

Regulierungsfolgenabschätzung zu einer Zielvorgabe für die Kostenentwicklung in der OKP

Schlussbericht

Dr. Samuel Rutz

Dr. Matteo Mattmann

Melanie Häner

Prof. Dr. Tilman Slembeck

Studie im Auftrag des BAG und des SECO

29.01.2021

ISSN 2235-1868

Titel: Regulierungsfolgenabschätzung zu einer Zielvorgabe für die Kostenentwicklung in der OKP

Status: Schlussbericht

Datum: 29.01.2021

Autoren: Samuel Rutz, Matteo Mattmann, Melanie Häner, Tilman Slembeck

Kontakt: Samuel Rutz, samuel.rutz@swiss-economics.ch, +41 44 500 56 27

Disclaimer

Diese Regulierungsfolgenabschätzung wurde von Swiss Economics SE AG und Prof. Tilman Slembeck im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und des Staatsekretariats für Wirtschaft (SECO) erstellt. Prof. Tilman Slembeck war Mitglied der 2017 vom Eidgenössischen Departement des Innern beauftragten Expertengruppe zu kostendämpfenden Massnahmen. Obwohl die Autoren sich bemühen, nur wahre und korrekte Informationen zu verwenden und eigene Aussagen sorgfältig zu tätigen, kann hinsichtlich der Richtigkeit, Aktualität, Genauigkeit, Zuverlässigkeit, Vollständigkeit und Verwendbarkeit der nachfolgenden Informationen weder Gewähr noch Haftung übernommen werden. Der vorliegende Text gibt die Auffassung der Autoren wieder. Diese muss nicht notwendigerweise mit derjenigen des Auftraggebers übereinstimmen. Swiss Economics und Prof. Tilman Slembeck haften in keinem Fall für Schäden oder Folgeschäden jeglicher Art, die in irgendeiner Weise im Zusammenhang mit den nachfolgend bereitgestellten Informationen stehen. Die nachfolgenden Informationen stellen keine rechtliche Beratung dar.

Geschlechterneutrale Sprache

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde im Text die männliche Form gewählt, nichtsdestoweniger bezieht sie sich auf beide Geschlechter.

© Swiss Economics SE AG
Weinbergstrasse 102, CH-8006 Zürich
www.swiss-economics.ch

Zusammenfassung

Ausgangslage und Vorgehen

Seit dem Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) am 1. Januar 1996 haben die Bruttoleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) um rund 160 Prozent zugenommen. Auch im Verhältnis zum Bruttoinlandprodukt (BIP) ist das Wachstum der OKP-Kosten seit Jahren überdurchschnittlich. Da diese Entwicklung in der langen Frist die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems in Frage stellt, ist das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) vom Bundesrat 2019 beauftragt worden, eine Zielvorgabe für die Kostenentwicklung in der OKP zu erarbeiten. Die Zielvorgabe ist Bestandteil des zweiten Massnahmenpakets zur Kostendämpfung, das bis am 19. November 2020 in der Vernehmlassung war.

Bei der Zielvorgabe handelt es sich um eine Vorgabe für ein maximales Wachstum der Ausgaben der OKP in einem bestimmten Jahr. Sie soll sicherstellen, dass künftiges Kostenwachstum auf ein tragbares Mass beschränkt wird, ohne den Zugang der Versicherten zu einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung einzuschränken.

Vor diesem Hintergrund haben das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und das Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO) Swiss Economics SE AG beauftragt, eine vertiefte Regulierungsfolgenabschätzung (RFA) zu den Auswirkungen einer Zielvorgabe für das Kostenwachstum zu verfassen. Die durchgeführte RFA orientiert sich an den Vorgaben des SECO und untersucht die nachfolgenden fünf Prüfpunkte (SECO, 2013a & 2013b).

Prüfpunkt 1: Notwendigkeit und Möglichkeit staatlichen Handelns

Die RFA identifiziert im Rahmen des ersten Prüfpunkts Handlungsbedarf. So war das Wachstum der OKP-Kosten im Verhältnis zum BIP in den letzten Jahren stark überdurchschnittlich. Umfragen benennen das Wachstum der Gesundheitskosten und der Versicherungsprämien seit Jahren als eine der Hauptsorgen der Schweizer Bevölkerung.

Aus einer ökonomischen (Effizienz-)Perspektive bestehen zudem verschiedene Arten von Markt- und Regulierungsversagen im heutigen Gesundheitswesen. Beispiele von Marktversagen umfassen insbesondere die asymmetrische Information zwischen Leistungserbringern und Patienten in Kombination mit der Ausgestaltung der OKP als Sozialversicherung mit nicht risikogerechten Prämien. Gerade letzteres kann zu einer Überinanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch die Versicherten führen (sog. «Moral Hazard»).

Andererseits lässt sich Regulierungsversagen etwa in Form des Kontrahierungszwangs identifizieren, welcher der zugelassenen Ärzteschaft die Möglichkeit zur Abrechnung zulasten der OKP weitgehend ohne quantitative und qualitative Limitationen garantiert und den Versicherern eine Funktion als «Gatekeeper» verunmöglicht. Zudem müssen die duale Finanzierung mittels Prämien und Steuern sowie die unterschiedlichen Tarifsysteme als Systembrüche bezeichnet werden, die zu verschiedenen Fehlanreizen führen. Nicht zuletzt werden die im KVG vorgegebenen Erfordernisse der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit von Gesundheitsleistungen (WZW-Kriterien) in der Praxis nur lückenhaft umgesetzt und es fehlen wirksame «Checks and Balances» zur Kostenkontrolle. Die Folgen dieser Markt- und Regulierungsversagen sind Ineffizienzen, die in überdurchschnittlichen Kostensteigerungen münden. Laut Schätzungen betragen die Ineffizienzen im Schweizer Gesundheitswesen knapp 20 Prozent der Kosten KVG-pflichtiger Leistungen (Trageser et al., 2012, und Brunner et al., 2019).

Der primäre Zweck einer Zielvorgabe für das Kostenwachstum ist daher die Steigerung der Effizienz im Gesundheitswesen. Dabei sind jedoch Zielkonflikte möglichst zu vermeiden. Insbesondere sollen die Versorgungssicherheit gewährleistet bleiben, der Vollzugsaufwand minimiert und der regulierte Wettbewerb möglichst nicht tangiert werden.

Prüfpunkt 2: Auswirkungen auf einzelne gesellschaftliche Gruppen

Die Resultate aus Prüfpunkt 2 illustrieren, wie die verschiedenen Stakeholder im Gesundheitswesen von der Einführung einer Zielvorgabe für das Kostenwachstum betroffen wären. Das Ausmass der Betroffenheit unterscheidet sich dabei naturgemäss stark zwischen den Stakeholdern und es kommt zu erheblichen Verteilungswirkungen. Insbesondere unterscheiden sich die Interessen der Privathaushalte – die mit Abstand grösste von einer Zielvorgabe betroffene Gruppe – von den Interessen der Leistungserbringer. So können die Privathaushalte im Vergleich zum Status quo mit einem positiven Gesamteffekt einer Zielvorgabe rechnen. Dies, weil eine Zielvorgabe erwartungsgemäss in einer Abschwächung des Prämienwachstums sowie des Wachstums der kantonalen Steuerbelastung durch Gesundheitsausgaben resultiert. In erster Linie sind folglich Kostenauswirkungen zu erwarten. Gleichzeitig sind jedoch leicht negative Effekte auf den Zugang zum Gesundheitssystem denkbar. Diese könnten das Resultat von Ausweichreaktionen der Leistungserbringer sein und den Kosteneinsparungen entgegenwirken. Denkbar wären überdies auch Auswirkungen auf die Behandlungsqualität. Dies scheint aber eher unwahrscheinlich, da die Leistungserbringer unter Kostendruck vor allem unnötige Leistungen reduzieren dürften und kaum auf notwendige Behandlungen verzichten. Dafür sprechen die folgenden Gründe:

- Aufgrund verbindlicher Richtlinien der Ärztenverbände zur medizinischen Behandlung ist der Spielraum der Leistungserbringer zur Reduktion unnötiger Leistungen¹ höher als zur Reduktion notwendiger Leistungen.
- Die Unterlassung notwendiger Leistungen oder eine unsachgemässe Minderung der Qualität der Leistungen generiert in der Regel zusätzliche Behandlungskosten, welche die Gesamtkosten eines Leistungserbringers letztlich erhöhen. Im Rahmen des Regimes eines Kostenwachstumsziels besteht also – insbesondere bei einer grob differenzierten Zielvorgabe, also einer Zielvorgabe, die nur nach grob definierten Kostenblöcken unterscheidet – grundsätzlich nur ein geringer Anreiz für ein solches Verhalten seitens der Leistungserbringer, weil damit die Zielerreichung erschwert würde.
- Die geplante gleichzeitige Einführung eines Qualitätsmonitorings sollte die Reduktion notwendiger Leistungen zusätzlich erschweren.
- Selbst falls neben unnötigen auch gewisse notwendige Leistungen reduziert würden, wären die Nettoauswirkungen auf die Qualität nicht eindeutig. So ist es durchaus denkbar, dass die Qualitätssteigerung, die durch ein reduziertes Wachstum unnötiger Leistungen erzielt wird, deutlich grösser ausfällt als die Qualitätseinbüsse, die durch den geringeren Anstieg einzelner notwendiger Leistungen verursacht würde.
- Letztlich darf man davon ausgehen, dass die allermeisten Leistungserbringer ein hohes Berufsethos haben und deshalb kaum objektiv notwendige Leistungen reduzieren werden.

Zudem gilt es zu beachten, dass eine Zielvorgabe einen *marginalen* Kosteneffekt hat. Marginal bedeutet in diesem Kontext, dass die Zielvorgabe das *Wachstum* der Kosten beschränkt, diese

¹ Unnötige Leistungen werden auch als «Overuse» bezeichnet. Damit sind Leistungen gemeint, deren Risiken den potenziellen Nutzen übersteigen (Gerber et al., 2016).

aber nicht reduziert. Es wird also auch unter einer Zielvorgabe Kostenwachstum geben – im Gegensatz zur Situation unter einem harten Budget oder einer Deckelung der Kosten. Daher hat eine Zielvorgabe mit hoher Wahrscheinlichkeit auch höchstens einen geringen Effekt auf mögliche Qualitätsveränderungen. Da jedoch ein empirisch bestätigtes, hohes Potenzial zur Steigerung der Effizienz im Gesundheitswesen besteht, könnten wohl weit mehr Leistungen reduziert werden, als eine Zielvorgabe anreizt – und dies ohne signifikante Effekte auf die Leistungsqualität.

Prüfpunkt 3: Auswirkungen auf die Gesamtwirtschaft

Auf gesamtwirtschaftlicher Ebene ist in Folge der Einführung einer Zielvorgabe für das Kostenwachstum mit einer Kosteneinsparung im Sinne eines *Minderwachstums* zu rechnen. In einer rein statischen Betrachtung – basierend auf einem Modell der Eidgenössischen Finanzverwaltung (EFV) – wird die durchschnittliche jährliche Kosteneinsparung auf einen Zeithorizont von 30 Jahren auf CHF 3.4 Mrd. geschätzt; sie steigt progressiv von 0 bis auf CHF 8.9 Mrd. pro Jahr nach 30 Jahren. Unter einem Zielvorgabenszenario kann 30 Jahre nach Einführung mit KVG-Kosten von 7.9 Prozent des BIP gerechnet werden (gegenüber 6.6% heute). Im Referenzszenario ohne Zielvorgabe wird zum selben Zeitpunkt von Kosten von 8.6 Prozent des BIP ausgegangen.

Es ist jedoch zu betonen, dass es sich hierbei nur um Projektionen bezüglich der möglichen Größenordnung der Einsparungen handelt. Die Unsicherheit in den resultierenden Zahlen ist dementsprechend gross und die Resultate sind mit Vorsicht zu interpretieren. So hängen diese einerseits von den im Modell getroffenen Annahmen ab, welche zwar grundsätzlich als plausibel eingestuft werden können. Trotzdem sind alternative Annahmen – mit entsprechenden Auswirkungen auf die potenziellen Kostenersparnisse – denkbar. Andererseits hängen die tatsächlichen Einsparungen auch massgeblich von den Anpassungsreaktionen der verschiedenen Stakeholder (insbesondere der Leistungserbringer) ab. Mögliche Ausweichreaktionen umfassen etwa die verstärkte Fokussierung auf margenstarke Leistungen oder auf die Behandlung von Zusatzversicherten.

Das Ausmass dieser und anderer Ausweichreaktionen ist auf Basis des momentanen Konkretisierungsstands der Regulierung schwierig zu bestimmen, da verschiedene Bestandteile der Zielvorgabe nicht abschliessend vorgegeben sind und ihre Umsetzung von verschiedenen Akteuren – insbesondere den Kantonen – abhängt. Grundsätzlich zeichnet zwar die Evidenz zur internationalen Erfahrung mit budgetären Vorgaben ein positives Bild solcher Massnahmen. Aufgrund der geringen Anzahl an Studien sowie der mangelnden Vergleichbarkeit ausländischer Erfahrungen mit der schweizerischen Zielvorgabe ist aber bei der Interpretation dieser Evidenz grosse Vorsicht geboten. Um die Wirksamkeit von Kostenwachstumszielen insgesamt beurteilen zu können, gilt es zudem auch den Vollzugaufwand zu berücksichtigen. Dieser wird im fünften Prüfpunkt abgeschätzt.

Wiederum soll hier zudem auf den marginalen Charakter der Zielvorgabe und auf ihren Zweck, das *Kostenwachstum* zu beschränken, hingewiesen werden. Es kann daher nicht davon ausgegangen werden, dass das vermutete Effizienzpotenzial von knapp 20 Prozent der Kosten KVG-pflichtiger Leistungen vollständig realisiert wird.

Prüfpunkt 4: Alternative Regelungen

Optimierungsmöglichkeiten der Zielvorgabe bestehen in erster Linie in Bezug auf die Stärkung der Anreizwirkungen. Dabei ist primär die Konkretisierung der Vorlage bezüglich verschiedener Parameter zu erwähnen. Bestehende Unklarheiten umfassen etwa die Berechnungsart der Kostenziele, die Definition der Kostenblöcke, die Festlegung der Kostenziele durch die Kantone oder

die Massnahmen bei Überschreitung der Zielvorgabe. Einige dieser Unklarheiten sind beabsichtigt, da an der bestehenden Kompetenzteilung und der Dezentralität des Gesundheitssystems möglichst wenig geändert werden soll, andere werden mit hoher Wahrscheinlichkeit auf Verordnungsstufe konkretisiert. Da eine Regulierungsvorlage mit einer hohen Zahl an Unbekannten ihre Handlungsziele kaum auf die effizienteste Weise erreicht, empfiehlt es sich, soweit möglich, einzelne der Elemente des Regelungsentwurfs zu konkretisieren (vgl. die Diskussion in Abschnitt 5.1).

Des Weiteren könnte ein Bonus/Malus-System in Betracht gezogen werden, um bisher effiziente Leistungserbringer durch die Einführung einer Zielvorgabe nicht zu bestrafen. Schliesslich bergen die Vorgaben zur zeitlichen Definition der Kostenziele – in Kombination mit verzögerter Datenverfügbarkeit – das Risiko einer ineffizienten Zielfestlegung. Dem könnte etwa durch eine Erhöhung der Effizienz des Leistungs- und Kostenmonitorings begegnet werden. Nicht zuletzt deshalb wird gemäss dem Erläuternden Bericht zur Eröffnung des Vernehmlassungsverfahrens² auch eine bessere Datenverfügbarkeit zur Umsetzung der Zielvorgabe anvisiert.

In Prüfpunkt 4 wird überdies eine Vielzahl an weiteren innovativen kostendämpfenden Massnahmen diskutiert. Diese reichen von grundsätzlichen Änderungen in der Gesundheitsversorgung – etwa die verstärkte Integration der verschiedenen Bereiche des Gesundheitswesens oder die Einführung von «Value-based Healthcare»-Elementen – über verschiedene Vorschläge zur effizienteren Behandlung und Finanzierung im Kontext von stationären und ambulanten Leistungen bis zu Alternativen im Bereich interkantonalen Spitalplanung, Förderung von Generika, Stärkung der Prävention, Erhöhung der Transparenz und einer konsequenteren Umsetzung bisheriger Regulierungen.

Nebst innovativen Instrumenten existieren bereits heute verschiedene kostendämpfende Massnahmen im schweizerischen Gesundheitssystem. Einerseits sind diesbezüglich die im ersten Paket zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen³ vorgesehenen Massnahmen zu erwähnen. Andererseits bestehen im KVG heute schon die Möglichkeiten zu kantonalen Globalbudgets und Zulassungsbeschränkungen.

Es gilt zu beachten, dass sich einige der neu angedachten und der bereits bestehenden Instrumente durch eine Zielvorgabe potenziell substituieren liessen. Ein Beispiel hierfür sind die Globalbudgets. Diese und andere Massnahmen könnten hingegen auch komplementär wirken. Die Komplementarität ergibt sich dadurch, dass der von einer Zielvorgabe ausgehende Kostendruck das System im Idealfall «unter Strom» setzt – also die Nutzung bereits bestehender und innovativer Instrumente zur Kostendämpfung anreizt. Die bestehende Unsicherheit bezüglich der konkreten Ausgestaltung und Umsetzung der geplanten Zielvorgabe erschwert allerdings die Kategorisierung von Sparmassnahmen in potenzielle Substitute und Komplemente.

Prüfpunkt 5: Zweckmässigkeit im Vollzug

Für die Tarifpartner wird der grösste Vollzugsaufwand bei der Beschaffung und Aufbereitung der Daten geortet. Ferner ist ein erhöhter Aufwand in Verbindung mit einem möglichen Anstieg

² Vgl. Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2); Erläuternder Bericht zur Eröffnung des Vernehmlassungsverfahrens vom 19. August 2020.

³ Vgl. KVG-Revision: Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1 (<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/kvg-revision-massnahmen-zur-kostendaempfung-Paket-1.html>) [16.12.2020]

an Rechtsstreitigkeiten zu erwarten. Für die öffentliche Hand sind hingegen die Festlegung der Kostenziele sowie die Korrekturmassnahmen erwartungsgemäss am aufwändigsten.

Ohne die konkrete Ausgestaltung der Zielvorgabe für das Kostenwachstum in den jeweiligen Kantonen zu kennen, lässt sich der Vollzugsaufwand weder für die Tarifpartner noch für die öffentliche Hand im Detail quantifizieren. Eine grobe Quantifizierung, die im Sinne einer Untergrenze interpretiert werden kann, ergibt, dass sich der zu erwartende Aufwand in Grenzen hält und jährlich im einstelligen Millionenbereich liegt. Für die verschiedenen Beteiligten ergibt sich zwar ein gewisser Initialaufwand, der Zusatzaufwand nach Implementierung der Zielvorgabe wird jedoch als eher gering eingeschätzt. Bei dieser Schätzung wird davon ausgegangen, dass die kostspielige Datenbereitstellung und -aufbereitung aufgrund anderer geplanter Regulierungen unabhängig von einer Zielvorgabe erbracht werden müsste. Zudem werden die Vollzugskosten allfälliger Folgeregulierungen und Rechtsstreitigkeiten, die durch die Zielvorgabe ausgelöst werden könnten, nicht berücksichtigt.

Fazit

Wie diese RFA zeigt, ist das gesamtwirtschaftliche Einsparpotenzial einer auf das Kostenwachstum fokussierenden Zielvorgabe hoch. In einer statischen Betrachtung wird das durchschnittliche Minderwachstum auf einen Zeithorizont von 30 Jahren auf CHF 3.4 Mrd. pro Jahr projiziert. Selbst unter Berücksichtigung des Vollzugsaufwands und möglichen Ausweichreaktionen kann somit von einem positiven Nettoeffekt einer Zielvorgabe ausgegangen werden. Die Auswirkungen der verschiedenen Arten von Markt- und Regulierungsversagen im Schweizer Gesundheitswesen können durch eine Zielvorgabe reduziert und das Wachstum der Ineffizienzen gebremst werden. Dies kommt insbesondere den Privathaushalten zugute, die mit einem geringeren Kostenwachstum bei voraussichtlich qualitativ kaum schlechteren Leistungen rechnen können.

Die Unsicherheit bezüglich der Kostenprojektionen ist allerdings hoch. Sie sind daher mit gebührender Vorsicht zu interpretieren. Ursächlich dafür sind einerseits die möglichen Ausweichreaktionen der Leistungserbringer, die zum jetzigen Zeitpunkt kaum abschliessend beurteilt werden können. Andererseits sind mehrere Bestandteile des Regulierungsentwurfs bis dato nicht endgültig vorgegeben und ihre konkrete Umsetzung ist von verschiedenen Akteuren abhängig. Gerade Letzteres erschwert die Durchführung einer RFA fundamental, auch wenn versucht wurde, die angesprochenen Unsicherheiten im Rahmen der vorliegenden RFA über die Spezifikation möglichst plausibler Szenarien zu berücksichtigen. Dennoch sind letztlich nicht nur die Resultate zu den gesamtwirtschaftlichen Auswirkungen einer Zielvorgabe mit einer gewissen Unsicherheit behaftet, sondern auch die Erkenntnisse zu den Effekten auf die verschiedenen Stakeholder und die Zweckmässigkeit im Vollzug.

Résumé

Situation initiale et approche

Depuis l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) le 1er janvier 1996, les prestations brutes de l'assurance obligatoire des soins (AOS) ont augmenté d'environ 160 %. La croissance des coûts de l'AOS est supérieure à la croissance moyenne du produit intérieur brut (PIB) depuis des années. Cette évolution remettant en cause la viabilité financière du système de santé à long terme, le Conseil fédéral a chargé en 2019 le Département fédéral de l'intérieur (DFI) d'établir un objectif de maîtrise des coûts de l'AOS. Cet objectif fait partie du deuxième volet de mesures de maîtrise des coûts, qui a été mis en consultation jusqu'au 19 novembre 2020.

L'objectif consiste en la fixation d'une hausse annuelle maximale des coûts de l'AOS. Il vise à garantir que la croissance future des coûts soit limitée à un niveau supportable sans restreindre l'accès des assurés à des soins de santé de qualité.

Dans ce contexte, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et le Secrétariat d'État à l'économie (SECO) ont chargé Swiss Economics SE AG de réaliser une analyse d'impact de la réglementation (AIR) approfondie sur les effets d'un objectif de maîtrise des coûts. Cette AIR est basée sur les lignes directrices du SECO et examine les cinq points suivants (SECO, 2013a et 2013b).

Point 1 : Nécessité et possibilité d'une intervention de l'État

Au point 1 de l'AIR, un besoin d'intervention est identifié. La croissance des coûts de l'AOS a été nettement supérieure à la croissance moyenne du PIB ces dernières années. De plus, des enquêtes ont révélé que la hausse des coûts de la santé et des primes d'assurance est l'une des principales préoccupations de la population suisse depuis des années.

D'un point de vue économique (c'est-à-dire sous l'angle de l'efficacité), le système de santé actuel présente différents types de défaillances du marché et réglementaires. Les exemples de défaillances du marché comprennent notamment l'asymétrie d'information entre les prestataires de soins et les patients, combinée à la structure de l'AOS en tant qu'assurance sociale dont les primes ne sont pas ajustées au risque. Ce dernier point peut conduire à une utilisation excessive des prestations de santé par les assurés (ce qu'on appelle le « Moral Hazard »).

D'autre part, des défaillances réglementaires peuvent être identifiées en ce qui concerne par exemple l'obligation de contracter, qui garantit aux médecins admis la possibilité de pratiquer à la charge de l'AOS presque sans limites quantitatives et qualitatives, et qui empêche les assureurs d'agir en tant que « Gatekeeper ». En outre, le financement dual par le biais des primes et des impôts ainsi que les différents systèmes tarifaires doivent être considérés comme des ruptures du système et sont à l'origine de différentes incitations inopportunes. Enfin et surtout, les exigences d'efficacité, d'adéquation et d'économicité des prestations de soins (critères EAE) stipulées dans la LAMal ne sont mises en œuvre que de manière incomplète dans la pratique, et des « Checks and Balances » efficaces font défaut pour le contrôle des coûts. Ces défaillances du marché et réglementaires se traduisent par des inefficiences qui entraînent une croissance des coûts excessive. Selon les estimations, les inefficiences du système de santé suisse représentent près de 20 % des coûts des prestations soumises à la LAMal (Trageser et al., 2012, et Brunner et al., 2019).

L'objectif principal d'un objectif de maîtrise des coûts est donc d'améliorer l'efficacité du système de santé. Dès lors, il faut éviter autant que possible les conflits d'objectifs. En particulier, la sécurité d'approvisionnement doit être garantie, les coûts de mise en œuvre doivent être minimisés et il convient dans la mesure du possible de ne pas porter atteinte à la concurrence régulée.

Point 2 : Conséquences pour les différents groupes de la société

Les résultats du point 2 illustrent la manière dont les différentes parties prenantes du système de santé seraient affectées par l'introduction d'un objectif de maîtrise des coûts. Par la force des choses, la mesure dans laquelle chaque partie prenante serait affectée varie grandement, et les effets sur la distribution des revenus sont considérables. En particulier, les intérêts des ménages privés – de loin le plus grand groupe touché par un objectif de maîtrise des coûts – diffèrent des intérêts des prestataires de soins. Ainsi, les ménages privés peuvent s'attendre à un effet global positif d'un objectif de maîtrise des coûts par rapport au statu quo. En effet, un tel objectif devrait entraîner un ralentissement de la croissance des primes et un ralentissement de l'augmentation de la charge fiscale cantonale due aux dépenses de santé. Il faut donc s'attendre avant tout à des effets sur les coûts. En même temps, des effets légèrement négatifs sur l'accès au système de soins de santé sont également concevables. Ceux-ci pourraient être le résultat de réactions des prestataires de soins visant à éviter les conséquences de l'objectif de maîtrise des coûts et pourraient contrecarrer les économies réalisées. En outre, des effets sur la qualité du traitement seraient également concevables. Toutefois, cela semble plutôt improbable, car, sous la pression des coûts, les prestataires de soins auront en effet tendance à réduire les prestations superflues et ne renonceraient pas aux traitements nécessaires. Les raisons suivantes l'indiquent :

- En raison des directives contraignantes sur les traitements médicaux émises par les associations de médecins, la marge de manœuvre des prestataires de soins pour réduire les prestations superflues⁴ est plus grande que celle pour réduire les prestations nécessaires.
- L'omission de prestations nécessaires ou une réduction inappropriée de la qualité de celles-ci génèrent généralement des coûts de traitement supplémentaires, qui augmentent en fin de compte les coûts totaux d'un prestataire de soins. Dans le cadre d'un objectif de maîtrise des coûts, un tel comportement de la part des prestataires de soins n'est donc en principe guère encouragé – surtout dans le cas d'un objectif approximativement différencié, c'est-à-dire un objectif qui ne se différencie que par des blocs de coûts définis de façon approximative –, car cela rendrait plus difficile encore la réalisation de l'objectif.
- L'introduction simultanée, telle que prévue, d'un contrôle de la qualité devrait rendre la réduction des prestations nécessaires encore plus difficile.
- Même dans l'hypothèse où certaines prestations nécessaires seraient réduites en sus des prestations superflues, l'impact net sur la qualité ne serait pas clair. Il est ainsi tout à fait concevable que l'augmentation de la qualité obtenue par une réduction de la croissance des prestations superflues soit sensiblement plus importante que la baisse de la qualité qui serait causée par une augmentation plus faible de certaines prestations nécessaires.
- Finalement, on peut supposer que la grande majorité des prestataires de soins ont une haute éthique professionnelle et ne réduiront donc pas ou peu les prestations objectivement nécessaires.

Il convient également de noter qu'un objectif de maîtrise des coûts a un effet de coût *marginal*. Dans ce contexte, *marginal* signifie que l'objectif freine la *hausse* des coûts mais ne réduit pas ceux-ci. Les coûts augmenteront donc également avec un objectif de maîtrise des coûts – par opposition aux cas de figure d'un budget strict ou d'un plafonnement des coûts. Il est donc très probable

⁴ Les prestations superflues sont également appelées « overuse ». Il s'agit de prestations dont les risques dépassent les bénéfices potentiels (Gerber et al., 2016).

qu'un objectif de maîtrise des coûts n'ait tout au plus qu'un faible effet sur le niveau de la qualité. Toutefois, comme il existe un potentiel d'amélioration élevé et confirmé empiriquement de l'efficacité du système santé, il est probable qu'un nombre bien plus important de prestations pourraient être réduites, au-delà de ce qu'un objectif de maîtrise des coûts induirait – et ce sans effets significatifs sur la qualité des prestations.

Point 3 : Conséquences pour l'économie dans son ensemble

Pour l'économie dans son ensemble, l'introduction d'un objectif de maîtrise des coûts devrait se traduire par des économies de coûts sous la forme d'une *croissance réduite*. Dans une analyse purement statique – basée sur un modèle de l'Administration fédérale des finances (AFF) – l'économie de coûts annuelle moyenne sur un horizon de 30 ans est estimée à 3.4 milliards de francs suisses ; elle augmente progressivement de 0 à 8.9 milliards de francs par année pendant 30 ans. Dans un tel scénario avec objectif de maîtrise des coûts, on peut s'attendre à ce que les coûts de la LAMal représentent 7.9 % du PIB, 30 ans après son introduction (6.6 % actuellement). Le scénario de référence, sans objectif de maîtrise des coûts, prévoit que les coûts de la LAMal représentent 8.6 % du PIB au même horizon temporel.

Il convient toutefois de souligner qu'il s'agit uniquement de projections concernant l'ampleur possible des économies de coûts. De fortes incertitudes subsistent donc concernant les chiffres obtenus et les résultats doivent être interprétés avec précaution. Ceux-ci dépendent d'une part des hypothèses formulées dans le modèle, qui peuvent certes être considérées comme plausibles. D'autres hypothèses sont toutefois concevables, qui ont des effets sur les économies de coûts potentielles. D'autre part, les économies de coûts effectives dépendent aussi largement des réactions des différentes parties prenantes (en particulier des prestataires de soins). Une réaction possible afin d'éviter en partie l'objectif de maîtrise des coûts, serait de se concentrer sur les prestations à marge élevée ou sur le traitement des patients bénéficiant d'une assurance complémentaire.

En l'état actuel de concrétisation de la réglementation, il est difficile de déterminer l'ampleur de cette réaction ou d'autres réactions visant à éviter les conséquences de l'objectif de maîtrise des coûts. En effet, différentes composantes de l'objectif de maîtrise des coûts ne sont pas fixées de manière définitive et leur mise en œuvre dépend de divers acteurs – en particulier des cantons. L'expérience d'autres pays en matière de prescriptions budgétaires donne certes une image positive de ces mesures. Toutefois, en raison du nombre restreint d'études et de la comparabilité insuffisante de ces expériences à l'étranger avec l'objectif de maîtrise des coûts en Suisse, une grande prudence s'impose dans l'interprétation de ces informations. Afin de pouvoir évaluer l'efficacité globale de l'objectif de maîtrise des coûts, il est également nécessaire de prendre en compte les coûts de mise en œuvre. Ceux-ci sont évalués au point 5 du présent AIR.

Ici encore, il convient de mentionner la nature marginale de l'objectif de maîtrise des coûts et son but qui est de limiter la *hausse* des coûts. On ne peut en revanche pas partir du principe que le potentiel d'efficacité, estimé à environ 20 % des coûts des prestations soumises à la LAMal, sera pleinement réalisé.

Point 4 : Options envisageables

Il existe des possibilités d'optimiser l'objectif de maîtrise des coûts, avant tout en renforçant les effets d'incitations. Dans ce contexte, il convient de mentionner en premier lieu la concrétisation du projet relativement à différents paramètres. Des indéterminations demeurent, en ce qui concerne par exemple la méthode de calcul des objectifs de coûts, la définition des blocs de coûts, la fixation des objectifs de coûts par les cantons ou les mesures à prendre en cas de manquement de l'objectif. Certaines de ces indéterminations sont intentionnelles, puisqu'il s'agit de modifier le

moins possible la répartition actuelle des compétences et la décentralisation du système de santé ; d'autres seront très probablement levées par voie d'ordonnance. Étant donné qu'un projet de réglementation comportant un grand nombre d'inconnues a peu de chances d'atteindre ses objectifs de la manière la plus efficace, il est recommandé de concrétiser, autant que possible, certains des éléments du projet de réglementation (voir la discussion au point 5.1).

En outre, un système de bonus/malus pourrait être envisagé, afin que les prestataires de soins déjà efficaces ne soient pas pénalisés par l'introduction d'un objectif de maîtrise des coûts. Enfin, les prescriptions relatives à la définition temporelle des objectifs de coûts – en combinaison avec la disponibilité tardive des données – comportent le risque d'une fixation inefficace des objectifs. Il pourrait y être remédié, par exemple, en augmentant l'efficacité du monitoring des prestations et des coûts. C'est notamment pour cette raison que, selon le rapport explicatif sur l'ouverture de la procédure de consultation⁵, une meilleure disponibilité des données est également envisagée pour la mise en œuvre de l'objectif de maîtrise des coûts.

Au point 4, plusieurs autres mesures innovantes de réduction des coûts sont discutées. Ces mesures comprennent l'introduction de changements fondamentaux dans le système de santé – tels qu'une intégration accrue de ses différents domaines ou l'introduction d'éléments dits de « Value-based Healthcare » –, différentes propositions pour un traitement et un financement plus efficaces dans les domaines des soins stationnaires et ambulatoires, ou encore des alternatives en matière de planification hospitalière intercantonale, la promotion des médicaments génériques, le renforcement de la prévention, l'amélioration de la transparence et une mise en œuvre plus cohérente des réglementations existantes.

En plus des instruments innovants, diverses mesures de réduction des coûts existent déjà dans le système de santé suisse. D'une part, il convient de mentionner les mesures prévues dans le premier volet de mesures visant à maîtriser les coûts⁶. D'autre part, la LAMal prévoit déjà la possibilité de fixer des budgets cantonaux globaux et des restrictions d'admission.

Notons également que certains des instruments nouvellement envisagés et existants pourraient potentiellement être remplacés par un objectif de maîtrise des coûts. Les budgets globaux en sont un exemple. Ceux-ci et d'autres mesures pourraient, en revanche, également avoir un effet complémentaire. La complémentarité résulte du fait que la pression sur les coûts exercée par un objectif de maîtrise des coûts devrait idéalement mettre le système « sous tension » -- c'est-à-dire que cette pression incite à utiliser les instruments déjà existants et innovants pour la maîtrise des coûts. Toutefois, les incertitudes qui subsistent concernant la conception concrète et la mise en œuvre de l'objectif prévu de maîtrise des coûts empêchent une catégorisation claire des mesures d'économie en potentiels substitués et complémentaires.

Point 5 : Aspects pratiques de l'exécution

Pour les partenaires tarifaires, on estime que les coûts de mise en œuvre les plus importants sont générés par l'acquisition et le traitement des données. En outre, il faut s'attendre à une charge

⁵ Voir la modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance maladie (2^e volet - mesures visant à maîtriser les coûts) : rapport explicatif sur l'ouverture de la procédure de consultation du 19 août 2020.

⁶ Voir 1er volet de mesures visant à maîtriser les coûts (<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/kvg-revision-massnahmen-zur-kostendaempfung-Paket-1.html>) [04.01.2021]

accrue liée à une possible multiplication des litiges juridiques. Pour les collectivités publiques, la fixation des objectifs de coûts ainsi que les mesures correctives devraient être les plus coûteuses.

Sans connaître la forme concrète de l'objectif de maîtrise des coûts dans les différents cantons, il n'est pas possible de quantifier en détail les coûts de mise en œuvre à charge des partenaires tarifaires ou des collectivités publiques. Une quantification approximative, qui peut être interprétée comme un plancher, montre que les coûts attendus sont limités et devraient correspondre en francs suisses à un montant à sept chiffres par an. Bien qu'un certain investissement initial doive être consenti par les différentes parties concernées, on estime que l'investissement supplémentaire à fournir après la mise en œuvre de l'objectif de maîtrise des coûts devrait être plutôt faible. Cette évaluation part du principe que la mise à disposition et le traitement coûteux des données devraient se baser sur d'autres réglementations prévues, c'est-à-dire indépendamment d'un objectif de maîtrise des coûts. En outre, les coûts de mise en œuvre de toute réglementation ultérieure et des litiges juridiques que pourrait induire l'objectif de maîtrise des coûts ne sont pas pris en compte.

Conclusion

Comme le montre cette AIR, le potentiel d'économies globales résultant d'un objectif de maîtrise des coûts est élevé. Dans une analyse statique, la réduction moyenne de la hausse sur un horizon de 30 ans est projetée à 3.4 milliards de francs suisses par an. Même en tenant compte des coûts de mise en œuvre et des possibles réactions visant à éviter les conséquences de l'objectif de maîtrise des coûts, on peut donc supposer qu'un tel objectif aurait un effet net positif. Les effets des différents types de défaillances du marché et réglementaires du système de santé suisse peuvent être réduits par un objectif de maîtrise des coûts et la croissance des inefficiences ralenties. Cela profiterait en particulier aux ménages privés, qui peuvent s'attendre à une hausse réduite des coûts, vraisemblablement sans baisse significative de la qualité des prestations.

Toutefois, l'incertitude autour des projections de coûts est élevée. Ces projections doivent donc être interprétées avec précaution. D'une part, cette incertitude est due aux éventuelles réactions des prestataires de soins, qui ne peuvent pas être évaluées de manière fiable à l'heure actuelle. D'autre part, plusieurs éléments du projet de réglementation n'ont pas encore été définitivement fixés et leur mise en œuvre concrète dépend de différents acteurs. Ce dernier point en particulier entrave de manière fondamentale la réalisation d'une AIR, même si la présente AIR a tenté de prendre en compte les incertitudes précitées en spécifiant des scénarios aussi plausibles que possible. Néanmoins, comme en matière d'effets d'un objectif de maîtrise des coûts sur l'économie dans son ensemble, un certain degré d'incertitude entoure également les constatations relatives à ses effets sur les différentes parties prenantes et les aspects liés à sa mise en œuvre.

Inhalt

Zusammenfassung	3
Résumé	8
Inhalt	13
Tabellenverzeichnis	15
Abbildungsverzeichnis	15
Abkürzungen	16
1 Einleitung	17
1.1 Hintergrund	17
1.2 Auftrag.....	19
1.3 Vorgehen	19
1.4 Struktur.....	19
2 Prüfpunkt 1: Notwendigkeit staatlichen Handelns	21
2.1 Einleitung	21
2.2 Handlungsbedarf	21
2.2.1 Kostenwachstum.....	21
2.2.2 Marktversagen.....	22
2.2.3 Regulierungsversagen.....	23
2.2.4 Ausmass der Ineffizienzen	25
2.3 Handlungsziele.....	25
2.4 Fazit Prüfpunkt 1.....	26
3 Prüfpunkt 2: Auswirkungen auf gesellschaftliche Gruppen	28
3.1 Einleitung	28
3.2 Szenarien	28
3.2.1 Differenzierung	28
3.2.2 Korrekturmassnahmen bei Überschreitung der Zielvorgabe	29
3.2.3 Beurteilte Szenarien basierend auf dem Regelungsentwurf	30
3.3 Stakeholder	33
3.4 Bewertungsmethodik.....	36
3.5 Quellen.....	37
3.6 Beurteilung der Auswirkungen einer Zielvorgabe	37
3.6.1 Wirkungsmodell	37
3.6.2 Ambulante Leistungserbringer, die Leistungen zu Lasten der OKP abrechnen ..	40
3.6.3 Ambulante Leistungserbringer, die auf Anordnung eines Arztes Leistungen erbringen	44
3.6.4 Spitäler und andere Institutionen (ambulant und stationär).....	46
3.6.5 Privathaushalte.....	49
3.6.6 Krankenversicherer	51
3.6.7 Arzneimittelhersteller und Medtechbranche	52

3.7	Fazit Prüfpunkt 2.....	53
4	Prüfpunkt 3: Auswirkungen auf die Gesamtwirtschaft.....	55
4.1	Einleitung	55
4.2	Schätzung des Kostendämpfungseffekts	55
4.2.1	Statische Analyse	55
4.2.2	Empirische Evidenz zu verschiedenen Instrumenten der Mengensteuerung.....	61
4.2.3	Dynamische Effekte	65
4.3	Auswirkungen auf den regulierten Wettbewerb.....	68
4.4	Auswirkungen auf die Innovation.....	70
4.5	Auswirkungen auf die Rechtssicherheit	71
4.6	Verteilungswirkungen.....	73
4.7	Fazit Prüfpunkt 3.....	73
5	Prüfpunkt 4: Alternative Regelungen.....	75
5.1	Optimierungsmöglichkeiten.....	75
5.2	Identifikation weiterer Sparmassnahmen.....	76
5.2.1	Neue Regulierungen.....	76
5.2.2	Bestehende Regulierungen	78
5.2.3	Komplementarität versus Substitutionspotenzial	79
5.3	Fazit Prüfpunkt 4.....	79
6	Prüfpunkt 5: Zweckmässigkeit im Vollzug.....	81
6.1	Vollzugaufwand	81
6.1.1	Vollzugaufwand Leistungserbringer und Versicherer	81
6.1.2	Vollzugaufwand öffentliche Hand	83
6.1.3	Quantifizierung des Vollzugaufwands	83
6.2	Kompatibilität mit bestehender Regulierung.....	84
6.3	Fazit Prüfpunkt 5.....	85
7	Fazit.....	86
8	Bibliographie.....	89
Appendix	94
A.1	Möglichkeitsraum an Korrekturmassnahmen	94
A.2	Erwartete Auswirkungen einer Zielvorgabe.....	94
A.3	Stakeholderinterviews	98
A.3.1	Interviewpartner Stakeholderinterviews.....	98
A.3.2	Kondensierte Aussagen Stakeholderinterviews	99
A.3.3	Leitfaden Stakeholderinterviews (am Beispiel ambulanter Leistungserbringer).....	102
A.4	Verbandsbefragungen	104
A.4.1	Befragte Verbände	104
A.4.2	Leitfaden Verbandsbefragungen (am Beispiel der FMH)	104

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Wichtigste Kostenblöcke der OKP (Bruttokosten)	29
Tabelle 2:	Beurteilung der Auswirkungen auf ambulante Leistungserbringer, die Leistungen zu Lasten der OKP abrechnen (ohne Spitalleistungen)	40
Tabelle 3:	Beurteilung der Auswirkungen auf ambulante Leistungserbringer, die auf Anordnung eines Arztes Leistungen erbringen (ohne Spitalleistungen).....	44
Tabelle 4:	Beurteilung der Auswirkungen auf Spitäler und andere Institutionen (ambulant und stationär)	46
Tabelle 5:	Beurteilung der Auswirkungen auf Privathaushalte.....	49
Tabelle 6:	Beurteilung der Auswirkungen auf Krankenversicherer.....	51
Tabelle 7:	Beurteilung der Auswirkungen auf Arzneimittelhersteller und die Medtechbranche.....	52
Tabelle 8:	Durchschnittliches jährliches Wachstum der Fälle und der Kosten pro Kopf ...	62
Tabelle 9:	Überblick über mögliche Korrekturmassnahmen	94
Tabelle 10:	Interviewpartner Stakeholderbefragungen.....	99

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	OKP-Kostenwachstum 2006-2017.....	21
Abbildung 2:	Ablauf Korrekturmassnahmen und beurteilte Szenarien	30
Abbildung 3:	Kategorisierung der Leistungserbringer für die Stakeholderanalyse.....	34
Abbildung 4:	Wirkungsmodell	39
Abbildung 5:	Kostenprojektionen in Mio. CHF	59
Abbildung 6:	Kostenprojektionen in Prozent des BIP	60
Abbildung 7:	Sparpotenzial einer Zielvorgabe	60
Abbildung 8:	Veränderung der Wettbewerbsbeziehungen zwischen den Stakeholdern.....	70

Abkürzungen

Abs.	Absatz
Art.	Artikel
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BIP	Bruttoinlandsprodukt
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
CHF	Schweizer Franken
DRG	Diagnosis Related Groups [diagnosebezogene Fallgruppen]
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
EFAS	Einheitliche Finanzierung Ambulant und Stationär
EFV	Eidgenössische Finanzverwaltung
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
ggf.	gegebenenfalls
GDK	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GWL	Gemeinwirtschaftliche Leistungen
KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KVAG	Krankenversicherungsaufsichtsgesetz
Mio.	Million(en)
MiGeL	Mittel- und Gegenständeliste
Mrd.	Milliarde(n)
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
OTrK	OKP-Tarifermittlungs-relevanten Kosten
PÜ	Preisüberwachung
RFA	Regulierungsfolgenabschätzung
TPW	Taxpunktwerte
SECO	Staatssekretariat für Wirtschaft
SH	Schaffhausen
TARMED	Tarif Médical
u.a.	unter anderem
VD	Vaud [Waadt]
WZW	Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit
z.B.	zum Beispiel
ZH	Zürich

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 ist per 1. Januar 1996 in Kraft getreten. Seither gilt in der Schweiz eine Krankenversicherungspflicht. Während der Versichertenbestand zwischen 1996 und 2018 von rund 7.2 Mio. auf 8.5 Mio. um 17 Prozent zugenommen hat, haben die Bruttoleistungen⁷ der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) im selben Zeitraum um 161 Prozent – von CHF 12.5 Mrd. auf CHF 32.6 Mrd. – zugelegt (BAG, 2020). Im internationalen Vergleich und im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt (BIP) werden die Gesamtkosten des Gesundheitswesens in der Schweiz mit 12.2 Prozent Anteil am BIP nur noch von den USA mit 16.9 Prozent BIP-Anteil übertroffen (OECD, 2019).

