
Eine Kostenbremse fürs Gesundheitswesen?

Über die ökonomischen Grundlagen des Schweizer Gesundheitsmarkts

INHALT

1. Gründe für Kostenwachstum
2. Kosten senken – aber wie?
3. Gesundheitskosten & Pandemie

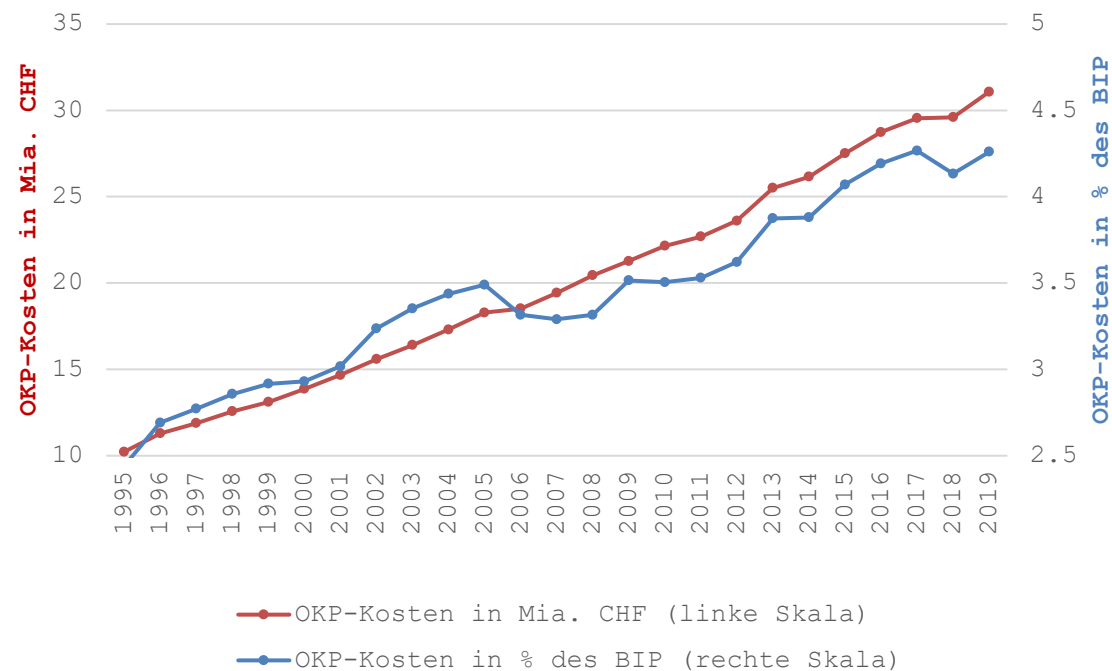


Gründe für Kostenwachstum

ENTWICKLUNG DER GESUNDHEITSKOSTEN SEIT DEN 90ERN

Entwicklung der Gesundheitskosten seit Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG)

- Kosten gesamtes Gesundheitswesens in % des BIP (2019): 11.3%
 - 9600.- pro Jahr pro Person
 - Kosten OKP: ca. 38% der totalen Gesundheitskosten: 4.3% des BIP



Quelle: Eigene Darstellung basierend auf BfS (2021)

ANGEBOTSSEITIGE KOSTENTREIBER I

- **Informationsasymmetrie**
 - Ärztliche Behandlung als Vertrauensgut
 - Angebotsinduzierte Nachfrage/Mengenausweitung
 - Ärztedichte hat Einfluss auf OKP-Gesundheitskosten (Reich et al., 2012; Crivelli et al., 2006)
 - Roemer's law: „a hospital bed built is a filled bed”
 - Einzelleistungsentschädigung → mehr Leistungen = mehr Einkommen
- **Kontrahierungszwang**
 - Verpflichtet die Versicherer, die Leistungen von jedem zugelassenen Leistungserbringer zu vergüten
- **Defensive Medizin**
 - Keine Haftung für Überversorgung, nur für Unterversorgung
- **Mangelnde Koordination/ Informationsverfügbarkeit zwischen Leistungserbringern**
 - Redundante Doppeluntersuchungen etc.
- **Produktive Ineffizienzen**
 - Z.B. geringe Nutzung von eHealth, mangelnde Auslastung, suboptimaler Skill-Grade-Mix, Arbeitsproduktivität

