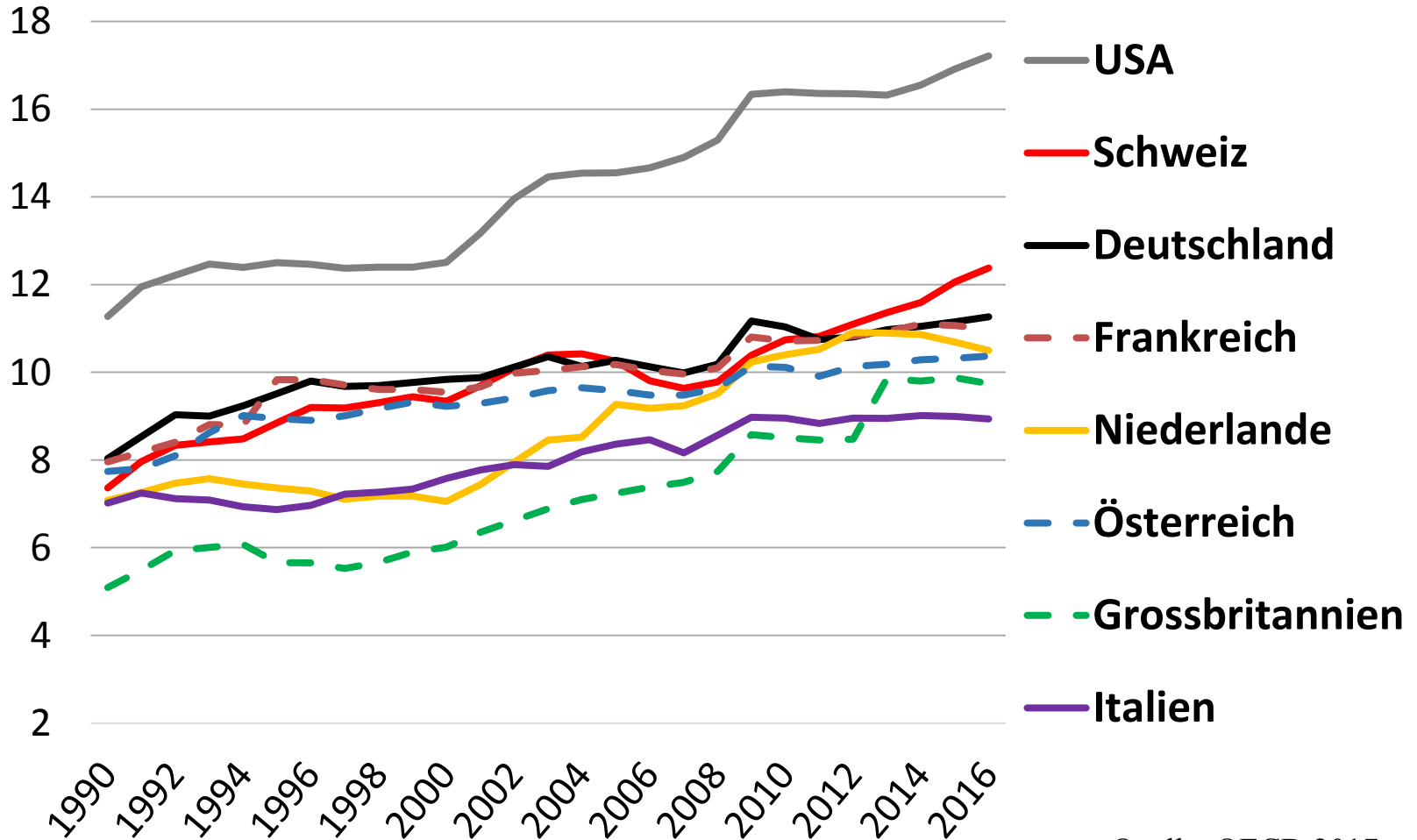
Aufbau

- **Wachstum der Gesundheitskosten als finanzpolitische Herausforderung**
- **Welche Erfahrungen wurden in der Finanzpolitik mit der Einführung einer Ausgabenregel gemacht (Schuldenbremse)?**
- **Ist ein ähnliches Vorgehen zur Eindämmung der Kosten im Gesundheitswesen realistisch?**
 - **Grundsätzliche Vorteile und Bedenken**
 - **Erfahrungen mit Vorgaben in ähnlichen Ländern**
 - **Anforderungen an eine Zielvorgabe**
- **Fazit**