In der Kostendiskussion ist zu berücksichtigen, dass die Gesamtkosten des Gesundheitswesens nicht den OKP-Kosten entsprechen, welche wiederum nicht den Kosten der KVG-pflichtigen Leistungen entsprechen. Die OKP-Kosten sind Teil der Kosten für KVG-pflichtige Leistungen und diese wiederum sind Teil der Gesamtkosten des Gesundheitswesens. Die drei Kostendefinitionen unterscheiden sich wie folgt:

- **Gesamtkosten des Gesundheitswesens:** Diese umfassen die Kosten sämtlicher Leistungen im Gesundheitswesen. 2018 betragen sie ca. CHF 85 Mrd. (BFS, 2020).
- **Kosten KVG-pflichtiger Leistungen:** Diese umfassen die Kosten von Leistungen, die gemäss KVG übernommen werden. Sie sind höher als die OKP-Kosten, insbesondere aufgrund der kantonalen Übernahme von mindestens 55 Prozent der Kosten stationärer Spitalleistungen, liegen aber unterhalb der Gesamtkosten des Gesundheitswesens, da Leistungen, die gemäss KVG nicht übernommen werden (bspw. die meisten zahnärztlichen Behandlungen), nicht berücksichtigt sind. Es liegen keine offiziellen Schätzungen über deren Höhe vor. Die Hauptschwierigkeit liegt darin, die exakten Ausgaben der öffentlichen Hand für die Leistungen nach KVG zu bestimmen. Eine weitere Schwierigkeit stellt die Bestimmung der KVG-pflichtigen «out-of-pocket»-Ausgaben der Versicherten dar, denn diese werden den Versicherern teilweise nicht gemeldet. Die «out-of-pocket»-Ausgaben setzen sich aus der Kostenbeteiligung für KVG-pflichtige Leistungen (Franchise, Selbstbehalt und Beitrag an Spalkosten) und Kosten für nicht-KVG-pflichtige Leistungen zusammen. Eine Schätzung von Brunner et al. (2019) für das Jahr 2016 geht von einem Anteil der Kosten KVG-pflichtiger Leistungen an den Gesamtkosten des Gesundheitswesens von 56 Prozent aus. Dies würde für 2018 einem Betrag von ca. CHF 47.6 Mrd. entsprechen.
- **OKP-Kosten:** Dies sind die Kosten, welche durch die OKP gedeckt werden. Es kann dabei zwischen OKP-Bruttokosten (inklusive der Kostenbeteiligung der Versicherungsnehmer) und OKP-Nettokosten (exklusive der Kostenbeteiligung der Versicherungsnehmer) unterschieden werden. Die im Kontext einer Zielvorgabe relevanten OKP-Bruttokosten betragen 2018 ca. CHF 32.6 Mrd. (BAG, 2020).

Eine vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) beauftragte Expertengruppe schlug 2017 vor, eine Zielvorgabe für das Kostenwachstum im schweizerischen Gesundheitswesen als zentrale Massnahme zur Kostendämpfung einzuführen. Die Grundidee besteht darin, verbindliche Zielvorgaben in Form eines Gesamtkostenwachstumsziels für die OKP-Kostenentwicklung

⁷ Leistungen inklusive Kostenbeteiligung der Versicherten.

mit entsprechenden Korrekturmechanismen einzuführen.⁸ Damit soll das OKP-Kostenwachstum auf ein effizientes Mass beschränkt werden, ohne den Zugang der Versicherten zu einer qualitativ hochstehenden Versorgung zu beschränken.

Basierend auf dem Regelungsentwurf⁹ ist der Ablauf einer Zielvorgabe wie folgt angedacht:

1. **Zieldefinition (Bundesrat):** Der Bundesrat legt auf Empfehlung einer beratenden aussenparlamentarischen Kommission für Kostenziele ein Ziel für das Wachstum der OKP-Kosten fest (nationales Gesamtkostenziel). In der Festlegung einer relevanten Zielvorgabe orientiert sich der Bund an medizinisch und ökonomisch begründbaren Grössen wie der wirtschaftlichen Entwicklung, der Demographie, der Morbidität sowie am medizinisch-technischen Fortschritt. Zusätzlich teilt der Bundesrat dieses Gesamtkostenziel nach denselben Kriterien auf die einzelnen Kantone auf und setzt eine einheitliche und verbindliche Toleranzmarge oberhalb seiner Empfehlungen für alle Kantone fest. Schliesslich gibt der Bundesrat auch Empfehlungen für die Aufteilung der Zielvorgabe auf unterschiedliche Kostenblöcke vor. Diese Empfehlungen werden abgestimmt auf das Kostenziel für alle Leistungen definiert und sind für alle Kantone identisch.
2. **Zielbestimmung (Kantone):** Die Kantone legen in einem nächsten Schritt – nach Anhörung der Leistungserbringer und Versicherer – die Höhe des kantonalen Gesamtkostenziels fest. Dabei muss das kantonale Gesamtkostenziel innerhalb der vom Bundesrat definierten Toleranzmarge liegen. Legt ein Kanton nicht innert Frist ein diesen Anforderungen entsprechendes Ziel fest, gelten die Empfehlungen des Bundes ohne Toleranzmarge.
3. **Aufteilung der Zielvorgabe (Kantone):** In einem weiteren Schritt teilen die Kantone – unter Einbezug der betroffenen Akteure – das Gesamtkostenziel auf die vom Bundesrat vordefinierten Kostenblöcke auf. Dabei kann einerseits von den Empfehlungen des Bundesrates bezüglich der Höhe der Zielvorgabe in den unterschiedlichen Kostenblöcken abgewichen werden – solange das kantonale Gesamtkostenziel unter der Berücksichtigung der Toleranzmarge nicht überschritten wird. Andererseits steht es den Kantonen frei, die vom Bundesrat vordefinierten Kostenblöcke beispielsweise nach Leistungserbringerkategorien weiter zu unterteilen.
4. **Korrekturmassnahmen (Tarifpartner, Kantone):** Falls – bei Überschreitung der Kostensteigerungen in einem Jahr – die Tarifpartner nur unzureichende oder keine Massnahmen zur Einhaltung der Zielvorgabe umsetzen, können die Kantone (und in seinen Zuständigkeitsbereichen der Bund) Korrekturmassnahmen anordnen. Je nach finaler Ausgestaltung einer Zielvorgabe können die Kantone auch zur Implementierung von Korrekturmassnahmen verpflichtet werden. Die Massnahmen der Kantone als auch der Tarifpartner bestehen insbesondere aus Anpassungen der Tarifverträge für die Tarife und Preise im Folgejahr (Taxpunktwerte, Baserates, etc.).¹⁰

Für die in der Zuständigkeit des Bundes stehenden Kostenblöcke liegen alle obigen Schritte in der Verantwortung des Bundes.

⁸ Hier gilt es anzumerken, dass es – mit Ausnahme der Restfinanzierung Pflege – keine Rolle spielt, ob sich die Zielvorgabe auf die OKP-Kosten oder die Kosten für KVG-pflichtige Leistungen bezieht. Da der Finanzierungsteiler zwischen Kantonen und Versicherern fix ist (mindestens 55 Prozent Kantone, maximal 45 Prozent OKP), wirkt sich eine Zielvorgabe für den von der OKP getragenen Anteil proportional auch auf den Anteil der Kantone aus.

⁹ Stand der Vernehmlassungsunterlagen (19.8.2020).

¹⁰ Vgl. auch Abbildung 2 in Abschnitt 3.2.3 für eine detailliertere Darstellung des Ablaufs der Korrekturmassnahmen.

1.2 Auftrag

Das EDI ist vom Bundesrat im März 2019 beauftragt worden, eine entsprechende Änderung des KVG auszuarbeiten. Mit den Resultaten der Vernehmlassung soll dem Bundesrat auch eine vertiefte Regulierungsfolgenabschätzung (RFA) zur Einführung einer Zielvorgabe vorgelegt werden. Vor diesem Hintergrund haben das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und das Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO) Swiss Economics beauftragt, eine vertiefte RFA zu den Auswirkungen einer Zielvorgabe zu verfassen.

An dieser Stelle gilt es abzugrenzen, dass die vorliegende RFA nicht die Auswirkungen des gesamten zweiten Massnahmenpakets abschätzt, sondern lediglich jene der OKP-Zielvorgabe. So sieht das zweite Paket auch Massnahmen zur Stärkung der Netzwerke zur koordinierten Versorgung vor. Die Auswirkungen dieser Massnahme sind nicht Teil dieser RFA. Da die Netzwerke zur koordinierten Versorgung jedoch ebenfalls als Leistungserbringer gemäss Art. 35 ins KVG aufgenommen würden, werden die Auswirkungen der Zielvorgabe auch für diesen Leistungserbringer thematisiert.

1.3 Vorgehen

Die RFA wurde als Instrument zur strukturierten Analyse volkswirtschaftlicher Auswirkungen geplanter Regulierungen des Bundes ins Leben gerufen. Eine RFA nimmt eine vorausschauende Perspektive ein und dient der Verbesserung der Rechtssetzung. Sie ist bei Botschaften, in Vernehmlassungsunterlagen sowie bei Verordnungen des Bundesrates obligatorisch (SECO, 2013b).

Das SECO stellt ausführliche Dokumentationen zur Durchführung einer RFA zur Verfügung. Grundsätzlich wird zwischen einer «einfachen» und einer «vertieften» RFA unterschieden. Eine einfache RFA entspricht einer Grobanalyse und wird bei Vorlagen mit geringer bis mittlerer volkswirtschaftlicher Relevanz durchgeführt. Eine vertiefte RFA ist eine Detailanalyse für Regulierungen mit mittlerer bis starker volkswirtschaftlicher Relevanz. Im Allgemeinen besteht eine RFA aus fünf Prüfpunkten mit jeweils spezifischen Analyseschritten (SECO, 2013a & 2013b):

- **Prüfpunkt 1:** Notwendigkeit und Möglichkeit staatlichen Handelns. Welche Probleme soll die Vorlage angehen (Handlungsbedarf) und welche Ziele soll sie erreichen (Handlungsziele)?
- **Prüfpunkt 2:** Auswirkungen auf die einzelnen gesellschaftlichen Gruppen. Welche Auswirkungen hat die Vorlage für einzelne gesellschaftliche Gruppen? Dabei wird in zwei Analyseschritten eine Identifikation der relevanten Auswirkungen und eine Beurteilung der Bedeutung jeder Auswirkung für jede betroffene Gruppe vorgenommen.
- **Prüfpunkt 3:** Auswirkungen auf die Gesamtwirtschaft. Welche Auswirkungen hat die Vorlage auf die Gesamtwirtschaft?
- **Prüfpunkt 4:** Alternative Regelungen. Gibt es Optimierungspotenzial der Vorlage und können die angestrebten Ziele mit alternativen Instrumenten effizienter erreicht werden?
- **Prüfpunkt 5:** Zweckmässigkeit im Vollzug. Ist der Vollzug der Regelung so ausgestaltet und vorbereitet, dass der Aufwand für die Adressaten möglichst gering und die Einführung möglichst reibungslos ablaufen kann?

1.4 Struktur

Dieser Bericht ist gemäss dem Ablauf einer RFA gegliedert: In **Abschnitt 2** wird Prüfpunkt 1, also die Notwendigkeit und Möglichkeit staatlichen Handelns, analysiert. **Abschnitt 3** geht auf Prüfpunkt 2 ein. Dabei wird zuerst ein Wirkungsmodell zu den Auswirkungen einer Zielvorgabe präsentiert. Danach werden die wichtigsten Stakeholder identifiziert und die für sie relevanten

Auswirkungen eingeführt und beurteilt. **Abschnitt 4** quantifiziert die Auswirkungen auf die Gesamtwirtschaft gemäss Prüfpunkt 3. Alternative Regelungen zur vorgeschlagenen Zielvorgabe (Prüfpunkt 4) werden in **Abschnitt 5** diskutiert. Schliesslich geht **Abschnitt 6** auf Prüfpunkt 5, die Zweckmässigkeit im Vollzug, ein.

2 Prüfpunkt 1: Notwendigkeit staatlichen Handelns

2.1 Einleitung

Im Rahmen des ersten Prüfpunkts wird die Entwicklung des OKP-Kostenwachstums dargestellt und dessen Konsequenzen diskutiert. Auf diese deskriptive Analyse erfolgt eine Ortung des Handlungsbedarfs, der sich im Wesentlichen aus Markt- und Regulierungsversagen im Gesundheitssektor ergibt. Schliesslich werden die Handlungsziele der geplanten Vorlage identifiziert und diskutiert, welche Aspekte des georteten Handlungsbedarfs mithilfe dieser Ziele adressiert werden sollen.

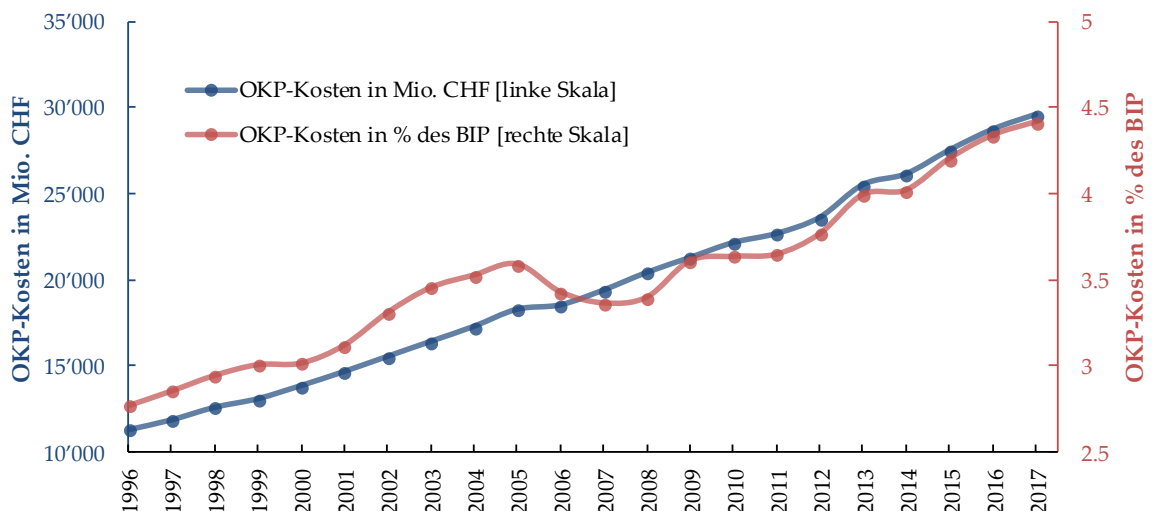
2.2 Handlungsbedarf

In den folgenden Abschnitten 2.2.1 bis 2.2.4 wird auf den einer Zielvorgabe zugrundeliegenden Handlungsbedarf eingegangen.

2.2.1 Kostenwachstum

Abbildung 1 zeigt das Wachstum der im Rahmen der OKP anfallenden Gesundheitskosten in absoluten Zahlen und in Prozenten des BIP seit der Einführung des KVG 1996.

Abbildung 1: OKP-Kostenwachstum 2006-2017



Anmerkungen: Aus Gründen der Datenlage werden in Abbildung 1 die OKP-Nettokosten gezeigt. Die OKP-Bruttokosten sind leicht höher (in der Grössenordnung von 10 Prozent). Es ist aber nicht davon auszugehen, dass sich die Entwicklung der OKP-Bruttokosten stark von der Entwicklung der OKP-Nettokosten unterscheidet.

Quelle: Eigene Darstellung basierend auf BFS (2019)

Abbildung 1 reflektiert ein Kostenwachstum in der sozialen Krankenversicherung, das sich in den letzten 20 Jahren in einer durchschnittlichen Wachstumsrate von ca. 4.5 Prozent pro Jahr (bzw. 3.9 Prozent pro Kopf und Jahr) niedergeschlagen hat. Dies ist fast doppelt so hoch wie das durchschnittliche Wachstum des BIP.

Die steigenden Gesundheitskosten werden von der schweizerischen Bevölkerung denn auch als eine ihrer Hauptsorgen genannt. In der repräsentativen Umfrage des Sorgenbarometers 2019 etwa nannten 41 Prozent der befragten stimmberechtigten Personen «Gesundheitswesen und Krankenkassen» als einen der fünf Themenbereiche, bei denen sie in der Schweiz den grössten Problemdruck sehen. Die Diskussion um die steigenden Gesundheitskosten ist auch in Medien und Politik omnipräsent, was sich in verschiedenen parlamentarischen Vorstössen und Volksinitiativen äussert. Beispielsweise möchte eine Initiative der CVP Schweiz zur Einführung einer

Kostenbremse im Gesundheitswesen das Kostenwachstum weitgehend an die Lohnentwicklung koppeln. Die Initiative wurde am 10. März 2020 eingereicht. Am 20. Mai 2020 teilte der Bundesrat mit, dass er grundsätzlich das Anliegen der Volksinitiative teile, der vorgeschlagene Mechanismus seiner Meinung nach aber zu starr sei, weshalb er die Initiative ablehnte.¹¹ Als indirekten Gegenvorschlag beschliesst der Bundesrat die dieser RFA zugrundeliegende Zielvorgabe für die Kostenentwicklung in der OKP.

Das starke Wachstum der OKP-Kosten wird immer wieder als primär verteilungspolitisches Motiv zugunsten von Staatseingriffen angeführt. So belasten die steigenden Kosten im OKP-Bereich insbesondere die einkommensschwächeren Haushalte überdurchschnittlich. Mit Prämienverbilligungen soll deshalb erreicht werden, dass die einkommensunabhängigen Krankenkassenprämien auch von Individuen getragen werden können, die in wirtschaftlich bescheideneren Verhältnissen leben. Falsch wäre es jedoch, die Steigerung der OKP-Kosten per se als Zeichen eines Marktversagens zu interpretieren bzw. daraus einen (zusätzlichen) Handlungsbedarf abzuleiten. So ist nicht auszuschliessen, dass die steigenden OKP-Kosten die Präferenzen der Bevölkerung nach mehr Gesundheitsleistungen und neuen Gesundheitstechnologien reflektieren oder schlicht demografiebedingt sind.

Allerdings können gewisse Arten von Markt- und Regulierungsversagen im schweizerischen Gesundheitswesen identifiziert werden. In den folgenden Abschnitten 2.2.2 bis 2.2.4 werden diese und der daraus resultierende Handlungsbedarf diskutiert, bevor in Abschnitt 2.3 auf die Handlungsziele einer Zielvorgabe eingegangen wird.

2.2.2 Marktversagen

Ein staatlicher Eingriff in einen Markt kann aus ordnungspolitischer Perspektive insbesondere dann sinnvoll sein, wenn Marktversagen besteht. Dabei gilt es, den Nutzen eines Markteingriffes gegen die damit verbundenen Kosten abzuwägen.

So ist der Gesundheitssektor etwa stark durch **asymmetrische Information** geprägt. Damit ist die unterschiedliche Verteilung von Informationen zwischen Ärzten, Leistungsfinanzierern und Patienten gemeint. Vielfach kennt nur der Arzt den tatsächlichen Gesundheitszustand eines Patienten. Auch bezüglich der Notwendigkeit von Eingriffen und Therapien besteht ein grosses Wissensgefälle zwischen den involvierten Akteuren. Erschwerend kommt hinzu, dass Gesundheitsleistungen Vertrauensgüter sind, da sich die Qualität der erbrachten Leistungen auch im Nachhinein oftmals nicht oder nur partiell beobachten lässt. Für die Patienten ist es daher schwer zu beurteilen, ob eine Genesung auf eine spezifische Behandlung zurückzuführen oder anderen Umständen zu verdanken ist. Das Vorliegen asymmetrischer Informationen kann dazu führen, dass für die Ärzteschaft Anreize bestehen, zu viele, teils sogar unnötige oder qualitativ fragwürdige Leistungen zu erbringen (angebotsinduzierte Nachfrage) (Graf von der Schulenburg & Kraft, 1986). Diese Konstellation wird in der Literatur üblicherweise anhand von sogenannten Prinzipal-Agenten Modellen analysiert (Frey & Kirchgässner, 2002).

Ein weiteres Marktversagen im Kontext von asymmetrischer Information besteht zwischen den Krankenversicherern und den Versicherten. Die Versicherer kennen in der Regel das Risiko einer neu versicherten Person und damit die Rendite des Versicherungsvertrags zum Voraus weniger gut als die Versicherten selbst. Sie stehen allerdings mit den anderen Krankenkassen in Konkurrenz um Mitglieder und Marktanteile. Deshalb besteht für sie ein Anreiz, Versicherte anzuziehen,

¹¹ <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-79181.html> [Stand 29.10.2020].

die ein möglichst geringes Erkrankungsrisiko bei gleichzeitig möglichst hohen Beiträgen aufweisen (sogenannte gute Risiken). In anderen Worten haben die Versicherer einen **Anreiz Risikoselektion** zu betreiben. Dieser Auswahlprozess erfolgt basierend auf Merkmalen wie beispielsweise dem Alter. Der Risikoausgleich soll dem entgegenwirken (Beck, 2013).

Ein weiteres Marktversagen im Gesundheitswesen besteht in der Problematik des «**Moral Hazard**» («Moralisches Risiko»)¹². Damit sind unerwünschte Verhaltensänderungen gemeint, die auftreten können, wenn Individuen davon befreit werden, für potenziell kostspielige Folgen ihres Handelns selbst einzustehen, weil diese Kosten anderweitig – etwa von einer Versicherung – übernommen werden. Dabei muss zwischen «ex ante»- und «ex post»-Moral Hazard unterschieden werden. Ersteres umschreibt die Situation, dass die Versicherten weniger Vorsicht walten lassen, weil sie wissen, dass sie im Schadensfall (zumindest zum Teil) versichert sind. «Ex post»-Moral Hazard kann hingegen auftreten, wenn ein (Gesundheits-)Schaden bereits eingetreten ist. In diesem Fall bemüht sich der Versicherte allenfalls nicht mehr, die Kosten für die Beseitigung des Schadens zu begrenzen, weil er auf jeden Fall von der Versicherung übernommen wird (Bhattacharya et al., 2013; Nyman, 2003). Im OKP-Bereich besteht Moral Hazard insbesondere dann, wenn Franchise und Selbstbehalt überschritten sind.

Schliesslich ist die Anzahl der Leistungserbringer im Gesundheitssektor teilweise relativ klein und die Märkte neigen deshalb zu **oligopolistischen Strukturen**. Ein Beispiel dafür ist der Spitalbereich, wo strukturelle und regulatorische Markteintrittsschranken bestehen. Auch vergleichsweise hohe **Transaktionskosten** sind ein Merkmal von Gesundheitsmärkten. Diese äussern sich etwa in langwierigen und kostspieligen Verhandlungen zur Bestimmung von Leistungspreisen (Cosandey et al. 2017).

2.2.3 Regulierungsversagen

Marktversagen kann aus ökonomischer Sicht Staatseingriffe rechtfertigen. Diese Staatseingriffe – z.B. in Form von Regulierungen – können allerdings ebenfalls verzerrende Wirkungen entfalten: Hierbei handelt es sich um sogenanntes Regulierungsversagen.

Zum einen führt etwa der **Kontrahierungszwang**¹³ im ambulanten Bereich dazu, dass die Möglichkeiten der Krankenversicherer, sich im Sinne eines «Gatekeepers» für die Patienten einzusetzen, beschränkt sind. So müssen die Versicherer den ausgehandelten Tarif gegenüber allen zugelassenen Leistungserbringern anwenden. Es ist ihnen nicht erlaubt, nur mit jenen Leistungserbringern Tarife auszuhandeln und Leistungen abzurechnen, die diese qualitativ hochwertig und kostengünstig erbringen (Leu & Matter, 2009).¹⁴ An dieser Stelle gilt es allerdings anzumerken, dass der Kontrahierungszwang in Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers nicht gilt. Da die Mehrheit der Versicherten heute in solchen Modellen versichert ist, hätten die Versicherer folglich die Möglichkeit, sich als Gatekeeper für diese Patienten einzusetzen. So zeigen denn auch diverse Studien, dass alternative Versicherungsmodelle tatsächlich

¹² Im Kontext des Gesundheitswesens siehe z.B. Arrow (1963).

¹³ Der Kontrahierungszwang verpflichtet die Krankenversicherer in der OKP, mit jedem zugelassenen Leistungserbringer einen Vertrag abzuschliessen.

¹⁴ Der Kontrahierungszwang steht insbesondere auch im Widerspruch zu Enthovens Modell (1978) des optimalen regulierten Wettbewerbs (vgl. Beck, 2013). Dieses besagt, dass sich ein effizientes Versicherungsmodell unter anderem durch freie Vertragsbeziehungen zwischen Leistungserbringern und Versicherern charakterisiert.

weniger Gesundheitskosten verursachen. Allerdings scheint auch dieser Umstand keine ausreichende Verbesserung der Gesundheitskostensituation zu bewirken.

Zum anderen stellt sich im heutigen System das Problem einer ineffizienten Aufteilung zwischen ambulanten und stationären Leistungen. Die Ursache hierfür liegt hauptsächlich im Tarifsystem: Während die Leistungen im ambulanten Bereich nach dem TARMED-System abgerechnet werden, kommen im stationären Bereich Fallpauschalen (SwissDRG) zur Anwendung. Im TARMED-System wird dabei jeweils die volle KVG-Leistung über den Krankenversicherer abgerechnet, im DRG-System trägt der Krankenversicherer hingegen in der Regel lediglich maximal 45 Prozent der Kosten – die verbleibenden minimal 55 Prozent werden von den Kantonen übernommen (**duale Finanzierung**). Der Krankenversicherer trägt somit im stationären Bereich nicht die vollen KVG-Kosten, sondern lediglich einen Teil davon. Dies schafft Anreize für die Versicherer, die Entscheidungen der Leistungserbringer bzw. der Patienten zugunsten stationärer Behandlungen zu beeinflussen, auch wenn volkswirtschaftlich betrachtet die ambulante Behandlung effizienter – da insgesamt kostengünstiger – wäre (PWC, 2016 & 2019).¹⁵ Umgekehrt präsentieren sich die Anreize für die Kantone, die durch eine Verschiebung von stationären zu ambulanten Behandlungen Kosten einsparen können.

Einer Mengenausdehnung leistet auch die intransparente und lückenhafte Überprüfung der sogenannten **WZW-Kriterien** Vorschub: Im KVG werden die Voraussetzungen zur Kostenübernahme durch die OKP geregelt, wobei Art. 32 Abs. 1 KVG festhält, dass die Leistungen «wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich» sein müssen. In der Praxis sind die WZW-Kriterien jedoch nicht ausreichend klar definiert und werden zu wenig systematisch überprüft, um das angestrebte Ziel einer Eindämmung des OKP-Kostenwachstums zu erreichen (Trageser et al., 2012; Experten-Gruppe Kostendämpfung, 2017). Zudem stehen die WZW-Kriterien in einem permanenten Spannungsverhältnis zum Vertrauensprinzip (Art. 33 Abs. 1 KVG), wonach ärztlich veranlasste KVG-Leistungen grundsätzlich von der OKP zu übernehmen sind.

Ein weiterer Erklärungsansatz für das stetige Kostenwachstum im Gesundheitssektor ist das **Fehlen effektiver Kontrollinstanzen** bzw. «Checks and Balances». Insbesondere die jährlichen Tarifverhandlungen zwischen den Leistungserbringern und den Krankenversicherern – in Kombination mit dem Kontrahierungs- und dem Beitrittszwang – bergen in diesem Zusammenhang beträchtliches Potenzial für Ineffizienzen (Trageser et al., 2012). Solchen Verhandlungen inhärent ist die Präferenz der Leistungserbringer für (möglichst) hohe Tarife. Demgegenüber dürften die Anreize der Versicherer, sich für tiefe Tarife einzusetzen, limitiert sein, da im OKP-Bereich ein **Gewinnverbot** besteht und ihnen moderate Tarife somit keinen direkten Nutzen bringen (z.B. Mäder et al., 2019; Willisegger et al., 2017).¹⁶ Zwar müssen die Tarifverträge gemäss Art. 46 Abs. 4 KVG durch die jeweilige Kantonsregierung oder – bei gesamtschweizerischer Geltung – durch den Bundesrat genehmigt werden. Dabei wird jedoch lediglich geprüft, «ob der Tarifvertrag mit

¹⁵ Hier ist allerdings zu beachten, dass die Versicherer die Entscheidung über eine ambulante oder stationäre Leistungserbringung nicht direkt beeinflussen können.

¹⁶ So zeigt beispielsweise die Diskussion um die Einführung der neuen ambulanten Tarifstruktur «TARDOC», dass sich die Tarifpartner bei Tarifanpassungen oft nur unter erhöhtem Kostenvolumen einigen können. Des Weiteren ist aus politökonomischer Perspektive zu erwarten, dass es für die Versicherer schwieriger ist, mit den gut organisierten homogenen Ärzteverbänden zu verhandeln als die Prämienerrhöhungen auf die heterogene und viel schlechter organisierte Gruppe der Versicherten zu überwälzen (Olson, 1965).

dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht». Die von den Krankenversicherern vorgeschlagenen Prämien müssen zudem vom BAG genehmigt werden.¹⁷

Genehmigungsverfahren von Tarifverträgen und Prämien konnten bisher den Prämienanstieg allerdings kaum reduzieren. Dies lässt sich unter anderem mit fehlenden finanziellen Anreizen der Marktakteure und damit erklären, dass zurzeit ein institutioneller Rahmen fehlt, der definieren würde, welcher Prämienanstieg gerechtfertigt beziehungsweise erwünscht ist und wo Einhalt geboten werden kann. Ohne Veränderung der Anreizstrukturen fehlt somit von staatlicher Seite eine Kontrollinstanz, die im Sinne von «checks and balances», dem Prämien- und damit schliesslich Kostenwachstum wirksam Gegensteuer geben könnte.¹⁸

2.2.4 Ausmass der Ineffizienzen

Die verschiedenen Formen des Markt- und Regulierungsversagens resultieren in einem ineffizienten Gesundheitssystem. Empirische Evidenz aus zwei umfassenden Studien quantifizieren hierzu ein Effizienzsparpotenzial von knapp 20 Prozent der Kosten KVG-pflichtiger Leistungen (Trageser et al., 2012, Brunner et al., 2019). Bei der Interpretation dieser Studien gilt es zu berücksichtigen, dass diese Ergebnisse nur eine Annäherung an das «wahre» Effizienzpotenzial darstellen können. Dies gilt insbesondere aufgrund der teilweise lückenhaften Verfügbarkeit und unzureichenden Qualität der Daten, was die Autoren dazu zwingt, verschiedentlich mit Approximationen zu arbeiten.

Laut der neueren Studie ist das geschätzte Sparpotenzial mit einem Anteil von 16 bis 19 Prozent an den KVG-pflichtigen Leistungen (entspricht jährlichen CHF 7.1 Mrd. bis 8.4 Mrd.) beträchtlich. Ein Effizienzsparpotenzial besteht in fast allen Leistungsbereichen. Die Autoren unterscheiden in ihrer Untersuchung zwischen Effizienzpotenzial, das sich durch die Möglichkeit, dieselben Leistungen kostengünstiger erbringen zu können (sog. Potenzial bezüglich **produktiver Effizienz**) und dem Effizienzpotenzial, das sich durch die Vermeidung unnötiger Leistungen (sog. Potenzial bezüglich **allokativer Effizienz**) ergibt.¹⁹ Etwas über die Hälfte des Einsparpotenzials (rund 57 Prozent) ist dabei auf die Erbringung unnötiger Leistungen zurückzuführen.

2.3 Handlungsziele

Wie in Abschnitt 2.2 gezeigt, kann der Handlungsbedarf im Schweizer Gesundheitswesen als gegeben erachtet werden. Von der geplanten Zielvorgabe werden aber nicht alle möglichen Handlungsfelder im gleichen Ausmass adressiert.

¹⁷ Der institutionelle Rahmen der Prämien genehmigung wurde im Jahr 2012 durch Beschluss des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAG) gesetzt sowie in der dazugehörigen Verordnung, weiteren Verordnungen und Kreisschreiben konkretisiert. Das BAG prüft, ob die eingereichten Prämien die Kosten zu decken vermögen, und verlangt gegebenenfalls Anpassungen. Hierzu wird unter anderem eine jährlich durch die Konjunkturforschungsstelle (KOF) der ETH Zürich erstellte Prognose des Anstiegs der Kosten in der OKP verwendet. Des Weiteren werden u.a. eigene Schätzungen des Risikoausgleichs sowie der Grösse und Struktur der Versichertenbestände herangezogen.

¹⁸ Auch die Preisüberwachung (PÜ) scheint diesbezüglich keine effektive Abhilfe schaffen zu können, obwohl sie die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen als ihre grösste Sorge bezeichnet (vgl. Medienmitteilung von Ende 2018). Insbesondere konnte mit dem von der PÜ verfolgten «naming and shaming»-Prinzip bis anhin keine nachhaltige Dämpfung der Gesundheitskosten erreicht werden.

¹⁹ In der Definition der allokativen (und produktiven) Effizienz orientieren wir uns insbesondere an Trageser et al. (2018a) und Brunner et al. (2019). Wie in Trageser et al. (2018a) angemerkt, kann die Unterscheidung zwischen der allokativen und produktiven Effizienz allerdings nicht immer ganz trennscharf vorgenommen werden.

Grundsätzlich soll durch eine Zielvorgabe das *Kostenwachstum* auf ein effizientes Mass beschränkt werden, damit der Zugang zur Gesundheitsversorgung auch in Zukunft für alle Versicherten gewährleistet werden kann. Der Fokus auf die Beschränkung des Wachstums der Ausgaben weist auf die marginale Perspektive der Zielvorgabe hin. Die heute beobachtbare Mengenausweitung mit medizinisch nicht notwendigen Leistungen soll reduziert werden, ohne medizinisch nötige Leistungen einzuschränken. So soll mit der Zielvorgabe die steigende Belastung der privaten Haushalte durch die OKP-Prämien gedämpft werden. Konkret sollen mit einer Zielvorgabe die Effizienzreserven besser ausgeschöpft und zugleich bestehende Ineffizienzen aufgrund von Markt- und Regulierungsversagen abgemildert werden, ohne dabei zusätzliches Regulierungsversagen hervorzurufen. Zwei detailliertere Handlungsziele lassen sich ableiten:

1. **Steigerung der allokativen Effizienz:** Die heute beobachtbare Mengenausweitung mit medizinisch nicht indizierten Leistungen soll reduziert werden.
2. **Steigerung der produktiven Effizienz:** Die Leistungen sollen kostengünstiger erbracht werden.

Die Verantwortlichkeit zur Zielerreichung liegt dabei in erster Linie bei den Tarifpartnern. Es soll deshalb dafür gesorgt werden, dass die Anreize der Leistungserbringer, sich für hohe Tarife einzusetzen, reduziert werden. Durch die Kostenvorgabe würde den verhandelnden Tarifpartnern ein budgetärer Orientierungsrahmen gegeben, mit dem Ziel, die Kostenverantwortung der Tarifpartner zu stärken (Brändle et al., 2018). Die Kompetenzverteilung zwischen Bund und Kantonen soll dabei unverändert aufrechterhalten werden.

Zusätzlich zu diesen Zielen gilt es allfällige Zielkonflikte zu vermeiden. Diese lassen sich in Form folgender drei Nebenbedingungen formulieren:

- **Versorgungssicherheit gewährleisten:** Auch unter der Zielvorgabe soll sichergestellt sein, dass weiterhin allen Versicherten der Zugang zu Gesundheitsleistungen gewährleistet wird. Zudem soll auch die Qualität der angebotenen Leistungen aufrechterhalten werden. Die WZW-Kriterien sollen nach wie vor gelten.
- **Vollzugaufwand minimieren:** Die Zielvorgabe soll so ausgestaltet werden, dass sie mit dem kleinstmöglichen Vollzugaufwand verbunden ist.
- **Regulierten Wettbewerb nicht tangieren:** Schliesslich soll die geplante Zielvorgabe den bestehenden regulierten Wettbewerb nicht negativ beeinflussen.

2.4 Fazit Prüfpunkt 1

Die Analyse des ersten Prüfpunktes hat klaren Handlungsbedarf in Bezug auf die durch eine Zielvorgabe anvisierten Probleme identifiziert. Eine Ursache dafür ist das im Verhältnis zum BIP stark überdurchschnittliche Wachstum der OKP-Kosten in den letzten Jahren. Umfragen haben dieses Wachstum wiederholt als eine der Hauptsorgen der Schweizer Bevölkerung identifiziert.

Auch unabhängig der Präferenzen der Bevölkerung können verschiedene Arten von Markt- und Regulierungsversagen im Gesundheitswesen eruiert werden, die aus einer ökonomischen Effizienzperspektive zu reduzieren sind. Beispiele von Marktversagen umfassen etwa die asymmetrische Information zwischen Leistungserbringern und Patienten auch aber zwischen Versicherern und Versicherten. Letztere können zu Moral Hazard auf Seiten der Versicherten führen. Regulierungsversagen existiert beispielsweise – aus der Perspektive ökonomischer Effizienz – in Form des Kontrahierungszwangs, der den Versicherern eine Funktion als Gatekeeper verunmöglicht.

Auch die duale Finanzierungsart hat Fehlanreize zur Folge. Schliesslich werden die WZW-Kriterien nur lückenhaft überprüft und es fehlen wirksame Checks und Balances zur Kostenkontrolle. Die Folgen des Markt- und Regulierungsversagens sind nicht nur überdurchschnittliche Kostensteigerungen, sondern Ineffizienzen im Gesundheitssystem. Laut Schätzungen betragen diese knapp 20 Prozent der Kosten KVG-pflichtiger Leistungen.

Handlungsziele einer Zielvorgabe sind daher die Steigerung der allokativen sowie der produktiven Effizienz. Daneben müssen Zielkonflikte vermieden werden. Insbesondere sollte die Versorgungssicherheit gewährleistet werden, der Vollzugsaufwand minimiert und der regulierte Wettbewerb möglichst nicht tangiert werden.

3 Prüfpunkt 2: Auswirkungen auf gesellschaftliche Gruppen

3.1 Einleitung

In Prüfpunkt 2 wird die Frage nach den Auswirkungen der Vorlage für einzelne gesellschaftliche Gruppen beantwortet. Im Gegensatz zum folgenden Prüfpunkt 3 geht es in Prüfpunkt 2 also nicht um eine gesamtwirtschaftliche Perspektive, sondern spezifisch um die Auswirkungen auf einzelne «Stakeholder».