ANGEBOTSSEITIGE KOSTENTREIBER II

- **Technologie und Innovation**

- Geräte, Technologie, Medikamente: Besser, aber auch teurer (vgl. nächste Folie)
- Wettbewerb nicht über Preis, sondern Qualität: teures **medical arms race** um Kundengunst
 - Hohe Fixkosten → auslastungssensitiv
 - Unnötige Redundanz von teuren Gerätschaften auf engem Raum

- **Spitalfinanzierung**

- DRG-Fallpauschalen
- Upcoding/gaming, Überbehandlung (z.B. von Privatpatienten) (Hochuli, 2020)

- **Zu hohe Outputpreise**

- Spitäler: kantonal sehr unterschiedliche Basistarife (bis 40% Differenz)
- Ambulant: oft veraltete Tarife
- Medikamente: Potential bei Einsatz von Generika, häufigere Überprüfung der Medikamentenliste durch BAG
→ schnellere Preisanpassungen

- **Administrationsaufwand**

- mehr Informations- und daher Dokumentationsbedarf seitens Abrechnung, Versicherer, Patienten, Behörden
- Administrativzeit der Ärzte steigend: 2011: 86min/Tag → 2016: 112min/Tag (+26min) (Wille, 2018)

ANGEBOTSSEITIGE KOSTENTREIBER II

- Technologie und Innovation

Sind im Gesundheitsmarkt häufig



	Prozessinnovation	Produktinnovation
Technischer Fortschritt (im ökonomischen Sinne)	Kostendämpfend	Kostentreibend, aber effizient
Technische Innovation	X	Kostentreibend und ineffizient



Rein technische Innovationen verschwinden im freien Markt wieder. Bei Vorhandensein von Versicherung oder Subvention können sie aber potentiell weiterbestehen.

Quelle: eigene Darstellung nach Beck (2013)