Starkes Wachstum der Gesundheitskosten

Gesundheitsausgaben ausgewählter Länder (in BIP-%)

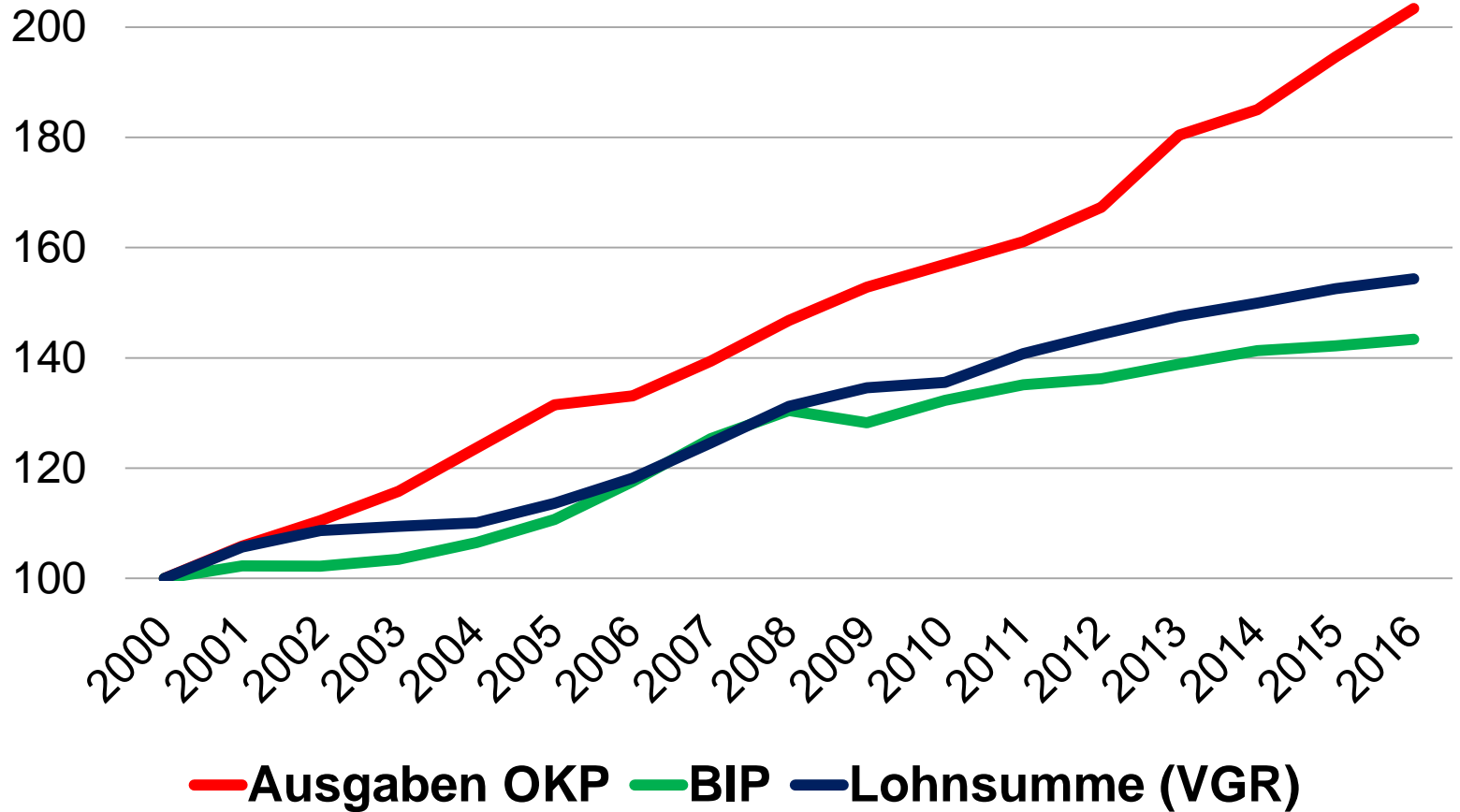


Quelle: OECD 2017.