Für die Analyse von Prüfpunkt 2 werden in einem ersten Schritt unterschiedliche Szenarien der Ausgestaltung einer Zielvorgabe hergeleitet (Abschnitt 3.2). In Abschnitt 3.3 werden die wichtigsten von der Regulierung betroffenen Stakeholder identifiziert. Abschnitt 3.4 stellt die Bewertungsmethodik und Abschnitt 3.5 die Quellen zur Beurteilung der Auswirkungen vor. Die eigentliche Bewertung der Auswirkungen auf die einzelnen Stakeholder wird in Abschnitt 3.6 mit einem Wirkungsmodell eingeführt.

3.2 Szenarien

Trotz des relativ klaren Ablaufs einer Zielvorgabe (vgl. Abschnitt 1.1) kann diese auf unterschiedliche Weise ausgestaltet werden. Insbesondere bezüglich des Grades der Differenzierung, also der Frage nach der Grösse einer Leistungserbringergruppe mit derselben Zielvorgabe, als auch bezüglich den Massnahmen bei Überschreitung der Zielvorgabe sind verschiedene Ausgestaltungsmöglichkeiten denkbar. In den folgenden Abschnitten 3.2.1 und 3.2.2 werden diese charakterisiert. Der darauffolgende Abschnitt 3.2.3 bezieht sich auf den Regelungsentwurf und leitet daraus ab, welche Szenarien in der weiteren Beurteilung sinnvollerweise vertieft zu betrachten sind.

3.2.1 Differenzierung

Grundsätzlich sind verschiedene Möglichkeiten zur Aufteilung auf unterschiedlich fein definierte Kostenblöcke denkbar. Der erläuternde Bericht zum Regelungsentwurf gibt in der Diskussion von Art. 54a eine Mindestaufteilung durch den Bundesrat auf die wichtigsten Kostenblöcke ambulant, spitalambulant und stationär vor. In der Kompetenz des Bundes stehende Leistungen (Arzneimittel, Analysen, Mittel und Gegenstände) bilden dabei eigene Kostenblöcke. Weiter soll nach Leistungserbringern unterschieden werden, allerdings können auch mehrere Leistungserbringer und -bereiche zu einem Kostenblock zusammengefasst werden und Leistungsbereiche mit geringem Einfluss auf die Gesamtkostenentwicklung von der Zuteilung auf einen Kostenblock ausgenommen werden. Die vom Bundesrat konkret empfohlene Aufteilung auf die verschiedenen Kostenblöcke können die Kantone letztlich frei anpassen, solange das Wachstum über alle Kostenblöcke hinweg unterhalb des kantonalen Gesamtwachstumsziels liegt.

Eine Mindestaufteilung der Zielvorgabe durch die Kantone auf die vom Bundesrat vorgegebenen Kostenblöcke stellt die grösste Differenzierung dar. Zur Illustration einer solchen Differenzierung wird nachfolgend, basierend auf der Statistik des BAG zur OKP (BAG, 2020), von einer Aufteilung auf die in Tabelle 1 gezeigten vier wichtigsten Kostenblöcke sowie auf Übrige ausgegangen.

Tabelle 1: Wichtigste Kostenblöcke der OKP (Bruttokosten)

Kostenblock	Total in Mio. CHF (2018)	Anteil in %
Arzt ambulant	7'475	23.0%
Spital stationär	6'601	20.3%
Spital ambulant	5'571	17.1%
Arzneimittel (exkl. Arzneimittel Spital stationär und ambulant)	5'888	18.1%
Übrige (Pflegerheime, Spitex, Physiotherapie, Labor, Chiropraktik, MiGeL, Komplementärmedizin, übrige Leistungen ambulant, übrige Leistungen stationär)	7'017	21.6%
Total	32'551	100.0%

Anmerkungen: Die zweite Spalte gibt die Grösse der Kostenblöcke aus OKP-Sicht an. Da die Kosten KVG-pflichtiger Leistungen aber höher sind, ist das Volumen der Kostenblöcke aus KVG-Perspektive nicht deckungsgleich mit den hier gezeigten Kosten. Der Kostenblock «Übrige» entspricht insofern den Vorgaben des Regelungsentwurfs, als dass dieser die Zusammenfassung verschiedener Leistungsbereiche zu einem Kostenblock explizit erlaubt. In der Kompetenz des Bundes liegende Leistungsbereiche (im Kostenblock «Übrige» Analysen und Mittel und Gegenstände (MiGeL)) wären aber eigentlich als eigene Kostenblöcke zu betrachten.

Quelle: Eigene Darstellung basierend auf Daten des BAG (2020)

Im Gegensatz dazu besteht die am stärksten fragmentierte Aufteilung darin, dass die Zielvorgabe auf die vom Bundesrat definierten Kostenblöcke sowie zusätzlich auf die Stufe einzelner Leistungserbringerkategorien heruntergebrochen wird. Je nach Kostenblock können dies beispielsweise einzelne Spitäler oder – im Falle in eigener Praxis tätiger Leistungserbringer – Gruppen von Leistungserbringern wie Grundversorger, Internisten, Chirurgen, Kinderärzte etc. sein. Im Extremfall wäre es sogar vorstellbar, dass die Zielvorgabe noch weiter, d.h. beispielsweise bis auf Praxisebene einzelner Leistungserbringer, heruntergebrochen wird.

3.2.2 Korrekturmassnahmen bei Überschreitung der Zielvorgabe

Die im Hinblick auf die Erreichung der Zielvorgaben verfolgte Anreizwirkung beruht auf mehreren Schritten. Wir gehen davon aus, dass in einem ersten Schritt die jährliche Festlegung der Zielvorgaben in einzelnen Kostenblöcken idealerweise bereits eine systematische Evaluation der Gründe und Einflussfaktoren des jeweiligen Kostenwachstums auslösen kann. Die Leistungserbringer sind gehalten, Argumente darzulegen, warum und wo ein Wachstum zu erwarten sei (z.B. aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts oder aufgrund der demografischen Alterung).

Durch die vorgesehene Veröffentlichung der Zielvorgaben und des Erreichungsgrads der Kostenziele durch das BAG soll Transparenz über die Kostenentwicklung geschaffen werden, sodass seitens der Akteure ein Begründungszwang entsteht. Es ist Teil der Konzeption des «Instruments Zielvorgabe», dass der so entstehende öffentliche Druck von den Akteuren bereits im Vorfeld antizipiert wird und sowohl beim Setzen begründbarer und realistischer Ziele, als auch bei der anschliessenden Umsetzung der Ziele eine disziplinierende Wirkung ausübt und somit dämpfend auf das Kostenwachstum wirkt. Erst falls die geschaffene Transparenz und der Druck auf die Akteure nicht ausreichen, sollen in einem weiteren Schritt Korrekturmassnahmen ergriffen werden.

Bei vorliegender Zielvorgabe handelt es sich um eine Vorgabe in Bezug auf das Kostenwachstum. Kosten sind das Produkt aus Preis und Menge. Hinsichtlich Massnahmen bei Überschreiten der Zielvorgabe kommen deshalb primär zwei verschiedene Arten in Frage: jene, die bei der Menge ansetzen, und jene, die beim Preis ansetzen (sowie solche, die beim Produkt aus Preis und Menge ansetzen und offen lassen, was angepasst werden soll). Nebst solch «harten» Massnahmen sind

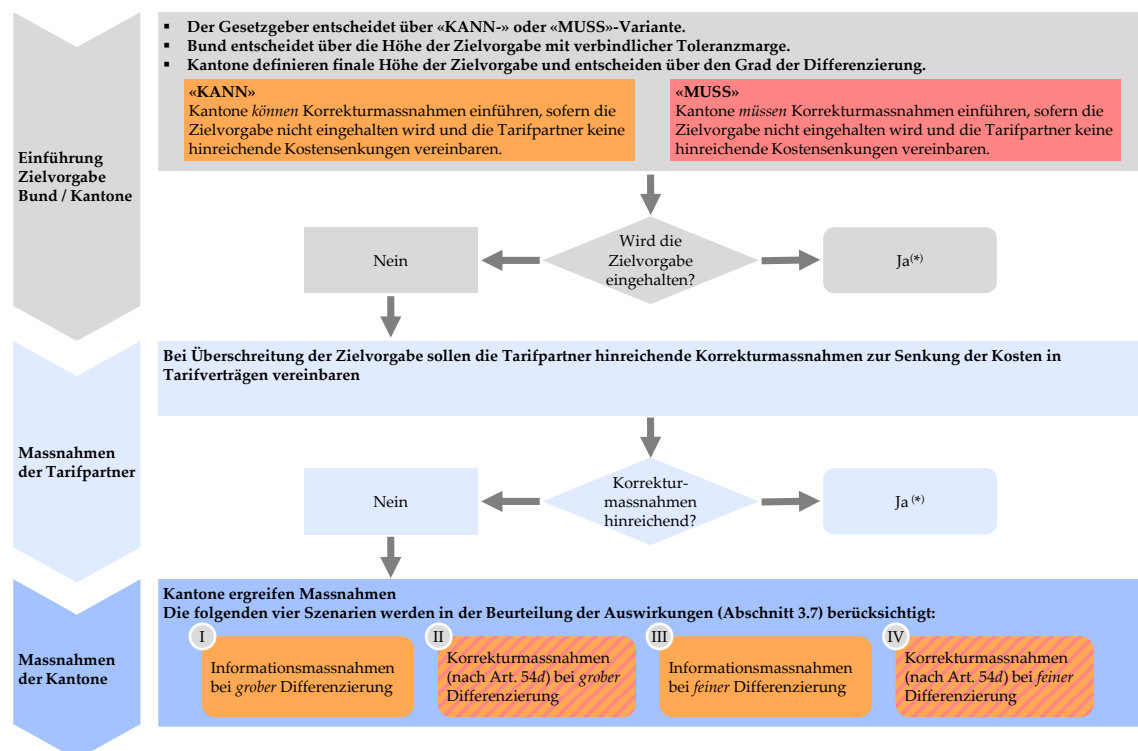
aber auch verhaltensökonomische Massnahmen oder Informationsmassnahmen im Sinne von «Moral Suasion» vorstellbar. Tabelle 9 in Anhang A.1 gibt einen Überblick über den Möglichkeitsraum an denkbaren Massnahmen.

Die im Regelungsentwurf explizit erwähnten Korrekturmassnahmen umfassen Anpassungen der Tarifverträge. Diese können grundsätzlich durch die Tarifpartner als auch durch die Kantone ergriffen werden. Die Tarifpartner selbst haben insbesondere im stationären Bereich vielfältige Möglichkeiten, Preise und Mengen vertraglich zu vereinbaren, um Kostenziele zu erreichen. Für die Kantone liegt der tarifvertragliche Einfluss im Bereich der Taxpunktwerte (im TARMED-System) bzw. der Baserates (im DRG-System), die kantonal unterschiedlich ausgestaltet sind und zudem nach Spitaltyp variieren.

3.2.3 Beurteilte Szenarien basierend auf dem Regelungsentwurf

Abbildung 2 zeigt einen auf dem Regelungsentwurf basierenden schematischen Ablauf einer Zielvorgabe und leitet daraus relevante Szenarien ab. Diese werden in der Beurteilung der Effekte einer Zielvorgabe auf die einzelnen Stakeholder in Abschnitt 3.6 berücksichtigt. Hier gilt es zu beachten, dass theoretisch eine Vielzahl an Szenarien denkbar ist. An dieser Stelle werden daher – stellvertretend für viele andere Szenarien mit ähnlichen Effekten – vier Szenarien auf Basis unterschiedlicher Differenzierung und kantonaler Massnahmen hergeleitet.²⁰

Abbildung 2: Ablauf Korrekturmassnahmen und beurteilte Szenarien



Anmerkungen zu (*): Falls die Tarifpartner die Zielvorgabe bereits ohne kantonale Massnahmen erfolgreich umsetzen (die zwei «Ja»-Outputs in der Abbildung), wird davon ausgegangen, dass die Effekte einer Zielvorgabe auf die Stakeholder in etwa deckungsgleich mit den in Abschnitt 3.6 beurteilten Auswirkungen des «wirkungsvollsten» Szenarios sind (siehe Szenario IV im untersten Block der Abbildung).

Quelle: Eigene Darstellung basierend auf dem Regelungsentwurf

²⁰ Vgl. auch die Anmerkung unter Abbildung 2 sowie die Fussnoten 22 und 23.

Wie aus Abbildung 2 ersichtlich, kann der angedachte Ablauf einer Zielvorgabe in Bezug auf Massnahmen der Tarifpartner und Kantone in drei Schritte unterteilt werden.

Einführung Zielvorgabe Bund/Kantone

Der Einführung einer Zielvorgabe vorangestellt ist die Entscheidung des Gesetzgebers über die Ausgestaltung kantonaler Korrekturmassnahmen. Je nach dessen Entscheidung *können* oder *müssen* die Kantone bei Überschreitung der Zielvorgabe und unzureichenden Massnahmen der Tarifpartner Korrekturmassnahmen ergreifen. Unabhängig von dieser Ausgestaltung definiert der Bund zu Beginn kantonsspezifische Zielvorgaben und setzt eine Toleranzmarge fest, bevor die Kantone die verbindliche Höhe der Zielvorgabe bestimmen und über deren Differenzierung entscheiden.

Im Sinne des Vorschlags der Expertengruppe Kostendämpfung (2017) ist davon auszugehen, dass bereits die Festlegung von Zielen für die kantonale Kostenentwicklung eine disziplinierende Wirkung auf die Leistungserbringer hat. Diese sind die primären Adressaten für die Umsetzung der Zielvorgaben in den Kantonen. Die Tarifpartner haben vor allem im stationären Bereich vielfältige Möglichkeiten, Preise und Mengen vertraglich zu vereinbaren, um Kosten zu beeinflussen.

Massnahmen der Tarifpartner

Wie dargelegt, sind die Tarifpartner (Leistungserbringer und Krankenversicherer) zunächst gehalten, die Tarif- und Leistungsverträge im ambulanten und stationären Sektor auf die kantonalen Kostenziele auszurichten und ggf. anzupassen. Falls diese Ziele in einem Jahr nicht erreicht werden, sollen die Tarifpartner in einem weiteren Schritt Korrekturmassnahmen zur Senkung der Kosten in Tarifverträgen vereinbaren.²¹ Hier gilt es aber zu beachten, dass die Tarifpartner die kantonalen Korrekturmassnahmen bereits vor ihrer Implementierung antizipieren und voraussichtlich darauf reagieren. So kann zum Beispiel angenommen werden, dass die Wahrscheinlichkeit der Ergreifung hinreichender (Korrektur-)Massnahmen durch die Tarifpartner im Falle der kantonalen «MUSS»-Variante höher ist als im Falle der «KANN»-Variante. Ebenso steigt sie mit einer frühzeitigen Kommunikation der Kantone über die Ergreifung von Korrekturmassnahmen bei unzureichenden Massnahmen der Tarifpartner.

Massnahmen der Kantone

Falls die Tarifpartner keine oder unzureichende Korrekturmassnahmen vereinbaren, kommen kantonale Massnahmen zum Tragen. In diesem Fall kann oder muss der betreffende Kanton Kor-

²¹ Die Kantone haben unabhängig von der Einführung einer Zielvorgabe bereits jetzt die Möglichkeit zur Implementierung kostendämpfender Massnahmen und nutzen diese auch teilweise. Allfällige (Korrektur-)Massnahmen der Tarifpartner müssen daher kantonale Restriktionen bezüglich bereits implementierter Massnahmen berücksichtigen. Im Rahmen ihrer Spitalplanung haben die Kantone etwa die Möglichkeit zur Mengensteuerung im stationären Sektor. In ihren Empfehlungen weist die Gesundheitsdirektorenkonferenz der Schweiz (GDK) explizit auf diese Möglichkeit hin (GDK, 2018): «Die Kantone können spezifische Massnahmen zur Vermeidung von medizinisch nicht indizierten stationären Behandlungen, von unverhältnismässigen Mengenausweitungen oder von Überkapazitäten ergreifen. Es stehen dazu zusätzliche Instrumente der Mengensteuerung zur Verfügung. Eine direkte Mengensteuerung bezieht sich auf die Anzahl Fälle und/oder die Fallschwere. [...] Eine indirekte Mengensteuerung kann Kapazitäten und Ausrüstung limitieren oder die Vergütung in Form eines Globalbudgets gemäss Art. 51 KVG beschränken.» Im Rahmen der Zulassung von ambulanten Ärzten können die Kantone zudem ebenfalls bereits heute die Angebotsmengen auf Ebene der medizinischen Fachrichtungen steuern (Stichwort «ärztlicher Zulassungsstopp»). Das heute verfügbare Instrumentarium der Preis- und Mengensteuerung im ambulanten und stationären Sektor wird in den meisten Kantonen allerdings ohne Ausrichtung auf ein quantifizierbares Ziel für die Kosten bzw. deren Entwicklung eingesetzt.

rekturmassnahmen ergreifen. Wie in Abbildung 2 dargestellt, sind die Möglichkeiten der Kantone bezüglich der Ausgestaltung von Massnahmen abhängig davon, ob sie Korrekturmassnahmen einführen können oder müssen. Falls der Gesetzgeber die «MUSS»-Variante vorsieht, sind nur die zwei Szenarien mit im Regelungsentwurf explizit vorgesehenen Korrekturmassnahmen nach Art. 54d möglich (Szenarien II und IV). Falls Massnahmen ergriffen werden *können*, erachten wir zusätzliche Handlungsmöglichkeiten der Kantone im Kontext von Informationsmassnahmen als realistisch und untersuchen daher die Effekte von vier möglichen Szenarien (Szenarien I bis IV):^{22,23}

- I) **Informationsmassnahmen bei grober Differenzierung:** Hierunter verstehen wir Möglichkeiten der Kantone zu Informationsmassnahmen. Diese sollen im Sinne von «Moral Suasion» die Leistungserbringer dazu anreizen, die Zielvorgabe besser einzuhalten. Eine Möglichkeit der Kantone ist beispielsweise die detaillierte Offenlegung der Soll- und Ist-Werte in Bezug auf die Zielerreichung zuhanden der Öffentlichkeit (sog. «Blame and Shame»). Durch begleitende Erklärungen und Kommentare der Kantone wird deutlich, wie und warum Zielabweichungen entstanden sind. Damit steigt der Druck auf die Verantwortlichen, im Hinblick auf die nachfolgende Zeitperiode, in eigener Regie Korrekturmassnahmen zu ergreifen. «Grobe Differenzierung» bedeutet hier, dass nur auf Kostenblockebene aggregierte Daten veröffentlicht und kommentiert werden.
- II) **Korrekturmassnahmen (nach Art. 54d) bei grober Differenzierung:** Hier setzen die Kantone harte Korrekturmassnahmen nach Art. 54d des Regelungsentwurfes um. Solche Korrekturmassnahmen umfassen tarifliche Massnahmen wie die Festlegung gesenkter Tarife oder die Festlegung von Tarifsenkungen in Abhängigkeit der Leistungsmenge (sog. degressive Tarife). Aufgrund der groben Differenzierung werden tarifliche Massnahmen in diesem Szenario nur nach Kostenblöcken unterschieden.
- III) **Informationsmassnahmen bei feiner Differenzierung:** Analog zur Ergreifung von Informationsmassnahmen unter grober Differenzierung, werden hier Soll- und Ist-Daten publiziert. Die veröffentlichten Daten – sowie die Definition der Zielvorgaben – werden aber nach Kostenblöcken *und* Leistungserbringergruppen unterschieden. Es könnten also beispielsweise die Fakturierungsdaten aller Leistungserbringergruppen (oder sogar aller Leistungserbringer)

²² Grundsätzlich kann neben der Differenzierung und der Art der (Korrektur-)Massnahmen auch die Höhe der Zielvorgabe variieren, da der Bund (und die Kantone) diese mehr oder weniger bindend definieren können (unterschiedliche «Griffigkeit»). Der Entwurf der Änderungen im KVG gibt dem Bund in der Bestimmung der Höhe der Zielvorgabe aber vor, sich an der wirtschaftlichen Entwicklung, der allgemeinen Lohn- und Preisentwicklung, der demografischen Entwicklung, der Morbiditätsstruktur und dem medizinisch-technischen Fortschritt zu orientieren. Aufgrund der vorgesehenen Festlegung einer Zielvorgabe an quantitativen und objektiven Indikatoren, gehen wir davon aus, dass der Spielraum der öffentlichen Hand bezüglich der Griffigkeit der Zielvorgabe limitiert ist. Zudem wären die erwarteten Auswirkungen unterschiedlicher Höhen der Zielvorgabe ähnlich wie die Auswirkungen unterschiedlicher (Korrektur-)Massnahmen zu beurteilen. Eine laxer Zielvorgabe würde daher mit ähnlichen Effekten einhergehen wie Szenario I in Abbildung 2, während eine strikte Zielvorgabe eher dem Szenario IV entsprechen würde. Die Effekte unterschiedlicher Griffigkeit der Zielvorgabe werden daher im Folgenden nicht separat analysiert.

²³ Es ist auch denkbar, dass die Kantone überhaupt keine Massnahmen ergreifen. In Anbetracht der im Regelungsentwurf vorgesehenen Mitteilungspflicht der Kantone an das BAG bezüglich den Kostenzielen und ergriffenen Korrekturmassnahmen sowie der durch das BAG erfolgenden Veröffentlichung der Zielerreichung in den verschiedenen Kantonen erachten wir ein solches Szenario aber als wenig wahrscheinlich. Wir gehen davon aus, dass mindestens die unter Informationsmassnahmen definierten Erklärungen und Kommentare durch die Kantone umgesetzt werden. Falls die Kantone gar keine Massnahmen ergreifen, kann aber davon ausgegangen werden, dass die Zielvorgabe keine Effekte hat. Die Situation mit Zielvorgabe entspräche dann dem Status quo ohne Zielvorgabe.

transparent offengelegt werden.²⁴ Diese würde grundsätzlich ein Benchmarking zwischen den einzelnen Leistungserbringer(gruppen) im Hinblick auf die (Nicht-)Erreichung der Zielvorgabe ermöglichen.

IV) **Korrekturmassnahmen (nach Art. 54d) bei feiner Differenzierung:** In diesem Szenario werden analog zu Szenario II Korrekturmassnahmen nach Art. 54d ergriffen. Im Gegensatz zu Szenario II können in diesem Szenario Tarifmassnahmen aber nach Leistungserbringer(gruppen) differenziert werden.

3.3 Stakeholder

Die in der Analyse in Abschnitt 3.6 berücksichtigten Stakeholder umfassen Leistungserbringer, Privathaushalte (Patienten, Prämien- und Steuerzahler), Krankenversicherer sowie Arzneimittelhersteller und die Medtechbranche. Je nach Homogenität und Signifikanz der Betroffenheit sowie der Funktionen eines Stakeholders kann weiter nach verschiedenen Typen unterschieden werden. Zu berücksichtigen ist, dass der Stakeholderansatz zwangsläufig eine Vereinfachung darstellt, da verschiedene Akteure mit nicht exakt deckungsgleicher Betroffenheit zu einem Stakeholder zusammengefasst werden.

Die **Leistungserbringer** werden für die weitere Analyse daher in drei Gruppen unterteilt. Die Unterteilung geht dabei von den wichtigsten Kostenblöcken der OKP aus (siehe Tabelle 1 in Abschnitt 3.2.1). Der Kostenblock «Arzt ambulant» wird als Stakeholder «**Ambulante Leistungserbringer, die Leistungen zu Lasten der OKP abrechnen (ohne Spitalleistungen)**» in der Analyse weiter beibehalten. Diese Leistungserbringer können selbstständig zulasten der OKP abrechnen. Die Kostenblöcke «Spital stationär» und «Spital ambulant» werden gemeinsam unter dem Titel «**Spitäler und andere Institutionen (ambulant und stationär)**» subsumiert, da für die Analyse der Auswirkungen einer Zielvorgabe auf die Leistungserbringer die Unterscheidung ambulant und stationär nicht zentral ist. Diese Leistungserbringerkategorie beschreibt grössere Zusammenschlüsse verschiedener Leistungserbringer, meistens in einer räumlich klar definierten Institution.

Die Kostenblöcke «Arzneimittel» und «Übrige» aus Tabelle 1 werden in unterschiedlichen Leistungserbringerkategorien weiter analysiert: Kosten, die durch Leistungserbringer in Spitälern und anderen Institutionen verursacht werden, werden dem Stakeholder «Spitäler und andere Institutionen (ambulant und stationär)» zugeordnet. Diese umfassen insbesondere in Geburtshäusern erbrachte Leistungen. Kosten, die hingegen durch Leistungserbringer verursacht werden, die nur auf Anordnung eines Arztes KVG-pflichtige Leistungen abrechnen dürfen, werden einer neuen Leistungserbringerkategorie «**Ambulante Leistungserbringer, die auf Anordnung eines Arztes Leistungen erbringen (ohne Spitalleistungen)**» zugeordnet.²⁵ Dazu gehören auch

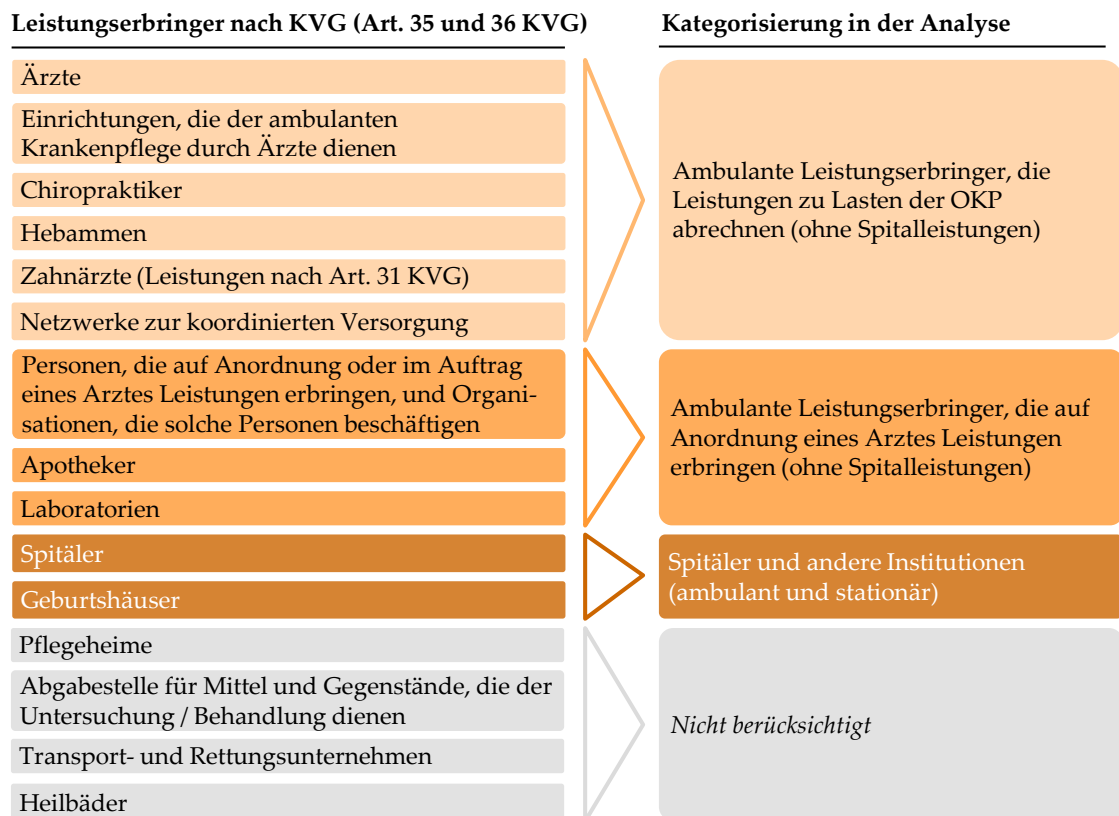
²⁴ Aus Datenschutzgründen wäre es zentral, diese Daten den entsprechenden Leistungserbringergruppen vorgängig zugänglich zu machen, damit diese eine Möglichkeit haben, Stellung zu nehmen.

²⁵ Art. 5 bis Art. 11 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) definieren diese. Dazu gehören Ergotherapeuten, Ernährungsberater, Logopäden, Neuropsychologen, Pflegefachpersonen, Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Spitex) und Physiotherapeuten – sofern die Leistungen nicht in Spitälern und anderen Institutionen (ambulant und stationär) erbracht werden. Psychologische Leistungen werden nur dann von der OKP vergütet, wenn der psychologische Therapeut bei einem Arzt angestellt ist und seine Leistungen unter dessen Aufsicht und in den Räumlichkeiten des Arztes erbringt. Diese werden hier daher nicht untersucht.

die dem Kostenblock Arzneimittel (exkl. Arzneimittel Spital stationär und ambulant) zurechenbaren Leistungen.²⁶

Den resultierenden drei Kategorien können die meisten im KVG definierten Leistungserbringer zugeordnet werden. Abbildung 3 zeigt, wie eine solche Zuordnung erfolgt.

Abbildung 3: Kategorisierung der Leistungserbringer für die Stakeholderanalyse



Anmerkungen: Die Netzwerke zur koordinierten Versorgung würden erst mit dem neuen KVG gemäss Art. 35 Abs. 2 Bst. o als Leistungserbringer ins KVG aufgenommen. Da die Netzwerke zur koordinierten Versorgung bisher nicht als Leistungserbringer im KVG aufgeführt sind, bestehen sie noch nicht als eigentliche Stakeholder. Somit lässt sich für diese Gruppe nicht abschätzen, welche Auswirkungen für sie mit der OKP-Zielvorgabe verbunden wären, da ein Vergleich mit dem Status quo nicht möglich ist. Allerdings lassen sich die Netzwerke am ehesten der Stakeholderkategorie «Ambulante Leistungserbringer, die Leistungen zu Lasten der OKP abrechnen (ohne Spitalleistungen)» zuordnen. Grundlage dafür ist Art. 36b des Regelungsentwurfes, welcher Netzwerke zur koordinierten Versorgung als Einrichtungen definiert, die Leistungen ambulant und koordiniert erbringen. Erwartungsgemäss sind Netzwerke zur koordinierten Versorgung daher ähnlich von einer Zielvorgabe betroffen wie andere Leistungserbringer dieser Kategorie.

Quelle: Eigene Darstellung

Im Gegensatz zu den Leistungserbringern werden die **Privathaushalte** in ihrer Rolle als Patienten, Prämien- und Steuerzahler in einer Gruppe zusammengefasst. Dies einerseits, weil Patienten, Prämienzahler und Steuerzahler aufgrund des Versicherungsobligatoriums dieselben Personen sind. Obwohl die Gruppe der Patienten zu jedem Zeitpunkt kleiner als die Gruppe der Prämien- und Steuerzahler ist, kann in einer Lebenszyklusperspektive davon ausgegangen werden, dass faktisch jeder Prämien- und Steuerzahler auch Patient wird. Es besteht allerdings Unsicher-

²⁶ Dies gilt mit Ausnahme der durch selbstdispensierende Ärzte abgegeben Arzneimittel. Diese werden der Leistungserbringerkategorie ambulante Leistungserbringer (ohne Spitalleistungen) zugeordnet.

heit über den zukünftigen Gesundheitszustand jedes einzelnen und daher auch über den Zeitpunkt, wann dieser zum Patient wird. Umgekehrt kann aber auch ein Patient oftmals mit Genesung rechnen. Das heisst, die verschiedenen Rollen der Privathaushalte unterscheiden sich zwar je nach Zeitpunkt, sind aber kaum unterschiedlich, wenn über einen längeren Zeitraum betrachtet wird. Wir gehen deshalb davon aus, dass sich auch die Präferenzen der Privathaushalten nicht je nach eingenommener Rolle grundsätzlich voneinander unterscheiden. Sogar falls sich die Präferenzen unterscheiden – beispielsweise falls gesunde Prämien- und Steuerzahler mehr auf die Kosten und Patienten mehr auf die Leistungsqualität achten – geht es höchstens um unterschiedliche Gewichtungen verschiedener Faktoren. Qualitativ sind die Präferenzen aber auch in diesem Fall gleichgerichtet. Es ist beispielsweise wahrscheinlich, dass auch Patienten – bei gegebenen Leistungen – tiefe Gesundheitskosten hohen vorziehen.

Schliesslich werden auch **Arzneimittelhersteller und die Medtechbranche** in der Analyse berücksichtigt. Obwohl die Zielvorgabe die Abgabepreise und nicht die Produzentenpreise reguliert und daher direkt bei den Apotheken und anderen Abgabestellen wirkt, gehen wir in Folge davon aus, dass Arzneimittelhersteller und Medtechunternehmen zumindest indirekt durch eine Zielvorgabe betroffen wären.

Der Staat (Bund, Kantone und Gemeinden) wird hingegen nicht als Stakeholder berücksichtigt. Ein Grund dafür ist, dass die zentralen Auswirkungen einer Zielvorgabe auf den Staat – der Regulierungs- und Verwaltungsaufwand und die Kompatibilität mit bestehenden Regulierungen und anderen Reformprojekten – separat in Prüfpunkt 5 (Abschnitt 6) vertieft behandelt werden. Des Weiteren ist es unklar, inwiefern der Staat als eigenständiger Stakeholder definiert werden könnte. Wird davon ausgegangen, dass der Staat hauptsächlich die Interessen seiner Bürgerinnen und Bürger vertritt, dann sind die auf ihn wirkenden Effekte bereits in der Beurteilung der Privathaushalten berücksichtigt. Wird der Staat hingegen – im Sinne der politischen Ökonomie – als unabhängig agierende Institution verstanden, stellt sich die Frage nach seiner konkreten Interessenslage und seinen Zielen (Frey & Kirchgässner, 2002). Diese klar zu definieren wäre mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden.

Schliesslich stellt sich auch die Frage, ob die Berücksichtigung von Staat und Kantonen nicht einen Zirkelschluss zur Folge hätte: Der Bund ist Urheber der Zielvorgabe und die Kantone sind verantwortlich für die Umsetzung im Rahmen von Differenzierung und Definition von Korrekturmassnahmen. Keiner der beiden Akteure ist Adressat einer Zielvorgabe. Würden nun staatliche Akteure als betroffene Stakeholder beurteilt, würden diese gleichzeitig als Urheber und Betroffene der Regulierung betrachtet werden, was wenig sinnvoll scheint.²⁷

Somit ergeben sich die folgenden sechs in der weiteren Analyse berücksichtigten Stakeholder:

- Ambulante Leistungserbringer, die Leistungen zu Lasten der OKP abrechnen (ohne Spitalleistungen);
- Ambulante Leistungserbringer, die auf Anordnung eines Arztes Leistungen erbringen (ohne Spitalleistungen);
- Spitäler und andere Institutionen (ambulant und stationär);

²⁷ Mutmasslich aus diesen Gründen – eine explizite Begründung für das gewählte Vorgehen wird in keiner der untersuchten Evaluationen identifiziert – wird der Staat in Regulierungsfolgenabschätzungen oft nicht unter Prüfpunkt 2 berücksichtigt. Beispiele aus dem Gesundheitsbereich umfassen die RFA zur Einführung eines Referenzpreissystems in der Schweiz (Bill et al., 2018), die RFA zur Revision des Medizinprodukterechts (Ecoplan & axxos, 2018) oder die RFA zur Revision des Heilmittelgesetzes (Peter et al., 2012).

- Privathaushalte (Patienten, Prämien- und Steuerzahler);
- Krankenversicherer;
- Arzneimittelhersteller und Medtechbranche.

3.4 Bewertungsmethodik

Zur Bewertung der Effekte auf die einzelnen Stakeholder können qualitative, semi-quantitative, quantitative oder monetäre Methoden verwendet werden (SECO, 2014). Quantitative und monetäre Methoden benötigen Daten in physischen Mengen oder Geldeinheiten. Eine semi-quantitative Perspektive erlaubt es hingegen, Tendenzaussagen zum Ausmass der Auswirkungen vorzunehmen, ohne über konkrete Zahlen zu monetären oder physischen Werten zu verfügen. Beispielsweise geschieht dies, indem einer Beurteilung eine Beurteilungsskala von «- - -» («stark negativ») bis zu «+ + +» («stark positiv») unterlegt wird.

Die folgende Beurteilung folgt einer semi-quantitativen Analyse. In der Beurteilung der verschiedenen Auswirkungen auf die Stakeholder werden die folgenden Symbole eingesetzt:

- Ein Plus-Zeichen (+) bedeutet, dass eine Auswirkung auf den jeweiligen Stakeholder positiv bewertet wird. Zwei oder mehr Plus-Zeichen bedeuten, dass eine Auswirkung auf den jeweiligen Stakeholder als deutlich positiv zu bewerten ist.
- Ein Minus-Zeichen (-) bedeutet, dass eine Auswirkung auf einen Stakeholder negativ beurteilt wird. Zwei oder mehr Minus-Zeichen bedeuten, dass eine Auswirkung auf den jeweiligen Stakeholder als deutlich negativ zu beurteilen ist.
- Ein Gleich-Zeichen (=) bedeutet, dass keine Auswirkung erwartet wird, dass die Auswirkung vernachlässigbar klein ist, oder dass sich Auswirkungen unterschiedlicher Richtung gegenseitig (ungefähr) aufheben.

Für alle Symbole gilt es zu beachten, dass die Beurteilung der Auswirkungen in der Stakeholderanalyse im Rahmen von Prüfpunkt 2 «aus Stakeholdersicht» – und nicht aus gesamtwirtschaftlicher Sicht (siehe dazu Prüfpunkt 3 in Abschnitt 4) – geschieht. Derselbe Effekt kann deshalb zum Beispiel mit einem «+» für einen Leistungserbringer aber mit einem «-» für die Privathaushalte beurteilt werden. Es ist auch denkbar, dass ein aus gesamtwirtschaftlicher Perspektive erwünschter Effekt für einen Stakeholder negativ beurteilt wird. Z.B. ist die Reduktion nicht-indizierter Leistungen aus gesamtwirtschaftlicher Sicht positiv zu beurteilen. Aus der Sicht der Leistungserbringer geht eine reduzierte Leistungserbringung aber – im Vergleich zum Status quo – mit tieferem Einkommen einher, was für diese Stakeholder negativ bewertet werden muss. Bei der Beurteilung aller Effekte muss stets berücksichtigt werden, dass es sich um **marginale Effekte im Vergleich zum Status quo**, also der Situation ohne Zielvorgabe, handelt. Illustriert am Beispiel des reduzierten Einkommens durch reduzierte Leistungserbringung bedeutet dies, dass das Einkommen nicht absolut abnimmt, sondern nur dessen zukünftiges Wachstum geringer ausfällt.

Die Beurteilungen der unterschiedlichen Effekte werden anschliessend für jedes Szenario und jeden Stakeholder aggregiert. Die Aggregation erfolgt, indem den Bewertungen vorab Zahlen zugeordnet werden. Einem «+» wird dabei eine 1 zugeordnet, einem «+ +» eine 2, ein «-» erhält eine -1, ein «- -» eine -2, usw. Einem «=» wird eine 0 zugeordnet. Die so quantifizierten Beurteilungen werden dann für jedes Szenario aufsummiert. Dies ermöglicht schliesslich, die verschiedenen Szenarien für jeden Stakeholder zu vergleichen. In der Interpretation des Vergleichs muss allerdings berücksichtigt werden, dass in der Summierung alle Auswirkungen gleich gewichtet werden, wobei auch andere Gewichtungen vorstellbar wären.

3.5 Quellen

Die Bewertungen der Auswirkungen der verschiedenen Szenarien auf die Stakeholder erfolgt hauptsächlich konzeptionell. Anhang A.2 führt die konzeptionellen Überlegungen zu den möglichen Auswirkungen einer Zielvorgabe auf Mengen, Preise, Qualität und Zugang sowie den Vollzugsaufwand detailliert aus.

Zusätzlich werden die konzeptionellen Überlegungen durch Experteneinschätzungen aus Stakeholderinterviews und Verbandsbefragungen plausibilisiert, untermauert und – wo sinnvoll – ergänzt. Insgesamt wurden für die vorliegende Analyse elf Interviews mit möglichst repräsentativen Stakeholdern aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens sowie schriftliche Befragungen mit acht Verbänden im Gesundheitsbereich geführt. Die Interviews haben zwischen September und November 2019 stattgefunden, die Verbandsbefragungen im Oktober 2020. Tabelle 10 in Anhang A.3 und Anhang A.4.1 geben einen Überblick über die befragten Interviewpartner und Verbände. Bei der Auswahl der Interviewpartner wurde insbesondere auf Repräsentativität der Interviewpartner bezüglich des jeweiligen Stakeholders geachtet und sichergestellt, dass möglichst viele Unterkategorien eines Stakeholders befragt werden konnten (beispielsweise öffentliche und private Spitäler). Trotzdem gilt es zu berücksichtigen, dass die Verfügbarkeit der gewünschten Interviewpartner Einschränkungen unterlag. Dies gilt insbesondere für die ambulanten Leistungserbringer.

Vor Verwendung in der Analyse wurden alle Aussagen aus Stakeholderinterviews und Verbandsbefragungen kritisch reflektiert, um beispielsweise strategische Antworten zu erkennen und in den richtigen Kontext zu setzen.

Eine nach Themen geordnete Zusammenfassung der wichtigsten Interviewaussagen und Angaben darüber, wie oft eine Aussage getroffen wurde, befindet sich in Anhang A.3.2. Ein Beispiel eines Interviewfragebogens wird in Anhang A.3.3 gezeigt. Anhang A.4.2 zeigt ein Beispiel eines Leitfadens der Verbandsbefragungen.

3.6 Beurteilung der Auswirkungen einer Zielvorgabe

Nachfolgend werden für jeden der in Abschnitt 3.3 eingeführten Stakeholder die erwarteten Auswirkungen untersucht und bewertet. Dabei werden die oben erwähnten Aussagen aus Stakeholderinterviews mitberücksichtigt. Konzeptionelle Überlegungen zu den Auswirkungen einer Zielvorgabe auf Mengen, Preise, Qualität und Zugang sowie den Vollzugsaufwand – die ebenfalls in die folgende Bewertung der Effekte auf die einzelnen Stakeholder einfließen – sind in Anhang A.2 ausführlich beschrieben.

In einem ersten Schritt werden die Wirkungsketten und Auswirkungen in einem Wirkungsmodell dargestellt.