NACHFRAGESEITIGE KOSTENTREIBER I

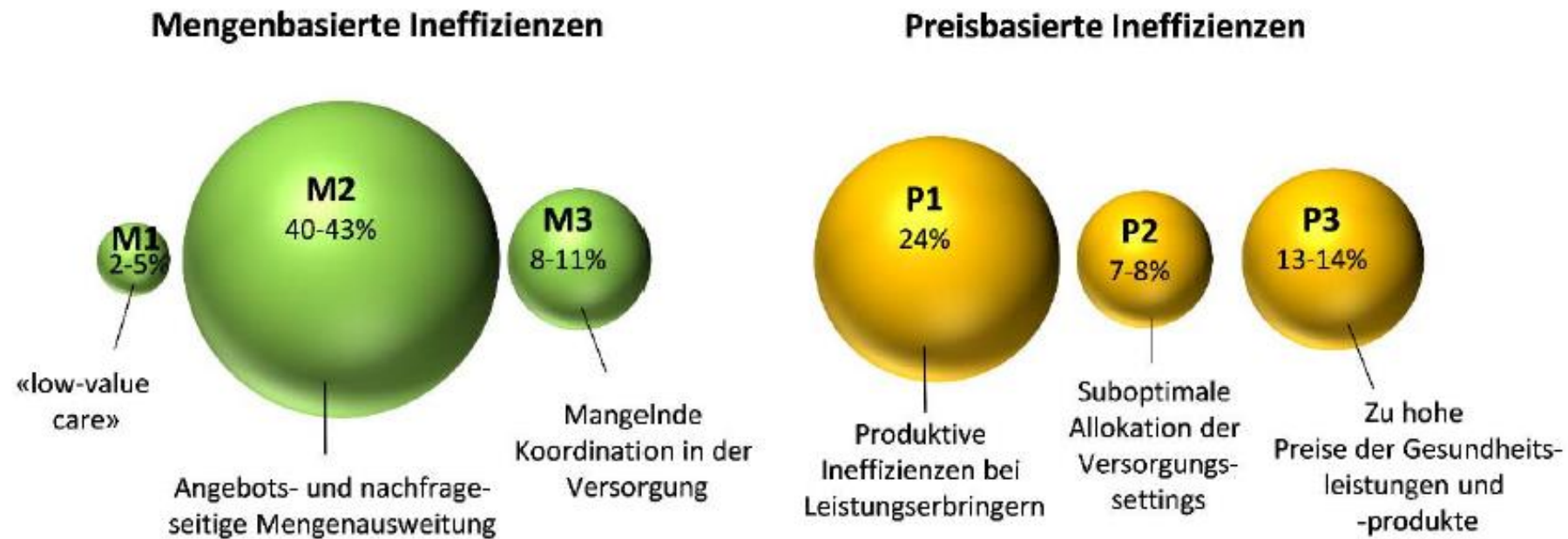
- **Fehlende Kostenwahrheit**
 - **Moral Hazard** (ex ante und ex post) **durch Krankenversicherung** → Franchise und Selbstbehalt als Versuch der Gegensteuer → jedoch abnehmende Bremswirkung bei steigenden Kosten (wenn krank: „kosten Sparen“ nie dominante Strategie)
- **Demografischer Wandel**
 - Korrelation Alter und Pflegekosten
 - Veränderte Familienstrukturen: weniger Pflege durch Angehörige
- **Kulturelle Gründe**
 - Gesundheit als Konsumgut und Lifestyle-Produkt
 - **Paradox**: Senioren immer gesünder, trotzdem steigen Gesundheitsleistungen dort überdurchschnittlich
 - Krankheit und Tod als potentiell lösbares „Ärgernis“ für moderne, autonome Menschen → enormer Ressourceneinsatz insbesondere am Lebensende

NACHFRAGESEITIGE KOSTENTREIBER II

- **Gefangenen Dilemma**
 - Wenn Patient erwünschte Abklärung nicht erhält, geht er einfach zum nächsten Arzt
- **Interessenvertretung**
 - Gesunde Versicherte schlecht organisiert
 - 20% der Stimmberechtigten arbeiten im Gesundheitswesen → politisches Risiko bei Sparmassnahmen
- **Suboptimale Versorgungsallokation**
 - Besuch Notfall anstelle Hausarzt, Spezialist anstelle Grundversorger
 - Problematik existiert auch auf der **Angebotsseite**:
 - Stationär statt ambulant
 - Zu langer Spitalaufenthalt anstelle früherer Reha-Verlegung

AUSMASS DER INEFFIZIENZEN

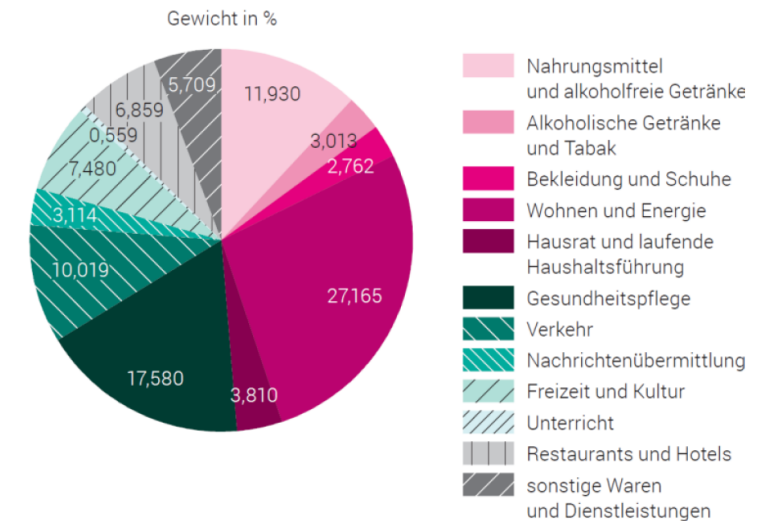
- **Rund 20 Prozent „Luft im System“** (Brunner et al., 2019; Trageser et al., 2012; Trageser et al., 2018)