Starkes Wachstum der Gesundheitskosten

Entwicklung OKP-Kosten, nominales BIP & nom. Löhne (2000=100)

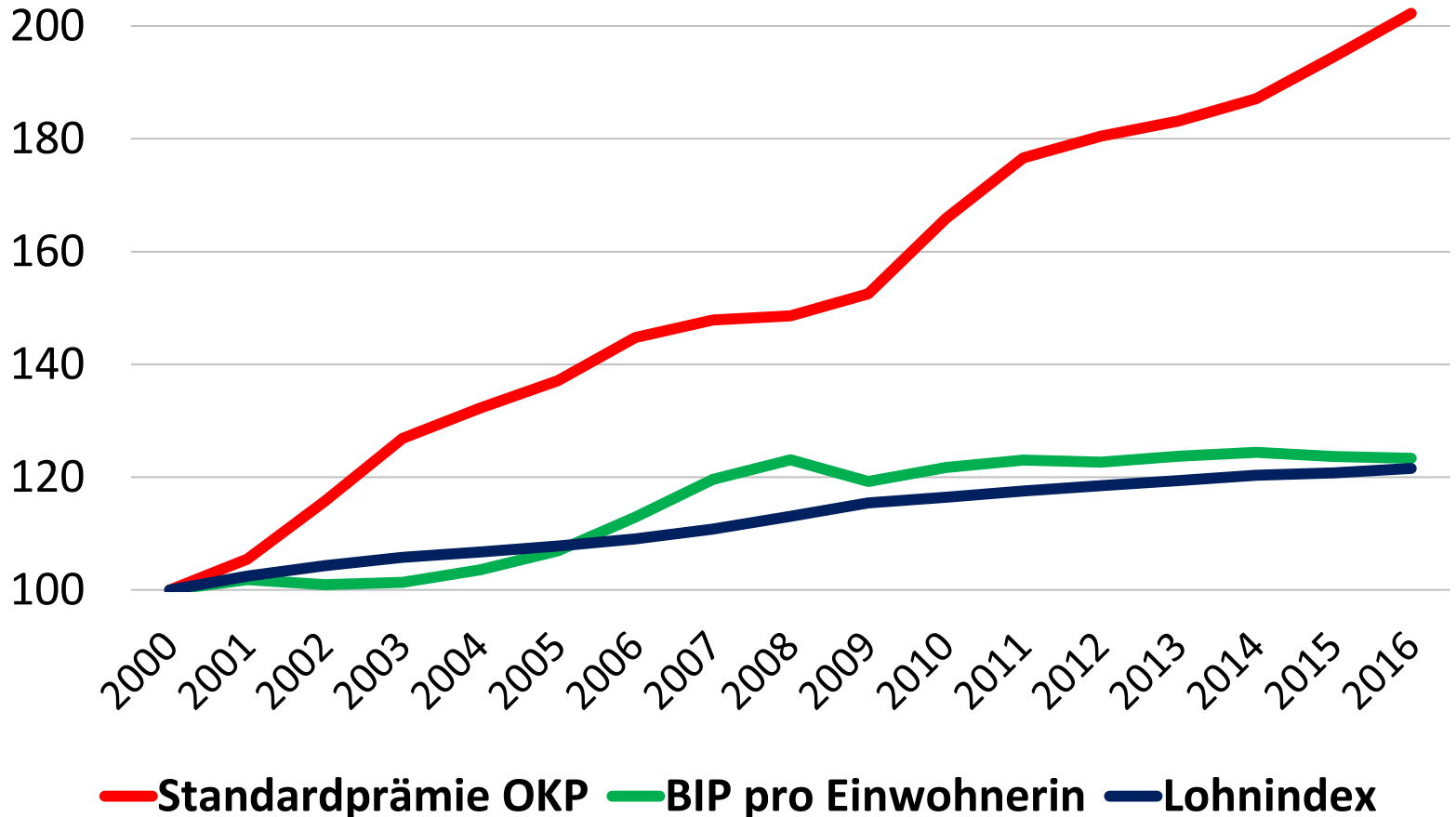


Quelle: BAG, BFS, SECO.