3.6.1 Wirkungsmodell

Das Wirkungsmodell in Abbildung 4 beschreibt die Zusammenhänge zwischen der Zielvorgabe, ihrer Umsetzung in verschiedenen denkbaren Szenarien, den wichtigsten Auswirkungen auf betroffene Stakeholder und den Auswirkungen auf das Gesundheitssystem als Ganzes. Die Pfeile zwischen den Kästen im Wirkungsmodell zeigen dabei die wichtigsten Wirkungsketten. Das Wirkungsmodell dient als Grundlage der folgenden stakeholderspezifischen Analyse und fasst gleichzeitig einige der wichtigsten Resultate dieser Analyse bereits stichwortartig zusammen.

Der im Wirkungsmodell gezeigte kausale Zusammenhang führt von der geplanten Regulierung zu den erwarteten Auswirkungen auf die Leistungserbringer (aggregiert betrachtet im Wirkungsmodell). Deren Verhaltensänderungen wiederum führen zu Auswirkungen auf Privathaushalte, Krankenversicherer sowie Arzneimittelhersteller und Produzenten von Medtechprodukten. Die Auswirkungen und Verhaltensänderungen aller Stakeholder determinieren schliesslich die Folgen der Regulierung auf das Gesundheitssystem als Ganzes.

Wie im Wirkungsmodell dargestellt und in Abschnitt 3.2 hergeleitet, kann die Regulierung in unterschiedlichen Szenarien umgesetzt werden. Die folgende Beurteilung ergibt allerdings, dass qualitativ alle Szenarien in die gleiche Richtung wirken, d.h. sich unter allen Szenarien jeweils positiv oder negativ auf einen bestimmten Aspekt auswirken. Einzig die Stärke der Auswirkungen unterscheidet sich zwischen den Szenarien. Diesbezüglich gehen wir davon aus, dass die Auswirkungen mit feinerer Differenzierung und Korrekturmassnahmen nach Art. 54d im Vergleich zu Informationsmassnahmen stärker ausfallen. Das heisst also, dass *im Falle von Korrekturmassnahmen nach Art. 54d von stärkeren Anreizwirkungen als im Falle von Informationsmassnahmen ausgegangen wird*. Die erwartete *stärkere Wirkung einer feinen im Vergleich zu einer groben Differenzierung* ist auf den Allmendegutcharakter einer Zielvorgabe zurückzuführen. Die sich daraus ergebenden individuellen Anreize im Gesundheitswesen wirken insbesondere bei einer groben Differenzierung, da das Kollektiv mit gemeinsamem Kostenziel in diesem Falle grösser ist und eine geringere soziale Kontrolle zwischen den einzelnen Leistungserbringern besteht. Bei grober Differenzierung kann eine Zielvorgabe daher kaum ihre volle Wirkung entfalten.

Die Überlegungen zu (Korrektur-)Massnahmen und Differenzierung führen zu einem Kontinuum im Beurteilungsschema: Während im Szenario «Informationsmassnahmen bei grober Differenzierung» die schwächsten Effekte erwartet werden, kann im Szenario «Korrekturmassnahmen nach Art. 54d bei feiner Differenzierung» von den grössten Effekten ausgegangen werden. Die Auswirkungen in einem grob differenzierten Szenario mit Korrekturmassnahmen nach Art. 54d werden dabei ähnlich beurteilt wie die Auswirkungen in einem fein differenzierten Szenario mit Informationsmassnahmen, da nicht klar ist, ob der stärker bindende Effekt einer feineren Differenzierung den weniger bindenden Effekt rein informativer Massnahmen überwiegt.

Alle der folgenden Beurteilungen werden jeweils im Vergleich zum Status quo (d.h. der momentanen Situation ohne Zielvorgabe) vorgenommen.

Abbildung 4: Wirkungsmodell



Anmerkungen: Der für den Bund und die Kantone relevante Vollzugsaufwand wird unter Prüfpunkt 5 (Abschnitt 6) analysiert. Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden die Leistungserbringer hier aggregiert dargestellt. Der Impact einer Zielvorgabe (Auswirkungen auf die Stakeholder) wird im Mitteteil des Wirkungsmodells nur am Rande diskutiert. Die folgenden Tabellen 2 bis 7 besprechen detailliert den Impact bezüglich jedes Stakeholders.

Quelle: Eigene Darstellung

3.6.2 Ambulante Leistungserbringer, die Leistungen zu Lasten der OKP abrechnen

Tabelle 2 zeigt zusammenfassend die erwarteten Auswirkungen der verschiedenen Szenarien auf die ambulanten Leistungserbringer, die Leistungen zu Lasten der OKP abrechnen (ohne Spitalleistungen).

Tabelle 2: Beurteilung der Auswirkungen auf ambulante Leistungserbringer, die Leistungen zu Lasten der OKP abrechnen (ohne Spitalleistungen)

Differenzierung:	Grob		Fein	
Kantonale Massnahmen:	Information	Art. 54d	Information	Art. 54d
Mengenentwicklung	-	--	--	---
Preisentwicklung	=	-	-	--
Vollzugaufwand	-	--	-	--
Leistungsqualität	=	=	=	=
<i>Summierung Ambulante Leistungserbringer</i>	-2	-5	-4	-7

Anmerkung: In der Summierung werden alle Auswirkungen gleichgewichtet.

Quelle: Eigene Darstellung basierend auf konzeptionellen Überlegungen (vgl. Abschnitt A.1) und Experteninterviews

Mengenentwicklung

Mengeneffekte auf ambulante Leistungserbringer entstehen hauptsächlich durch Auswirkungen einer Zielvorgabe auf die **allokative Effizienz**. Für die ambulante ärztliche Behandlung (ohne ambulante Spitalleistungen) findet die Studie von Brunner et al. (2019) ein jährliches theoretisches Einsparpotenzial von zwischen CHF 883 und 995 Mio. Dies entspricht zwischen 11 und 12.4 Prozent der durch diese Leistungserbringer verursachten KVG-pflichtigen Leistungen. Bei diesen Ausgaben handelt es sich um die maximalen Effizienzreserven, die aus einer konservativen Schätzung hervorgehen, und die durch eine Zielvorgabe nicht voll ausgeschöpft werden können. Nichtsdestotrotz kann davon ausgegangen werden, dass eine Zielvorgabe die allokative Effizienz der Leistungen von ambulanten Leistungserbringern erhöht.

Infolge einer Reduktion der erbrachten Mengen sind **Ausweichstrategien** der ambulanten Leistungserbringer zu erwarten. In den Experteninterviews wurde mehrfach die Möglichkeit einer verstärkten Fokussierung der Leistungserbringer auf margenstarke Leistungen genannt.^{28,29} Zudem haben viele Interviewpartner auch die Gefahr einer Risikoselektion bezüglich der Patienten identifiziert. Diese kann sich auf unterschiedliche Weise manifestieren. Beispielsweise ist es denkbar, dass einzelne Leistungserbringer vermehrt auf zusatzversicherte Patienten fokussieren oder vulnerable (beispielsweise sozialschwache, psychisch Erkrankte oder Suchtpatienten) und polymorbide Patienten weniger behandeln bzw. auf andere Leistungserbringerkategorien «abschieben». In Kantonen mit Selbstdispensation sind die ambulanten Leistungserbringer überdies mit zwei Zielvorgaben konfrontiert (für die ambulanten Leistungen und für Arzneimittel; letztere werden auf Bundesebene festgelegt). Je bindender die Zielvorgabe auf den Arzneimitteln ist, desto grösser ist die Wahrscheinlichkeit, dass selbstdispensierende Ärzte Arzneimittel vermehrt

²⁸ Dem könnte allerdings aktiv entgegengewirkt werden, indem im Rahmen der Vereinbarungen der Tarifpartner entsprechende Anpassungen der Margen vorgenommen werden. Es scheint allerdings wenig wahrscheinlich, dass die Leistungserbringer den Versicherern ihre Margen offenlegen würden.

²⁹ Anhang A.3.2 zeigt eine Zusammenfassung der wichtigsten Interviewaussagen und eine Häufigkeitsverteilung der getroffenen Aussagen.

verschreiben und nicht mehr selbst abgeben.³⁰ Dies hat Auswirkungen auf die Apotheker (siehe Abschnitt 3.6.3).

Wie aus Tabelle 2 ersichtlich, werden die Auswirkungen einer Zielvorgabe auf die Mengenentwicklung der Leistungen ambulanter Leistungserbringer – trotz möglicher Ausweichstrategien – negativ beurteilt, da diese mit hoher Wahrscheinlichkeit mit weniger stark wachsenden Einkommen einhergehen. Auch bei diesem Faktor ist ein Kontinuum bezüglich der Stärke der Auswirkungen über die Szenarien zu erwarten. Wie in Abschnitt 3.6.1 erläutert, gehen wir davon aus, dass Korrekturmassnahmen nach Art. 54d stärkere Effekte als Informationsmassnahmen der Kantone haben und eine feine Differenzierung effektiver wirkt als eine grobe Differenzierung. Letzteres ergibt sich hauptsächlich, weil durch die reduzierte soziale Kontrolle bei einer groben Differenzierung im Vergleich zur feinen Differenzierung die Gefahr einer Übernutzung der verfügbaren Mittel höher eingeschätzt wird, was auch in den Experteninterviews mehrfach bestätigt wurde.³¹

Preisentwicklung

Ein weiterer Effekt einer Zielvorgabe ist von einer Erhöhung der **produktiven Effizienz** zu erwarten – also der Möglichkeit zur Erbringung derselben Leistungen zu tieferen Kosten, etwa infolge der Ausnutzung von Skalen- und Verbundeffekten sowie von Innovationen. Interviewausagen zufolge liegt insbesondere im Bereich der koordinierten und integrierten Behandlungsketten Potenzial für Effizienzsteigerungen ambulanter Leistungserbringer (organisatorische Innovationen). Auch der verstärkte Austausch von Daten zwischen den Leistungserbringern – und allgemein die Digitalisierung – bieten Möglichkeiten zur Steigerung der produktiven Effizienz. Schliesslich wurden eine konsequente Förderung der Integrierten Versorgung und aktives «Gatekeeping» durch Hausärzte³² als mögliche Effizienzquellen genannt. Aus empirischer Sicht findet auch der Bericht von Brunner et al. (2019) Potenzial zur Ausschöpfung produktiver Effizienz in der ambulanten Versorgung. Obwohl das theoretische Potenzial geringer ist als bei der Vermeidung unnötiger Leistungen, liegt es bei rund CHF 587 Mio. und entspricht ca. 7.3 Prozent der KVG-pflichtigen Leistungen der ambulanten Leistungserbringer. Die Auswirkungen einer erhöhten produktiven Effizienz auf die Preisentwicklung sind allerdings – zumindest in der kurzen Frist – nicht eindeutig. Der Grund dafür ist, dass die Preise im Tarifsystem TARMED nur beschränkt kostenbasiert sind und sich in der Vergangenheit gezeigt hat, dass das Tarifsystem träge ist und nur unter hohem Aufwand und Druck angepasst werden kann.

³⁰ Gemäss Änderungserlass des KVG in Art. 54a bilden Analysen, Arzneimittel und Mittel und Gegenstände eigene Kostenblöcke.

³¹ Grundsätzlich besteht zwar die Möglichkeit, dass sich in einem grob differenzierten System die Leistungserbringer eines Kostenblockes koordinieren und nach eigenem Ermessen dort Effizienzpotenziale realisieren, wo dies am besten möglich ist. Theoretisch könnten die Leistungserbringer auch feiner differenzieren als von den Kantonen vorgeesehen. Allerdings ist dabei zu beachten, dass die ambulanten Leistungserbringer (ohne Spitalleistungen) in der Regel selbstständig tätige Kleinunternehmer sind und sich daher nur unter hohem Aufwand koordinieren können. Neben den unklaren Anreizen einer Zielvorgabe zur Koordination der Leistungserbringer, kann sich Koordination also auch aus marktstrukturellen Gründen schwierig gestalten (nebst möglichen kartellrechtlichen Hindernissen). Es wäre zwar theoretisch denkbar, dass Leistungserbringerverbände die Koordination der Leistungserbringer zur Einhaltung einer Zielvorgabe anleiten. Allerdings haben keine Aussagen der Experteninterviews auf eine solche Möglichkeit hingedeutet.

³² Unter «Gatekeeping» wird die Koordination der gesamten Behandlungskette verstanden, d.h. der Gatekeeper plant die Behandlung des Patienten schnittstellenübergreifend, sammelt und evaluiert alle Befunde, vereint sie zu einer Gesamtsicht und plant die weitere Behandlung bedarfsangepasst (Obsan, 2015, S. 14).

Somit ist die Preisentwicklung neben der produktiven Effizienz auch von der **Verhandlungsposition** der ambulanten Leistungserbringer in Tarifverhandlungen abhängig. Grundsätzlich kann von einer Verschlechterung der Verhandlungsposition ambulanter Leistungserbringer ausgegangen werden, da eine Zielvorgabe eine zusätzliche finanzielle Restriktion in Tarifverhandlungen einführt. Der Verhandlungsspielraum der Leistungserbringer wird dadurch eingeschränkt. Ein Interviewpartner wies darauf hin, dass eine Zielvorgabe dazu führen könnte, dass die Leistungserbringer verstärkt versuchen würden, die Tarifstrukturen zugunsten von häufig erbrachten Leistungen zu verändern. Trotzdem erscheint es wahrscheinlich, dass sich eine Verschlechterung der Verhandlungsposition grundsätzlich reduzierend auf die Tarife der hier untersuchten Leistungserbringer auswirkt. Damit erhöht sich womöglich auch die Wahrscheinlichkeit, bestehende Verhandlungsblockaden zu überwinden.

Die unterschiedliche Beurteilung der Effekte von Tarifänderungen je nach Szenario folgt der identischen Logik wie im Falle der Mengenentwicklung. Aufgrund des nicht eindeutigen Zusammenhangs zwischen einer Erhöhung der produktiven Effizienz und der Tarife ambulanter Leistungserbringer wird aber in allen Szenarien von einem schwächeren Effekt ausgegangen.

Vollzugsaufwand

Schliesslich hat die Einführung einer Zielvorgabe für ambulante Leistungserbringer Vollzugsaufwand zur Folge. Interviewaussagen zufolge hängt der administrative Aufwand sehr stark von der genauen Ausgestaltung der Zielvorgabe ab. Die unter den Informationsmassnahmen im Kontext von «Blame and Shame» gehen erwartungsgemäss mit wenig oder keinem administrativen Aufwand für die Leistungserbringer einher. Korrekturmassnahmen nach Art. 54d hingegen, haben erhöhten (Anpassungs-)Aufwand der Leistungserbringer zur Folge, da sich ihre betriebswirtschaftlichen Grundlagen stärker ändern. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass der administrative Aufwand bei Korrekturmassnahmen nach Art. 54d den Aufwand unter reinen Informationsmassnahmen übersteigt. Da hingegen keine offensichtlichen Gründe bestehen, weshalb der Vollzugsaufwand einzelner Leistungserbringer abhängig vom Grad der Differenzierung einer Zielvorgabe sein sollte, nehmen wir an, dass der Vollzugsaufwand unabhängig von der Differenzierung ist.

Leistungsqualität³³

In Bezug auf die Leistungsqualität wurden in den Stakeholderinterviews Bedenken über den in Folge einer Zielvorgabe erhöhten Zeitdruck für Behandlungen, die im TARMED-System abgerechnet werden, geäussert.³⁴ Des Weiteren wurde erwähnt, dass die «Silo-übergreifende» Zusammenarbeit der Leistungserbringer bereits aktuell schwach sei und dieses Problem durch eine Zielvorgabe verstärkt werden könnte, was unter Umständen negative Auswirkungen auf die Leistungsqualität hätte.³⁵

³³ Vgl. dazu die ausführliche Diskussion zu den Effekten einer Zielvorgabe auf die Leistungsqualität in Anhang A.2.

³⁴ Im TARMED-System kann die Behandlungszeit abgerechnet werden. Ein durch eine Zielvorgabe verursachter Kostendruck könnte deshalb dazu führen, dass die ambulanten Leistungserbringer weniger Zeit pro Behandlung aufwenden.

³⁵ Vgl. hierzu die Ausführungen des BAG zu einer Verbesserung der Rahmenbedingungen für die koordinierte Versorgung: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung/verbesserung-der-rahmenbedingungen-koordinierte-versorgung.html> [25.03.2020].

Mehrfach wurde im Rahmen der Experteninterviews allerdings auch die Ansicht geäußert, dass die Einführung einer Zielvorgabe zu einer Reduktion unnötiger – potenziell schädlicher – Leistungen führt. Wie bereits erwähnt, identifiziert der jüngste Bericht zu den Ineffizienzen im schweizerischen Gesundheitswesen substanzielles Einsparpotenzial (Brunner et al., 2019). Die von einer Zielvorgabe anvisierte marginale Reduktion im Wachstum der OKP-Kosten entspricht dabei einer viel geringeren Kostenreduktion als das durch Brunner et al. (2019) identifizierte theoretisch maximale Einsparpotenzial. Es kann daher damit gerechnet werden, dass in Folge einer Zielvorgabe hauptsächlich unnötige Leistungen reduziert werden, zumal in Anbetracht der Richtlinien der Ärzteverbände zur medizinischen Behandlung der Spielraum bei unnötigen Leistungen höher ist als bei notwendigen Leistungen. Die gleichzeitige Einführung eines Qualitätsmonitorings (vgl. Art. 54 des Regelungsentwurfs) sollte die Reduktion notwendiger Leistungen weiter erschweren.

Denkbar ist, dass die Unterlassung notwendiger Leistungen zukünftige Nachbehandlungskosten generiert, welche die Gesamtkosten erhöhen. Insbesondere bei grob differenzierten Zielvorgaben ist jedoch fraglich, ob überhaupt Anreize zur Reduktion notwendiger Leistungen bestehen. Diesfalls ist nämlich davon auszugehen, dass die Leistungserbringer medizinisch notwendige Behandlungen grundsätzlich vornehmen, weil mögliche Gesamtkostenwirkungen und Korrekturmassnahmen sie weniger direkt betreffen. Sogar falls neben unnötigen auch notwendige Leistungen reduziert würden, wäre der Nettoeffekt auf die Qualität unklar. In Anbetracht des – auch in Interviews bestätigten – Berufsethos vieler Leistungserbringer erachten wir aber die Gefahr einer substanziellen Reduktion notwendiger Leistungen als gering.

Diese Ergebnisse legen also nahe, dass eine Zielvorgabe sich sogar positiv auf die Leistungsqualität ambulanter Leistungserbringer auswirken könnte. Aufgrund der teilweise geäußerten Vorbehalte der Interviewpartner und im Sinne einer konservativen Vorgehensweise gehen wir vorliegend davon aus, dass die Einführung einer Zielvorgabe keinen Effekt auf die Leistungsqualität ambulanter Leistungserbringer hat.

Verteilungswirkungen innerhalb der Stakeholderkategorie

Auf der Grundlage der geführten Expertengespräche wird für die ambulanten Leistungserbringer vor allem eine Verschiebung von Allgemeinmediziner zu Spezialisten antizipiert. Allgemeinmediziner könnten versucht sein, insbesondere komplizierte Fälle von Patientinnen so schnell wie möglich an Spezialisten zu überweisen, um ihre Kosten zu reduzieren.³⁶ Laut Interviewaussagen stehen Spezialisten wiederum unter geringerem Kostendruck als Allgemeinmediziner, da sie bis zu einem gewissen Grad margenschwache zeitabhängige Leistungen (Beratungsgespräche) durch margenstärkere technische Leistungen substituieren können. Gleichzeitig wurde das Einsparpotenzial bei den Spezialisten aber als grösser befunden als bei den Allgemeinmedizinern. Eine zielgerichtete, das heisst feiner differenzierte, Zielvorgabe könnte in diesem Kontext daher das Kostenwachstum effektiver beschränken.

³⁶ Falls die momentane Behandlungsaufteilung zwischen Allgemeinmedizinern und Spezialisten optimal ist, wäre es denkbar, dass sich solche Substitutionen negativ auf die Behandlungsqualität auswirken. Wir gehen hier allerdings davon aus, dass die Aufteilung einer Behandlung zwischen Allgemeinmedizinern und Spezialisten einer Bandbreite unterliegt, innerhalb derer verschiedene Aufteilungen optimal sind. Kleinere Änderungen in der Behandlungsaufteilung haben daher kaum qualitätsrelevante Auswirkungen.

3.6.3 Ambulante Leistungserbringer, die auf Anordnung eines Arztes Leistungen erbringen

Tabelle 3 zeigt die Beurteilung der Effekte einer Zielvorgabe auf ambulante Leistungserbringer, die nur auf Anordnung eines Arztes KVG-pflichtige Leistungen (ohne Spitalleistungen) erbringen. Hierbei handelt es sich um eine relativ heterogene Gruppe unterschiedlicher Leistungserbringer. Eine Konsequenz dieser Heterogenität ist, dass eine grobe Differenzierung der Zielvorgabe, das heisst eine Zielvorgabe ohne individuelle Kostenziele für Gruppen wie Apotheker oder Physiotherapeuten, hier wenig sinnvoll ist. Die Szenarien mit grober Differenzierung werden daher im Folgenden nicht beurteilt.

Tabelle 3: Beurteilung der Auswirkungen auf ambulante Leistungserbringer, die auf Anordnung eines Arztes Leistungen erbringen (ohne Spitalleistungen)

Differenzierung:	Grob		Fein	
Kantonale Massnahmen:	Information	Art. 54d	Information	Art. 54d
Mengenentwicklung	<i>nicht beurteilt</i>	<i>nicht beurteilt</i>	-	--
Preisentwicklung			-	--
Vollzugaufwand			-	--
Leistungsqualität			=	=
<i>Summierung Ambulante Leistungserbringer, die auf Anordnung eines Arztes Leistungen erbringen</i>			-3	-6

Anmerkung: In der Summierung werden alle Auswirkungen gleichgewichtet.

Quelle: Eigene Darstellung basierend auf konzeptionellen Überlegungen (vgl. Abschnitt A.1) und Experteninterviews

Mengenentwicklung

Die Bezeichnung des Stakeholders deutet auf die Abhängigkeit von der Ärzteschaft hin, denn insbesondere die erbrachten Mengen sind stark durch diese vorgegeben. Der Handlungsspielraum ist daher reduziert.³⁷ Es kann also davon ausgegangen werden, dass die Auswirkungen einer Zielvorgabe auf die Mengenentwicklung für diese Leistungserbringer weniger stark sind als für die ambulanten ärztlichen Leistungserbringer, die selbstständig Leistungen zu Lasten der OKP abrechnen (siehe Tabelle 2). Dies wird in der Beurteilung in Tabelle 3 berücksichtigt.

Grundsätzlich können also schwächere, aber gleichgerichtete Effekte wie für die ambulanten Leistungserbringer, die selbstständig zu Lasten der OKP abrechnen, erwartet werden. Trotzdem können Veränderungen in der **allokativen Effizienz** resultieren, wie beispielsweise im Falle der Physiotherapeuten, welche die Anzahl Behandlungen pro Patient relativ leicht reduzieren können.³⁸ Ein anderes Beispiel stammt von den Apothekern, die Originalpräparate durch Generika substituieren können, um ein vorgegebenes Kostenwachstumsziel zu erreichen. Allerdings sind sie in Kantonen mit Selbstdispensation möglichen Änderungen in der Abgabepaxis selbstdispensierender Ärzte ausgesetzt und können wiederum kaum darauf reagieren. Ein existierendes Einsparpotenzial bezüglich unnötiger Mengen wird auch durch die Studie von Brunner et al.

³⁷ Aufgrund des reduzierten Handlungsspielraums wäre es unter Umständen sinnvoll, die Leistungen der hier diskutierten Leistungserbringer den verordnenden Personen zuzuordnen. Im Erlassentwurf ist dies allerdings nicht vorgesehen. Zu beachten ist, dass mit hoher Wahrscheinlichkeit die dazu notwendigen Daten fehlen würden.

³⁸ Eine ärztliche Verordnung für physiotherapeutische Leistungen umfasst maximal 9 Sitzungen. Nach Durchführung der 9 Sitzungen können Physiotherapeuten relativ leicht – nach mündlicher Rücksprache mit dem Arzt – weitere Sitzungen durchführen. Erst ab 36 Sitzungen wird der Krankenversicherer in der Regel eine schriftliche Begründung für die Fortsetzung der physiotherapeutischen Leistungen beim Arzt einfordern.

(2019) gestützt. Für die Leistungsbereiche Physiotherapie, Laboranalysen und verschreibungspflichtige Medikamente ambulant schätzt die Studie das Potenzial zur Vermeidung unnötiger Leistungen auf 64 bis 73 Prozent des gesamten KVG-relevanten Einsparpotenzials dieser Bereiche ein.

Schliesslich sind wiederum **Ausweichstrategien** der Leistungserbringer denkbar, um den negativen Auswirkungen auf die Mengen zu begegnen. Laut Expertenaussagen können sich Leistungserbringer auf die Erbringung nicht KVG-pflichtiger Leistungen fokussieren (z.B. Serviceleistungen, wie Grippeimpfungen oder Arzneimittel, die üblicherweise privat finanziert werden). Zudem ist eine Verschiebung hin zu margenstarken Leistungen denkbar. In der Physiotherapie wurde von den Interviewpartnern beispielsweise spezifisch angemerkt, dass wenig rentable Leistungen (z.B. Domizilbehandlungen) gezielt reduziert werden könnten. Eine weitere Gefahr besteht in der Verschiebung von Patienten zu anderen Stakeholdern – beispielsweise von Physiotherapeuten zu ambulanten Ärzten. Da diese Effekte aber in beide Richtungen gehen können (Patienten, die eine zu geringe Zahl an Physiotherapiebehandlungen erhalten, gehen laut Interviewaussagen mit höherer Wahrscheinlichkeit wieder zum Arzt), bleibt der Nettoeffekt unklar.

Preisentwicklung

Im Gegensatz zur Ausnutzung des Potenzials allokativer Effizienz sind ambulante Leistungserbringer, die auf Anordnung eines Arztes Leistungen erbringen, bezüglich der Ausnutzung **produktiver Effizienzen** weniger von der Ärzteschaft abhängig. Ein Beispiel aus der Physiotherapie ist verbessertes Ressourcenmanagement, etwa durch eine höhere Auslastung der Mitarbeiter. Auch für diese Leistungserbringerkategorie ist der Zusammenhang zwischen der produktiven Effizienz und der Preisentwicklung nicht eindeutig. Mittelfristig ist es jedoch wahrscheinlich, dass sich produktive Effizienzeinsparungen auf die Tarifvereinbarungen auswirken.

Zudem kann auch für diese Leistungserbringer von einer Verschlechterung der **Verhandlungsposition** ausgegangen werden, da durch die Zielvorgabe eine zusätzliche finanzielle Restriktion in die Verhandlungen eingeführt wird. Dies kann sich mittelfristig ebenfalls in reduzierten Tarifen äussern. Interviewaussagen zufolge wird die Gefahr einer verschlechterten Verhandlungsposition in Tarifverhandlungen allerdings als eher gering eingestuft.

Insgesamt gehen wir daher von ähnlichen Auswirkungen einer Zielvorgabe auf die Preisentwicklung wie im Falle der ambulanten Leistungserbringer, die selbstständig Leistungen zu Lasten der OKP abrechnen, aus.

Vollzugaufwand

Analog zur Diskussion der Effekte auf die ambulanten Leistungserbringer wird auch für jene, die auf Anordnung eines Arztes Leistungen erbringen, Vollzugaufwand erwartet. Wir gehen auch hier davon aus, dass dieser sich hauptsächlich als administrativer Aufwand äussert und bei Korrekturmassnahmen nach Art. 54d höher ist als bei Informationsmassnahmen.

Leistungsqualität

Konsistent mit den formulierten Erwartungen (vgl. dazu auch die ausführliche Diskussion zu den Effekten einer Zielvorgabe auf die Leistungsqualität in Anhang A.2) haben die Stakeholderinterviews mit Apothekern und Physiotherapeuten ergeben, dass von der Zielvorgabe höchstens ein sehr beschränkter Einfluss auf die Leistungsqualität zu erwarten ist. Apotheker haben laut Interviewaussagen praktisch keine Einflussmöglichkeiten auf die Leistungsqualität, da die

Menge und Art des abzugebenden Wirkstoffs von den Ärzten bestimmt wird. Für Physiotherapeuten ist insbesondere die Behandlungsdauer pro Behandlung faktisch vorgegeben³⁹ und Einfluss kann höchstens über die Anzahl der Behandlungen genommen werden. Allerdings kann in Anbetracht des oben erwähnten Effizienzpotentials kaum von einem negativen Effekt der Anzahl Behandlungen auf die Leistungsqualität ausgegangen werden. Wir erwarten deshalb in Tabelle 3 auch hier keinen Effekt auf die Leistungsqualität.

3.6.4 Spitäler und andere Institutionen (ambulant und stationär)

Tabelle 4 zeigt die Beurteilung der erwarteten Effekte einer Zielvorgabe auf Spitäler und andere Institutionen wie Geburtshuser (ambulant und stationär). Wie in der Diskussion der Bildung der Stakeholdergruppen diskutiert (vgl. Abschnitt 3.3), stellt die Kategorisierung der Leistungserbringer eine Vereinfachung dar. In diesem Sinne wird in der folgenden Diskussion, stellvertretend für alle Leistungserbringer der Kategorie, hauptsächlich auf die Effekte für die Spitäler fokussiert. Letztere stellen den mit Abstand wichtigsten Kostenblock der OKP dar (vgl. Tabelle 1 in Abschnitt 3.2.1).

Tabelle 4: Beurteilung der Auswirkungen auf Spitäler und andere Institutionen (ambulant und stationär)

Differenzierung: Kantonale Massnahmen:	Grob		Fein	
	Information	Art. 54d	Information	Art. 54d
Mengenentwicklung	=	-	-	--
Preisentwicklung	=	-	-	--
Vollzugsaufwand	=	-	=	-
Leistungsqualität	=	=	=	=
<i>Summierung Spitäler und andere Institutionen</i>	0	-3	-2	-5

Anmerkungen: Unter feiner Differenzierung gehen wir hier von einer spitalspezifischen Zielvorgabe aus. In der Summierung werden alle Auswirkungen gleichgewichtet.

Quelle: Eigene Darstellung basierend auf konzeptionellen Überlegungen (vgl. Abschnitt A.1) und Experteninterviews

Grundsätzlich wird im Spitalbereich von den allermeisten Interviewpartnern das grösste Einsparpotenzial gesehen. Gleichzeitig sind Spitäler und andere Institutionen durch die starke Involvierung der Kantone (insbesondere mit der Spitalplanung) auch am stärksten von politischen Entscheiden abhängig. Die effektiven Auswirkungen einer Zielvorgabe auf Spitalinstitutionen sind daher stark vom konkreten politischen Umfeld in den einzelnen Kantonen bestimmt.

Die Experteneinschätzungen darüber, dass im Spitalbereich das grösste Einsparpotenzial liegt, decken sich mit den Erkenntnissen von Brunner et al. (2019), die sowohl in absoluten Zahlen als auch im Verhältnis zu den KVG-pflichtigen Leistungen im stationären und ambulanten Spitalbereich das grösste Sparpotenzial orten.

Mengenentwicklung

Obwohl im Spitalbereich das grösste Einsparpotenzial identifiziert wurde, wurde in den Interviews darauf hingewiesen, dass der Handlungsspielraum der Spitäler aufgrund ihrer – gerade

³⁹ Siehe die gesamtschweizerische einheitliche Tarifstruktur für physiotherapeutische Leistungen (Anhang 2 zur Verordnung vom 20. Juni 2014 über die Festlegung und Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung).

im Fall öffentlicher Spitäler – hohen Systemverantwortung eingeschränkt ist. Laut Interviewaussagen können öffentliche Spitäler (im Gegensatz zu privaten Institutionen⁴⁰) kaum Patienten abweisen. Dies habe zur Folge, dass schlechte Risiken wie polymorbide oder vulnerable Patientengruppen überdurchschnittlich oft in öffentlichen Institutionen behandelt würden und sich diese Problematik unter erhöhtem Kostendruck durch eine Zielvorgabe noch verstärken würde (siehe auch die Diskussion zu Verteilungswirkungen innerhalb dieser Stakeholderkategorie weiter unten).⁴¹ Ein ähnliches Problem stellt sich bezüglich den durch Fallpauschalen gesetzten Anreizen, wie beispielsweise «Cream-skimming», also das Selektionieren von Patienten anhand von in den Fallpauschalen unberücksichtigter Faktoren (z.B. Friesner & Rosenman, 2009; Widmer et al., 2015). Auch hier könnte der erhöhte Kostendruck in Kombination mit der grösseren Systemverantwortung öffentlicher Spitäler dazu führen, dass private Spitäler vermehrt Cream-skimming betreiben und finanziell weniger lukrative Fälle verstärkt in öffentlichen Spitätern behandelt werden.

Die Systemverantwortung der Spitäler und anderer Institutionen ist auch einer der Gründe, warum sich die **allokative Effizienz** trotz hohem geschätztem Potenzial – und erwarteten Verteilungswirkungen innerhalb der Gruppe – erwartungsgemäss nicht sehr stark verändern wird.

Im Rahmen der geführten Interviews haben sich verschiedene **Ausweichstrategien** für Spitäler herauskristallisiert. Einerseits können einige Institutionen auf zusatzversicherte Patienten und margenstarke Leistungen fokussieren. Leistungen, insbesondere im Arzneimittelbereich, können ausgelagert werden (zum Beispiel durch Spitalapotheken, die Vergabe von Rezepten oder Spitalambulatorien).⁴² Auch hier ist allerdings zu beachten, dass vor allem öffentliche Spitäler nur über limitierte Möglichkeiten zur Risikoselektion bezüglich Patienten verfügen.⁴³ Zudem ist zu erwarten, dass gewisse Leistungen den unterschiedlich hohen Zielvorgaben in den jeweiligen Kostenblöcken bestmöglich angepasst werden. So können gewisse Leistungen stationär oder ambulant durchgeführt werden und im Falle einer ambulanten Leistungserbringung kann etwa zusätzlicher Umsatz mit den Mittel und Gegenständen (die über die MiGeL reguliert sind) generiert werden. In der Summe wird für die Spitäler und andere Institutionen also eine leicht geringere Veränderung der allokativen Effizienz im Vergleich zu anderen Leistungserbringern erwartet. Unter Berücksichtigung eines ähnlichen Ausweichpotenzials werden die mengenrelevanten Effekte auf

⁴⁰ Öffentliche und private Institutionen werden hier anhand ihrer Eigentümerschaft und nicht anhand ihrer Organisationsform definiert. Öffentliche Institutionen beschreiben somit Institutionen, die mehrheitlich in öffentlichem Besitz sind, während private Institutionen mehrheitlich private Eigentümer haben.

⁴¹ Aus KVG-Sicht dürfen Spitäler mit kantonalem Leistungsauftrag unabhängig von der Eigentümerstruktur grundsätzlich keine Patienten abweisen (Aufnahmepflicht). Neben den Interviewaussagen existieren allerdings auch Untersuchungen, die nahelegen, dass eine gewisse verstärkte Patientenselektion bei Privatspitälern durchaus stattfindet (z.B. Kägi et al., 2014).

⁴² Diese Strategie funktioniert allerdings nur kurzfristig: Eine Auslagerung von Leistungen reduziert die ausgewiesenen Kosten der Spitäler. Auf deren Basis werden die Kostengewichte in der Tarifstruktur berechnet und somit droht die Gefahr, dass langfristig zwar die ausgewiesenen Mengen aber auch die Fallpauschalen sinken.

⁴³ Eine weitere Ausweichmöglichkeit wäre die Verschiebung von OKP-Tarifermittlungs-relevanten Kosten (OTrK) zu den Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL). Eine kürzlich publizierte Studie hat aber gezeigt, dass die Voraussetzungen für eine sachgerechte Abgrenzung von GWL-Kosten von OTrK im Allgemeinen gegeben sind. (Ecoplan, 2019). Wir gehen daher nicht davon aus, dass der Spielraum zur Verschiebung von Kosten für OTrK zu GWL gross ist.

diesen Stakeholder in Tabelle 4 deshalb in allen Szenarien geringer als für die ambulanten Leistungserbringer, die selbstständig Leistungen zu Lasten der OKP abrechnen (siehe Tabelle 2), beurteilt.

Preisentwicklung

Verschiedene Gründe sprechen dafür, dass insbesondere die Möglichkeiten zur Ausschöpfung **produktiver Effizienzreserven** im Spitalbereich höher sind als für andere Leistungserbringer. Einerseits bestehen aufgrund der Grösse von Spitälern breitere Möglichkeiten zur Ausschöpfung produktiver Effizienzen. In den Experteninterviews wurden etwa die Spezialisierung und die Reduktion der Anzahl Spitäler genannt. Des Weiteren wurde wiederholt auf die Notwendigkeit einer verstärkten Ambulantisierung und die Förderung integrierter Behandlungsketten hingewiesen. Zudem besteht die Hoffnung, dass sich der durch eine Zielvorgabe verstärkte (aber selbst auferlegte) finanzielle Druck auf die Kantone im Spitalbereich positiv auf die Ausschöpfung von Effizienzreserven auswirkt. Eine Zielvorgabe würde beispielsweise die Bemühungen einiger Kantone wie Zürich unterstützen, das Kostenwachstum im Spitalbereich zu bremsen. Die kantonalen Budgets stehen nicht zuletzt wegen dem demografischen Wandel durch die steigenden Gesundheitskosten zusehends unter Druck (Brändle & Colombier, 2017).

Im stationären DRG-System schliesslich ist der Übertragungsmechanismus gesteigerter produktiver Effizienz auf die Preise direkter, da die Tarifverhandlungen im DRG-System kostenbasierter als im TARMED-System funktionieren.

Der Effekt einer Zielvorgabe auf die **Verhandlungsposition** ist auch für die Spitäler negativ. Wie für alle Leistungserbringer ist damit zu rechnen, dass sich ihre Verhandlungsposition verschlechtert. Trotzdem dürfte die Verschlechterung geringer als im Falle ambulanter Leistungserbringer ausfallen, da viele Spitäler aus einer politischen Perspektive als «too-big-to-fail» betrachtet werden müssen. Dadurch sollte es ihnen möglich sein, die negativen Effekte einer Zielvorgabe auf die Verhandlungsposition abzuschwächen.

Die erhöhte produktive Effizienz in Kombination mit geringen Veränderungen in den Verhandlungspositionen resultieren in Tabelle 4 in einer für alle Szenarien identischen Beurteilung der tariflichen Auswirkungen wie für die ambulanten Leistungserbringer in Tabelle 2.

Vollzugaufwand

Die Resultate der Experteninterviews ergeben keine eindeutigen Prognosen bezüglich des Vollzugaufwands für die Spitäler. Konzeptionell kann aber in Folge der Grösse der Spitäler mit Skaleneffekten in der Verwaltung gerechnet werden. Wir gehen daher davon aus, dass der Vollzugaufwand der Spitäler und anderer Institutionen (ambulant und stationär) für alle Szenarien tiefer als im Falle der oben untersuchten Leistungserbringer liegt.

Leistungsqualität

Laut Brunner et al. (2019) liegt auch für diesen Stakeholder grosses Einsparpotenzial in der Vermeidung unnötiger Leistungen. Wie oben erwähnt, wird allerdings eine eher geringe Ausnutzung dieses Potenzials angenommen. Auch hier kann daher davon ausgegangen werden, dass die durch eine Zielvorgabe induzierte – im Vergleich zum theoretischen Einsparpotenzial viel

geringere – Reduktion im Kostenwachstum grundsätzlich mit keinen Einbussen in der Leistungsqualität einher gehen sollte.^{44, 45} Durch die Grösse eines Spitals haben diese im Vergleich zu den ambulanten Leistungserbringern, die selbstständig Leistungen zu Lasten der OKP abrechnen, zudem bessere Möglichkeiten, Sparpotenzial ohne negative Auswirkungen auf die Leistungsqualität zu realisieren (Skaleneffekte).

Verteilungswirkungen innerhalb der Stakeholderkategorie

Wie oben erläutert, kann davon ausgegangen werden, dass die Effekte einer Zielvorgabe auf private Institutionen stärker als auf öffentliche Institutionen wirken. Die Hauptgründe dafür liegen einerseits in der höheren Systemverantwortung öffentlicher Institutionen, was zur Folge hat, dass schlechte Risiken wie polymorbide oder vulnerable Patientengruppen überdurchschnittlich oft in öffentlichen Institutionen behandelt werden. Dies kann dazu führen, dass die erwarteten Reduktionen der Leistungsmengen privater Spitäler höher als für öffentliche Spitäler sind, erstere allerdings bezüglich Gewinnmargen besser fahren als letztere. Andererseits dürfte die «too-big-to-fail»-Problematik öffentlicher Spitäler dazu führen, dass die negativen Effekte einer Zielvorgabe auf die Verhandlungsposition und die Preise schwächer ausfallen als für Privatspitäler. Interviewaussagen haben in diesem Kontext zudem die Herausforderungen privater Spitäler aufgrund einer im Vergleich zu vielen öffentlichen Spitälern fehlenden, weder expliziten noch impliziten, Defizitdeckung durch die öffentliche Hand hervorgehoben.

3.6.5 Privathaushalte

Die Auswirkungen auf die Privathaushalte in ihrer Rolle als Patienten, Prämien- und Steuerzahler werden in Tabelle 5 dargestellt.

Tabelle 5: Beurteilung der Auswirkungen auf Privathaushalte

Differenzierung:	Grob		Fein	
	Information	Art. 54d	Information	Art. 54d
Kantonale Massnahmen:				
Prämienentwicklung	+	++	++	+++
Leistungsqualität	=	=	=	=
Zugang	=	-	=	-
<i>Summierung Privathaushalte</i>	+1	+1	+2	+2

Anmerkung: In der Summierung werden alle Auswirkungen gleichgewichtet.