Quelle: Brunner et al. (2019)

DISKUSSION

- Welche möglichen Kostentreiber erleben Sie in Ihrem Alltag im Schweizer Gesundheitswesen?
- Sind Ihnen Untersuchungen/Behandlungen etc. bekannt, die aus medizinischer Perspektive in gewissen Fällen kaum Nutzen stiften, jedoch dennoch gemacht werden (müssen)?
- Haben Sie das Gefühl, dass sich die Anspruchshaltung der Patienten in den letzten Jahren verändert hat?
- Bald geben Schweizerinnen und Schweizer jeden fünften Franken für Gesundheitspflege aus.
Ist dies Ihrer Meinung nach zu viel, zu wenig, oder genau richtig?



Quelle: Bundesamt für Statistik

Kosten senken – aber
wie?



EIN BLICK ZURÜCK

In der Schweiz wurden bereits verschiedene Massnahmen zur Kostenreduktion ergriffen:

- Ärztlicher Zulassungsstopp
- „ambulant vor stationär“
- Einführung der freien Spitalwahl
- Managed Care (2/3 der Versicherten, 2016)
 - Schwerpunkt ist Gatekeeping und Koordination –allerdings meist nur ambulante Versorgung betroffen
- Reduktion von „low-value care“
 - HTA-Programm des Bundes (seit 2015): Re-Evaluation von OKP-Leistungen bezüglich WZW-Kriterien

DISKUSSION

- Welcher Lösungsansatz erscheint Ihnen am vielversprechendsten?
- Sehen Sie alternative Lösungsansätze?
- Gibt es Ihrer Meinung nach Gefahren und Risiken, die mit solchen Kostensparmassnahmen im Gesundheitswesen verbunden sein könnten?

EIN BLICK IN DIE ZUKUNFT

Aktuell diskutierte Massnahmen

- Einheitliche Finanzierung ambulant / stationär (EFAS)
- Elektronisches Patientendossier & intelligente Datenvernetzung/-analyse → bessere Koordination/Datenverfügbarkeit
- Case-Management für chronisch Kranke
- Vermehrt Betreuung zu Hause: Von Spitex, ambulanter Palliativ-Care bis Hospital @ Home
- Überkantonale Gesundheitsregionen für Spitalplanung und –finanzierung

Zusätzlich: **Einführung einer OKP-Zielvorgabe** (vgl. nachfolgende Folien)

OKP ZIELVORGABE I

Die Idee einer Kostenbremse für die Schweiz

- Gegenvorschlag zur Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)» der Mitte
- Einführung einer OKP-Zielvorgabe: Kostenziele für das OKP-Wachstum
- Ziel: Mehr Transparenz über Kostenentwicklung, die mit Blick auf **demografische Entwicklung**, Entwicklung von **Löhnen & Preisen**, den **medizinischen Fortschritt** sowie das **vorhandene Effizienzpotenzial** als gerechtfertigt erscheint
- Kostenziele werden vom **Bundesrat** und den **Kantonen jährlich** festgelegt

OKP ZIELVORGABE II

Was geschieht bei Zielüberschreitungen?

- Wichtig: Kein rigides Globalbudget!
- Mögliche Korrektur von nicht mehr sachgerechten oder wirtschaftlichen Tarifen im Folgejahr
- Bestehendes Instrumentarium nutzen, allenfalls noch zusätzliche Lückenschliessung