Starkes Wachstum der Gesundheitskosten

Entwicklung Standardprämie, BIP pro Kopf & Lohnindex (2000=100)



Quelle: BAG, BFS, SECO.



Steigende Gesundheitskosten als finanzpolitische Herausforderung Nr. 1

Der starke Kostenanstieg führt zu stärkerer Belastung der

- **privaten Haushalte** (primär niedrige & mittlere Einkommen)
 - Von einem mittleren Lohnwachstum muss gegenwärtig ca. 1/4 für den Prämienanstieg aufgewendet werden.
- **öffentlichen Haushalte**, insbesondere sind Kantone mit steigenden Beiträgen an Spitäler & Pflege konfrontiert und sparen zunehmend bei der individuellen Prämienverbilligung.
 - Forderungen nach stärkerer Bundesbeteiligung nehmen zu.
- **Gelingt keine baldige Dämpfung, steht die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens ernsthaft in Frage.**



Effektive Kostendämpfungsmassnahmen?

Das kontrovers diskutierte Massnahmenspektrum ist breit:

- Erhöhung der finanziellen Selbstbeteiligung
- mehr Wettbewerb (z.B. Lockerung Kontrahierungszwang)
- stärkere Angebotssteuerung (z.B. Ärztestopp)
- stärkere Eingriffe in die Medikamentenpreise & Tarifstrukturen
- Reform der Entschädigungsregimes (z.B. stärkere Pauschalierung)
- Finanzierungsverantwortlichkeiten (z.B. einheitliche Finanzierung)

Bisherige Massnahmen haben nicht den erhofften Erfolg

Tarifautonomie ist weitestgehend blockiert. Einzeleingriffe in den Tarif oder zu spezifische Vorgaben erzeugen Ausweichverhalten.

- **Expertengruppe im Auftrag des Bundes (2017) schlägt Massnahmen zur Kostendämpfung in der OKP vor.**



Effektive Kostendämpfungsmaßnahmen?

Expertengruppe (2017)

- Erhebliche Effizienzreserven & Einsparpotenzial in der OKP
- Primär erfolgsversprechend sind angebotsseitige Massnahmen
- **Übergeordneter Vorschlag:** verbindliche Zielvorgabe für das Ausgabenwachstum, die sich z.B. an makroökonomischer Grösse orientiert und Sanktionen vorsieht.
 - Erfahrungen in ähnlichen Ländern zeigen: wettbewerblich orientierte Systeme brauchen Budgetvorgaben, um Kostenverantwortung zu erhöhen & Kostenwachstum zu dämpfen.
 - Grundsicherung ist einziger Sozialversicherungsbereich ohne explizite Kostenverantwortung & Budgetrestriktion.