Quelle: Eigene Darstellung basierend auf konzeptionellen Überlegungen (vgl. Abschnitt A.1) und Experteninterviews

⁴⁴ Weitere empirische Evidenz bezüglich den Auswirkungen von kostendämpfenden Massnahmen auf die Leistungsqualität der Spitäler in der Schweiz liefert etwa eine Studie zu den Auswirkungen der 2009 in Kraft getretenen KVG-Revision im Bereich der stationären Spitalfinanzierung (Trageser et al., 2018b; siehe auch BAG, 2019; Hedinger et al., 2018). Bezüglich der Auswirkungen auf die Qualität stationärer Spitalleistungen kommt die Studie zum Schluss, dass diese trotz Revision erhalten und zum Teil sogar verbessert werden konnte. Insbesondere wurden gemäss Angaben der Spitäler Optimierungen im Bereich der Prozessqualität unternommen. Auch die Ergebnisqualität hat sich nicht verschlechtert. So hat die Inhouse-Mortalität, d.h. die Anzahl der Todesfälle im Zeitraum von 30 Tagen nach einem spitalstationären Eingriff innerhalb eines Spitals, sogar abgenommen, währendem die Patientenzufriedenheit sowie Indikatoren zur Ergebnisqualität stabil geblieben sind. Rehospitalisierungen in der Akutsonnatomatik haben allerdings zugenommen. Es ist jedoch unklar, ob sich dies kausal auf die Revision zurückführen lässt.

⁴⁵ Es existiert eine laufende Diskussion zur Qualität und Patientensicherheit in schweizerischen Spitälern (siehe auch <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-qualitaets-sicherung.html> [Stand 29.10.2020]). Bis anhin wurden verschiedene Massnahmen zur Verbesserung der Qualität identifiziert, wie beispielsweise eine verstärkte Digitalisierung (Vincent & Staines, 2019). Allerdings gibt es bisher kaum Evidenz für einen klaren Zusammenhang zwischen Sparmassnahmen und der Qualität in Spitälern.

Prämienentwicklung

Als Versicherter und Prämienzahler hat das abgeschwächte Prämienwachstum, das aus der Dämpfung des OKP-Kostenwachstums resultiert, eine positive Wirkung. Der Effekt ist dabei umso positiver, je strikter die Zielvorgabe die Leistungserbringer zur Ausschöpfung ihrer Effizienzpotenziale bewegt. Gleichzeitig entsteht für jene, die im Sinne einer Ausweichstrategie Zusatzversicherungen abschliessen, ein leicht negativer Kosteneffekt, der aber den generell positiven Effekt auf die Prämien der Privathaushalte kaum aufzuwiegen vermag.

Aus der Perspektive der Steuerzahler entstehen zudem positive finanzielle Effekte, da die kantonale Steuerbelastung durch Gesundheitsausgaben⁴⁶ sowie die Kosten für Prämienverbilligungen erwartungsgemäss weniger stark steigen. Dadurch können auch Umverteilungswirkungen zwischen begüterten und weniger begüterten Privathaushalte abgemildert werden. So profitieren besonders jene Privathaushalte, deren Einkommen zwar unter dem Medianeinkommen liegt, die aber keine Prämienverbilligungen erhalten.

Leistungsqualität und Zugang

Die Veränderung der **Leistungsqualität** der Leistungen für Privathaushalte lässt sich aus der Beurteilung bei den Leistungserbringern ableiten. Analog sind auch aus Sicht der Privathaushalten kaum Auswirkungen auf die Leistungsqualität zu erwarten.

Demgegenüber wurde in den Experteninterviews die Befürchtung geäussert, dass mit der Einführung einer Zielvorgabe allenfalls der **Zugang** zum Gesundheitssystem für polymorbide Patienten und insbesondere für Patienten aus vulnerablen Bevölkerungsschichten (also zum Beispiel sozialschwache, psychisch Erkrankte oder Suchtpatienten) leicht erschwert werden könnte. Dies lässt sich auch aus den Ausweichstrategien der Leistungserbringer schliessen. Aus diesem Grund nehmen wir in der Beurteilung der Zugangs- und Versorgungssicherheit gegenüber dem Status quo eine leichte Verschlechterung an. Wir gehen davon aus, dass sich dieser Effekt aber höchstens unter Korrekturmassnahmen nach Art. 54d einstellt. Der Effekt ist auch klein, weil die gefährdeten Patienten unter allen Privathaushalten nur eine kleine Gruppe ausmachen. Dennoch ist diese kleine Untergruppe potenziell überdurchschnittlich stark betroffen. Durch die verstärkte Förderung von Netzwerken zur koordinierten Versorgung, die ebenfalls im Rahmen des zweiten Massnahmenpakets geplant ist, soll dieser negative Effekt aber vermieden werden. Auch die unter Art. 54 vorgesehene regelmässige Überprüfung der Auswirkungen der Kostenziele auf die Qualitätsentwicklung könnte dem Effekt entgegenwirken.

Bezüglich des Zugangs stellt sich zudem die Frage nach veränderten Wartezeiten. Einzelnen Interviewaussagen zufolge ist eine Erhöhung der Wartezeiten möglicherweise bei unrentablen Leistungen zu erwarten, während die Wartezeiten bei rentablen Leistungen erwartungsgemäss gar abnehmen könnten. Demgegenüber wurde auch betont, dass leicht erhöhte Wartezeiten auch positiv seien, da sie eine Reduktion unnötiger, potenziell schädlicher Leistungen nachfrageseitig induzieren könnten.

Auf die Gefahr des leicht verschlechterten Zugangs zu den Gesundheitsleistungen können die Patienten reagieren, indem sie etwa eine Zusatzversicherung abschliessen. Diese Effekte sind

⁴⁶ Da ein substanzieller Teil des Gesundheitswesens über die Kantone finanziert wird – insbesondere über den Finanzierungsanteil der Kantone von mindestens 55 Prozent der Spitalkosten sowie der Prämienverbilligungen – reduziert eine Zielvorgabe erwartungsgemäss auch das Wachstum der kantonalen Gesundheitsausgaben. Dies sollte sich mittelfristig – ceteris paribus – auch auf das Wachstum der Steuerbelastung der Haushalte auswirken.

wiederum gering, weil lediglich eine kleine Gruppe von Privathaushalten den Anreiz (verminderten Zugang, insbesondere verlängerte Wartezeiten) sowie die finanziellen Mittel hat, solche **Ausweichstrategien** zu wählen.

3.6.6 Krankenversicherer

Tabelle 6 bietet eine Übersicht über die einzelnen Bewertungen aus der Perspektive der Krankenversicherer. Die Krankenversicherer sind nicht direkt von Gesundheitsleistungen und deren Qualität beeinflusst, weshalb «Leistungsqualität und Zugang» aus ihrer Sicht nicht beurteilt wird.⁴⁷

Tabelle 6: Beurteilung der Auswirkungen auf Krankenversicherer

Differenzierung:	Grob		Fein	
Kantonale Massnahmen:	Information	Art. 54d	Information	Art. 54d
Umsatzentwicklung	=	+	+	++
Vollzugsaufwand	--	---	--	---
<i>Summierung Krankenversicherer</i>	-2	-2	-1	-1

Anmerkung: In der Summierung werden alle Auswirkungen gleichgewichtet.

Quelle: Eigene Darstellung basierend auf konzeptionellen Überlegungen (vgl. Abschnitt A.1) und Experteninterviews

Umsatzentwicklung

Hinsichtlich der abgesetzten **Mengen** sind unterschiedliche umsatzrelevanten Auswirkungen zu erwarten. Zum einen steigt infolge der Zielvorgabe das OKP-Prämienvolumen weniger stark als im Status quo. Dies ist aus Sicht der Krankenversicherer aufgrund des Gewinnverbots im OKP-Bereich allerdings neutral zu beurteilen. Zum anderen können die Versicherer im Zusatzversicherungsbereich eine positive Mengenentwicklung erwarten, die sich aus einem Einkommens- und einem Substitutionseffekt der Versicherten ergibt. Denn aufgrund der tieferen Prämien – im Vergleich zum erwarteten Prämienwachstum ohne Zielvorgabe – lässt sich erwarten, dass die Versicherten tendenziell mehr finanzielle Mittel für Zusatzversicherungen aufwenden (Einkommenseffekt). Gleichzeitig fragen sie als Reaktion auf die Ausweichstrategien der Leistungserbringer möglicherweise vermehrt Zusatzversicherungen nach (Substitutionseffekt). Um sich der neuen Marktsituation und der daraus ableitbaren Nachfrage anzupassen, könnten die Krankenversicherer zudem neue Zusatzversicherungsmodelle entwickeln, was auch in Experteninterviews als Möglichkeit erwähnt wurde. Eine solche Ausweichstrategie lässt sich aus Sicht der Krankenversicherer zwar positiv bewerten. Dennoch wurde der mögliche Effekt in den Experteninterviews als eher gering beurteilt.

Wie sich aus der bisherigen Analyse der Auswirkungen einer Zielvorgabe auf die **Verhandlungsposition** gezeigt hat, nimmt diese im Falle der Leistungserbringer tendenziell ab. Da die Verhandlungsposition eine relative Grösse ist, wird davon ausgegangen, dass die Position der Krankenversicherer im Gegenzug gestärkt wird. Aufgrund des Gewinnverbots im OKP-Bereich ist die

⁴⁷ Es ist denkbar, dass eine tiefe Qualität von Gesundheitsleistungen – bspw. falsche oder ungenügende Behandlungen – einen (negativen oder positiven) Effekt auf die Kosten ausübt, was sich wiederum indirekt auf die Bilanz der Krankenversicherer auswirken könnte. Selbst wenn dies so wäre, wirkt sich eine Zielvorgabe – wie in der bisherigen Analyse dargelegt – höchstwahrscheinlich kaum auf die Qualität von Gesundheitsleistungen aus. Es sind diesbezüglich daher auch keine nachgelagerten Effekte auf die Versicherer zu erwarten.

Verhandlungsposition für die Krankenversicherer allerdings nur beschränkt relevant. Den grossen Nutzen aus der geschwächten Verhandlungsposition der Leistungserbringer ziehen daher nicht die Krankenversicherer, sondern die Privathaushalte in Form von tieferen Prämien.

Die Diskussion der verschiedenen umsatzrelevanten Effekte ergibt höchstens einen gering positiven Umsatzeffekt, welcher annahmegemäss erst ab dem Szenario mit Korrekturmassnahmen nach Art. 54d unter grober Differenzierung relevant wird.

Vollzugaufwand

Der bei den Versicherern anfallende Vollzugaufwand hängt laut Expertenaussagen stark vom angedachten Abwicklungsprozess ab. Da die Leistungserbringer neu dazu verpflichtet werden, dem BAG regelmässig die zur Erfüllung seiner Aufgaben nach dem neuen Gesetz erforderlichen Daten weiterzugeben, wird der Bearbeitungsaufwand für die Krankenversicherer wahrscheinlich aber ansteigen. Dies weil die Versicherer mit hoher Wahrscheinlichkeit eine intermediäre Rolle in der Aufbereitung der Daten der Leistungserbringer und deren Weiterleitung an die Kantone einnehmen werden. Es wird deshalb angenommen, dass der Vollzugaufwand für die Versicherer in allen Szenarien grösser ist als für die Leistungserbringer.

3.6.7 Arzneimittelhersteller und Medtechbranche

Tabelle 7 zeigt die erwarteten Effekte auf Arzneimittelhersteller und Unternehmen der Medtechbranche. Analog zu den Krankenversicherern werden auch hier nur Effekte bezüglich Umsatz und Vollzugaufwand beurteilt.

Tabelle 7: Beurteilung der Auswirkungen auf Arzneimittelhersteller und die Medtechbranche

Differenzierung:	Grob		Fein	
	Information	Art. 54d	Information	Art. 54d
Kantonale Massnahmen:				
Umsatzentwicklung	=	-	-	--
Vollzugaufwand	=	=	=	=
<i>Summierung Arzneimittelhersteller und Medtechbranche</i>	0	-1	-1	-2

Anmerkung: In der Summierung werden alle Auswirkungen gleichgewichtet.

Quelle: Eigene Darstellung basierend auf konzeptionellen Überlegungen (vgl. Abschnitt A.1) und Experteninterviews

Umsatzentwicklung

Die Zielvorgabe reguliert den Abgabe- und nicht den Produzentenpreis. Aus diesem Grund sind nur indirekte Effekte einer Zielvorgabe auf die Produzenten von Arzneimitteln und die Medtechbranche zu erwarten. Zudem ist es wahrscheinlich, dass international diversifizierte Hersteller von einer nationalen Zielvorgabe nicht allzu stark betroffen wären. Aus diesen Gründen gehen wir von eher geringen Auswirkungen einer Zielvorgabe auf die Umsätze von Arzneimittelherstellern und Medtechunternehmen aus und nehmen an, dass solche erst ab dem Szenario «Korrekturmassnahmen nach Art. 54d unter grober Differenzierung» auftreten würden.

Vollzugaufwand

Es wird kein Vollzugaufwand erwartet, da sie keine direkte Adressaten der Zielvorgabe sind.

3.7 Fazit Prüfpunkt 2

Die Resultate aus der Analyse aus Prüfpunkt 2 illustrieren, dass die Heterogenität der Stakeholder in Bezug auf die Auswirkungen der unterschiedlichen Szenarien hoch ist und daher Verteilungswirkungen zwischen den Stakeholdern existieren. Insbesondere sind die Interessen der Privathaushalte (und der Versicherer) unterschiedlich von den Interessen der übrigen Stakeholder gelagert. Die Privathaushalte sind die einzigen Stakeholder, die – im Vergleich zum Status quo – mit positiven Gesamteffekten einer Zielvorgabe rechnen können. Dies weil eine Zielvorgabe erwartungsgemäss in einer Abschwächung des Prämienwachstums – sowie des Wachstums der kantonalen Steuerbelastung durch Gesundheitsausgaben – resultiert. Obwohl sich auch für die Krankenversicherer gewisse positive Auswirkungen ergeben, bleibt deren Gesamteffekt negativ. Alle übrigen Stakeholder sind von einer Zielvorgabe in der Summe negativ betroffen. Für die Leistungserbringer ergibt sich zudem deutlich, dass diese Informationsmassnahmen den Korrekturmassnahmen nach Art. 54d vorziehen. Dies gilt unabhängig von der Differenzierung der Zielvorgabe.

Eine wichtige Erkenntnis aus Prüfpunkt 2 ist, dass aufgrund einer Zielvorgabe kaum ein Rückgang in der Behandlungsqualität im schweizerischen Gesundheitswesen zu erwarten ist. Dafür sind die folgenden Gründe verantwortlich:

- Eine Zielvorgabe hat nur einen marginalen Kosteneffekt (konzipiert als eine Beschränkung des Kostenwachstums) und daher auch höchstens einen marginalen Effekt auf mögliche Qualitätsveränderungen.
- Es existiert ein empirisch bestätigtes, hohes Potenzial zur Steigerung der Effizienz im Gesundheitswesen. Grundsätzlich könnten wohl weit mehr Leistungen reduziert werden als durch eine Zielvorgabe angereizt und dies ohne – oder gar mit positivem – Effekt auf die Leistungsqualität.
- Aufgrund verbindlicher Richtlinien der Ärzteverbände zur medizinischen Behandlung ist der Spielraum der Leistungserbringer zur Reduktion unnötiger Leistungen höher als zur Reduktion notwendiger Leistungen.
- Die Unterlassung notwendiger Leistungen oder eine unsachgemässe Minderung der Qualität der Leistungen generiert in der Regel zusätzliche Behandlungskosten, welche die Gesamtkosten eines Leistungserbringers letztlich erhöhen. Im Rahmen des Regimes eines Kostenwachstumsziels besteht also – insbesondere bei grob differenzierten Zielvorgaben - ein geringerer Anreiz für ein solches Verhalten seitens der Leistungserbringer, weil damit die Zielerreichung erschwert würde.
- Die gleichzeitige Einführung eines Qualitätsmonitorings (vgl. Art. 54 des Regelungsentwurfs) sollte die Reduktion notwendiger Leistungen weiter erschweren.
- Sogar falls neben unnötigen auch gewisse notwendige Leistungen reduziert würden, wären die Nettoauswirkungen auf die Qualität nicht eindeutig.
- Letztlich darf man davon ausgehen, dass die allermeisten Leistungserbringer ein hohes Berufsethos haben und deshalb kaum objektiv notwendige Leistungen reduzieren werden.

Aufgrund der Heterogenität der Auswirkungen einer Zielvorgabe können die Beurteilungen über die Stakeholder an dieser Stelle nicht valide aufsummiert werden (siehe Prüfpunkt 3 für eine gesamtwirtschaftliche Schätzung der Auswirkungen einer Zielvorgabe). Eine Aufsummierung wäre nur unter einer expliziten Gewichtung der unterschiedlichen Stakeholder möglich. Wie eine solche Gewichtung aussehen könnte, ist allerdings alles andere als eindeutig. Klar ist

aber, dass die Gruppe der Privathaushalte quantitativ den mit Abstand grössten Stakeholder ausmacht – dies gilt zahlenmässig aber auch bezüglich ihrer ökonomischen Bedeutung. Eine überdurchschnittliche Gewichtung dieses Stakeholders wäre daher naheliegend.

4 Prüfpunkt 3: Auswirkungen auf die Gesamtwirtschaft

4.1 Einleitung

Prüfpunkt 3 analysiert die gesamtwirtschaftlichen Auswirkungen einer Zielvorgabe. Abschnitt 4.2 fokussiert dabei auf das gesamtwirtschaftliche Kosteneinsparpotenzial, also die Effekte einer Zielvorgabe auf die Kosten bzw. das Kostenwachstum KVG-pflichtiger Leistungen.⁴⁸ Der Vollzugsaufwand (indirekte Kosten) werden in Abschnitt 6.1 in Prüfpunkt 5 analysiert. Weitere indirekte und intangible Kosten (beispielsweise erfahrenes Leid und dadurch resultierende Produktivitätsverluste) werden in Prüfpunkt 3 nicht weiter berücksichtigt. Der Grund dafür ist, dass solche Kosten – auf Basis der Resultate aus der Analyse in Prüfpunkt 2 – erwartungsgemäss in sehr geringem Masse anfallen und für die Gesamtwirtschaft kaum relevant sind. Während in Abschnitt 4.2.1 eine statische Betrachtung der Effekte vorgenommen wird, werden in Abschnitt 4.2.3 die der Schätzung zugrundeliegenden Annahmen und die möglichen dynamischen Reaktionen der Stakeholder auf die Einführung einer Zielvorgabe diskutiert. Diese Diskussion ergibt sich insbesondere vor dem Hintergrund der in Abschnitt 4.2.2 dargestellten empirischen Evidenz. Nach der Kostenbetrachtung in Abschnitt 4.2 werden weitere positive und negative Effekte auf die Gesamtwirtschaft analysiert. So werden in Abschnitt 4.3 die Auswirkungen einer Zielvorgabe auf den regulierten Wettbewerb untersucht. Abschnitt 4.4 analysiert die Auswirkungen auf die Innovation und Abschnitt 4.5 jene auf die Rechtssicherheit. In Abschnitt 4.6 werden die Verteilungswirkungen auf gesamtwirtschaftlicher Ebene diskutiert. Abschnitt 4.7 zieht schliesslich ein Fazit zu Prüfpunkt 3.

4.2 Schätzung des Kostendämpfungseffekts

Abschnitt 4.2.1 illustriert die zu erwartenden finanzielle Effekte einer Zielvorgabe. In den darauffolgenden Abschnitten wird aus empirischer Perspektive (Abschnitt 4.2.2) und aus theoretischer Sicht (Abschnitt 4.2.3) diskutiert, aus welchen Gründen die finanziellen Effekte geringer ausfallen könnten als in Abschnitt 4.2.1 gezeigt. Abschnitt 4.2.3 diskutiert schliesslich die den Modellen in der statischen Analyse zugrundeliegenden Annahmen.

4.2.1 Statische Analyse

Die statische Analyse der erwarteten finanziellen Effekte einer Zielvorgabe sowie der Kostenentwicklung ohne Zielvorgabe orientieren sich an den Projektionen der Gesundheitskosten der EFV. Die Methodik der Berechnungen und die zugrundeliegenden Annahmen sind dabei in Brändle & Colombier (2017), Colombier (2012) und Anhang 2 zur Botschaft über die Legislaturplanung 2019-2023 (Schweizerische Eidgenossenschaft, 2020) detailliert beschrieben. Die den Projektionen zugrundeliegenden Daten wurden 2019 als Teil der Langfristperspektiven der öffentlichen Finanzen aktualisiert. Die Annahmen hinter den Projektionen der EFV zur Zielvorgabe werden in Abschnitt 4.2.3 kritisch diskutiert.

Es ist zu beachten, dass es sich bei den folgenden Projektionen der Gesundheitskosten um makroökonomische Modelle handelt. Die Modellierungen sind nicht «mikrofundiert». Im Gegensatz zur Analyse in Prüfpunkt 2 wird in Prüfpunkt 3 das Verhalten der verschiedenen Akteure – bspw. der Leistungserbringer oder der Privathaushalten – nicht explizit modelliert. Dies heisst auch, dass die in Prüfpunkt 2 untersuchten Szenarien (vgl. auch Abschnitt 3.2.3) der nachfolgenden gesamtwirtschaftlichen Kostenmodellierung nicht direkt zugeordnet werden können. Vielmehr

⁴⁸ Vgl. Abschnitt 1.1 für eine Darstellung der geplanten Umsetzung einer Zielvorgabe.

geht es im vorliegenden Abschnitt darum, die ungefähre Grössenordnung des Kostendämpfungseffekts aufzuzeigen. Es handelt sich nachfolgend also um keine Prognose, die eine genaue Auskunft über die tatsächliche Höhe des Einsparpotenzials gibt, sondern nur um eine Projektion bezüglich der potenziellen Grössenordnung der Einsparungen. Die Unsicherheit in den resultierenden Zahlen ist dementsprechend gross und die Resultate sind mit Vorsicht zu interpretieren.

Die Schätzungen der EFV über die zukünftigen Gesundheitskosten basieren auf den nachfolgend beschriebenen Szenarien (Referenz-, Kostendruck- und Zielvorgabenszenario). Für alle Szenarien wird ein Kohortenansatz verwendet. Die erwarteten Kosten werden also nach Alterskohorten aufgliedert. Ebenfalls allen Szenarien liegt das mittlere Bevölkerungsszenario des BFS zur Bevölkerungsentwicklung bis 2050 zugrunde.⁴⁹ Dieses Bevölkerungsszenario geht unter anderem von abnehmender Fertilität, steigender Lebenserwartung und zu Beginn hoher, aber im Zeitablauf abnehmender Nettozuwanderung aus. Eine grundlegende Annahme aller hier diskutierten Szenarien ist, wie sich eine Erhöhung der Lebenserwartung auf den Gesundheitszustand auswirkt. In der Literatur werden diesbezüglich vor allem die Annahmen von «Pure Ageing» und «Healthy Ageing» diskutiert. Während die erste Hypothese davon ausgeht, dass ein zusätzliches Lebensjahr in schlechtem Gesundheitszustand verbracht wird, geht die zweite Hypothese davon aus, dass sich eine Erhöhung der Lebenserwartung in gleichem Masse auf den Gesundheitszustand auswirkt und zusätzliche Lebensjahre daher in gutem Zustand verbracht werden. Die hier für alle Szenarien getroffene Annahme entspricht einem Kompromiss: Es wird davon ausgegangen, dass die durch eine Erhöhung der Lebenserwartung gewonnenen Lebensjahre hälftig in einem guten und hälftig in einem schlechten Gesundheitszustand verbracht werden.⁵⁰ Entsprechend verbessert sich der Gesundheits- und Pflegezustand der Bevölkerung mit zunehmender Lebenserwartung, allerdings nicht im Verhältnis eins zu eins.

Makroökonomische Annahmen der Szenarien gehen von einem durchschnittlichen jährlichen Produktivitätswachstum von 1.1 Prozent, einer Teuerung von 0.9 Prozent und einem aus dem Bevölkerungsszenario resultierenden Wachstum der Erwerbsbevölkerung von durchschnittlich knapp 0.4 Prozent aus.^{51,52} Die unterstellte jährliche Wachstumsrate des BIP entspricht dann dem Produkt aus dem Produktivitätsfortschritt und der Entwicklung der Erwerbsbevölkerung. Auch diese Grössen sind für alle Szenarien identisch. Aufgrund des gewählten Kohortenansatzes ist die Unsicherheit in Bezug auf die projizierten Ausgabenwirkungen der demografischen Faktoren geringer als bei den nicht-demografischen Faktoren (z.B. medizinisch-technischer Fortschritt).

⁴⁹ Referenzszenario «A-00-2020», das auf der Fortsetzung der Entwicklungen der letzten Jahre beruht (BFS, 2020).

⁵⁰ Dieser Kompromiss lässt sich damit begründen, dass die empirische Literatur über die Interaktion von zunehmender Lebenserwartung und Morbiditätsentwicklung keine eindeutigen Schlüsse zulässt (Brändle & Colombier, 2017). Auch die EU geht in ihren Kostenprojektionen von dieser Annahme aus (EU, 2015).

⁵¹ Die Schätzungen wurden vor Beginn der Corona-Krise durchgeführt. Aufgrund des langen Zeithorizonts bis 2050 kann aber von einem vernachlässigbaren Effekt der durch den neuen Coronavirus verursachten ökonomischen Verwerfungen auf die Schätzungen ausgegangen werden.

⁵² Die den Schätzungen der EFV zugrundeliegenden makroökonomischen Grössen unterscheiden sich teilweise leicht von den Prognosen des SECO. Ein Hauptunterschied betrifft insbesondere die Schätzmethodik des Produktivitätswachstums. Während die EFV den Projektionen ein historisches Durchschnittswachstum der Produktivität zugrunde legt, korrigiert das SECO dieses über die in der Vergangenheit beobachtete Abnahme der jährlichen Arbeitszeit pro Vollzeitstelle. Da sich die Wachstumsrate des BIP aus dem Produktivitätswachstum und dem Bevölkerungswachstum zusammensetzt, hat die unterschiedliche Berechnungsart des Produktivitätswachstums schliesslich auch Auswirkungen auf die prognostizierten BIP-Wachstumsraten. Der Einfluss der unterschiedlichen Vorgehensweise auf die resultierenden Kostenschätzungen ist aber mit hoher Wahrscheinlichkeit sehr gering.

Zur Reduktion der Unsicherheit werden Sensitivitätsanalysen mit Hilfe von alternativen Szenarien zum Referenzszenario durchgeführt.

Die sich in den Szenarien unterscheidenden Faktoren sind die Einkommenselastizität und der Baumoleffekt (Baumol, 1967). Die Einkommenselastizität beschreibt, wie stark die Gesundheitskosten im Verhältnis zum gesamtwirtschaftlichen Einkommen ansteigen. Nachfrage- wie angebotsseitige Effekte, etwa gestiegene Ansprüche der Bevölkerung, der medizinisch-technische Fortschritt oder medizinisch nicht notwendige Mengenausweitungen, werden über die Einkommenselastizität erfasst. Der Baumoleffekt hingegen betrifft die Produktivitätsentwicklung in arbeitsintensiven Branchen wie dem Gesundheitswesen. Arbeitsintensive Branchen sind dabei im Allgemeinen von unterdurchschnittlichem Produktivitätswachstum gezeichnet. Da die Löhne in solchen Branchen zwar im Gleichschritt mit der übrigen Wirtschaft wachsen, die Produktivität aber ein geringeres Wachstum aufweist, können im Verhältnis zur Gesamtwirtschaft überdurchschnittliche Preissteigerungen resultieren.

Die Szenarien charakterisieren sich wie folgt:

- **Referenzszenario:** Dieses Szenario basiert auf einem Gesundheitssystem ohne Zielvorgabe. Für das Referenzszenario wird daher angenommen, dass die Gesundheitskosten im Verhältnis zum gesamtwirtschaftlichen Einkommen überproportional ansteigen. Dies äussert sich in einer Einkommenselastizität von 1.1.⁵³ Dies gilt allerdings nur für den Bereich Gesundheit ohne Langzeitpflege (GoL). Für den Bereich Langzeitpflege ab 65 Jahren (LPF) wird angenommen, dass die Pflegebedürftigkeit unabhängig vom Einkommen ist. Gründe für die Einkommenselastizität über 1 sind die wachsenden Ansprüche der Bevölkerung an Gesundheitsleistungen, der medizinische-technische Fortschritt und medizinisch nicht notwendige Mengenausweitungen. Für den Bereich GoL wird zudem davon ausgegangen, dass die Teuerung bei den betroffenen Leistungen um 50 Prozent über der Inflationsrate liegt, während diese für den Bereich LPF sogar um 75 Prozent höher ausfällt.⁵⁴ Ursächlich dafür ist der Baumoleffekt, der für den arbeitsintensiveren LPF-Bereich ausgeprägter ist.
- **Kostendruckszenario:** Mit «Kostendruckszenario» ist ein Szenario gemeint, das mit stark steigenden Kosten im Gesundheitswesen assoziiert ist. Auch das Kostendruckszenario geht von einem Gesundheitswesen ohne Zielvorgabe aus. Im Gegensatz zum Referenzszenario wird im Kostendruckszenario allerdings ein höheres Ausmass an medizinisch nicht notwendigen Mengenausweitungen und ein teurerer medizinisch-technischer Fortschritt angenommen. Dies äussert sich in einer Einkommenselastizität im Bereich GoL von 1.4 anstelle von 1.1.⁵⁵ Für

⁵³ Vgl. Brändle & Colombier (2017) und Colombier (2012). Steigen die Einkommen beispielsweise um 10 Prozent, steigen die Kosten für Gesundheitsleistungen demzufolge um 11 Prozent. Die empirische Grundlage für die Annahme einer Einkommenselastizität von 1.1 ist in Colombier (2012) beschrieben. Colombier (2012) schätzt Einkommenselastizitäten für die Schweiz anhand unterschiedlicher statistischer Spezifikationen und über verschiedene Zeiträume zwischen 1960 und 2009. Dabei tendieren die Schätzungen – sofern der medizinisch-technische Fortschritt nicht separat identifiziert und daher über die Einkommenselastizität mitberücksichtigt wird – zu einer Einkommenselastizität von 1.1. Die Annahme einer Einkommenselastizität von 1.1 basiert demzufolge auf einer Extrapolation historischer Entwicklungen. Da die Grundlage für eine abweichende Annahme bzgl. der zukünftigen Entwicklung unklar ist, und da die in Colombier (2012) durchgeführten Schätzungen auf unterschiedlichen statistischen Spezifikationen und Zeiträumen beruhen und daher als relativ robust gelten, scheint die Fortschreitung einer Einkommenselastizität von 1.1 für das Referenzszenario sinnvoll.

⁵⁴ Vgl. Anhang 2 zur Botschaft über die Legislaturplanung 2019-2023 (Schweizerische Eidgenossenschaft, 2020).

⁵⁵ Vgl. Brändle & Colombier (2017, S. 33).

den Bereich LPF unterstellt das Kostendruckszenario identische Annahmen wie im Referenzszenario.

- **Zielvorgabenszenario:**⁵⁶ In diesem Szenario wird die Existenz einer Zielvorgabe für den OKP-Bereich vorausgesetzt. Diese wird nur für den Bereich GoL angenommen, da davon ausgegangen wird, dass die Langzeitpflege von der Zielvorgabe ausgenommen wird. Für die Langzeitpflege (LPF) wird daher auch im Zielvorgabenszenario das Referenzszenario unterstellt. Die zugrundeliegende Annahme des Zielvorgabenszenarios ist, dass die Zielvorgabe Ineffizienzen im Gesundheitssystem reduzieren kann. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Perspektive hier – wie bezüglich allen Effekten der Zielvorgabe und im Einklang mit dem Fokus der Zielvorgabe auf die Beschränkung des Ausgabenwachstums – marginal ist. Das Zielvorgabenszenario geht also nicht von einer Reduktion der bestehenden Ineffizienzen, sondern von einer Reduktion im zukünftigen Wachstum der Ineffizienzen aus. Modelliert wird dies anhand einer Einkommenselastizität von 1.0 und einer Reduktion der Teuerung auf den technologisch gegebenen Baumoleffekt. Dies widerspiegelt sich in der Annahme, dass die Teuerung für den Bereich GoL nur noch 25 Prozent über der Inflationsrate liegt. Demografische Entwicklungen werden auch in diesem Szenario analog zum Referenz- und Kostendruckszenario modelliert. Die Annahmen bezüglich Einkommenselastizität und Baumoleffekt können wie folgt interpretiert werden (vgl. Abschnitt 4.2.3 für eine kritische Reflexion der Annahmen):
 - Eine **Einkommenselastizität von 1.0** impliziert, dass das ineffiziente Kostenwachstum durch medizinisch nicht notwendige Mengenausweitungen und medizinisch-technischen Fortschritt in Folge der Einführung einer Zielvorgabe auf das Wachstum der gesamtwirtschaftlichen Einkommen reduziert wird. Steigen die Einkommen um 10 Prozent, steigen also auch die OKP-Kosten um 10 Prozent. Dies bedeutet nicht notwendigerweise die Elimination des ineffizienten Kostenwachstums. Beispielsweise ist es trotz Einkommenselastizität von 1.0 denkbar, dass die Grenzkosten einer neuartigen Behandlung über deren Grenznutzen liegen und diese Ineffizienz zum Beispiel durch Effizienzgewinne in herkömmlichen Behandlungsmethoden kompensiert wird.
 - Die Reduktion der Teuerung im Bereich GoL auf den **technologisch gegebenen Baumoleffekt** beschreibt die Annahme, dass durch eine Zielvorgabe das Wachstum der Ineffizienzen in Bezug auf eine suboptimale Produktionstechnologie, also die sich durch eine ineffiziente Aufteilung von Arbeit und Kapital ergebenden Ineffizienzen wie überhöhte Preise und Tarife, weitgehend eliminiert werden können. Aus der Produktivitätsentwicklung bleibt demzufolge das Kostenwachstum, das sich auch bei optimalem Einsatz von Arbeit und Kapital aufgrund der Arbeitsintensität der Gesundheitsbranche ergibt. Dieser technologisch gegebene Baumoleffekt ist aufgrund der Arbeitsintensität der Gesundheitsbranche kaum beeinflussbar und kann daher auch kaum eliminiert werden. Gegenüber dem Referenzszenario ergibt sich also ein höheres Produktivitätswachstum, allerdings liegt dieses nach wie vor unter dem Produktivitätswachstum der gesamten Volkswirtschaft. Daher – und aufgrund der demografischen Entwicklung – kann das Kostenwachstum im Gesundheitswesen auch im Zielvorgabenszenario über dem Wachstum des gesamtwirtschaftlichen Einkommens liegen.

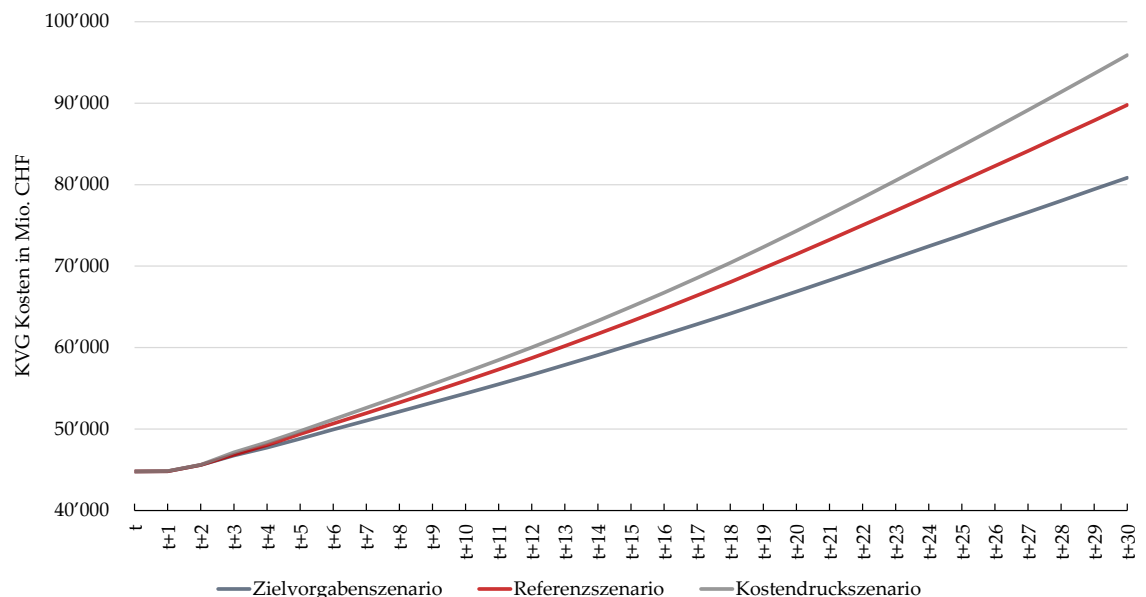
⁵⁶ Das Zielvorgabenszenario basiert auf Anhang 2 zur Botschaft über die Legislaturplanung 2019-2023 (Schweizerische Eidgenossenschaft, 2020). Vgl. Abschnitt 4.2.3 für eine kritische Würdigung dieses Szenarios und der zugrundeliegenden Annahmen.

Wie bereits erwähnt (siehe Fussnote 8), gilt eine Zielvorgabe zugleich auf die von den Kantonen mitfinanzierten Kosten für stationäre Leistungen, den Prämienverbilligungen und die Kostenbeteiligung der versicherten Personen. Aus diesem Grund wird in Folge auf die approximierten Veränderungen in den Kosten KVG-pflichtiger Leistungen und nicht allein auf die Veränderungen in den OKP-Kosten fokussiert.

Schliesslich muss für die Szenarien ein passender Projektionshorizont gewählt werden. Die Wahl eines solchen unterliegt grundsätzlich einem Trade-off zwischen der Genauigkeit der Schätzung und der Länge des Zeithorizontes. Wir orientieren uns auch diesbezüglich an den Vorgaben der EFV und wählen einen ähnlichen Projektionshorizont von 30 Jahren.⁵⁷

Abbildung 5 zeigt die resultierenden Kostenprojektionen im Gesundheitswesen für die nächsten 30 Jahre (Jahr $t+30$). Während die teuerungsbereinigten Kosten für KVG-pflichtige Leistungen in den Szenarien «Kostendruck» und «Referenz» bis in 30 Jahre von derzeit CHF 45 Mrd. (2017) auf rund CHF 96 Mrd. respektive CHF 90 Mrd. steigen, nehmen die Kosten im Szenario «Zielvorgabe» am geringsten zu und kommen bei rund CHF 81 Mrd. zu liegen.

Abbildung 5: Kostenprojektionen in Mio. CHF



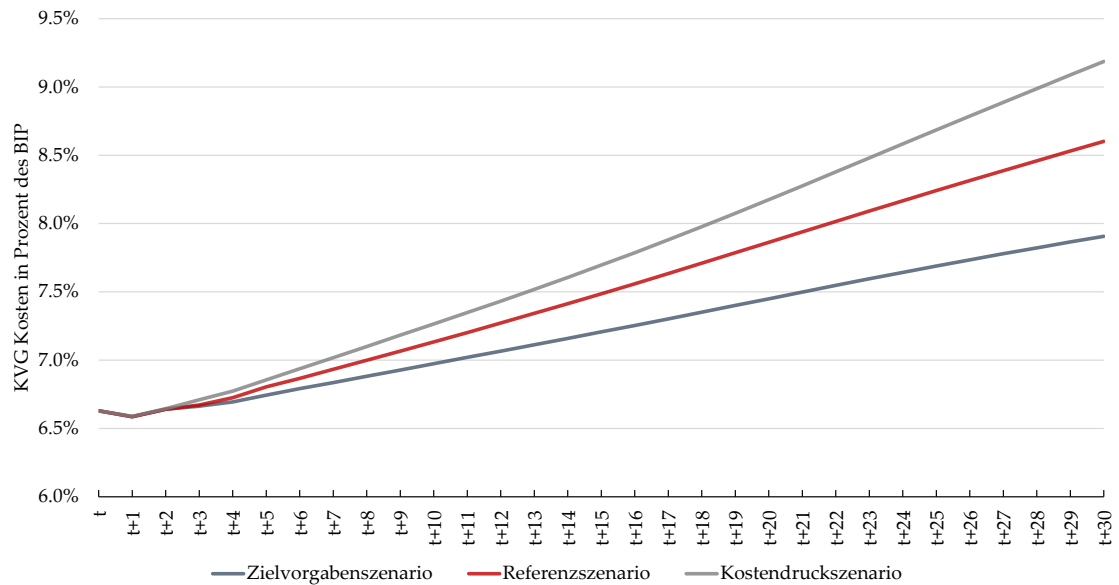
Anmerkungen: Die zugrundeliegenden Projektionen der EFV beginnen im Jahre 2017 (hier Jahr t). Aufgrund von Grössen, die sich über die Zeit ändern – bspw. die Demographie – können die projizierten Einsparungen gering von den hier gezeigten Werten abweichen, falls die Einführung einer Zielvorgabe erst in weiter Ferne zu 2017 stattfindet. Alle Kosten sind zu Preisen von 2017 ausgewiesen.

Quelle: Swiss Economics basierend auf Berechnungen der EFV

Abbildung 6 zeigt die Kostenentwicklung der drei Szenarien in Abhängigkeit der projizierten BIP-Entwicklung. Analog zu Abbildung 5 ist unter einem Kostendruck- und Referenzszenario von deutlich höheren KVG-Kosten in Prozent des BIP auszugehen als unter einem Zielvorgabenszenario: Während letzteres 30 Jahre nach Einführung einer Zielvorgabe mit Kosten von 7.9 Prozent des BIP einhergeht, betragen die Kosten für das Referenz- und Kostendruckszenario (ohne Zielvorgabe) im selben Jahr 8.6 Prozent resp. 9.2 Prozent.

⁵⁷ Die Projektionen der EFV wählen einen Projektionshorizont von 33 Jahren (2017 bis 2050). Aus diesem Grund weichen die von der EFV projizierten Zahlen (vgl. Schweizerische Eidgenossenschaft, 2020) leicht von den hier gezeigten Zahlen ab.