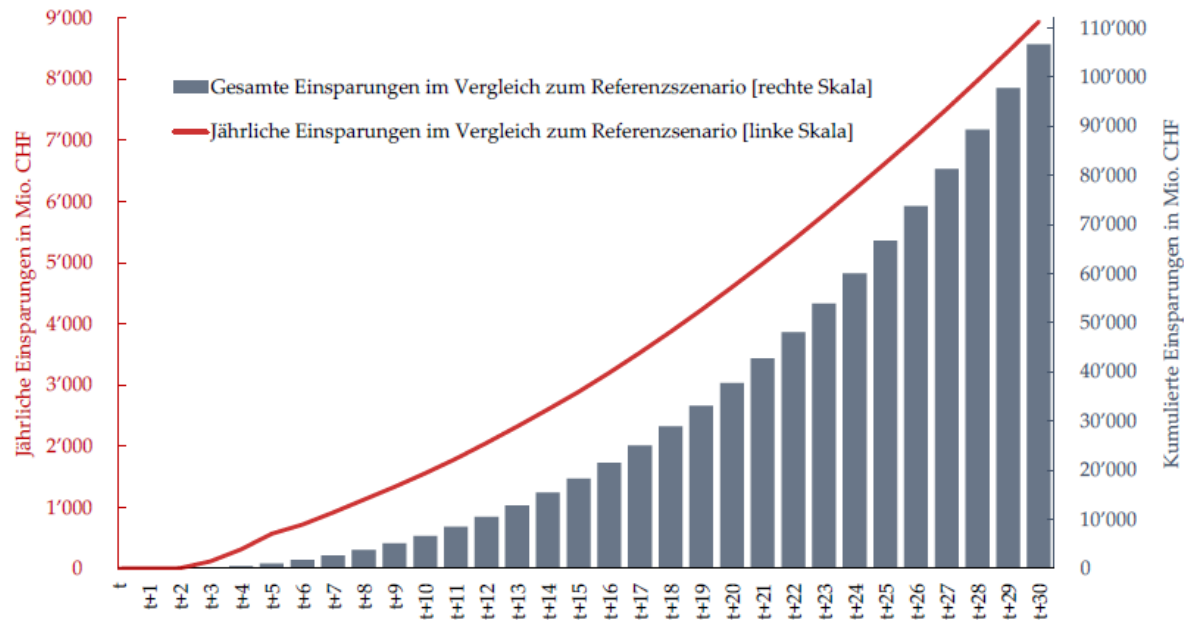
Welche Folgen sind zu erwarten?

- Abhängig von
 - Kantonalen Umsetzungen
 - Druck der Prämienzahler und Steuerzahler auf die politischen Verantwortlichen
 - Verhaltensanpassungen der Leistungserbringer
 - volkswirtschaftlich erwünschte: bspw. Unterlassen unnötiger Behandlungen, Fokus auf kostengünstige, aber medizinisch sinnvolle Alternativen
 - volkswirtschaftlich unerwünschte: bspw. Fokus auf margenstarke Leistungen

OKP ZIELVORGABE III

Geschätztes Kosteneinsparpotenzial

- durchschnittliche Kosteneinsparungen pro Jahr: CHF 3.4 Mrd.
- **Prognostizierte krankensicherungspflichtige Gesundheitskosten in 30 Jahren:**
 - Ohne Zielvorgabe: 8.6% des BIP
 - Mit Zielvorgabe: 7.9% des BIP



Quelle: Rutz et al. (2021) basierend auf Berechnungen der EFV

DISKUSSION

- Welche Vorteile sehen Sie in der OKP-Zielvorgabe?
- Sehen Sie Nachteile / Risiken der OKP-Zielvorgabe?

The background of the slide features a blue gradient with several stylized, 3D-rendered coronavirus particles. These particles are spherical with a textured, greyish-green surface and are covered in numerous red, spike-like protrusions. They are scattered across the frame, with one particularly large and detailed particle in the lower center. The overall aesthetic is scientific and modern.