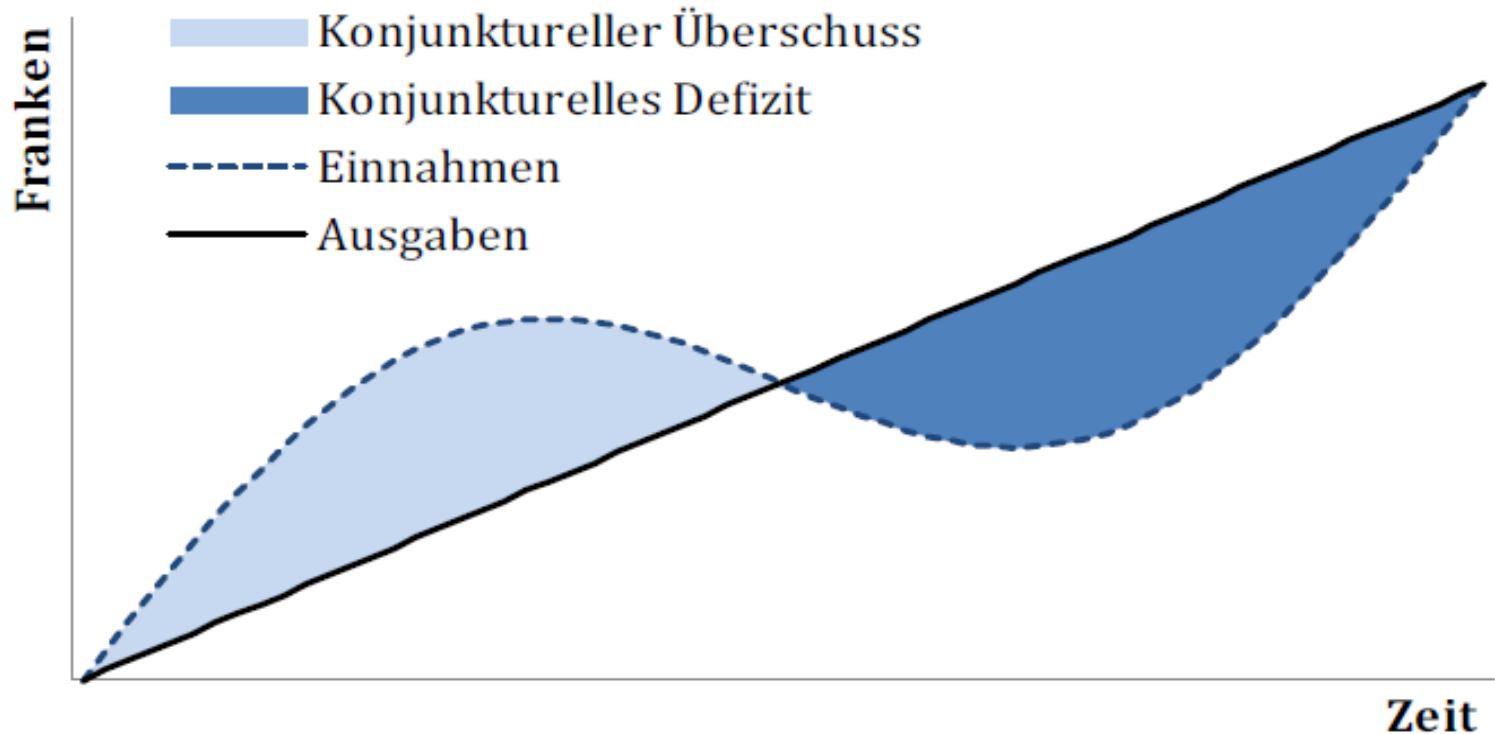


Erfahrungen aus der Steuerung der Finanzpolitik



Steuerung der Finanzpolitik mittels Ausgabenregel

Konzept der Schuldenbremse



Konkretisierung der Regel:
Ausgabenplafond = geschätzte Einnahmen x Konjunkturfaktor



Steuerung der Finanzpolitik mittels Ausgabenregel

Schuldenbremse diszipliniert Ausgabenwünsche der Regierung, Verwaltung & Parlaments und erhöht finanzielle Verantwortung.

- Schuldenbremse als explizite Ausgabenobergrenze, welche den Handlungsspielraum der Entscheidungsträger im Vorab definiert
- Die auf den Gesamthaushalt bezogene Regel stellt einen bindenden „top-down“-Ansatz dar und strukturiert den Budgetprozess stärker (im Vergleich zum „bottom-up-Ansatz“).
- Schuldenbremse zwingt zu mittelfristiger Haushaltsdisziplin.
 - Vorgaben der Ausgabenregel werden bei der Finanzplanung berücksichtigt, womit die Prioritätensetzung mehr Gewicht erhält.
 - Ausgabenwünsche der Parlamentarier sind stärker in Konkurrenz, was zur (inhaltlichen & zeitlichen) Prioritätensetzung zwingt.



Verbindliche Vorgabe für das Wachstum der obligatorischen Gesundheitskosten?



Besonderheiten des Gesundheitswesens

Für wirtschaftspolitische Massnahmen zur Kostendämpfung sind von Bedeutung:

- Alterung, medizinischer Fortschritt & steigende Bedürfnisse
- Weitere Besonderheiten
 - Komplexität von Gesundheitsleistungen
 - Anreize zur Mengenausweitung aufgrund der Versicherungsdeckung bei Arzt und Patient (moral hazard)
 - Asymmetrische Information zwischen Patient & Arzt führt zu anbieterinduzierter Nachfrage über medizinisch notwendige Mass hinaus.
- Diese Besonderheiten, zusammen mit einer Vielzahl von Akteuren und Interessen führen zu hoher Systemkomplexität bei gleichzeitig fehlender Kostenverantwortung in der Schweiz.