Abbildung 6: Kostenprojektionen in Prozent des BIP

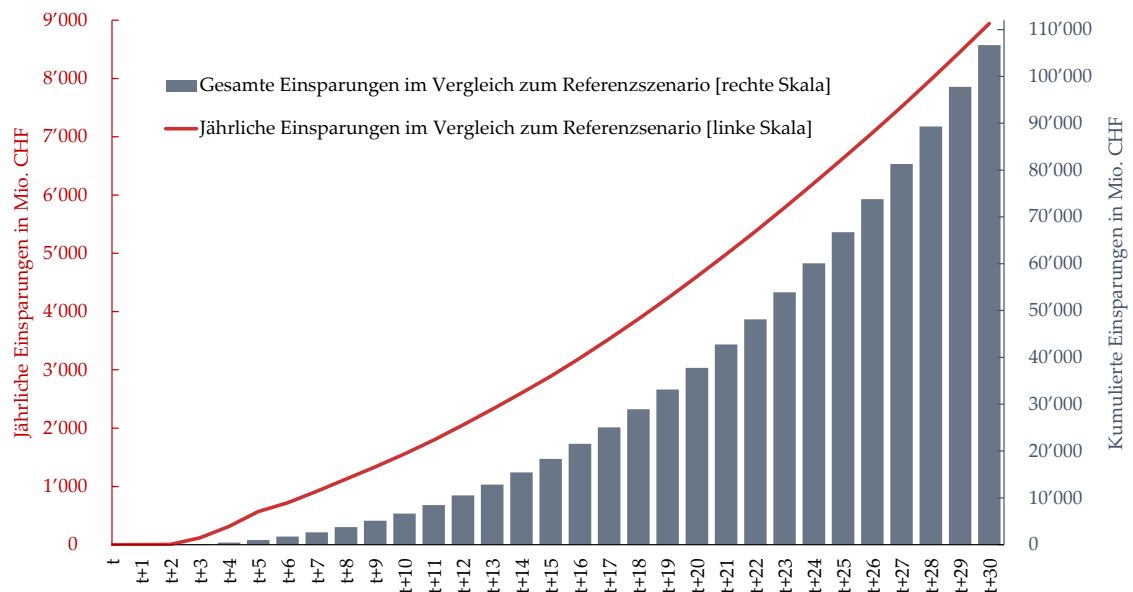


Anmerkungen: Die zugrundeliegenden Projektionen der EFV beginnen im Jahre 2017 (hier Jahr t). Aufgrund von Grössen, die sich über die Zeit ändern – bspw. die Demographie – können die projizierten Einsparungen gering von den hier gezeigten Werten abweichen, falls die Einführung einer Zielvorgabe erst in weiter Ferne zu 2017 stattfindet. Alle Kosten sind zu Preisen von 2017 ausgewiesen.

Quelle: Swiss Economics basierend auf Berechnungen der EFV

In Abbildung 7 werden schliesslich die jährlichen (linke Skala) und die kumulierten Einsparungen (rechte Skala) einer Zielvorgabe im Vergleich zum Referenzszenario gezeigt.

Abbildung 7: Sparpotenzial einer Zielvorgabe



Anmerkungen: Die zugrundeliegenden Projektionen der EFV beginnen im Jahre 2017 (hier Jahr t). Aufgrund von Grössen, die sich über die Zeit ändern – bspw. die Demographie – können die projizierten Einsparungen gering von den hier gezeigten Werten abweichen, falls die Einführung einer Zielvorgabe erst in weiter Ferne zu 2017 stattfindet. Alle Kosten sind zu Preisen von 2017 ausgewiesen.

Quelle: Swiss Economics basierend auf Berechnungen der EFV

Wie aus Abbildung 7 ersichtlich, steigen die jährlichen Einsparungen kontinuierlich an und betragen 30 Jahre nach Einführung einer Zielvorgabe knapp CHF 9 Mrd. Die durchschnittliche jährliche Ersparnis innerhalb von 30 Jahre nach Einführung einer Zielvorgabe beträgt rund CHF 3.4 Mrd.; sie steigt dabei progressiv von 0 bis auf CHF 8.9 Mrd. pro Jahr nach 30 Jahren.

Diese Zahlen sind aus zwei Gründen mit hoher Unsicherheit behaftet und daher mit Vorsicht zu interpretieren. Wie bereits erwähnt, handelt es sich einerseits um keine exakten Prognosen, sondern um Projektionen, die lediglich die potenzielle Grössenordnung der Einsparungen aufzeigen. Je nach Ausprägung der getroffenen Annahmen (vgl. Abschnitt 4.2.3 für eine kritische Diskussion der Annahmen) kann das Einsparpotenzial geringer – oder höher – ausfallen als hier dargestellt. Andererseits ist die empirische Evidenz zur Wirkung von Sparmassnahmen und die dynamischen Effekte in der Interpretation der Prognosen zu berücksichtigen. Diese werden in den folgenden Abschnitten 4.2.2 und 4.2.3 diskutiert.

4.2.2 Empirische Evidenz zu verschiedenen Instrumenten der Mengensteuerung

Um die statische Analyse zu ergänzen und plausibilisieren, wird in diesem Kapitel auf die bereits in der Literatur gemessenen Einspareffekte von ähnlichen politischen Massnahmen eingegangen. Basierend auf dieser Evidenz lässt sich grob abschätzen, inwiefern allfällige dynamische Effekte zu einer Reduktion des geschätzten Einspareffekts führen könnten.

Evidenz für die Auswirkungen von «Globalbudgets»

Als empirische Evidenz für den Effekt budgetbeschränkender Sparmassnahmen dient die im Auftrag des BAG verfasste Evaluationsstudie von Lobsiger & Frey (2019). Diese stellt die einzige im Kontext von Sparmassnahmen in der Schweiz zur Verfügung stehende Studie dar – alternative empirische Evidenz zur Schweiz besteht bis dato keine. Darauf hinzuweisen ist jedoch schon vorab, dass sich die Evaluationsstudie von Lobsiger & Frey (2019) mit grossen methodische Herausforderungen konfrontiert sieht, die bei der Interpretation der Ergebnisse gebührend zu berücksichtigen sind. Auf die methodischen Herausforderungen wird am Schluss dieses Abschnitts ausführlich eingegangen.

Lobsiger & Frey (2019) untersuchen unter anderem die Auswirkungen von Globalbudgets im stationären Sektor auf Leistungsmengen und Kosten.⁵⁸ Dabei werden für die Jahre 2012 bis 2015

⁵⁸ Im stationären Spitalbereich setzen mehrere Kantone Steuerungsinstrumente ein, die mit dem Konzept von Kostenzielen inhaltlich verwandt sind. Hierbei handelt es sich insbesondere um Globalbudgets für Spitäler und Pflegeheime nach Art. 51 KVG, der den Kantonen die Möglichkeit einräumt, nach Anhörung der Leistungserbringer und der Versicherer einen Gesamtbetrag für die Finanzierung der Spitäler oder der Pflegeheime festzusetzen. Globalbudgets im spitalstationären Bereich stellen auch unter der neuen Spitalfinanzierung ein ergänzendes Instrument zur leistungsbezogenen Vergütung durch Pauschalen dar, die in der Akutsomatik seit 2012 (SwissDRG) und in der Psychiatrie seit 2018 (TARPSY) umgesetzt wird. In ihrer jetzigen Ausgestaltung begrenzen Globalbudgets sowie äquivalente Instrumente im spitalstationären Bereich die kantonale Finanzierung KVG-pflichtiger Leistungen, nicht jedoch die Finanzierung dieser Leistungen durch die Krankenversicherer der OKP. Bisher wurden Globalbudgets von den Kantonen Genf, Tessin und Waadt umgesetzt. Andere Kantone, etwa Neuenburg und Wallis, kennen Instrumente, die keine Globalbudgets, aber maximale Leistungsmengen pro Spital definieren. Die genaue Ausgestaltung von Globalbudgets und maximalen Leistungsmengen variiert zwischen den Kantonen (Lobsiger & Frey, 2019).

Kantone, die ein Globalbudget gemäss Art. 51 KVG oder andere Instrumente der Mengensteuerung mit ähnlicher Wirkung angewendet haben (Tessin, Waadt, Genf und Neuenburg), mit den übrigen Kantonen verglichen.⁵⁹

Tabelle 8 stellt das durchschnittliche jährliche Wachstum der Fälle pro Kopf respektive das Wachstum der Kosten pro Kopf für die beiden Kantonsgruppen dar. Zu beachten ist allerdings, dass die unterschiedlichen Entwicklungen oftmals nicht kausal auf die Existenz von Globalbudgets zurückgeführt werden können. Dennoch liefern die Zahlen einen ersten Hinweis, welche Auswirkungen mit einer Mengensteuerung verbunden sein können.

Tabelle 8: Durchschnittliches jährliches Wachstum der Fälle und der Kosten pro Kopf

Vergleichsvariable	Kantone mit Mengensteuerung im Zeitraum 2012-2015	Kantone ohne Mengensteuerung im Zeitraum 2012-2015
OKP-Fälle spitalstationär ^{a)}	0.6%	1.2%
OKP-Kosten spitalstationär ^{a)}	0.1%	0.1%
OKP-Kosten Total ^{b)}	2.7%	2.7%
Kosten Kantone spitalstationär ^{c)}	1.8%	-1.2%
Kosten aller Finanzierungsträger für Spitalbereich ^{d)}	3.2%	2.4%

Anmerkungen: ^{a)} Hier wird lediglich die Akutsomatik betrachtet. Das heisst, dass die Psychiatrie und die Rehabilitation ausgeklammert werden; ^{b)} Hierbei handelt es sich um die totalen OKP-Kosten für alle Leistungsarten; ^{c)} Diese Position bezieht sich auf den gesamten stationären Spitalbereich (Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation) und umfasst auch die Gemeinwirtschaftlichen Leistungen sowie die kantonalen Investitionen; ^{d)} Die Finanzierungsträger setzen sich zusammen aus den Kantonen, der OKP, anderen Sozialversicherungen, den Privathaushalten, Zusatzversicherungen und anderen öffentlichen und privaten Finanzierungsträgern. Dieses Kostentotal bezieht sich auf den stationären und den ambulanten Bereich.

Quelle: Eigene Darstellung basierend auf Lobsiger & Frey (2019)

Tabelle 8 zeigt, dass die Anzahl spitalstationärer OKP-Fälle zwischen 2012 und 2015 in den Kantonen mit einer Mengensteuerung nur halb so stark angestiegen ist wie in den restlichen Kantonen (0.6 Prozent versus 1.2 Prozent). Dieses verlangsamte Wachstum in den Fallzahlen scheint sich allerdings kaum in den Kosten niederzuschlagen. So haben sich etwa die OKP-Kosten im spitalstationären Bereich pro Kopf in beiden Kantonsgruppen ungefähr gleich entwickelt. Gemäss Lobsiger & Frey (2019) ist dies auf einen vergleichsweise stärkeren Rückgang der Baserates in der Gruppe ohne Mengensteuerung zurückzuführen.⁶⁰ Auch die totalen OKP-Kosten stiegen in beiden Gruppen gleich stark an. Es ist allerdings nicht auszuschliessen, dass ein dämpfender

⁵⁹ Die Kantone Tessin, Waadt und Genf wenden ein Globalbudget nach Art. 51 KVG an. Kantone können aber auch andere Instrumente der Mengensteuerung anwenden (direkte Mengenbeschränkung, degressive Vergütung). Kantone mit solchen Instrumenten – insbesondere die Kantone Neuenburg und Wallis – werden in der Studie von Lobsiger & Frey (2019) mit jenen Kantonen, die ein Globalbudget gemäss Art. 51 KVG anwenden, zusammengefasst. Der Kanton Wallis wird davon allerdings ausgenommen, da dieser erst seit 2015 eine Mengenbeschränkung mit degressiver Vergütung anwendet und Lobsiger & Frey (2019) in ihrer Analyse nur den Zeitraum 2012 bis 2015 betrachten. Letztlich werden deshalb die Kantone Tessin, Waadt, Genf und Neuenburg mit den restlichen Kantonen verglichen.

⁶⁰ Gemäss Lobsiger & Frey (2019) lässt sich dieser Unterschied in den Baserates möglicherweise damit erklären, dass in den Kantonen mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung die Effizienzsteigerung, die mit der Einführung von SwissDRG erwartet wurde, bereits vor 2012 realisiert wurde. Dies wiederum könnte einen geringen Druck auf die Baserates nach 2012 ausgeübt haben.

Effekt von Globalbudgets durch Basiseffekte kompensiert wurde, da die Kantone mit Mengensteuerung im untersuchten Zeitraum tiefere Kostenniveaus (OKP-Kosten spitalstationär) als die Kantone ohne Mengensteuerung hatten.

In der Studie werden nebst den OKP-Kosten auch die Kosten der Kantone und anderer Finanzierungsträger zwischen den beiden Gruppen verglichen. Die Kosten im spitalstationären Bereich der Kantone mit Mengensteuerung waren erstaunlicherweise deutlich stärker gewachsen (1.8 Prozent) als in der Vergleichsgruppe (-1.2 Prozent). Auch bei der Gegenüberstellung der Kosten aller Finanzierungsträger im Spitalbereich ist ein stärkeres Wachstum in den Kantonen mit Mengensteuerung als in jenen ohne Steuerung (3.2 Prozent versus 2.4 Prozent) zu beobachten. Lobsiger & Frey (2019) erklären den grossen Unterschied in Bezug auf die spitalstationären Leistungen mit der Beobachtung, dass in der Vergleichsgruppe die kantonalen Investitionen zwischen 2012 und 2013 stark zurückgegangen sind und deshalb das Bild verzerren.⁶¹ Würde die Analyse auf den Zeitraum 2013-2015 beschränkt, hätten die Kantone mit Globalbudgets ein tieferes spitalstationäres Kostenwachstum zu verzeichnen.

Auch wenn die in Tabelle 8 illustrierten Effekte kausal nicht ausschliesslich auf die Mengensteuerung zurückgeführt werden können, lässt sich – unter Vorbehalt der nachfolgend diskutierten methodischen Schwächen – aus dieser Studie schliessen, dass die empirische Wirkung partieller Globalbudgets und anderer Formen der Mengensteuerung wahrscheinlich weniger eindeutig ist, als in einer wie in Abschnitt 4.2.1 gezeigten theoretischen Modellierung.

In der Interpretation der Resultate sind, wie eingangs erwähnt, zudem verschiedene konzeptionelle und methodische Herausforderungen zu berücksichtigen, die die Unsicherheit der Erkenntnisse zusätzlich erhöhen:

- Die der Evaluation zugrundeliegende **Beobachtungsperiode von 2012 bis 2015** ist kurz. Zudem ist diese Periode durch die Einführung der neuen Spitalfinanzierung für stationäre Spitalleistungen geprägt, was einen Einfluss auf die Ergebnisse haben dürfte.
- Es fehlt ein **Vergleich vor und nach der Einführung von Globalbudgets** in den betroffenen Kantonen (Zeitreihenanalyse).
- Die Analyse von Lobsiger & Frey (2019) bezieht sich lediglich auf **spitalstationäre Leistungen**. Im ambulanten Bereich können die Kantone die erbrachten Mengen aktuell nur indirekt über die Einschränkung der Zulassung niedergelassener Leistungserbringer – insbesondere in Bezug auf ausländische Leistungserbringer (sog. **Ärztstopp**⁶²) – steuern. Allerdings zeigt ein älterer Bericht der damaligen eidgenössischen Kommission für Konjunkturfragen zur Thematik der angebotsinduzierten Nachfrage, dass Fachärzte rund die Hälfte der durch stärkere Konkurrenz bedingten Leistungseinbussen kompensieren können, indem sie mehr Patienten empfangen oder teurere Behandlungen durchführen (Kommission für Konjunkturfragen, 2006). Danach hat zumindest eine indirekte Mengensteuerung (via Zulassungsbeschränkung) potenziell kostensenkende Wirkungen in diesem Bereich. Neuere Evidenz deutet ebenfalls

⁶¹ Mit der 2012 eingeführten KVG-Revision Spitalfinanzierung sind neben den Betriebskosten auch die Investitionskosten, die mit der Erbringung stationärer Spitalleistungen in Verbindung stehen, über den Spitaltarif abgedeckt und müssen nicht mehr ausschliesslich durch den Kanton getragen werden. Lobsiger & Frey (2019) erklären nicht, weshalb sich die Investitionen zwischen den beiden Gruppen systematisch unterscheiden.

⁶² Die Einschränkung der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung nach Art. 55a KVG wird per 1. Juli 2021 von einer neuen Regelung abgelöst; vgl. die KVG-Teilrevision «Zulassung von Leistungserbringern» (18.047), welche vom Parlament am 19. Juni 2020 verabschiedet wurde.

darauf hin, dass die Dichte ambulant tätiger Ärzte einen markanten und positiven Einfluss auf die Kosten pro versicherte Person in der OKP hat (Roth & Sturny, 2017).

- Die in der Studie analysierten Globalbudgets und anderen Mengensteuerungsinstrumente **unterscheiden sich in zentralen Aspekten deutlich von der geplanten OKP-Zielvorgabe**. Insbesondere ist Art. 51 KVG bezüglich Globalbudgets sehr allgemein gehalten und macht wenig bindende Vorgaben. Im Gegensatz zum Regelungsentwurf der Zielvorgabe (vgl. Abschnitt 1.1) sieht der Artikel zu Globalbudgets auch keine Massnahmen bei Überschreitung der Globalbudgets vor. In der Praxis bestehen solche jedoch teilweise. Beispielsweise wird in einigen Kantonen bei Überschreitung der festgelegten Mengen die überschrittene Menge nicht durch den Kanton vergütet und geht vollständig zu Lasten des Leistungserbringers (Lobsiger & Frey, 2019).

Evidenz aus dem Ausland

Als Ergänzung zur empirischen Evidenz aus der Schweiz lohnt sich der Blick ins Ausland. In Frankreich besteht etwa ein Kostenziel für die soziale Krankenversicherung (sogenanntes «Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie»). Dieses Ziel wird politisch festgelegt und den einzelnen Akteuren vorgegeben. Allerdings waren die darin enthaltenen Vorgaben nicht von Anfang an bindend und erzielten damals nicht die gewünschten Einspareffekte. Seit 2010 ist nun ein Aufsichtsgremium befugt, die Spitaltarife zu senken, falls das Kostenziel im Spitalbereich nicht eingehalten wird. Dieses verbindliche Ziel vermochte mutmasslich grosse Einsparungen zu realisieren. Während die Kosten des Gesundheitswesens im Jahr 2002 noch 7 Prozent und 2004 noch 5 Prozent gegenüber dem Vorjahr anstiegen, waren es 2016 lediglich 2 Prozent (Or, 2017; Expertengruppe Kostendämpfung, 2017).

In den Niederlanden besteht mit dem sogenannten Makro-Budget-Instrument die Möglichkeit, dass bei Nichteinhaltung der Kostenziele ex post die Budgets aller Leistungserbringer pauschal gekürzt werden (Expertengruppe Kostendämpfung, 2017). Die Einführung dieses Instruments hatte zur Folge, dass die Leistungserbringer und Versicherer Vereinbarungen abschlossen und damit das Kostenwachstum auf dem gewünschten Pfad halten konnten (Jeurissen, 2017; Expertengruppe Kostendämpfung, 2017). Diese verschiedenen Massnahmen erwiesen sich als erfolgreich, um die Leistungsmengen zu reduzieren. Allerdings kam es tendenziell zu einer Preiserhöhung, was dazu führte, dass die Margen der Leistungserbringer konstant blieben (Jeurissen, 2017; Expertengruppe Kostendämpfung, 2017).

Moreno-Serra (2013) schliesslich diskutiert die Wirksamkeit verschiedener Sparmassnahmen in OECD-Ländern. Bezüglich Budgetmassnahmen kommt der Autor zum Schluss, dass Budgetobergrenzen wie es sie in Deutschland und Grossbritannien gibt, zum Eindämmen des Kostenwachstums im Gesundheitswesen beitragen können. Moreno-Serra zeigt zudem, dass Budgetmassnahmen insbesondere in «Single Payer Countries» – also in Ländern mit einem rein öffentlich finanzierten Gesundheitssystem – bezüglich Kostensteuerung erfolgreich sind. Die Vergleichbarkeit mit dem schweizerischen Gesundheitssystem ist daher begrenzt. Sie ist auch begrenzt, weil im Rahmen einer Zielvorgabe ein vergleichbarer (harter) Budgetmechanismus nicht vorgesehen ist. Schliesslich wird auch in Moreno-Serra (2013) der Mangel an empirischer Evidenz zur Wirksamkeit von Budgetmassnahmen betont. Dennoch zeigen einzelne Studien für die Beispiele Niederlande und Deutschland – beides Länder mit keinem rein öffentlich finanzierten Gesundheitssystem –, dass budgetäre Vorgaben durchaus eine Reduktion des Kostenwachstums induzieren können (vgl. z.B. Brändle et al., 2018).

Die diskutierten Studien zeigen, dass die Einführung von kostendämpfenden Massnahmen je nach Ausgestaltung und Rahmenbedingungen zwar in die gewünschte Richtung wirken können, das Einsparpotenzial in der Praxis jedoch oft geringer ausfällt als erwünscht. Weitere Gründe, die zu Diskrepanzen führen können, werden im nachfolgenden Abschnitt 4.2.3 genauer betrachtet.

4.2.3 Dynamische Effekte

Neben der diskutierten empirischen Evidenz, die keine eindeutigen Schlüsse zulässt, sprechen hauptsächlich zwei Gründe dafür, dass die Einführung einer Zielvorgabe ein geringeres Einsparpotenzial haben könnte als in Abschnitt 4.2.1 ausgewiesen: Einerseits sind die Annahmen, die zur möglichen Kostenersparnis (Zielvorgabenszenario) führen, kritisch zu hinterfragen. Andererseits ist zu erwarten, dass die Stakeholder in unterschiedlicher Form auf die Einführung einer Zielvorgabe reagieren.

Annahmen statische Analyse

Die Modellierung der Zielvorgabe in der Kostenschätzung erfolgt unter anderem mittels der Annahme einer Reduktion der Einkommenselastizität auf 1.0. Dies bedeutet, dass die Gesundheitskosten künftig im Gleichschritt mit den Einkommen steigen. Wie bereits in Abschnitt 4.2.1 erläutert, impliziert dies zwar eine Reduktion im Wachstum der Ineffizienzen aber nicht notwendigerweise deren Elimination. Es ist beispielsweise denkbar, dass ein ineffizientes Wachstum des medizinisch-technischen Fortschritts bestehen bleibt und dies durch eine Reduktion des Mengenwachstums kompensiert wird. Die Literatur kommt bezüglich den Schätzungen der Einkommenselastizität auf unterschiedliche Werte, die unter und über 1 liegen (vgl. z.B. Brändle & Colombier (2017) für eine Übersicht). In einer ökonometrischen Analyse für die Schweiz hat zuletzt Colombier (2018) die verschiedenen Treiber des Kostenwachstums im Gesundheitswesen zwischen 1970 und 2012 isoliert geschätzt. Die Resultate zeigen, dass der isolierte Einkommenseffekt, der unter Ausklammerung des medizinisch-technischen Fortschritts und anderer Kostentreiber geschätzt wird, bei ca. 0.7 liegt.⁶³ In Kombination mit dem separat geschätzten medizinisch-technischen Fortschritt von etwas über 0.3 ergibt sich damit ein kombinierter Effekt von ca. 1. Die Annahme einer Einkommenselastizität unter einer Zielvorgabe von 1.0 scheint damit nicht unplausibel. Allerdings impliziert die gegenüber dem Referenzszenario reduzierte Einkommenselastizität, dass es einer Zielvorgabe tatsächlich gelingt, das Wachstum der Ineffizienzen im Gesundheitswesen zu reduzieren.

Das zweite Element in der Modellierung der Zielvorgabe – die Reduktion der Teuerung auf den technologisch gegebenen Baumoleffekt – impliziert, dass das durch ineffizient hohe Preise und Tarife getriebene Kostenwachstum auf das durch die Produktionstechnologie im Gesundheitswesen beschränkte Kostenwachstum reduziert werden kann. Wie bereits in Abschnitt 4.2.1 ausgeführt, ist der technologisch gegebene Baumoleffekt aufgrund der Arbeitsintensität der Gesundheitsbranche kaum beeinflussbar und kann daher kaum eliminiert werden. Gegenüber dem Referenzszenario ergibt sich also ein höheres Produktivitätswachstum. Allerdings liegt dieses nach wie vor unter dem Produktivitätswachstum der gesamten Volkswirtschaft. Aus empirischer Sicht

⁶³ Das BAG hat im Juli 2020 eine unveröffentlichte Studie zur Klärung von Umsetzungsfragen im Rahmen der Einführung einer Zielvorgabe erstellen lassen. Diese Studie geht von einer Einkommenselastizität unter einer Zielvorgabe von 0.7 aus, berücksichtigt dabei aber separat und zusätzlich den medizinisch-technischen Fortschritt.

gibt es bei der Wahl des Baumolparameters erhebliche Unsicherheiten. Es ist daher nicht abschliessend klar, ob die den Projektionen zugrundeliegende Teuerung für den Bereich GoL von 25 Prozent über der Inflationsrate wirklich einer Reduktion auf den technologisch gegebenen Baumoleffekt entspricht. A priori kann allerdings kaum mit Bestimmtheit gesagt werden, ob die Annahme in Bezug auf den Baumoleffekt das Sparpotenzial einer Zielvorgabe über- oder unterschätzt.

Schliesslich ist zu beachten, dass die Schätzung des Kostendämpfungseffekts in Abschnitt 4.2.1 einer «ceteris paribus»-Analyse entspricht. Es wird davon ausgegangen, dass unberücksichtigte Faktoren sich im Zeitablauf nicht verändern. Vorstellbar und zu erwarten ist aber etwa, dass sich bis 2050 bestehende Regulierungen im Gesundheitssystem ändern bzw. neue Regulierungen hinzukommen werden und diese einen Einfluss auf das Potenzial zukünftiger Kosteneinsparungen haben. Ein aktuelles Beispiel einer solchen Regulierung ist die von den eidgenössischen Räten diskutierte Einführung einer einheitlichen Finanzierung über alle Leistungsbereiche der OKP, bei der die Kantone zukünftig rund 25 Prozent der Kosten übernehmen sollen (einheitliche Finanzierung ambulant-stationär, EFAS). Auch die anvisierte Stärkung der Netzwerke zur koordinierten Versorgung könnte mit dem Sparpotenzial einer Zielvorgabe interagieren.

In welche Richtung die unberücksichtigten Regulierungen auf die zukünftigen Gesundheitskosten einwirken, ist allerdings unklar. Die Diskussion der in der Schätzung getroffenen Annahmen deutet aber darauf hin, dass diese – aus heutiger Sicht – relativ realistisch sind.⁶⁴

Mögliche Reaktionen der Stakeholder

Nebst den Annahmen, die der statischen Analyse zugrunde liegen, gilt es auch mögliche kostenrelevante Reaktionen der Stakeholder zu berücksichtigen. Es ist zu erwarten, dass die verschiedenen Stakeholder Anreize haben, der Regulierung auszuweichen. Einige der nachfolgend diskutierten Reaktionsmöglichkeiten wurden bereits in der Stakeholderanalyse in Abschnitt 3 (Prüfpunkt 2) angesprochen. Ob – und falls ja, wie stark – solche Reaktionen eintreten, hängt wiederum von der bis anhin unklaren Ausgestaltung und Umsetzung der Zielvorgabe ab. Auch wenn es sich um Reaktionen handelt, die im In- und Ausland teilweise beobachtet werden konnten, gilt es die Unterschiede bezüglich konkreter Regulierung und nationaler Gesundheitssysteme zu beachten. Die nachfolgend aufgeführten Reaktionen sind deshalb als auf empirischer Evidenz basierende Beispiele zu verstehen, die illustrieren sollen, wie sich Anreize zu Ausweichreaktionen der verschiedenen Stakeholder manifestieren könnten.

- **Verstärkte Fokussierung auf margenstarke Leistungen:** Eine mögliche Reaktion stellt die verstärkte Fokussierung der Leistungserbringer auf margenstarke Leistungen dar (Brändle et al., 2016; UBC, 2014; Hsueh et al., 2004). Eine solche ist bereits im heutigen Gesundheitssystem zu beobachten. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich diese Tendenz unter einem durch die Zielvorgabe ausgelösten Kostenspardruck zusätzlich verschärfen würde und durch entsprechende Tarifausgestaltungen abgefedert werden müsste. Allerdings existieren auch

⁶⁴ Eine unveröffentlichte Studie im Auftrag des BAG zur Klärung von Umsetzungsfragen im Rahmen der Einführung einer Zielvorgabe entwickelte ein nationales Modell für das OKP-Ausgabenwachstum unter einer Zielvorgabe. Die Studie berechnet eine Zielvorgabe für das OKP-Ausgabenwachstum für die Jahre 2019 bis 2021 und kommt auf ein jährliches Wachstum von 2.8 bis 3 Prozent. Dies entspricht einem um 0.6 bis 0.8 Prozentpunkten höheren Wachstum im Vergleich zu den Projektionen der EFV für die entsprechenden Jahre (Durchschnittswerte 2019 bis 2021). Die Studie ist allerdings kaum vergleichbar mit den Projektionen der EFV, da insbesondere der Zeithorizont stark unterschiedlich ist.

Gegenargumente. So gibt es etwa Behandlungsrichtlinien, die den diskretionären Behandlungsspielraum der Leistungserbringer limitieren. Falls die Behandlungsqualität einzelner Leistungserbringer aufgrund der Konzentration auf margenstarke Behandlungen stark leidet, könnte dies rufschädigende Wirkungen zur Folge haben.

- **Fokussierung auf Zusatzversicherte:** Eine weitere Ausweichreaktion – insbesondere im stationären Bereich – stellt die Verschiebung von Leistungen in den Zusatzversicherungsbereich dar. So zeigt Schmitz (2013), dass die Ärzte in Deutschland als Reaktion auf die Einführung eines Praxisbudgets verstärkt Privatpatienten behandelten. Während die Anzahl Behandlungen von öffentlich Versicherten zurückging, stiegen diejenigen von Privatversicherten an. Dabei ist festzuhalten, dass die Situation in Deutschland nicht direkt mit der Schweiz vergleichbar ist. Hier könnte dies den Bereich der zusatzversicherten Leistungen und Selbstzahler betreffen, wobei der diesbezügliche Spielraum aufgrund eines stark ausgebauten Leistungskatalogs in der Schweizer Grundversicherung beschränkt ist.
- **Leistungsbezug in anderen Kantonen:** Auf Seiten der Patienten stellt der ausserkantonale Leistungsbezug allenfalls eine mögliche Reaktion dar. Ob ein solcher Effekt eintritt, hängt unter anderem von der Heterogenität der kantonalen Umsetzung der Zielvorgabe ab. Zudem dürfte die Frage, ob das Prinzip «Wohnkanton» oder «Standortkanton» angewendet wird (Erläuternder Bericht, Abschnitt 2.3.1), mitentscheidend sein. Gewisse Anhaltspunkte, ob die Heterogenität in den kantonalen Gesundheitssystemen tatsächlich interkantonale Patientenströme auslöst, liefern die Erfahrungen aus der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung die, unter anderem, auch die freie Spitalwahl ermöglichte und die Situation in den Kantonen Tessin, Waadt und Genf, die mit Globalbudgets arbeiten. Lobsiger & Frey (2019) zeigen, dass die Patientenabflüsse im stationären Bereich in den genannten Kantonen im interkantonalen Vergleich gering sind.⁶⁵ Basierend auf der bestehenden Evidenz scheint der Leistungsbezug in anderen Kantonen aufgrund von Sparmassnahmen somit nicht signifikant zu sein.⁶⁶
- **Anreiz der Leistungserbringer zur Mengenausdehnung:** Als weiterer – in der Empirie bereits beobachteter – Effekt lässt sich die Mengenausdehnung seitens Leistungserbringer nennen. In Deutschland wurde zwischen 1993 und 1995 unter der damaligen Form des Globalbudgets beobachtet, dass einzelne Ärzte ihre Leistungen ausdehnten, um sich einen möglichst hohen Anteil am Globalbudget zu sichern (Benstetter & Wamsbach, 2006; vgl. Fussnote 80). Dieser Effekt konnte bis anhin aber nur für harte Budgetvorgaben, wie sie in der Schweiz nicht geplant sind, festgestellt werden. Auch in Deutschland kam es überdies nach der Anpassung der Regulierung nicht mehr zum sogenannten «Hamsterradeffekt».

Insgesamt muss davon ausgegangen werden, dass die betroffenen Stakeholder ausweichend auf die Einführung der Zielvorgabe zu reagieren versuchen und dies negative Auswirkungen bezüglich des in der statischen Analyse projizierten Einsparpotenzials haben kann. Wie stark solche Auswirkungen ausfallen, hängt allerdings von der konkreten Ausgestaltung und Umsetzung der Zielvorgabe ab und ist auf Basis der momentanen Fassung des Regelungsentwurfs kaum präzise prognostizierbar.

⁶⁵ Zu beachten ist, dass die drei untersuchten Kantone mit Globalbudgets französisch- oder italienischsprachig sind, womit Sprachbarrieren eine mögliche Erklärung für die Abwesenheit interkantonomer Patientenflüsse sein können.

⁶⁶ Huber (2015) zeigt überdies, dass der Anteil ausserkantonomer Hospitalisationen nach der KVG-Revision zugenommen hat. Da dieses Ergebnis jedoch nicht im Kontext einer Sparmassnahme steht, ist seine Bedeutung im vorliegenden Kontext unklar.

4.3 Auswirkungen auf den regulierten Wettbewerb

In der Schweiz ist im Gesundheitswesen ein System des regulierten Wettbewerbs vorgesehen. Dieses besteht grundsätzlich aus marktorientierten und regulativen Elementen und soll «eine effiziente, zweckmässige, qualitativ hochstehende Versorgung der gesamten Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen zu möglichst günstigen Kosten ermöglichen».⁶⁷ Der Staat greift in den Gesundheitsmarkt ein, weil bis zu einem gewissen Grad ein Marktversagen besteht (siehe auch Abschnitt 2.2.2) und um die Solidaritätsziele des KVG zu erreichen.

Obwohl das Schweizer System des regulierten Wettbewerbs nirgends abschliessend definiert wird, erwähnt der Bundesrat zentrale marktorientierte und regulative Bestandteile (vgl. Quellenangabe in Fussnote 67). Erstere umfassen insbesondere die freie Wahl des Versicherers und des Leistungserbringers durch die Versicherten, Spielraum für die Entwicklung alternativer Versicherungsmodelle, sowie das Vertragsprimat zwischen Versicherern und Leistungserbringern. Letztere bestehen unter anderem aus einem Versicherungsobligatorium, der Aufnahmepflicht der Versicherer, risikounabhängigen Prämien, dem Risikoausgleich, einem einheitlichen Leistungskatalog, den Regeln zur Zulassung von Leistungserbringern, der Veröffentlichung medizinischer Qualitätsindikatoren sowie administrierten Tarifen und Preisen für Teilbereiche des Gesundheitssystems.

Obwohl verschiedene Modelle des regulierten Wettbewerbs auf unterschiedliche Charakteristiken fokussieren, lassen sich grundsätzlich alle Modelle des regulierten Wettbewerbs auf Enthoven (1978, 1988, 2006) zurückführen. Die zentralen Elemente eines solchen idealtypischen Modells wurden bereits mehrfach auf die Verhältnisse in der Schweiz angepasst (vgl. z.B. Beck, 2013, Leu & Matter, 2009):

1. Der Konsument hat freie, informierte Wahl auf einem Markt mit konkurrierenden Versicherern und Leistungserbringern.
2. Der Konsument wählt ein Versicherungsmodell.
3. Der Versicherte erhält Gutscheine mit einem Gegenwert von bis zu 100 Prozent seiner Versicherungsprämien, falls er finanzschwach ist.
4. Der Konsument hat den Anreiz, das günstigste Angebot zu wählen.
5. Die Prämien sind risikogerecht.
6. Die Kostenbeteiligung des Konsumenten wird limitiert.
7. Der minimale Leistungsumfang wird vorgeschrieben.
8. Ein Kassenwechsel ist regelmässig möglich.
9. Der Kassenwechsel wird durch staatliche Stellen abgewickelt.
10. Es existiert ein freier Markt zwischen Versicherungen und Leistungserbringern.

Der Vergleich der vom Bundesrat erwähnten Charakteristiken mit dem in der Literatur zitierten idealtypischen System des regulierten Wettbewerbs lassen Unterschiede erkennen. Dies gilt etwa für die Beurteilung risikogerechter Prämien. Während aus einer ökonomischen Effizienzperspektive risikogerechte Prämien optimal sind, stehen diese im Gegensatz zu egalitärem Zugang zum

⁶⁷ Vgl. hierzu die Antwort des Bundesrates auf die Interpellation Dittli 20.3220 vom 4.5.2020 (<https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20203220> [Stand 10.9.2020]).

Gesundheitssystem und bedürfen flankierender Massnahmen im Rahmen einer Sozialversicherung (siehe etwa obigen Punkt 3).

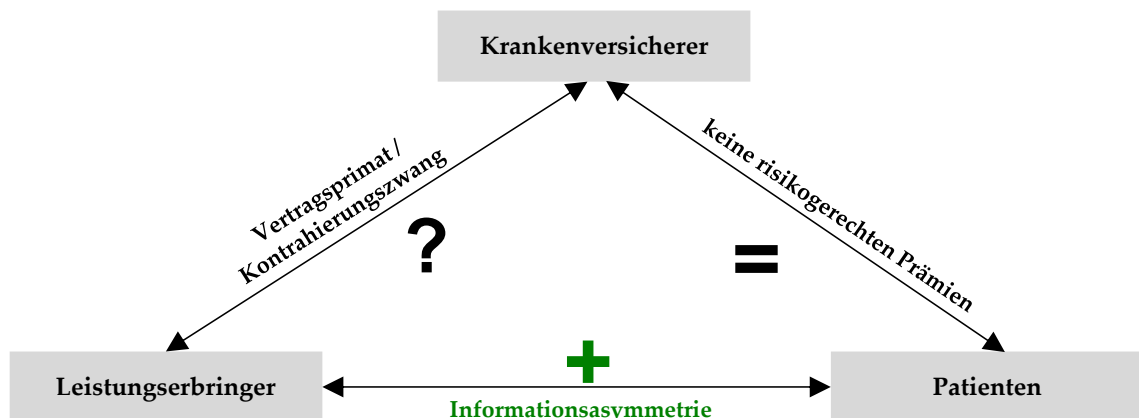
Um die Auswirkungen der Zielvorgabe auf den regulierten Wettbewerb abzuschätzen, muss hier aber nicht im Detail darauf eingegangen werden, ob das momentane System alle Elemente des regulierten Wettbewerbs erfüllt. Vielmehr gilt es zu prüfen, inwiefern durch die Einführung der Zielvorgabe eine Veränderung gegenüber dem Status quo im Hinblick auf die bundesrätliche Definition und die idealtypischen Wesensmerkmale des regulierten Wettbewerbs ausgelöst wird.

Hierbei kann festgehalten werden, dass von einer Zielvorgabe nur wenige Aspekte des regulierten Wettbewerbs betroffen sind:

- Art. 54 des Regelungsentwurfs sieht die Einführung eines Qualitätsmonitorings vor. Die Auswirkungen der Zielvorgabe auf die Kosten- und Qualitätsentwicklung sollen dabei regelmässig überprüft werden. Gemäss Art. 54b soll zudem der Grad der Zielerreichung in den Kantonen und Kostenblöcken veröffentlicht werden. Beide Massnahmen haben tendenziell einen positiven Effekt auf die Transparenz im Gesundheitswesen. Bezüglich **Punkt 1** lässt sich daher eine leichte Verbesserung gegenüber dem Status quo erwarten.
- Durch die Zielvorgabe wird den Verhandlungen der Tarifpartner ein Rahmen zugrunde gelegt. Dies hat unklare Auswirkungen auf obigen **Punkt 10** und das bundesrätliche Kriterium des Vertragsprimats zwischen Versicherern und Leistungserbringern: Einerseits werden dadurch Tarifverhandlungen stärker reguliert, was den freien Markt zwischen Versicherern und Leistungserbringern beeinträchtigt und das Vertragsprimat schwächt. Andererseits kann auch argumentiert werden, dass durch eine Zielvorgabe allfällige Marktmacht der Leistungserbringer reduziert wird. Dadurch funktioniert der Markt zwischen Versicherern und Leistungserbringer tendenziell besser – d.h. wettbewerblicher –, was in einem gesellschaftlich zu präferierenden Verhandlungsergebnis resultiert. Am Kontrahierungszwang, ein weiteres Element der Marktbeziehungen zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringer, ändert sich hingegen nichts.

Abbildung 8 fasst die wichtigsten Auswirkungen einer Zielvorgabe auf den regulierten Wettbewerb zusammen. Während die Veränderung der Beziehung zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern (**Punkt 10**) ungewiss ist und jene zwischen Patienten und Krankenversicherern durch die Zielvorgabe mehrheitlich unverändert bleibt, könnte die Informationsasymmetrie-Problematik zwischen den Leistungserbringern und den Patienten (**Punkt 1**) aufgrund erhöhter Transparenz leicht verbessert werden. Zusammenfassend dürfte die Zielvorgabe den regulierten Wettbewerb kaum wesentlich berühren. Sollten sich Veränderung ergeben, sind diese erwartungsgemäss leicht positiv.

Abbildung 8: Veränderung der Wettbewerbsbeziehungen zwischen den Stakeholdern



Anmerkungen: Das «+» bei Informationsasymmetrie bedeutet, dass diese abnimmt.