Gesundheitskosten & Pandemie

DIE KRANKENVERSICHERUNG IM AUSNAHMEFALL

- **Solvenztest** für Krankenversicherer
 - Ziel: genügend **Reserven**, um ein durchschnittliches **Jahrhundert-Schadensjahr** (versicherungstechnisches Risiko) **plus Szenarien** (z.B. Rezession, Finanzkrise, Immobiliencrash, Pandemie, Terrorismus) abzudecken
- (kleine) Krankenversicherer können selbst eine Rückversicherung abschliessen

- Die **Risiko-Kaskade** in der Krankenversicherung

Stufe	Risikoträger	Finanzierung
1	Versicherte	Kostenbeteiligung
2	Versicherer	Prämien & Reserven
3	Konkurrent	Fusion bei Insolvenz
4	Stiftung «GE KVG»	Insolvenzfonds
5	Bundesrat	Darlehen bei SNB
6	Versicherte	Prämienzuschlag

Quelle: eigene Darstellung nach Beck (2013)

- Covid-19: Reserven der Versicherer - obwohl mit 11.3 Mia. doppelt so hoch wie vorgeschrieben - wurden nicht angetastet

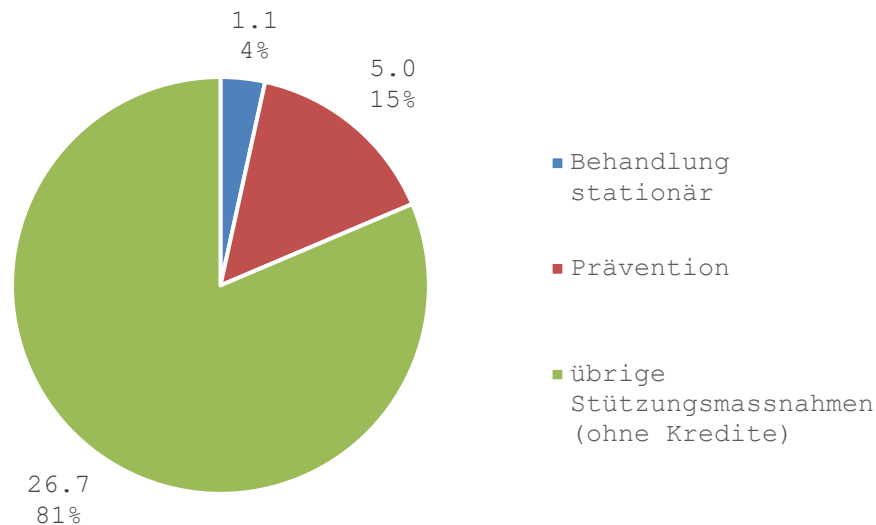
KEIN PRÄMIENANSTIEG DURCH COVID-19

- **Unterdurchschnittlicher Prämienanstieg** seit Corona: 2019 (+1.1%), 2020 (+0.2%), 2021 (+0.5%), 2022 (+0.8%)
 - Durchschnittlicher Prämienanstieg seit 2010: **3.2%**
 - Moratorium Wahleingriffe / paramedizinische Leistungen während 1. Welle
 - Verzicht auf ärztliche Vorstellung aufgrund Angst vor Ansteckung im Spital und überfüllten Spitälern
 - Übernahme von Testkosten durch Bund seit Ende Juni 2020
- **Gesamtausgabenwachstum:** 2019 (+2.8%), 2020 (+2.9%), **2021 (+7.3%)**, 2022 (+1.3%)
 - Santésuisse (2022): Kostenanstieg + 5.1% in OKP → Aufholeffekte nach 2020
 - Geschätzte **Behandlungskosten** für stationäre Covid-19-Behandlung:
 - 2020: ca. 563 Mio. CHF; 2021: ca. 566 Mio. CHF