Vorteile einer verbindlichen Zielvorgabe

Verbindliche Zielvorgabe

- ermöglicht direkte Steuerung des Ausgabenwachstums & führt bisher fehlende Budgetrestriktion in der Grundversicherung ein.
 - Entscheidungsträger, insbesondere Tarifpartner, würden mittels gemeinsam festgelegter Zielvorgaben in die finanzielle Verantwortung genommen.
 - Tarifpartner würden im Rahmen eines «top-down Budgetprozesses» zu verstärkter Kooperation bewegt, was mehr Reformdruck in das blockierte System bringt.
- bewegt Leistungserbringer stärker zu Kosten-Nutzen-Abwägung
- lässt den gut informierten Leistungserbringern im Vergleich zu anderen Massnahmen die Freiheit, dort zu sparen, wo dies am besten möglich ist (bei medizinisch nicht Notwendigem).



Vorteile einer verbindlichen Zielvorgabe

Verbindliche Zielvorgabe

- erhöht Planungssicherheit der öffentlichen Haushalte und Tarifpartner, zwingt zu mehr Transparenz und trägt zur Verstetigung der Prämien bei.
- ergänzt wettbewerblich orientiertes System um explizites Kostensteuerungselement.
 - Je besser dieser „top-down“-Ansatz umgesetzt wird, desto weniger braucht es weitere regulatorische Eingriffe, wie konkrete Verhaltensvorgaben, zur Kostendämpfung.



Bedenken gegenüber einer Zielvorgabe

- Gefahr der Beschränkung medizinisch notwendiger Leistungen
- Gefahr des weniger gleichen Zugangs zu Gesundheitsleistungen aufgrund von Leistungsbeschränkung
 - Zwecks Einkommenssicherung können Anreize entstehen, Leistungen in nicht von der Budgetvorgabe erfasste Bereiche zu verlagern oder gewisse Patienten/Behandlungen zu priorisieren.
- Weniger Anreize zu Qualitäts- und Effizienzerhöhung, so dass Innovationen gebremst & Strukturen zu rigide erhalten werden.



Erfahrungen mit Budgetvorgaben

Deutschland: Grundsatz der Beitragssatzstabilität (1977)

- Tarifpartner haben bei den jährlichen Tarifverhandlungen Vergütungen so zu gestalten, dass Beitragserhöhungen (ambulant, stationär & Arzneimittel) ausgeschlossen sind (§ 71 Sozialgesetzbuch V).
- Ausnahme: medizinisch-notwendige Versorgung ist nach Ausschöpfung der Wirtschaftlichkeitsreserven nicht gewährleistet.
- Korrekturmassnahmen: Tarifabschläge für Ärzte und Krankenhäuser bei Überschreiten des vereinbarten Leistungsumfangs.

Niederlande: «Budgetary framework for healthcare» (1994)

- ergänzt um stärker korporatistischen Ansatz (2010) mit verbindlichen, mehrjährigen Vereinbarungen zum Kostenwachstum zwischen Regierung, Tarifpartnern & Patientenorganisationen.
- „Macro budget instrument“: Möglichkeit der Regierung, Budgetkürzungen ex-post gegenüber Leistungserbringern durchzusetzen.
- Vereinbarungen sind zum Anker für die Tarifverhandlungen geworden.



Unterschiede zum System in der Schweiz

Trotz grosser Vergleichbarkeit der Gesundheitssysteme der CHE, DE & NL bestehen Unterschiede:

- Stärker zentrale Gesundheitswesen der NL & DE im Vergleich zur Schweiz mit starker Rolle der Kantone.
- DE & NL mit «langer Tradition» der Kostensteuerung; in NL besteht stärkere Einbindung der Gesundheitskosten in regelgebundenen Budgetprozess.
- DE & NL mit mehrheitlicher Lohnbeitragsfinanzierung, wodurch Arbeitgeber als starke Akteure bzgl. Kostendämpfung auftreten
- Stärker korporatistische Strukturen in DE & NL, in welchen Verbände der Krankenversicherung & Leistungserbringer mehr Verantwortung für die Versorgung & Kostenentwicklung tragen.