Quelle: Eigene Darstellung

4.4 Auswirkungen auf die Innovation

Eine weitere entscheidende Dimension, die es in Bezug auf die Einführung einer Zielvorgabe zu berücksichtigen gilt, ist die Frage nach den Auswirkungen auf die Innovation.⁶⁸

Einige Befragte aus den Stakeholder- und Verbandsinterviews erwarten eine innovationshemmende Wirkung einer Zielvorgabe. Diese Befürchtung wird einerseits damit begründet, dass unter einer Zielvorgabe weniger investiert und damit auch weniger Innovationen resultieren würden. Dies wäre gemäss einer Verbandsaussage bei Innovationen wie neuen Operationsmethoden oder medikamentösen Therapieformen zu erwarten. Andererseits mindere die Reduktion der Freiheitsgrade der Leistungserbringer den Anreiz zu Produktinnovationen. Auch wurde von mehreren Befragten ausgeführt, dass gerade die bereichsübergreifende Kollaboration und Interprofessionalität innovative Fortschritte bringen und dass die Gefahr bestehe, dass diese positive Entwicklung durch die Einführung einer Zielvorgabe rückgängig gemacht werde. So würden viele Innovationen auf versorgungsstrategischer und organisatorischer Ebene eine Kooperation von Akteuren im Gesundheitswesen bedingen, was durch die getrennte Festlegung von Kostenzielen für einzelne Kostenblöcke nicht begünstigt werde.

Aus konzeptioneller Sicht deutet die vorhandene Literatur zu Budgetobergrenzen darauf hin, dass solche Vorgaben keine finanziellen Anreize setzen, die Qualität oder die Effizienz zu erhöhen (Brändle et al., 2016; Sutherland et al., 2012; UBC, 2014). Ein weiteres Resultat dieser Literatur ist, dass sektorübergreifende Innovationen im Sinne einer verstärkten integrierten Versorgung durch harte Budgets gehemmt werden können (Long & Marquis, 1993; Hurley et al., 1997, Sutherland et al., 2012). Die Wirkungen der für die Schweiz vorliegend geplanten Zielvorgabe, welche durch Kantone und Tarifpartner gemeinsam erreicht werden sollen, ist aber kaum mit der Wirkung harter Budgets zu vergleichen. Denn im Gegensatz zu Globalbudgets bestehen im Falle einer Zielvorgabe geringere Anreize, die Allmende – d.h. die zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel – zu übernutzen, da diese innerhalb eines Jahres nicht strikte beschränkt ist und bei einer Überschreitung der Zielvorgabe die Tarife im Folgejahr gekürzt werden.

⁶⁸ Grundlagenforschung und daraus resultierende Innovationen werden durch eine Zielvorgabe nicht tangiert: Leistungen im Bereich Forschung und universitärer Lehre fallen gemäss Art. 49 Abs. 3 lit. b KVG unter die gemeinwirtschaftlichen Leistungen, welche von einer Zielvorgabe nicht betroffen sind.

Entsprechend sind Investitionen in Innovationen für die Leistungserbringer unter einer Zielvorgabe grundsätzlich lohnend, zumindest sofern diese dazu führen, dass mit demselben Umsatz eine höhere Marge erzielt werden kann. Des Weiteren kann der durch eine Zielvorgabe intensivierte Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern ebenfalls zu mehr Innovation führen (vgl. z.B. Teisberg et al. (1994) für den Zusammenhang zwischen Wettbewerb und Innovation im Gesundheitsbereich). Aussagen der Befragten stützen die These eines positiven Effekts erhöhten Konkurrenzdrucks auf die Innovationsanreize. Die erhöhte Transparenz zwischen den Leistungserbringern könnte diesen Effekt sogar noch verstärken. Schliesslich gilt es zu beachten, dass der Regelungsentwurf vorsieht, den medizinisch-technischen Fortschritt bei der Festlegung der Zielvorgabe zu berücksichtigen, was einen potenziellen Innovationsrückgang verhindern sollte.

Im Gegensatz zu den obigen Befürchtungen einiger Interviewpartner gehen wir daher davon aus, dass der durch eine Zielvorgabe entstehende Kostendruck gewisse Arten von Innovationen tendenziell anreizt. Dies gilt insbesondere für Organisations- und Prozessinnovationen. Beispiele solcher Innovationen umfassen etwa die Entwicklung kostenschonender, integrierter Versorgungsmodelle oder den Fokus auf höhere Fallzahlen im stationären Sektor. Letztere sind nicht nur kostendämpfend, sondern erhöhen auch die Behandlungs- und Ergebnisqualität. Aussagen der Befragten zu positiven Auswirkungen einer Zielvorgabe auf die Innovation gehen zudem davon aus, dass neue, nicht OKP-pflichtige Dienstleistungen im Gesundheitswesen entstehen könnten. Ferner wird prognostiziert, dass tarifpartnerschaftliche Innovationen zur Kostensteuerung an Attraktivität gewinnen werden. Insbesondere Tarifverhandlungen auf der Basis transparent ausgewiesener Daten seien eine gute Voraussetzung für Effizienz und Kostendruck, was auch die Innovationsfähigkeit stärke.

4.5 Auswirkungen auf die Rechtssicherheit

In diesem Abschnitt werden die erwarteten Auswirkungen einer Zielvorgabe auf die Rechtssicherheit beurteilt. Die Auswirkungen werden in erster Linie für die Normadressaten der Zielvorgabe, also die Leistungserbringer, analysiert. Der Begriff der Rechtssicherheit beschreibt dabei die klare, einfache und vorhersehbare Regelung rechtlicher Verhältnisse und staatlichen Handelns. Damit verbunden ist eine konstante Rechtsprechung ohne zu häufige Gesetzesänderungen sowie ein stabiles und funktionierendes Rechtssystem.⁶⁹

Grundsätzlich handelt es sich bei der Zielvorgabe um eine Gesetzesänderung, bei der die grundlegenden Charakteristiken des schweizerischen Gesundheitswesens unverändert bleiben sollen (vgl. auch die Diskussion zu den Effekten einer Zielvorgabe auf das System des regulierten Wettbewerbs in Abschnitt 4.3). Neben dem System des regulierten Wettbewerbs soll auch an der bestehenden Kompetenzverteilung zwischen den verschiedenen Akteuren so wenig wie möglich verändert werden und insbesondere die Dezentralität des Systems mit den Kantonen als Hauptträger erhalten bleiben.

Vor diesem Hintergrund sind im Allgemeinen eher geringe Auswirkungen der Einführung einer Zielvorgabe auf die Rechtssicherheit zu erwarten. Mögliche Effekte mögen sich aber dadurch ergeben, dass der Regelungsentwurf die Ausgestaltung der Zielvorgabe zwar konkretisiert, verschiedene zentrale Bestandteile – gerade auch aufgrund des Ziels möglichst geringer Änderungen an bestehenden Strukturen und der Einräumung eines grossen Handlungsspielraum der Kantone – aber weitgehend offenlässt:

⁶⁹ Vgl. die Diskussion zum Begriff der Rechtssicherheit an der Universität Zürich unter https://www.ius.uzh.ch/dam/jcr:00000000-6d83-d18d-ffff-ffff2723630/Folien_VL06.pdf [Stand 8.6.2020]

- **Definition der Kostenziele durch den Bund:** Gemäss Entwurf zu Art. 54 muss der Bund bei der Festlegung der Kostenziele und der Toleranzmarge die wirtschaftliche Entwicklung, die allgemeine Lohn- und Preisentwicklung, die Demographie, die Morbidität und den medizinisch-technischen Fortschritt berücksichtigen. Die genaue Berechnungsart der Kostenziele anhand dieser Variablen (Formel) ist – zum jetzigen Zeitpunkt – nicht definiert. Der erläuternde Bericht zur Eröffnung des Vernehmlassungsverfahrens geht diesbezüglich allerdings von einer genauen Konkretisierung auf Verordnungsebene aus: «Die konkrete Umsetzung seiner Aufgaben, insbesondere die Zielfestlegung, kann vom Bundesrat auf Verordnungsebene weiter spezifiziert werden» (Erläuternder Bericht, Abschnitt 2.3.1).⁷⁰
- **Definition der Kostenblöcke:** Art. 54a teilt den Kostenblöcken Leistungsbereiche zu. Unklar bleibt jedoch deren Definition, also welche Kostenblöcke dies sind.⁷¹ Zudem können die Kantone – aber müssen nicht – weitere Unterteilungen innerhalb der durch den Bund festgelegten Kostenblöcke vornehmen.
- **Festsetzung der Kostenziele durch die Kantone:** Art. 54b schreibt vor, dass die Kantone die Kostenziele für die einzelnen Kostenblöcke verbindlich festlegen müssen. Klar ist, dass die Festlegung der Kantone das vom Bund vorgegebene Gesamtkostenziel unter Einbezug der Toleranzmarge einhalten muss. Unklar bleibt aber, wie die Kantone die Höhe der Ziele genau festlegen (Griffigkeit der Zielvorgabe) und wie sie diese auf die Kostenblöcke verteilen (Differenzierung der Zielvorgabe).
- **Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele:** Vereinbaren die Tarifpartner bei Überschreitung der Kosten nur ungenügende Massnahmen zur Kostensenkung – oder können sie sich nicht auf Massnahmen einigen – so *kann* laut Art. 54d Abs. 2 die Kantonsregierung Massnahmen verfügen. Der momentane Regelungsentwurf schliesst eine alternative Vorgabe, die den Kantonen die Ergreifung von Massnahmen vorschreibt (Muss-Bestimmung) nicht aus. Unter der Kann-Bestimmung bleibt es aber offen, ob die Kantone bei Überschreitung der Zielvorgabe Massnahmen ergreifen werden oder nicht. Unabhängig von der Kann- oder Muss-Bestimmung kann nur schwer antizipiert werden, welche Korrekturmassnahmen die Kantone ergreifen werden und wie hart diese umgesetzt werden. Bezüglich der Härte der Umsetzung ist zum Beispiel denkbar, dass mittels Korrekturmassnahmen der gesamte überschrittene Betrag reduziert oder dass nur ein Teil davon kompensiert wird. In diesem Zusammenhang gilt es auch die Rechtsunsicherheit im Hinblick auf Tarifstreitigkeiten zu berücksichtigen. Werden bei einer Zielüberschreitung tarifliche Massnahmen nach Art. 54d ergriffen, können diese angefochten werden. Im Zuge langjähriger Gerichtsprozesse könnte dabei grosse Unklarheit über die abschliessend geltende Tariffhöhe herrschen.

Im Gegensatz dazu könnte sich eine Verbesserung der Rechtssicherheit dadurch ergeben, dass die Zielvorgabe die bisher stark fragmentierten und zum Teil rasch wechselnden Teilregulierungen zur Eindämmung der Kosten im Gesundheitswesen ablösen könnte. Dies würde die Rechtssicherheit durch weniger häufige Gesetzesänderungen – und im Allgemeinen geringere Gesetzesdichte – erhöhen. Beispiele potenziell substituierbarer Regulierungen sind etwa Globalbudgets für Spitäler und Pflegeheime (nach Art. 51 KVG) oder die Einschränkung der Zulassung zur

⁷⁰ Das BAG hat im Juli 2020 eine unveröffentlichte Studie zur Klärung von Umsetzungsfragen im Rahmen der Einführung einer Zielvorgabe erstellen lassen. Die in dieser Studie behandelten Aspekte der Umsetzung können in Folge allenfalls auf Verordnungsebene präzisiert oder nach der Vernehmlassung im Gesetz ergänzt werden.

⁷¹ Ausnahme sind Analysen, Arzneimittel, Mittel und Gegenstände sowie Leistungen, für welche die Tarifpartner gesamt-schweizerische Tarifverträge nach Artikel 46 Absatz 4 abgeschlossen haben. Diese bilden eigene Kostenblöcke.

Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung (nach Art. 55a KVG).⁷² Voraussetzung dafür ist aber, dass die durch eine Zielvorgabe substituierbaren Regulierungen tatsächlich auch abgelöst werden.

Die obigen Beispiele zeigen, dass zum jetzigen Zeitpunkt viele Unklarheiten bezüglich der genauen Konkretisierung der Zielvorgabe bestehen. Neben den Unklarheiten bezüglich der bundesrätlichen Definition der Kostenziele sind die Leistungserbringer vor allem über die kantonalen Entscheidungen zu den Massnahmen bei der Überschreitung der Kostenziele grundsätzlich unwissend. Ist die Vorausschbarkeit der Zielvorgabe und ihrer (finanziellen) Konsequenzen nur beschränkt gegeben, ist es fraglich, wie wirkungsvoll der anvisierte «budgetäre Orientierungsrahmen» einer Zielvorgabe ist und ob sich die zu erwartende Kostendämpfung (vgl. Abschnitt 4.2.1) voll materialisieren kann. Eine mangelnde Vorausschbarkeit könnte sich tendenziell auch negativ auf andere makroökonomische Grössen des Gesundheitssystems wie Investitionen, Innovationen und die Beschäftigungssituation auswirken. Schliesslich besteht die Gefahr vermehrter Rechtsstreitigkeiten.

4.6 Verteilungswirkungen

Nebst den gesamtwirtschaftlichen positiven und negativen Effekten gilt es auch die Verteilungswirkungen aus gesamtwirtschaftlicher Perspektive zu betrachten.⁷³ Dabei handelt es sich nicht um klassische ökonomische Umverteilungseffekte, sondern primär um die Elimination von aus volkswirtschaftlicher Sicht ungerechtfertigter Renten der Leistungserbringer, die eine Folge der identifizierten Ineffizienzen im Gesundheitssystem darstellen. So kann die in Abschnitt 4.2 geschätzte Dämpfung der Kostenentwicklung als Reduktion solcher Renten betrachtet werden, von der insbesondere die Privathaushalte profitieren: Aufgrund einer Zielvorgabe steigen die Versicherungsprämien sowie die kantonale Steuerbelastung durch Gesundheitsausgaben voraussichtlich weniger stark an. In Anbetracht der Evidenz zu Ineffizienzen im Gesundheitssystem von rund 20 Prozent der Kosten KVG-pflichtiger Leistungen (Trageser et al., 2012, Brunner et al., 2019) – und unter der Annahme, dass eine Zielvorgabe deren Wachstum reduzieren kann – ist davon auszugehen, dass sich die Zielvorgabe positiv auf die gesamtwirtschaftliche Wohlfahrt auswirkt, auch wenn die Einkommensentwicklung für gewisse Leistungserbringer weniger stark ausfällt.

Nebst den Verschiebungen aufgrund sich ändernder Einkommen reduziert sich vermutlich auch das Wachstum des Konsums von Gesundheitsleistungen der Privathaushalte. Auch bei diesem Effekt handelt es sich aber um eine Folge der Reduktion ineffizienter Leistungen. Erbringen die Leistungserbringer aufgrund einer Zielvorgabe weniger ineffiziente, also unnötige Leistungen, hat dies für die Privathaushalte trotz Konsumreduktion kaum negative gesundheitliche Auswirkungen (vgl. auch die Diskussion in Abschnitt 3.6.2 und Anhang A.2).

4.7 Fazit Prüfpunkt 3

Auf gesamtwirtschaftlicher Ebene ist in Folge der Einführung einer Zielvorgabe mit einer Dämpfung der Kostenentwicklung zu rechnen. In einer rein statischen Betrachtung wird die durchschnittliche jährliche Kostendämpfung auf einen Zeithorizont von 30 Jahren auf CHF 3.4 Mrd. geschätzt; sie steigt dabei progressiv von 0 bis auf CHF 8.9 Mrd. pro Jahr nach 30 Jahren. Relativ

⁷² Art. 55a KVG wird per 1. Juli 2021 von einer neuen Regelung abgelöst, die am 19. Juni 2020 vom Parlament verabschiedet wurde (vgl. die KVG-Teilrevision «Zulassung von Leistungserbringern» (18.047)).

⁷³ Verteilungswirkungen auf Stakeholderebene wurden bereits im Rahmen von Prüfpunkt 2 diskutiert.

zum BIP werden unter einem Zielvorgabenszenario 30 Jahre nach Einführung KVG-Kosten von 7.9 Prozent des BIP projiziert. Im Referenzszenario ohne Zielvorgabe ergibt die Projektion zum selben Zeitpunkt Kosten von 8.6 Prozent des BIP. Der mit einer Zielvorgabe assoziierte Vollzugsaufwand ist hier noch nicht berücksichtigt (vgl. Prüfpunkt 5).

Es gilt zu beachten, dass es sich hierbei nicht um Prognosen handelt, die eine genaue Auskunft über die tatsächliche Höhe des Einsparpotenzials geben, sondern um Projektionen bezüglich der potenziellen Grössenordnung der Einsparungen. Die Unsicherheit in den resultierenden Zahlen ist gross und die Resultate sind dementsprechend mit Vorsicht zu interpretieren. Wie hoch die Einsparungen tatsächlich ausfallen, hängt zum einen von den im Modell getroffenen Annahmen ab. Die Diskussion der Annahmen hat gezeigt, dass diese nicht unplausibel erscheinen. Trotzdem sind Abweichungen mit Auswirkungen auf die potenzielle Kostenersparnis denkbar. Dies gilt insbesondere bezüglich der Bestimmung des Baumoleffekts. Des Weiteren hängen die tatsächlichen Einsparungen auch massgeblich von den Anpassungsreaktionen der verschiedenen Stakeholder ab. Diese sind auf Basis des momentanen Stands der Regulierung schwierig zu bestimmen, da verschiedene Bestandteile der Zielvorgabe nicht klar vorgegeben sind und ihre konkrete Umsetzung von verschiedenen Akteuren – insbesondere den Entscheidungen der Kantone – abhängig ist. Schliesslich zeichnet die Evidenz zur internationalen Erfahrung mit budgetären Vorgaben zwar grundsätzlich ein positives Bild solcher Massnahmen. Aufgrund mangelnder Vergleichbarkeit ausländischer Erfahrungen mit der schweizerischen Zielvorgabe ist aber auch in der Interpretation dieser Evidenz Vorsicht geboten.

Bei der Interpretation des Einsparpotenzials ebenfalls zu beachten sind die Verteilungswirkungen einer Zielvorgabe: Während auf gesamtwirtschaftlicher Ebene von Kostenersparnissen ausgegangen werden kann, entsprechen diese auf Ebene der Leistungserbringer im Gesundheitswesen zu einem grossen Teil entgangenem Einkommenswachstum. Diese Rentenreduktion kann als volkswirtschaftlich effizient bezeichnet werden, denn unter Berücksichtigung des vorhandenen Effizienzpotenzials im Gesundheitswesen erwarten wir positive Effekte einer Zielvorgabe auf die gesamtwirtschaftliche Wohlfahrt. Die alloкатive und die produktive Effizienz im Gesundheitswesen nehmen erwartungsgemäss zu. Wiederum soll hier auf den marginalen Charakter der Zielvorgabe und auf ihr Handlungsziel, das *Kostenwachstum* zu beschränken, hingewiesen werden. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass das bestehende Effizienzpotenzial von knapp 20 Prozent der Kosten KVG-pflichtiger Leistungen (Trageser et al., 2012, Brunner et al., 2019) vollständig reduziert werden kann.

Nebst der zu erwartenden positiven Auswirkung auf die Kostenentwicklung gilt es andere Auswirkungen auf die Gesamtwirtschaft zu berücksichtigen. So sind etwa ein gering positiver Effekt auf den regulierten Wettbewerb, ein moderat positiver Effekt auf die Veränderung der Innovation sowie ein eher negativer Effekt auf die Rechtssicherheit zu erwarten. Auch diese Auswirkungen sind jedoch aufgrund des heutigen Konkretisierungsgrads des Regelungsentwurfs bezüglich Bestandteile und Umsetzung der Zielvorgabe mit Unsicherheit behaftet.

5 Prüfpunkt 4: Alternative Regelungen

Im Rahmen des vierten Prüfpunkts werden in einem ersten Schritt Optimierungsmöglichkeiten der Zielvorgabe aufgezeigt (Abschnitt 5.1). In einem zweiten Schritt werden weitere Sparmassnahmen diskutiert, die ebenfalls eine Eindämmung der Kosten beziehungsweise des Kostenwachstums zum Ziel haben (Abschnitt 5.2). Im Rahmen dieses zweiten Schritts werden zum einen neue Regulierungen eruiert (Abschnitt 5.2.1) und zum anderen bereits bestehende Regulierungen erläutert (Abschnitt 5.2.2). Schliesslich wird diskutiert, inwiefern die neuen und bereits bestehenden Sparmassnahmen das Potenzial haben, die Zielvorgabe zu substituieren und inwiefern sie als Komplemente zur Zielvorgabe fungieren könnten (Abschnitt 5.2.3).

Die Grundlage zur Beantwortung des vierten Prüfpunktes sind wiederum konzeptionelle Überlegungen sowie Aussagen aus den Stakeholderinterviews und der schriftlichen Befragung der Verbände (vgl. Abschnitt 3.5 zur Beschreibung der Quellen der Analyse).

5.1 Optimierungsmöglichkeiten

Obgleich die bisherige Analyse (vgl. insbesondere die Diskussion der Prüfpunkte 2 und 3 in den Abschnitten 3 und 4) gezeigt hat, dass eine Zielvorgabe das Potenzial hat, die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen zu dämpfen, könnte die Wirkung des Regulierungsentwurfs über verschiedene Stellschrauben weiter verbessert werden.

Eine grundsätzliche Optimierungsmöglichkeit besteht in der **Konkretisierung der Zielvorgabe**. Wie bereits im Kontext der Rechtssicherheit in Abschnitt 4.5 diskutiert, sind verschiedene Bestimmungen zur Zielvorgabe (noch) unklar. Beispiele umfassen etwa die Berechnungsart der Kostenziele, die Definition der Kostenblöcke, die Festlegung der Kostenziele durch die Kantone oder die Massnahmen bei Überschreitung der Zielvorgabe. Einige dieser Unklarheiten sind beabsichtigt, da an der bestehenden Kompetenzverteilung und der Dezentralität des Gesundheitssystems möglichst wenig geändert werden soll, andere werden mit hoher Wahrscheinlichkeit auf Verordnungsstufe konkretisiert. Da davon ausgegangen werden muss, dass eine Regulierungsvorlage mit einer hohen Zahl an Unbekannten ihre Handlungsziele kaum auf die effizienteste Weise erreicht, empfiehlt es sich, soweit möglich einzelne der Elemente des Regelungsentwurfs zu konkretisieren (vgl. auch Abschnitt 4.5).

Weitere Optimierungsmöglichkeiten umfassen etwa die Folgenden:

- **Bonus/Malus-System:** In den Stakeholderinterviews wurden Bedenken darüber geäussert, dass die durch eine Zielvorgabe ausgelöste Kostendämpfung vor allem die bereits effizient arbeitenden Leistungserbringer bestrafen würde, da diese geringere Möglichkeiten zu Effizienzsteigerungen haben. Eine Zielvorgabe unter Berücksichtigung einer Bonus-Komponente, das heisst einer Komponente, die überdurchschnittlich effiziente (und/oder qualitativ hervorstechende) Leistungserbringer belohnt, könnte diesem Problem entgegenwirken. Falls in einem solchen System die Summe der Malus-Komponenten der Zielvorgabe, also die Summe der finanziellen «Bestrafungen» ineffizienter Leistungserbringer (bspw. über tiefere Tarife), über der Summe der Bonus-Komponenten liegt, kann trotzdem eine kostendämpfende Wirkung erzielt werden. Gleichzeitig wären aber die Anreizwirkungen zur Erbringung von Effizienz (und, je nach Ausgestaltung, Qualität) verstärkt. Eine Bonus-Komponente könnte auf derselben Ebene wie die bisherigen Korrekturmechanismen eingeführt werden.
- **Zeithorizont und Kostenmonitoring:** Es ist fraglich, ob eine jährliche Anpassung der Zielvorgabe auf Basis der momentanen Datenlage effizient ist. Insbesondere müssten die Kantone die

Höhe der Kostenziele laut Art. 54c des Regelungsentwurfs spätestens sechs Monate vor ihrem Inkrafttreten festlegen. Damit müssten diese für die einzelnen Leistungsbereiche festgelegt werden, bevor die Kostendaten des Vorjahres – und allenfalls des Vorvorjahres – vorliegen. Eine genaue Ausrichtung der Zielvorgabe auf Leistungsbereiche mit hohem Einsparpotenzial ist daher nur unter Verzögerung möglich. Ideal wäre in dieser Hinsicht eine Verbesserung der Transparenz und eine Erhöhung der Effizienz des Leistungs- und Kostenmonitorings, auf dessen Basis die Zielvorgaben spezifiziert werden. Alternativ könnte evaluiert werden, ob die Höhe der Zielvorgabe – und allenfalls die Bestimmung allfälliger Korrekturmassnahmen – jeweils für das übernächste Jahr zu spezifizieren ist (also zum Beispiel auf Basis der Datenlage von Jahr t_0 für Jahr t_2 , auf Basis von t_1 für t_3 usw.).

5.2 Identifikation weiterer Sparmassnahmen

In diesem Abschnitt wird aus einer allgemeineren Perspektive untersucht, inwiefern weitere Möglichkeiten bestehen, die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen zu bremsen.

Grundsätzlich ist eine breite Auswahl an weiteren Massnahmen zur Beschränkung der Kosten (oder des Kostenwachstums) denkbar. Für eine Übersicht solcher Massnahmen sei auf den Bericht der Expertengruppe Kostendämpfung (2017) verwiesen. In Folge fokussieren wir uns insbesondere auf die in den Stakeholderinterviews und Verbandsbefragungen erwähnten Vorschläge. Im nächsten Abschnitt 5.2.1 werden dabei neue Regulierungen diskutiert, während im darauffolgenden Abschnitt 5.2.2 auf bereits bestehende Regelungen eingegangen wird.

5.2.1 Neue Regulierungen

Aus den Befragungen resultiert eine erste Gruppe möglicher Regulierungen, die auf grundlegende Anpassungen der Gesundheitsversorgung zielen. Infolge ihrer grundsätzlichen Natur ist der Umsetzungsaufwand dieser Massnahmen als hoch einzustufen. Es kann aber auch von hohem Einsparpotenzial ausgegangen werden. Solche Massnahmen umfassen etwa die Folgenden:

- **Stärkere Integration:** Aus den Stakeholderinterviews ging hervor, dass die einzelnen Bereiche des schweizerischen Gesundheitssystems stark unabhängig voneinander agieren und bisher kaum Datenaustausch stattfindet. Es bestehe zurzeit ein starkes «Silodenken». So wird die Digitalisierung, bzw. der Datenaustausch zwischen verschiedenen Leistungserbringern, als Begleitmassnahme oder auch als Alternative zur Zielvorgabe gesehen. Gemäss den befragten Experten besteht in diesem Bereich grosses Einsparpotenzial durch vermeidbare Mehrfachuntersuchungen. Die ebenfalls im zweiten Massnahmenpaket vorgesehenen Stärkung der Netzwerke zur koordinierten Versorgung zeigt bereits in diese Richtung. Gleichzeitig könnten Vorgaben zur Förderung des Datenaustausches die Entwicklung integrierter Versorgungsmodelle und die interprofessionelle Zusammenarbeit zusätzlich stützen.
- **Value-based Healthcare:** «Value-based Healthcare» beschreibt eine Gesundheitsversorgung, die auf die Resultate von Behandlungen fokussiert. Den unterschiedlichen Definitionen des Konzepts gemeinsam ist, dass die Vergütung der Leistungserbringer sich nicht nur an den erbrachten Leistungen, sondern auch an den gesundheitlichen Resultaten orientiert. Damit in Verbindung stehend wird eine verstärkte Standardisierung und Erfassung von medizinischen und pflegerischen Leistungen vorausgesetzt, um etwa Qualitäts-Benchmarking zu ermöglichen. Eine in diesem Kontext geäusserte ähnliche Anpassung zielt auf die Einführung gestaffelter Tarife ab, die nach Leistungsqualität differenziert ausgestaltet werden sollen.

Ambulant und stationär

Weitere Vorschläge neuer Sparmöglichkeiten stammen aus dem Bereich der ambulanten und stationären Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen. Diese Massnahmen sind verhältnismässig gut realisierbar und würden mit erheblichem Sparpotenzial einhergehen.

- **Ambulant vor stationär:** Im Hinblick darauf, dass in der Schweiz überdurchschnittlich viele Leistungen stationär erbracht werden, vertreten mehrere der befragten Experten die Ansicht, dass durch eine verstärkte Ambulantisierung Kosten eingespart werden können. Der Bericht der Expertengruppe Kostendämpfung (2017) stützt diese Ansicht. Die umfassende Studie von Lemos et al. (2006) zitiert empirische Literatur aus einer Vielzahl an Ländern, die die kosten sparende Wirkung einer verstärkten Ambulantisierung belegt.
- **Einheitliche Finanzierung Ambulant und Stationär (EFAS):** Als eine der Ursachen für die stark fragmentierte Gesundheitslandschaft in der Schweiz sehen die Experten insbesondere die unterschiedliche Finanzierung des stationären und des ambulanten Bereichs. Deshalb erachten einige auch die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen als sinnvolle Möglichkeit, um die Kosten KVG-pflichtiger Leistungen zu reduzieren. Eine Studie von PWC (2016) schätzt das jährlich Einsparpotenzial von EFAS auf rund CHF 1 Mrd.
- **Pauschalen im ambulanten Bereich:** Verschiedene Befragte haben sich für die Einführung von Pauschalen für einzelne Leistungen bzw. Leistungsbündel im ambulanten Bereich ausgesprochen. Pauschalen können – analog zur Anwendung von DRGs im akutstationären Bereich – eine effiziente Leistungserbringung anreizen.
- **Verstärkte Steuerung:** Ein weiterer Ansatzpunkt wird in der gezielteren und eingeschränkteren Vergabe von Leistungsaufträgen im stationären Bereich sowie in der gezielteren Vergabe von Praxisbewilligungen im ambulanten Bereich gesehen.

Weitere Möglichkeiten

Weitere durch die befragten Experten genannte Einsparmöglichkeiten haben schätzungsweise ein eher geringeres Sparpotenzial:

- **Interkantonale Spitalplanung:** Damit ist eine Spitalplanung gemeint, die sich an kantonsübergreifenden Gebieten orientiert. Die Bestimmung der Kostenziele einer Zielvorgabe auf kantonaler Ebene erschwert tendenziell die Entwicklung überkantonaler Versorgungsregionen. Das realisierbare Einsparpotenzial dieser Massnahme wäre aber stark von der konkreten Ausgestaltung einer solchen kantonsübergreifenden Spitalplanung abhängig.
- **Generika:** Momentan bestehen auf Seite der Apotheker kaum Anreize, kostengünstige Generika zu verkaufen. Vor diesem Hintergrund wurde die Schaffung wirksamer Anreize zur Substitution von Originalarzneimitteln durch Generika als effektive Kostenbremse genannt.
- **Prävention:** Die Förderung und Stärkung der Prävention kann zu einer Reduktion der in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen führen. Ein Weg zu mehr Prävention würde etwa in der Übernahme der Kosten gewisser Präventionsmassnahmen durch die OKP liegen.
- **Erhöhte Transparenz:** Vielfach wurde auch der Wunsch nach mehr Transparenz in der Kostenentwicklung geäussert. Durch die Einführung eines entsprechenden Kosten- und Mengen-Monitorings könnte der (Kosten-)Druck auf alle Akteure aufrechterhalten und weiter verstärkt werden.

- **Konsequenterer Umsetzung bisheriger Regulierungen:** Weiteres Sparpotenzial wurde in der konsequenteren Umsetzung bisheriger Regulierungen respektive in der Optimierung des bestehenden regulatorischen Rahmens gesehen. Beispiele umfassen die konsequenterer Umsetzung existierender KVG-Paragrafen wie Qualitätskontrollen oder effektive Vergleiche der Fallkosten zwischen den verschiedenen Spitälern.

5.2.2 Bestehende Regulierungen

Im vorliegenden Abschnitt werden einige bereits bestehende Regulierungen genannt, die ebenfalls auf eine Kostendämpfung abzielen. Darunter werden der Einfachheit halber auch die Massnahmen des ersten Massnahmenpakets subsumiert.

- **Massnahmen zur Steuerung der Kosten des ersten Massnahmenpakets:** Im Zusammenhang mit dem ersten Massnahmenpaket wurde in Stakeholderinterviews angemerkt, dass dieses bereits eine Pflicht der Leistungserbringer und der Versicherer zur Definition von Massnahmen zur Steuerung der Kosten in Tarifverträgen enthält (vgl. Art. 47c des Regulierungsentwurfs zu den Änderungen des KVG in Folge der Massnahmen zur Kostendämpfung – **Paket 1**). Art. 47c sieht Korrekturen bei ungerechtfertigten Erhöhungen der Mengen und der Kosten gegenüber dem Vorjahr vor. Ebenso schreibt der Gesetzestext vor, dass – falls die Tarifpartner keine Einigung erzielen – der Bundesrat Massnahmen zur Steuerung der Kosten festlegt. Diese Vorgaben entsprechen sinngemäss den Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele im Kontext einer Zielvorgabe (Art. 54d des Regelungsentwurfs zu den Änderungen des KVG in Folge der Massnahmen zur Kostendämpfung – **Paket 2**) und könnte damit mit ähnlichen Auswirkungen verbunden sein.
- **Globalbudgets:** Art. 51 des KVG erlaubt es den Kantonen als finanzielle Steuerungsinstrumente einen Gesamtbetrag für die Finanzierung der Spitäler oder der Pflegeheime festzusetzen. Bisher wurden solche Globalbudgets von den Kantonen Genf, Tessin und Waadt teilweise eingeführt. Andere Kantone, etwa Neuenburg und Wallis, kennen Instrumente, die keine Globalbudgets, aber maximale Leistungsmengen pro Spital definieren. Die genaue Ausgestaltung von Globalbudgets und maximalen Leistungsmengen variiert zwischen den Kantonen (Lobsiger & Frey, 2019). Die Zielvorgabe definiert keine Globalbudgets, legt jedoch maximale Wachstumsraten und einen Prozess bei Überschreitungen dieser Wachstumsraten fest. Die Zielvorgabe hat daher grundsätzlich denselben Zweck wie das Instrument der Globalbudgets, setzt dieses aber differenzierter um, richtet sich explizit auf ein quantifiziertes Ziel der Kostenentwicklung und vermeidet insbesondere Rationierungen.
- **Zulassungsbeschränkungen:** Die bisher bestehende Möglichkeit zur Einschränkung der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung nach Art. 55a KVG wird per 1. Juli 2021 von einer neuen Regelung abgelöst, die am 19. Juni 2020 vom Parlament verabschiedet wurde (vgl. die KVG-Teilrevision «Zulassung von Leistungserbringern» (18.047)). Die neue Regelung ermöglicht den Kantonen, Höchstzahlen für die ambulant tätige Ärzteschaft festzulegen, die zu Lasten der OKP abrechnen dürfen. Zudem erhält der Bund die Möglichkeit, einheitliche Qualitätsanforderungen für ambulant tätige Leistungserbringer zu definieren. Im Gegensatz zur bisherigen vorgeschlagenen Regelung erhöht die neue Vorlage insbesondere die Anforderungen an ambulante Leistungserbringer durch die Einführung eines formalen Zulassungsverfahrens. Neu kann der Bundesrat auch Massnahmen zur Qualitätsentwicklung sowie die Bereitstellung derjenigen Daten, die benötigt werden, um die Einhaltung der Bestimmungen über die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu kontrollieren, für obligatorisch erklären. Schliesslich können die Kantone mit der neuen Vorlage in spezifischen

medizinischen Fachgebieten und/oder in bestimmten Regionen differenzierte Höchstzahlen festlegen.

5.2.3 Komplementarität versus Substitutionspotenzial

Sowohl bei den neuen als auch bei den bereits bestehenden Regulierungen gilt es zu hinterfragen, inwiefern die Regelungen ein Substitut zur geplanten Zielvorgabe darstellen – d.h. diese potenziell ersetzt werden könnten – und inwiefern sie komplementär zu einer Zielvorgabe eingeführt bzw. erhalten bleiben können.

Diese Frage lässt sich nicht abschliessend beantworten, da die geplante Zielvorgabe, wie bereits erwähnt, mit verschiedenen Unsicherheiten behaftet ist. Tendenziell lässt sich jedoch festhalten, dass je bindender die Zielvorgabe ausgestaltet wird und damit je höher die zu erwartenden Kostendämpfungen ausfallen, desto höher ist das Potenzial für einen Abbau bisheriger – und eine Vermeidung künftiger – Regulierungen.

Es sollte jedoch nicht davon ausgegangen werden, dass die Zielvorgabe alle bestehenden Instrumente zur Kostendämpfung ablösen kann und soll. Vielmehr ist denkbar, dass durch den mit der Zielvorgabe verbundenen Kostendruck die Nutzung bereits bestehender Instrumente zur Kostendämpfung verstärkt angereizt wird, was wiederum der Zielerreichung dienlich wäre. Beispiele hierfür sind etwa die in Abschnitt 5.2.2 genannten Massnahmen. So können Globalbudgets nach Art. 51 KVG oder auch die Zulassungsbeschränkungen nach Art. 55a KVG von den Kantonen eingesetzt werden, um die Zielvorgaben des Bundes zu erreichen. Auch die vorgesehenen vertraglichen Massnahmen von Leistungserbringern und Versicherern zur Kostensteuerung können von den Tarifpartnern als Instrument zur Erreichung des Kostenziels eingesetzt werden. Durch eine Steuerung der Kosten über eine Zielvorgabe besteht zudem die Erwartung, dass vermehrt Freiräume zur Durchführung innovativer Sparmassnahmen entstehen, ohne dass die Gefahr einer finanziellen Überbordung im Gesundheitssystem besteht. Aus dieser Perspektive verhält sich eine Zielvorgabe komplementär zum Experimentierartikel⁷⁴ aus dem ersten bundesrätlichen Massnahmenpaket zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen. Eine zu stark fragmentierte Regulierungslandschaft ist aufgrund mangelnder Kohärenz aber auch mit Nachteilen verbunden. Es gilt somit eine sinnvolle Abwägung zwischen der Vielfalt an zur Verfügung stehenden Instrumenten und der Übersichtlichkeit in der Regulierungslandschaft vorzunehmen.

5.3 Fazit Prüfpunkt 4

Optimierungsmöglichkeiten der Zielvorgabe bestehen in erster Linie in Bezug auf die Stärkung der Anreizwirkungen. Dabei ist primär die Konkretisierung der Vorlage bezüglich verschiedener Parameter zu erwähnen. Des Weiteren könnte auch ein Bonus/Malus-System in Betracht gezogen werden, um bisher effiziente Leistungserbringer durch die Einführung einer Zielvorgabe nicht zu bestrafen. Schliesslich bergen die Vorgaben zur zeitlichen Definition der Kostenziele in Kombination mit verzögerter Datenverfügbarkeit das Risiko einer ineffizienten Zielfestlegung, was etwa durch eine Erhöhung der Effizienz des Leistungs- und Kostenmonitorings verbessert werden könnte. Deshalb wird auch eine bessere Datenverfügbarkeit zur Umsetzung der Zielvorgabe anvisiert (vgl. Erläuternder Bericht, Abschnitt 6.4).

⁷⁴ Der vorgesehene Experimentierartikel erlaubt den Tarifpartnern die Durchführung innovativer und kostendämpfender Projekte ausserhalb des «normalen» Rahmens des KVG.

Die Befragungen der Verbände und Stakeholder haben zudem eine Vielzahl an weiteren neuen Massnahmen zur Kostendämpfung zu Tage gefördert. Diese reichen von eher grundsätzlichen Änderungen in der Gesundheitsversorgung – etwa die stärkere Integration der Behandlung oder die Einführung von «Value-based Healthcare»- Elementen – über verschiedene Vorschläge zur effizienteren Behandlung und Finanzierung im Kontext von stationären und ambulanten Leistungen bis zu Alternativen im Bereich interkantonalen Spitalplanung, Förderung von Generika, Stärkung der Prävention, Erhöhung der Transparenz und einer konsequenteren Umsetzung bisheriger Regulierungen.

Bereits im Status quo und im ersten Massnahmenpaket bestehen überdies verschiedene Instrumente, die auf eine Kostendämpfung abzielen. Einerseits sind die im ersten Paket vorgesehenen «Massnahmen zur Steuerung der Kosten» zu erwähnen. Andererseits bestehen im KVG die Möglichkeiten zu Globalbudgets und Zulassungsbeschränkungen.

Schliesslich gilt es zu beachten, dass einige der neu angedachten und der bereits bestehenden Instrumente durch eine Zielvorgabe sowohl substituierbar sind als auch komplementär eingesetzt werden können. Die Ursache einer komplementären Wirkung liegt darin, dass der von einer Zielvorgabe ausgehende Kostendruck das System im Idealfall «unter Strom» setzt – also die Nutzung bereits bestehender und innovativer Instrumente zur Kostendämpfung (zusätzlich) anreizt. Auch bezüglich Prüfpunkt 4 ist abschliessend zu erwähnen, dass die Unsicherheit um die konkrete Ausgestaltung und Umsetzung der geplanten Zielvorgabe die Beurteilung potenzieller Substitutions- und Komplementärwirkungen anderer kostendämpfenden Massnahmen erheblich erschwert.

6 Prüfpunkt 5: Zweckmässigkeit im Vollzug

In Prüfpunkt 5 wird der Frage nachgegangen, ob der Vollzug der Regelung so ausgestaltet und vorbereitet ist, dass der Aufwand für die Adressaten möglichst gering und die Einführung möglichst reibungslos ablaufen kann. In einem ersten Schritt wird deshalb der zu erwartende Vollzugsaufwand abgeschätzt (vgl. Abschnitt 6.1). Anschliessend wird der Regulierungsentwurf auf dessen Kompatibilität mit bestehender Regulierung überprüft (Abschnitt 6.2). In Abschnitt 6.3 wird schliesslich ein Fazit gezogen, indem der eruierte Vollzugsaufwand dem in Prüfpunkt 3 aufgezeigten gesamtwirtschaftlichen Nutzen gegenübergestellt wird.

6.1 Vollzugsaufwand

Der Vollzugsaufwand setzt sich aus Regulierungskosten für die Tarifpartner und für die öffentliche Hand zusammen. Dabei gilt es zwischen dem Initialaufwand, der mit der Einführung der Zielvorgabe verbunden ist, und dem laufenden administrativen Aufwand zu unterscheiden. Der Vollzugsaufwand lässt sich weiter auf die verschiedenen Stufen des Prozesses der Festlegung und Durchsetzung der Zielvorgabe aufschlüsseln:

- Festlegung Kostenziele und Abgrenzung der Kostenblöcke
- Tarifverhandlungen
- Korrekturmassnahmen
- Datenbeschaffung und -aufbereitung
- Allfällige Rechtsstreitigkeiten

Nachfolgend wird der mit den jeweils relevanten Prozesskomponenten verbundene Vollzugsaufwand für die Tarifpartner einerseits (Abschnitt 6.1.1) und für die öffentliche Hand (Abschnitt 6.1.2) andererseits abgeschätzt.