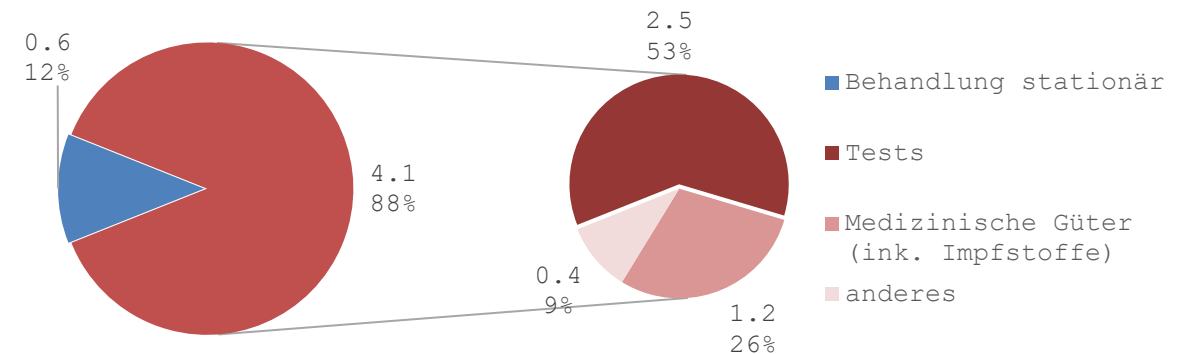
GELD FLIESST IN PRÄVENTION UND STÜTZMASSNAHMEN

- Viel Geld wurde insbesondere für **nicht-medizinische** Stützmassnahmen aufgewendet
- 2021 wurde über 7x mehr für Prävention (insb. Tests) ausgegeben als für Spitalbehandlungen

Ausgaben für Behandlung und Prävention von COVID-19 sowie Stützmassnahmen 2020 und 2021 (in Mia. CHF)



Behandlung vs. Prävention (2021)
(in Mia. CHF)



Quelle: eigene Darstellung basierend auf: Covid-19: Auswirkungen auf die Bundesfinanzen (EFV) und Zwischenbericht Postulat 20.3135 SGK-SR (2021)

DISKUSSION I

- Ökonomen reden viel über Angebot, Nachfrage und den Preise.
- Bei der Pandemiebekämpfung folgt man seit Anfang an dem Prinzip, durch Massnahmen, Testungen und Impfung die **Nachfrage** insbesondere nach Intensivbehandlung zu **senken**.
- Aber auch auf der **Angebotsseite** könnte angesetzt werden.
- Hoher Anteil an Berufs- und Branchenwechsel bereits vor der Pandemie (insbesondere beim Pflegepersonal)

T 1 Berufsaustritte nach Austrittstyp, Schweiz, 2016–2018

Berufsgruppe	Austritt Erwerbstätigkeit	Berufswechsel	Branchenwechsel	Total Berufsaustritte
Ärztinnen/Ärzte	8,6%	12,4%	10,2%	31,1%
Zahnärztinnen/-ärzte	10,1%	10,3%	(6,5%)	26,9%
Pflegefachpersonal	14,7%	19,3%	8,5%	42,5%
Pflegepersonal Sek. II	10,0%	11,7%	20,0%	41,7%
Pflegepersonal ohne formelle Ausbildung	15,3%	15,7%	6,7%	37,7%
Hebammen	16,0%	19,1%	8,3%	43,4%
Physiotherapie	8,0%	9,7%	9,3%	27,1%
Medizinisch-technische Berufe	10,2%	18,5%	13,2%	41,9%
MPA	14,0%	27,2%	5,1%	46,4%

Quelle: OBSAN (2021)

DISKUSSION II

- Ansatz des ehemaligen Spitaldirektors Werner Widmer: Behandlungs**angebot vergrössern**, wobei das Personal der entscheidende Faktor ist:
 - „Die ökonomische Antwort auf einen Nachfrageüberschuss lautet: Der Preis für das Angebot wird erhöht. Würde der Bundesrat den Spitälern für jeden Covid-Patienten auf der Intensivstation (IPS) den doppelten Betrag bezahlen, könnten die Spitäler **die Löhne des Pflegepersonals ebenfalls verdoppeln**. Dies unter der Voraussetzung, dass die Pflegenden ihr Pensum nicht reduzieren, sondern eher noch erhöhen. Ein solcher finanzieller Anreiz würde ehemalige IPS-Pflegende motivieren, vorübergehend wieder zu arbeiten. Wir haben in der Schweiz eine ganze Reservearmee von ehemaligen IPS-Fachleuten.“
- Was halten Sie von diesem Ansatz?