Anforderungen an eine Zielvorgabe

1. Alle relevanten Akteure müssen an der Zielfestlegung teilnehmen und die Vorgaben mittragen.

Insbesondere den Leistungserbringern ist aufzuzeigen, dass eine stärkere Steuerung & Dämpfung des Ausgabenwachstums

- i. mittelfristig unumgänglich ist, da - wie in allen Bereichen der sozialen Sicherung - auch in der Grundversicherung keine unbeschränkten Mittel verfügbar sind.
- ii. unter Einbezug der Akteure eine partizipative Lösung darstellt, welche im Vergleich zu anderen Massnahmen, einen grossen Entscheidungsfreiraum bewahrt.



Anforderungen an eine Zielvorgabe

2. Belastbare Verhandlungs- und Entscheidungsstrukturen sowie klare Schlichtungs- und Sanktionsmechanismen sind erforderlich.

- i. für Verfahren und Gremium zur Festlegung der Vorgaben.
- ii. für Umsetzung der Vorgaben durch Kantone & Tarifpartner

3. Für die politische Akzeptanz sind in der Einführungsphase eher grosszügige Zielvorgaben vorzuziehen, welche von den Bereichen möglichst «vergleichbare Opfer» verlangen.



Anforderungen an eine Zielvorgabe

4. Notwendigkeit paralleler Massnahmen

- Anreizkompatible Vergütungssysteme in Richtung stärkerer Pauschalierung, die Anreize zur Mengenausweitung senken.
- Effektives Qualitätsmonitoring, um unerwünschte Effekte wie Leistungseinschränkung und -verschiebung sowie geringere Effizienzanreize zu vermeiden.
- Regime mit Sanktionen & Qualitätsmonitoring stellt höhere Kooperations- & Informationsanforderungen an die Akteure.



Fazit

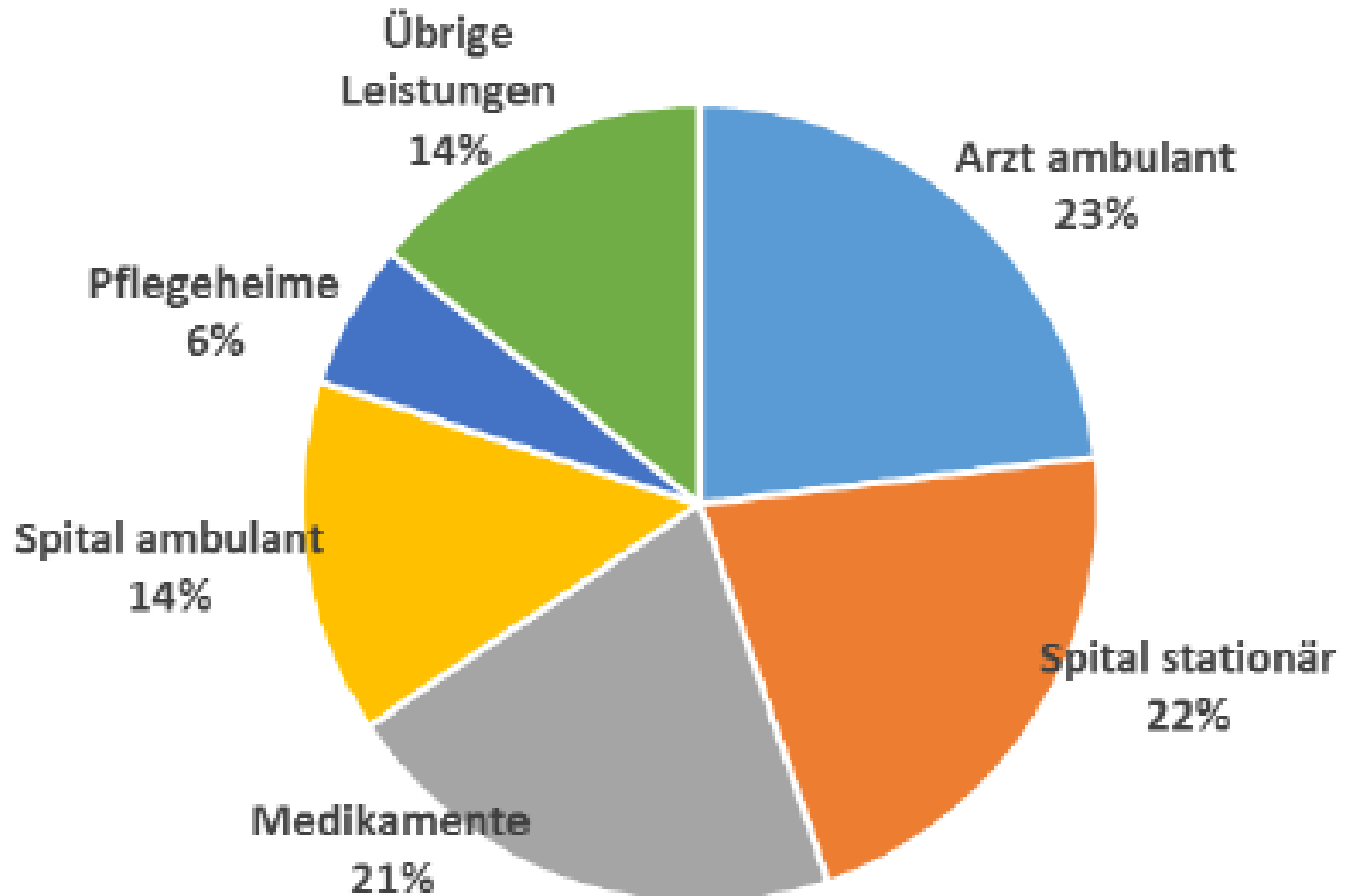
- In der oblig. Grundsicherung fehlt es an Kostenverantwortung, jedoch stehen - wie in allen anderen Bereichen der sozialen Sicherung – auch hier keine unbegrenzten Mittel zur Verfügung.
- Positive Erfahrungen der Steuerung der Finanzpolitik mittels Ausgabenregel sollten auf Gesundheitswesen übertragbar sein.
- Internationale Erfahrungen (insb. DE & NL) legen nahe:
 - wettbewerblich ausgerichtete Gesundheitssysteme neigen ohne Budgetvorgabe zu starkem Kostenwachstum.
 - Budgetvorgaben verbessern Kostensteuerung & Verantwortung.
- Kantone haben im stationären Bereich die Möglichkeit zu Globalbudgets, machen davon jedoch wenig Gebrauch.
 - Ausweitung dieser Kompetenz auf ambulanten Bereich.
- Nationale Zielvorgaben würden Verbindlichkeit erhöhen & kantonalen Bemühungen stärken.
 - Massnahme setzt hohe institutionelle & politische Anforderungen.



Anhang



Kostengruppen der OKP (2016)



Quelle: BAG.



Kostengruppen der OKP

Tabelle 1: Ausgaben der OKP nach Blöcken, Prämienverbilligung und kantonale Spitalausgaben im Jahr 2016¹

	in Millionen Franken	in Franken pro Monat und Person	Anteil an den Bruttoleistungen in%
Bruttoleistungen	31'484	315	100
davon: Kostenbeteiligung Versicherte	4'298	43	13,6
Nettoleistungen (ohne Kostenbeteiligung)	27'185	272	86,4
Prämienverbilligung	4'310	43	13,7
Arzt ambulant	7'274	73	23,1
Spital ambulant	4'509	45	14,3
Spital stationär	6'820	68	21,7
Pflege (Pflegeheime und Spitex) ^a	2'722	28	8,6
Medikamente	6'564	66	20,8
Restliche Ausgaben ^b	3'593	35	11,4
Spital Kantone ^c	8'666 ^d	88	-

^a Dazu gehören Ausgaben für Pflegeheime 1'854 Mio. Fr. und die Spitex 868 Mio. Fr.

^b Dazu gehören Ausgaben für: Labor 1'210 Mio. Fr., Physiotherapie 989 Mio. Fr., Mittel und Gegenstände 658 Mio. Fr. und Übrige Leistungen 736 Mio. Fr.

^c Die Daten für die kantonalen Spitalausgaben sind der Finanzstatistik der EFV entnommen.

Quelle: BAG und EFV.