Fazit



FAZIT

- Der Gesundheitsmarkt unterscheidet sich stark von einem funktionierenden freien Markt. Am wichtigsten hierbei sind die fehlende Kostenwahrheit durch die Krankenversicherung, welche «**Moral Hazard**» und Überkonsum verursacht, die **asymmetrische Information** und die **Tarifvergütung**.
- Mitverursacher des ungebremsten Kostenanstiegs im Gesundheitswesen sind **technologische Innovation** auf der Angebotsseite und **kulturelle Gründe** auf der Nachfrageseite. Auch der demografische Wandel ist relevant.
- Die Hoffnungen auf eine gesundheitskostenbremsende Wirkung der zahlreichen regulatorischen Interventionen in den vergangenen Jahren haben sich nicht erfüllt. Aktuell diskutierte politische Massnahmen – allen voran die OKP-Zielvorgabe – zielen auf eine grundlegendere Reform ab, die eine Kostensenkung erwirken soll.
- Durch die gewinnorientierte neue Spitalfinanzierung mittels Fallpauschalen sehen sich auch klinisch tätige Spitalkader vermehrt finanziellem Druck ausgesetzt. Der **Spagat zwischen ökonomischen Zielvorgaben und Maximierung des Patientenwohls** ist daher ein Spannungsfeld von zunehmender Bedeutung.
- Die aktuelle **Covid-19 Pandemie** rückt alte Finanzierungsfragen wieder ins Licht und lässt neue Finanzierungsfragen aufkommen.

LITERATUR I

Brunner, B.; Wieser, S.; Maurer, M.; Stucki, M.; Nemitz, J.; Schmidt, M.; Brack, Z.; Lenzen, G.; Trageser, J.; von Stokar, T.; Gschwend, E.; Vettori, A. (2019). Effizienzpotenzial bei den KVG-pflichtigen Leistungen. Studie von Infras und dem Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit.

Bundesrat (2021). Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Kostenträger im Gesundheitswesen. Zwischenbericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 20.3135 SGK-SR vom 21. April 2020.

Crivelli, L.; Filippini, M. & Mosca, I. (2006). Federalism and regional health care expenditures: an empirical analysis for the Swiss cantons. Health Economics, 15, 535-541.

Expertengruppe Kostendämpfung (2017). Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Bericht der Expertengruppe vom 24. August 2017.

Hochuli, P. (2020). Losing body weight for money: How provider-side financial incentives cause weight loss in Swiss low-birth-weight newborns. Wiley Health Economics.

KOF Konjunkturforschungsstelle (2021). KOF Prognose der Gesundheitsausgaben Herbst 2021

LITERATUR II

OBSAN (2021). Berufsaustritte und Bestand von Gesundheitspersonal in der Schweiz. Eine Analyse auf Basis der Strukturhebungen 2016-2018. OBSAN Bericht 01/2021.

Reich, O.; Weins, C.; Schusterschitz, C. & Thöni, M. (2012). Exploring the disparities of regional health care expenditures in Switzerland: some empirical evidence. European journal of health economics, 13, 193-202.

Rutz, S.; Mattmann, M.; Häner, M.; Slembeck, T. (2021). Regulierungsfolgenabschätzung zu einer Zielvorgabe für die Kostenentwicklung in der OKP. Studie im Auftrag des BAG und des Seco.

Trageser, J.; Vettori, A.; Iten, R.; Crivelli, L. (2012). Effizienz, Nutzung und Finanzierung des Gesundheitswesens. Studie im Auftrag der Akademien der Wissenschaften Schweiz. Bern.

Trageser, J.; Gschwend, E.; von Stokar, T.; Wieser, S.; Maurer, M.; Brunner, B. (2018). Effizienzpotenzial in der OKP. Bericht zur Literaturanalyse. Bericht von Infrac und dem Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit.

Wille, N., Glarner, J. & Schlup, J. (2018). Die FMH zur Dämpfung des Kostenanstiegs im Gesundheitswesen. Schweiz Ärztezeitung, 99, 224-6.