6.1.1 Vollzugsaufwand Leistungserbringer und Versicherer

Der für die Tarifpartner zu erwartende administrative Aufwand wurde teilweise bereits im Rahmen des zweiten Prüfpunkts (vgl. Abschnitt 3) diskutiert. Sowohl in den Stakeholder- als auch in den Verbandsinterviews wurde versucht, den Vollzugsaufwand abzuschätzen. Eine exakte und fundierte Quantifizierung konnte dabei von den allermeisten Experten nicht vorgenommen werden. Dies insbesondere deshalb, weil der Aufwand gemäss Einschätzung der Befragten im Wesentlichen von der konkreten Umsetzung der Zielvorgabe in den jeweiligen Kantonen abhängt und diese bis anhin offen sei.

Dennoch lassen sich innerhalb des mit der Zielvorgabe verbundenen Prozesses die wichtigsten Kostentreiber ausmachen und qualitativ beurteilen.

Festlegung der Kostenziele und Abgrenzung der Kostenblöcke

Bei der Festlegung des kantonalen Gesamtkostenziels sind die Tarifpartner gemäss erläuterndem Bericht angemessen anzuhören. Damit fällt bei den Tarifpartnern ein zusätzlicher (Zeit-)Aufwand an. Es ist jedoch davon auszugehen, dass dieser nicht allzu hoch ausfällt. Schliesslich liegt die Entscheidungskompetenz klar bei den Kantonen. Ein eigentlicher Konsens muss nicht gefunden werden, was keine langwierigen Verhandlungen erwarten lässt.

Tarifverhandlungen

Im Gegensatz zur Anhörung bei der Festlegung der Kostenziele verursachen Tarifverhandlungen bereits im Status quo Aufwand für die Tarifpartner. Da durch die Zielvorgabe der Kostendruck erhöht wird, ist zu erwarten, dass die Verhandlungen intensiver und möglicherweise aufwändiger werden. Diese Erwartung ging auch aus den Expertenbefragungen hervor.

Datenbeschaffung und -aufbereitung

Der grösste Aufwand für die Leistungserbringer wird in der Zurverfügungstellung von Daten, Zahlen und Informationen erwartet, was mit einer Erhöhung der administrativen Kosten im Bereich IT und Personal einhergeht. Dabei lassen sich Unterschiede zwischen dem Vollzugaufwand verschiedener Leistungserbringern ausmachen. Für die Spitäler wird beispielsweise von einem verhältnismässig kleineren Aufwand ausgegangen, weil die erforderlichen Daten sowie die Infrastruktur bereits vorhanden sind. Zudem profitieren sie im Vergleich zu den niedergelassenen Ärzten von Skaleneffekten in der Verwaltung. Ein genannter Aspekt, der jedoch besonders für die Akutspitäler den Aufwand erhöht, ist die Tatsache, dass dort Leistungen aus verschiedenen Kostenblöcken mit unterschiedlichen Zielvorgaben erbracht werden.

Auch für die Krankenversicherer ist der Vollzugaufwand von verschiedenen Faktoren abhängig. Da die Leistungserbringer neu dazu verpflichtet werden, dem BAG regelmässig die zur Erfüllung seiner Aufgaben nach dem neuen Gesetz erforderlichen Daten weiterzugeben, wird der Bearbeitungsaufwand für die Krankenversicherer ansteigen. Dies weil die Versicherer mit hoher Wahrscheinlichkeit eine intermediäre Rolle in der Aufbereitung der Daten der Leistungserbringer und deren Weiterleitung an die Kantone einnehmen werden. Der konkrete Aufwand ist aber wiederum von den Detailbestimmungen abhängig, also etwa in welcher Form, Frist und Vollständigkeit die Daten an die Versicherer übermittelt werden. Es wird davon ausgegangen, dass die Zielvorgabe für die Versicherer mit einem hohen Initialaufwand verbunden wäre, der fortlaufende Aufwand aber auch danach – zwar tiefer – aber auf einem konstant höheren Niveau als im Status quo ausfallen würde.

In der Beurteilung des Datenaufwands gilt es zu beachten, dass auch andere politische Vorlagen vermehrte Datenbekanntgabe und -aufbereitung mit sich bringen (vgl. z.B. «M25 Tarifstruktur aktuell halten (Datenbekanntgabe)» des ersten Massnahmenpakets zur Kostendämpfung). Insbesondere steht bei der momentan diskutierten einheitlichen Finanzierung der Leistungen nach KVG die Forderung der Kantone im Raum, sämtliche Leistungsdaten zu erhalten. Diese könnten, falls eine einheitliche Finanzierung eingeführt und die Forderung der Kantone tatsächlich berücksichtigt würde, im Rahmen der Zielvorgaben ebenfalls genutzt werden, sodass der verbleibende zusätzliche Aufwand für die Leistungserbringer und Versicherer unter Umständen vergleichsweise gering wäre.

Allfällige Rechtsstreitigkeiten

Bereits heute sind die Tarifverträge teilweise mit langjährigen Rechtsstreitigkeiten verbunden. Dies ist mit einem hohen Aufwand für die Leistungserbringer und insbesondere für die Krankenversicherer verbunden. Einige der befragten Experten erwarten, dass die Anzahl der Rechtsstreitigkeiten und der damit verbundene Aufwand für die Tarifpartner zunehmen wird (vgl. auch die Diskussion der Auswirkungen auf die Rechtssicherheit in Abschnitt 4.5). Dabei gilt es zu beachten, dass gemäss Art. 53 Abs. 1 KVG gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Artikel 54d beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde geführt werden kann. Die Tarifpartner können also die Korrekturmassnahmen, welche die Kantone beschliessen, anfechten.

6.1.2 Vollzugsaufwand öffentliche Hand

Nebst dem administrativen Aufwand der Tarifpartner gilt es auch den Vollzugsaufwand der öffentlichen Hand abzuschätzen. Als ein entscheidender Faktor für dessen Höhe wird die Zugänglichkeit einheitlicher und strukturierter Daten genannt, die für die Festlegung der jeweiligen Zielvorgabe, die Eruiierung, ob die Vorgabe eingehalten wurde, sowie die Einführung allfälliger Korrekturmassnahmen unerlässlich sind.

Festlegung der Kostenziele und Abgrenzung der Kostenblöcke

Zur Festlegung der Kostenziele wird die eidgenössische Kommission für Kostenziele etabliert. Gemäss dem erläuternden Bericht soll die Mitgliederanzahl dieser Kommission nicht allzu hoch ausfallen. Während die genaue Anzahl auf Verordnungsebene geregelt wird, werden im Bericht als Grössenordnung 11 bis 13 Personen genannt. Dies ist nicht gleichzusetzen mit einem erhöhten Aufwand von 11 bis 13 Vollzeitäquivalenten, da es sich um eine Milizkommission mit Teilzeitpensen handelt. Zudem ist davon auszugehen, dass sich der Aufwand der Kommissionsmitglieder nach einem erhöhten Initialaufwand stark reduziert, weil die Kostenblöcke abgegrenzt und die Komponenten der Zielvorgabenhöhe definiert und in einem Modell implementiert sind.

Gemäss den befragten Experten ist ein gewisser initialer Aufwand vor allem für die Kantone zu erwarten, wobei die Aufwandshöhe davon abhängt, wie differenziert die Zielvorgabe ausgestaltet wird. Zudem wird davon ausgegangen, dass der Aufwand der Kantone nach dem ersten Planungszyklus, das heisst bis und mit der Implementierung allfälliger Korrekturmassnahmen, für weitere drei bis vier Jahre auf einem vergleichbaren Niveau verbleibt. Im Anschluss wird ein konstanter aber geringerer Aufwand erwartet. Die Befragten gehen davon aus, dass der Aufwand für kleinere Kantone überproportional ausfallen wird.

Auf Bundesebene wird im Vergleich zur kantonalen Ebene mit verhältnismässig geringerem Aufwand gerechnet. Auch für den Bund wird aber mit einem Initialaufwand gerechnet.

Korrekturmassnahmen

Sowohl auf Bundes- als auch auf Kantonsebene wird für den Fall, dass zusätzliche Korrekturmassnahmen ergriffen werden, ein erhöhter Vollzugsaufwand erwartet. Zudem hängt der Aufwand gemäss Experteneinschätzungen auch hier wesentlich davon ab, ob die Zielvorgabe bei grober oder feiner Differenzierung festgelegt wird. Letzteres erfordert deutlich mehr Informationen über die einzelnen Leistungserbringer.

Rechtsstreitigkeiten

Wie bei den Tarifpartnern bereits erläutert, kann gegen die Korrekturmassnahmen nach Art. 54d Beschwerde geführt werden. Dies ginge mit einem erhöhten Aufwand der Kantone und der Gerichte einher.

6.1.3 Quantifizierung des Vollzugsaufwands

Eine exakte Quantifizierung des Vollzugsaufwands ist zu diesem Zeitpunkt aufgrund der bestehenden Unsicherheiten bezüglich der finalen Ausgestaltung der Zielvorgabe und deren konkreten kantonalen Umsetzung nicht möglich.

Wie die vorangehenden Abschnitte aber gezeigt haben, besteht der grösste Aufwand für die Leistungserbringer und Versicherer in der Datenbeschaffung und -aufbereitung. Allerdings besteht auch mit anderen möglichen Reformen ein Bedürfnis nach vermehrter Datenbekanntgabe

und -aufbereitung. Sollte im Rahmen von anderen Reformen die Datenverfügbarkeit bereits verbessert werden, würde sich der verbleibende Zusatzaufwand weitgehend auf die Zielfestlegung und die Durchsetzung allfälliger Korrekturmassnahmen beschränken.

Für die Kommission, die vom Bundesrat für die Festlegung der Ziele und die Definition der Kostenblöcke eingesetzt würde, kann die Annahme getroffen werden, dass es sich um eine Milizkommission mit Sekretariat (ein bis zwei Stellen) handelt. Für das BAG hingegen wurde in den Interviews ein Aufwand von zwei Vollzeitäquivalenten geschätzt. Überträgt man die Schätzung des BAG auf die 26 Kantone, wobei für die Halbkantone nur jeweils von einem zusätzlichen Vollzeitäquivalent ausgegangen wird, resultieren insgesamt rund 50 Vollzeitäquivalente für die öffentliche Hand (Bund und Kantone). Mit Kosten von CHF 155'000 je Vollzeitäquivalent würde dies jährliche Kosten in der Höhe von rund CHF 7.8 Mio. Franken ergeben.⁷⁵

Dabei gilt es zu beachten, dass es sich hierbei um eine Schätzung des Vollzugsaufwands handelt, die – aus oben dargelegten Gründen – davon ausgeht, dass auf Seiten der Leistungserbringer keine zusätzlichen Kosten für die Datenbereitstellung und -aufbereitung anfallen. Zudem werden in diesem Szenario keine Kosten für allfällige Rechtsstreitigkeiten berücksichtigt. Auch allfällige Folgekosten, sollten nach Einführung einer Zielvorgabe weitere Regulierungsschritte nötig werden, sind in dieser Schätzung nicht miteinbezogen.

Auch wenn die Vollzugskosten aufgrund der Unsicherheiten bezüglich Ausgestaltung und Umsetzung der Zielvorgabe allenfalls zu gering eingeschätzt werden, kann festgehalten werden, dass diese – im Vergleich zur erwartbaren Kostendämpfung – kaum ins Gewicht fallen dürften. Dies gilt auch, wenn die erwartete Kostendämpfung in Prüfpunkt 3 überschätzt worden wären. Zur Illustration: Sogar wenn die Vollzugskosten um den Faktor 10 unterschätzt und die jährlichen Kosteneinsparungen um denselben Faktor überschätzt worden wären, würde noch immer ein deutlich positiver Nettoeffekt resultieren. Die jährlichen Vollzugskosten würden sich in diesem Fall auf rund CHF 78 Mio. belaufen, während die Kosteneinsparungen ca. CHF 350 Mio. betragen würden.

6.2 Kompatibilität mit bestehender Regulierung

Nebst dem Vollzugsaufwand gilt es auch die Kompatibilität der geplanten Zielvorgabe mit bestehenden Regulierungen und aktuellen Reformprojekten zu überprüfen. Bei Letzteren wird dabei insbesondere auf andere Massnahmen der geplanten Massnahmenpakete 1 und 2 eingegangen (vgl. auch die Diskussion zum Substitutionspotenzial mit Massnahmen des ersten Pakets in Abschnitt 5.2.2).

Ein Teil der befragten Experten bejahte grundsätzlich die Kompatibilität einer Zielvorgabe mit den übrigen Massnahmen der beiden Pakete. Es wird jedoch darauf hingewiesen, dass der Zusammenhang mit den «Massnahmen zur Steuerung der Kosten» durch die Tarifpartner aus dem ersten Massnahmenpaket nicht klar ersichtlich sei. So herrsche bisher beispielsweise Ungewiss-

⁷⁵ Gemäss «Leitfaden zur Schätzung der Regulierungskosten» (S. 7) können die Tarifkosten pro Stunde für die Berechnung der Personalkosten der Statistik zu den stündlichen Arbeitskosten des BFS entnommen werden. 2016 betragen diese für die Öffentliche Verwaltung, Verteidigung; Sozialversicherung CHF 71.05 / Stunde. Wird dieser Stundenlohn je Vollzeitäquivalent (à 42 Stunden pro Woche) auf ein Jahr mit 52 Wochen hochgerechnet, resultiert ein Jahreslohn von CHF 155'173.

heit bezüglich des Zusammenspiels von Tarifpartnern, Kantonen und Bund und bezüglich Indikatoren zur Beurteilung der Kosten- und Leistungsentwicklung, den zu verwendenden Daten Grundlagen sowie den Handlungsspielräumen.

Andere Experten wiederum schätzen die Kompatibilität kritischer ein. So sei die Zielvorgabe zu wenig differenziert und zu stark hierarchisch festgelegt, so dass sie als Fremdkörper in den bestehenden Massnahmenpaketen wirke. Es wird insbesondere kritisiert, dass mit der Zielvorgabe eine Kompetenzverschiebung von den Tarifpartnern zur Verwaltung einhergehe, was im Widerspruch zum heutigen dezentralen Versicherungssystem stehe.

Schliesslich werden auch Diskrepanzen zu den bestehenden Bestrebungen, die Grundversorgung interprofessioneller zu gestalten, gesehen. Dies insbesondere deshalb, weil die Zielvorgaben nach Kostenblöcken getrennt festgelegt werden.

6.3 Fazit Prüfpunkt 5

Für die Tarifpartner wird der grösste Vollzugsaufwand bei der Beschaffung und Aufbereitung der Daten geortet. Ferner wird ein erhöhter Aufwand in Verbindung mit dem zu erwartenden Anstieg der Rechtsstreitigkeiten prognostiziert. Im Gegensatz dazu sind für die öffentliche Hand die Festlegung der Kostenziele sowie die Korrekturmassnahmen erwartungsgemäss am aufwändigsten.

Wie die vorangehenden Abschnitte zeigen, lässt sich, ohne die konkrete Ausgestaltung der Zielvorgabe in den jeweiligen Kantonen zu kennen, der Vollzugsaufwand weder für die Tarifpartner noch für die öffentliche Hand im Detail quantifizieren. Aus den Stakeholderinterviews und den Expertenbefragungen sowie einer groben eigenen Quantifizierung eines «Minimalszenarios» geht jedoch hervor, dass sich der zu erwartende Aufwand in Grenzen hält: Für die verschiedenen Beteiligten ergibt sich zwar Initialaufwand, der Zusatzaufwand nach Implementierung der Zielvorgabe wird jedoch als eher gering eingeschätzt.

Wird dieses Ergebnis dem gesamtwirtschaftlichen Nutzen (vgl. die in Prüfpunkt 3 identifizierten Einsparungen von jährlich rund CHF 3.4 Mrd.) gegenübergestellt, kann auch unter Berücksichtigung des Vollzugsaufwands insgesamt von einer hohen Wirksamkeit der Zielvorgabe ausgegangen werden. Dies gilt auch für den Fall, dass die Wirksamkeit der Zielvorgabe in Prüfpunkt 3 überschätzt wurde. In diesem Zusammenhang gilt es erneut darauf hinzuweisen, dass es sich bei der Schätzung des Sparpotenzials um ein rein statisches Modell handelt, das die dynamischen Anpassungen der verschiedenen Stakeholder nicht berücksichtigt.

7 Fazit

In der Schweiz steigen die OKP-Kosten im Verhältnis zum BIP seit Jahren überdurchschnittlich stark an. In der langen Frist kann dies die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems in Frage stellen, da die Finanzierungslast der privaten und öffentlichen Haushalte stetig zunimmt. Damit droht der Zugang zu Gesundheitsleistungen erschwert zu werden – ein zentrales Ziel des KVG. Wenn die Finanzierbarkeit des Systems tatsächlich in Frage steht, kann zweifellos von einem wirtschaftspolitischen Handlungsbedarf ausgegangen werden. Aus zunehmenden OKP-Kosten allein lässt sich aber noch kein eindeutiger Handlungsbedarf herleiten, da sich nicht ausschliessen lässt, dass die Zunahme der Gesundheitskosten zumindest teilweise den Präferenzen der Bevölkerung nach zusätzlichen Gesundheitsleistungen entspricht. Allerdings sind die Präferenzen bezüglich Gesundheitsleistungen insofern schwierig zu isolieren, als einerseits stark asymmetrische Informationen zwischen Leistungserbringern und -bezügern bestehen und andererseits aufgrund des Versicherungsobligatoriums eine Tendenz zu Moral Hazard besteht.

Unabhängig von den Präferenzen der Bevölkerung können überdies verschiedene weitere Arten von Markt- und Regulierungsversagen im Gesundheitswesen identifiziert werden, die aus einer ökonomischen Effizienzperspektive zu reduzieren sind. Die Folgen dieses Markt- und Regulierungsversagens sind nicht nur überdurchschnittliche Kostensteigerungen, sondern Ineffizienzen im Gesundheitssystem. Laut Schätzungen betragen diese knapp 20 Prozent der Kosten KVG-pflichtiger Leistungen (Trageser et al., 2012, Brunner et al., 2019). Auf der Basis dieser Schätzungen lässt sich ein klarer Handlungsbedarf begründen. Hier setzt die Zielvorgabe an, indem sie eine Vorgabe für ein maximales Wachstum der Ausgaben der OKP in einem bestimmten Jahr macht.

Die vorliegende RFA zur Einführung einer Zielvorgabe hat gezeigt, dass das gesamtwirtschaftliche Einsparpotenzial einer Zielvorgabe hoch ist. In einer rein statischen Betrachtung wird der durchschnittliche Kostendämpfungseffekt auf einen Zeithorizont von 30 Jahren auf CHF 3.4 Mrd. pro Jahr geschätzt; sie steigt dabei progressiv von 0 bis auf CHF 8.9 Mrd. pro Jahr nach 30 Jahren. Es ist daher anzunehmen, dass die Effizienz im Gesundheitswesen durch eine Zielvorgabe erhöht und damit deren zentrales Handlungsziel erreicht werden kann.

Bei der Interpretation des ausgewiesenen gesamtwirtschaftlichen Einsparpotenzials sind jedoch verschiedene Faktoren zu beachten:

- Erstens handelt es sich nicht um exakte Prognosen, sondern lediglich um Projektionen, die Aufschluss über die ungefähre Grössenordnung der Einsparungen geben. Die Unsicherheit in den resultierenden Zahlen ist dementsprechend gross und die Resultate sind mit Vorsicht zu interpretieren. Wie hoch die Einsparungen tatsächlich ausfallen, hängt zum einen von den im Modell getroffenen Annahmen ab. Des Weiteren hängen die tatsächlichen Einsparungen auch massgeblich von den Anpassungsreaktionen der verschiedenen Stakeholder ab.
- Zweitens ist die Vorlage zur Zielvorgabe bezüglich verschiedener Parameter bis anhin nicht abschliessend definiert. Zudem ist die Umsetzung der Zielvorgabe in hohem Masse von den Kantonen abhängig, welchen relativ viel Spielraum zugestanden wird. Dies entspricht einerseits der Idee der Zielvorgabe, die an der föderalen Kompetenzverteilung im Gesundheitswesen möglichst wenig ändern und den Handlungsraum der verschiedenen Akteure hochhalten möchte. Zudem muss der hohe Umsetzungsspielraum auch vor dem Hintergrund der in mehreren Schritten anvisierten Anreizwirkung einer Zielvorgabe verstanden werden (vgl. die Diskussion in Abschnitt 3.2.2). Andererseits folgt daraus, dass die Anreizwirkungen – inklusive

den zu erwartenden Ausweichreaktionen der Stakeholder im Gesundheitswesen – und möglichen (Kosten-)Effekte der Regulierung mit einer hohen Unsicherheit verbunden sind. Der in Teilen offene Regelungsentwurf hat auch zur Folge, dass im Rahmen der vorliegenden RFA bezüglich verschiedener Prüfpunkte – insbesondere Prüfpunkt 5 – zu diesem Zeitpunkt keine präzisen Analysen durchgeführt werden können.

- Drittens ist die Heterogenität der Auswirkungen einer Zielvorgabe für die Kostenentwicklung auf die verschiedenen Stakeholder hoch. Es existieren daher Verteilungswirkungen zwischen den verschiedenen Adressaten. Insbesondere sind die Interessen der Privathaushalte (und der Versicherer) unterschiedlich von den Interessen der übrigen Stakeholder gelagert. Die Privathaushalte sind die zahlenmässig bedeutendsten Stakeholder, die im Vergleich zum Status quo mit einem positiven Gesamteffekt einer Zielvorgabe rechnen können. Dies, weil eine Zielvorgabe erwartungsgemäss in einer Abschwächung des Prämienwachstums resultiert und gleichzeitig von nur gering negativen Effekten auf den Zugang zum Gesundheitssystem und keinen Effekten auf die Behandlungsqualität ausgegangen wird. Bezüglich des modellierten Einsparpotenzials einer Zielvorgabe muss berücksichtigt werden, dass dieses – und die erwartete Reduktion im Wachstum der OKP-Prämien – zu einem grossen Teil aus einem reduzierten Wachstum der Einkommen der Leistungserbringer stammt. In Anbetracht der Evidenz zu den Ineffizienzen im Gesundheitssystem handelt es sich dabei jedoch um eine volkswirtschaftlich effiziente Reduktion von Renten.

Ein Rückgang der Behandlungsqualität im schweizerischen Gesundheitswesen ist aufgrund der folgenden Gründe nicht zu erwarten:

- Eine Zielvorgabe hat nur einen marginalen Kosteneffekt (konzipiert als eine Beschränkung des *Kostenwachstums*) und daher auch höchstens einen marginalen Effekt auf mögliche Qualitätsveränderungen.
- Es existiert ein empirisch bestätigtes, hohes Potenzial zur Steigerung der Effizienz im Gesundheitswesen. Theoretisch könnten also weit mehr Leistungen reduziert werden als durch eine Zielvorgabe angereizt und dies ohne – oder gar mit positivem – Effekt auf die Leistungsqualität.
- Aufgrund verbindlicher Richtlinien der Ärzteverbände zur medizinischen Behandlung ist der Spielraum der Leistungserbringer zur Reduktion unnötiger Leistungen höher als zur Reduktion notwendiger Leistungen.
- Die Unterlassung notwendiger Leistungen oder eine unsachgemässe Minderung der Qualität der Leistungen generiert in der Regel zusätzliche Behandlungskosten, welche die Gesamtkosten eines Leistungserbringers letztlich erhöhen. Im Rahmen des Regimes eines Kostenwachstumsziels besteht also – insbesondere bei grob differenzierten Zielvorgaben – kein Anreiz für ein solches Verhalten seitens der Leistungserbringer, weil damit die Zielerreichung erschwert würde.
- Selbst falls neben unnötigen auch gewisse notwendige Leistungen reduziert würden, wären die Nettoauswirkungen auf die Qualität nicht eindeutig. So ist es durchaus denkbar, dass die Qualitätssteigerung, die durch ein reduziertes Wachstum unnötiger Leistungen erzielt wird, deutlich grösser ausfällt als die Qualitätseinbüsse, die durch den geringeren Anstieg einzelner notwendiger Leistungen verursacht würde.
- Die geplante gleichzeitige Einführung eines Qualitätsmonitorings (vgl. Art. 54 des Regelungsentwurfs) sollte die Reduktion notwendiger Leistungen weiter erschweren.

- Letztlich darf man davon ausgehen, dass die allermeisten Leistungserbringer ein hohes Berufsethos haben und deshalb kaum objektiv notwendige Leistungen reduzieren werden.

Optimierungsmöglichkeiten der Zielvorgabe bestehen in erster Linie in Bezug auf die Stärkung der Anreizwirkungen. Dabei ist insbesondere die Konkretisierung der Vorlage bezüglich verschiedener Parameter zu empfehlen.

Alternativ oder in Kombination mit einer Zielvorgabe sind eine Vielzahl anderer Sparmassnahmen denkbar. Dabei sind neue kostendämpfende Instrumente oder bereits bestehende und im ersten Massnahmenpaket erwähnte Massnahmen vorstellbar. Erstere umfassen einerseits eher grundsätzliche Änderungen in der Gesundheitsversorgung, wie etwa die stärkere Integration der Behandlung oder die Einführung von «Value-based Healthcare»-Elementen. Andererseits existieren konkrete Vorschläge zu kostendämpfenden Massnahmen, wie etwa bezüglich der effizienteren Behandlung und Finanzierung im stationären und ambulanten Bereich, der verstärkten interkantonalen Spitalplanung, der Erhöhung der Transparenz oder einer konsequenteren Umsetzung bisheriger Regulierungen. Bereits bestehende Instrumente umfassen die im ersten Paket vorgesehenen «Massnahmen zur Steuerung der Kosten» und im KVG festgelegte Möglichkeiten zu kantonalen Globalbudgets und Zulassungsbeschränkungen.

Einige der neu angedachten und der bereits bestehenden Instrumente sind durch eine Zielvorgabe auswechselbar. Die Zielvorgabe könnte darüber hinaus die neu angedachten und bereits bestehenden Instrumente zur Kostendämpfung allerdings auch ergänzen. Die Ursache einer möglicherweise komplementären Wirkung liegt darin, dass der von einer Zielvorgabe ausgehende Kostendruck das System im Idealfall «unter Strom» setzt – also die Nutzung bereits bestehender und innovativer Instrumente zur Kostendämpfung anreizt. Auch bezüglich Prüfpunkt 4 ist zu erwähnen, dass die grosse Unsicherheit um die konkrete Ausgestaltung und Umsetzung der geplanten Zielvorgabe die Beurteilung potenzieller Substitutions- und Komplementäreffekte von alternativen Massnahmen erheblich erschwert.

Der mit einer Zielvorgabe assoziierte Vollzugsaufwand lässt sich weder für die Tarifpartner noch für die öffentliche Hand im Detail quantifizieren, ohne die konkrete Ausgestaltung der Zielvorgabe in den jeweiligen Kantonen zu kennen. Aus den Stakeholderinterviews und den Expertenbefragungen geht jedoch hervor, dass ein relativ hoher Initialaufwand erwartet wird. Der Aufwand sollte aber nach erstmaliger Implementierung der Zielvorlagen für die öffentliche Hand wie auch die übrigen Stakeholder deutlich abnehmen. Für die Tarifpartner wird der grösste Aufwand bei der Beschaffung und Aufbereitung der Daten geortet, sofern diese nicht bereits aufgrund anderer Gesetzesvorhaben (insbesondere EFAS) vorliegen. Ferner ist ein erhöhter Aufwand in Verbindung mit einem möglichen Anstieg der Rechtsstreitigkeiten denkbar. Für die öffentliche Hand wird Vollzugsaufwand vor allem bei der Festlegung der Kostenziele sowie den Korrekturmassnahmen erwartet.

Trotz der Schwierigkeit einer Quantifizierung des Vollzugsaufwands kann – in Anbetracht der geschätzten gesamtwirtschaftlichen Kostendämpfung von CHF 3.4 Mrd. pro Jahr über 30 Jahre – auch unter dessen Berücksichtigung von einer Wirksamkeit der Zielvorgabe ausgegangen werden. Dies auch dann, falls das Kostendämpfungspotenzial aus den oben genannten Gründen substanziell überschätzt würde.

8 Bibliographie

- Akerlof, G. A. (1970). The Market for 'Lemons'. Quality Uncertainty and the Market Mechanism. *Quarterly Journal of Economics*, 84(3), S. 488-500.
- Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *The American Economic Review*, 53(5), S. 941-973.
- Baumol, W. J. (1967). Macroeconomics of Unbalanced Growth: The Anatomy of Urban Crisis. *American Economic Review*, 57(3), S. 415-426.
- Beck, K. (2013). Risiko Krankenversicherung – Risikomanagement in einem regulierten Krankenversicherungsmarkt. Bern: Haupt.
- Benstetter, F.; Wambach, A. (2006). The treadmill effect in a fixed budget system. *Journal of Health Economics*, 25, S. 146-169.
- Bhattacharya, J.; Hyde, T.; Tu, P. (2013). *Health Economics*. Macmillan Education Ltd.: New York.
- Bill, M.; Mäder, B.; Telser, H.; Kaufmann, C.; Rieder, S.; Schwenkglenks, M. (2018). Regulatorfolgenabschätzung zur Einführung eines Referenzpreissystems in der Schweiz. Studie von Polynomics, Interface und Universität Basel im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit und des Staatssekretariats für Wirtschaft.
- Brändle, T.; Colombier, C. (2016). What drives public health care expenditure growth? Evidence from Swiss cantons, 1970-2012. *Health Policy*, 120 (9), S. 1051-1060.
- Brändle, T.; Colombier, C. (2017). Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2045. Working Paper der Eidgenössischen Finanzverwaltung (EFV), Nr. 21.
- Brändle, T.; Colombier, C.; Baur, M.; Gaillard, S. (2018). Zielvorgaben für das Wachstum der Gesundheitsausgaben: Auswählte Erfahrungen und Erkenntnisse für die Schweiz. Working Paper der Eidgenössischen Finanzverwaltung (EFV), Nr. 22.
- Breuer, M.; Baumann-Hölzle, R.; Abele, M.; Blumenfeld, N. (2011). Vulnerable Gruppen und DRGs. Schlussbericht einer qualitativen Erhebung bei Hausärzten Spitex und Heimen zur Situation von vulnerablen Patienten und den Auswirkungen der Einführung von Fallpauschalen.
- 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.
- Bundesamt für Gesundheit [BAG] (2013). Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates. Bern.
- Bundesamt für Gesundheit [BAG] (2019). Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Executive Summary zum Schlussbericht des BAG an den Bundesrat. URL: <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/e-f/evalber-kuv/kvg-spitalf/2019-evaluation-spitalfinanzierung-executive-summary-bag.pdf.download.pdf/2019-executive-summary-bag-evaluation-spitalfinanzierung-d.pdf> [Stand 19.11.2019]. Bern.
- Bundesamt für Statistik [BFS] (2019). Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens seit 1960. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/kosten-finanzierung.assetdetail.10247059.html> [Stand 28.11.2019]. Bern.

- Bundesamt für Statistik [BFS] (2020). Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz und der Kantone 2020 – 2050. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/12847549/master> [8.6.2020]. Bern
- Bundesamt für Gesundheit [BAG] (2020). Statistik der obligatorischen Krankenversicherung. URL: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-zur-krankenversicherung/statistik-der-obligatorischen-krankenversicherung.html> [Stand 27.02.2020]. Bern.
- Colombier, C. (2012). Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2060. Working Paper der Eidgenössischen Finanzverwaltung (EFV), Nr. 19.
- Colombier, C. (2018). Population ageing in healthcare – a minor issue? Evidence from Switzerland. *Applied Economics*, 50(15), S. 1746-1760.
- Cosandey, J.; Rothen, N. und Rutz, S. (2018). Gesunde Spitalpolitik. Mehr Transparenz, mehr Patientensouveränität, weniger «Kantönligeist». Studie von Avenir Suisse.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3), S. 166-206.
- Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford University Press: New York.
- Ecoplan (2018). Wirksamkeit der Prämienverbilligung – Monitoring 2017. Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG).
- Ecoplan; axxos (2019). Regulierungsfolgenabschätzung zur Revision des Medizinprodukte-rechts. Studie von Ecoplan und axxos im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit und des Staatssekretariats für Wirtschaft.
- Ecoplan (2019). Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen, Anlagenutzungskosten und Defizitdeckungen der Spitäler durch die Kantone. Evaluation KVG-Revision Spitalfinanzierung. Studie im Auftrag des Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Enthoven, A. C. (1978). Consumer Choice Health Plan. *The New England Journal of Medicine*, 298(12), S. 650-658 und (13), S. 709-720.
- Enthoven, A.C. (1988). *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*. North Holland, Amsterdam.
- Enthoven, A.C. (2006). Consumer Choice of Health Plan: Connecting Insurers and Providers in Systems. Paper presented at Dutch-Flemish Health Economic Association (VGE) Conference “Consumer Choice: the Right Choice”, VGE, Netherlands.
- Europäische Union [EU] (2015). The 2015 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060). *European Economy*, 3/2015.
- Expertengruppe Kostendämpfung (2017). Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Bericht der Expertengruppe vom 24. August 2017.
- Frey, B.S.; Kirchgässner, G. (2002). *Demokratische Wirtschaftspolitik*, 3. Auflage. München: Verlag Franz Vahlen.
- Friesner, D. L.; Rosenman, R. (2009). Do hospitals practice cream skimming? *Health Services Management Research*, 22, S. 39-49.

- Gerber, M.; Kraft, E.; Bosshard, C. (2016). Overuse – unnötige Behandlungen als Qualitätsproblem. Grundlagenpapier der DDQ / SAQM. Schweizerische Ärztezeitung 97(7), S. 236-243.
- Graf von der Schulenburg, J.-M.; Kraft, K. (1986). Co-insurance and Supplier-induced Demand in Medical Care: What do we Have to Expect as the Physician's Response to Increased Out-of-pocket Payments? Journal of Institutional and Theoretical Economics (JITE) / Zeitschrift für die gesamte Staatswissenschaft 142(2), S. 360-379.
- Hedinger, D.; Tuch, A.; Jörg, R.; Widmer, M. (2018). Qualität der stationären Leistungen unter der neuen Spitalfinanzierung. Monitoring der Qualitätsindikatoren 2009 – 2016 (Obsan Bulletin 4/2018). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Erstellt im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG).
- Huber, K. (2015). Entwicklung der interkantonalen Patientenströme im Übergang zur freien Spitalwahl. Analyse der stationären akutsomatischen Spitalbehandlungen von 2010 bis 2013. Obsan Dossier 48.
- Hurley, J.; Lomas, J. & Goldsmith, L.J. (1997). Physician Responses to Global Physician Expenditure Budgets in Canada: A Common Property Perspective. Milbank Quarterly 75(3), S. 343-364.
- Hsueh, Y.S.; Lee, S.Y. & Huang, Y.T. (2004). Effects of Global Budgeting on the Distribution of Dentists and Use of Dental Care in Taiwan. Health Services Research, 39, S. 2135-2153.
- Jeurissen, P. (2017). Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in den Niederlanden. Studie zuhanden der Expertengruppe Kostendämpfung (unveröffentlicht).
- Kägi, W.; Frey, M.; Lobsiger, M. (2014). Einfluss der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf das Verhalten der Spitäler – Erste Bestandesaufnahme und Konzeptstudie. Bericht von BSS im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit.
- Kommission für Konjunkturfragen (2006). Reform des Gesundheitswesens. Bericht vom 8. September 2006. Beilage zum Magazin Die Volkswirtschaft.
- Lemos, P.; Jarrett, P.; Philp, B. (2006). Day Surgery: Development and praxis. International Association for Ambulatory Surgery.
- Leu, R. E.; Matter, P. (2009). Die Gesundheitssysteme der Schweiz und der Niederlande – ein Vergleich. Die Volkswirtschaft, 11, S. 9-12.
- Lobsiger, M. & Frey, M. (2019). Globalbudgets in den Kantonen im akutstationären Spitalbereich: Anwendung und Wirkungen unter der neuen Spitalfinanzierung. Studie von B.S.S. im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit.
- Long, S.H. & Marquis, M.S. (1993). Toward a Global Budget for the U.S. Health System: Issues and Information Needs. Rand Report 21.
- Mäder, B.; Telser, H.; Saurer, M. (2019). Ökonomie der schweizerischen Gesundheitspolitik. Warum es Gesundheitsreformen in der Schweiz schwer haben. Studie von Polynomics.
- Mankiw, N. G. (2017). The Economics of Healthcare. Harvard University.
- Mendoza, R. L. (2011). Merit Goods at Fifty: Reexamining Musgrave's Theory in the Context of Health Policy. Review of Economic and Business Studies, 4(2), S. 275-284.
- Moreno-Serra, R. (2013). The impact of cost-containment policies on health expenditure: Evidence from recent OECD experiences. OECD Journal on Budgeting, 3, S. 1-31.

- Musgrave, R. A. (1957). A Multiple Theory of Budget Determination. *Finanzarchiv*, 25(1), S. 33-43.
- Nyman, J. A. (2003). *The Theory of Demand for Health Insurance*. Stanford Economics and Finance: Stanford.
- Obsan (2015). Neue Versorgungsmodelle für chronisch Kranke. Hintergründe und Schlüsselemente. *Obsan Dossier* 45.
- Olson, M. (1965). *The Logic of Collective action: Public Goods and the Theory of Groups*. Harvard University Press.
- Or, Z. (2017). Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in Frankreich. Studie zuhanden der Expertengruppe Kostendämpfung (unveröffentlicht).
- Palmer, S.; Torgerson, D. J. (1999). Definitions of efficiency. *BMJ*, 318, S. 1136.
- Peter, M.; Fliedner, J.; von Stokar, T. (2012). Regulierungsfolgenabschätzung zur Revision des Heilmittelgesetzes. Bericht von Infrac im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit und des Staatssekretariats für Wirtschaft.
- Peters, O.; Vuffray, C.; Haslebacher, K. (2016). Überhang in der stationären Leistungserbringung zu Gunsten der Zusatzversicherten. Bericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit.
- PWC (2016). *Ambulant vor stationär. Oder wie sich eine Milliarde Franken einsparen lassen*.
- PWC (2019). *Ambulantisierung: das Gesundheitswesen im radikalen Wandel*.
- Roth, S.; Sturny, I. (2017). Zulassungsstopp für Ärztinnen und Ärzte in Praxen – Entwicklung des Ärztebestands und der Kosten. *Obsan Bulletin* 4/2017.
- Schilling, A. (2003). *Ältere Menschen im Krankenhaus*. Kasseler Gerontologische Schriften Band 29.
- Schmitz, H. (2013). Practice Budgets and the Patient Mix of Physicians: The Effect of a Remuneration System Reform on Health Care Utilisation. *Journal of Health Economics* 32, S. 1240-1249.
- Schut, F. T.; Varkevisser, M. (2013). Tackling hospital waiting times: The impact of past and current policies in the Netherlands. *Health Policy*, 113, S. 127-133.
- Schweizerische Eidgenossenschaft (2020). *Legislaturfinanzplan 2021 – 2023, Anhang zur Botschaft über die Legislaturplanung, Anhang 2, Kapitel D2*, Schweizerische Eidgenossenschaft, Bern.
- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren [GDK] (2018). *Empfehlung der GDK zur Spitalplanung*. URL: https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalplanung/EM_Spitalplanung_totalrevidiert_20180525_def_d.pdf [Stand 9.3.2020]. Bern.
- Schwierz, C. (2016). *Cost Containment Policies in the Hospital Expenditure in the European Union*. European Economy Discussion Paper Nr. 37. European Commission.
- Staatssekretariat für Wirtschaft [SECO] (2013a). *Regulierungsfolgenabschätzung. Checkliste*. Bern.
- Staatssekretariat für Wirtschaft [SECO] (2013b). *Regulierungsfolgenabschätzung. Handbuch*. Bern.

- Staatssekretariat für Wirtschaft [SECO] (2014). Erläuterungen zum Handbuch Regulatorischen Folgenabschätzung RFA. Bern.
- Teisberg, E. O.; Porter, M. E.; Brown, G. B. (1994). Making competition in health care work. *Harvard Business Review*, 72(4), S. 131-141.
- Trageser, J.; Gschwend, E.; von Stokar, T.; Wieser, S.; Maurer, M.; Brunner, B. (2018a). Effizienzpotenzial in der OKP. Bericht zur Literaturanalyse. Bericht von Infrac und dem Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit.
- Trageser, J.; Gschwend, E.; von Stokar, T.; Vettori, A.; Zahnd, D. (2018b). Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Auswirkungen auf die Qualität der stationären Spitalleistungen. Bericht von Infrac und Info Navigation im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit.
- Trageser, J.; Vettori, A.; Iten, R.; Crivelli, L. (2012). Effizienz, Nutzung und Finanzierung des Gesundheitswesens. Studie im Auftrag der Akademien der Wissenschaften Schweiz. Bern.
- UBC Center for Health Services and Policy Research (2014). Current Hospital Funding in Canada: The Limitations of Global Budgets. UBC Policy Brief 1/2014.
- Vincent, C.; Staines, A. (2019). Enhancing the Quality and Safety of Swiss Healthcare. Bericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit.
- Widmer, P.; Trottmann, M.; Telser, H. (2015). Das Fallpauschalenmodell: Leistungsbezogene Basispreise unter SwissDRG. Studie von Polynomics im Auftrag des Universitätsspitals Zürich.
- Widmer, P.; Telser, H. & Uebelhart, T. (2016). Die Spitalversorgung im Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik. Aktualisierung 2015. Studie von Polynomics im Auftrag von comparis.ch.
- Willisegger, J.; Blatter, H. (2017). Tarifverhandlungen im Schweizer Gesundheitswesen – Settings und Interaktionen. Studie der Stiftung Kranken- und Unfallkasse Konkordia.
- Chen, B. & Fan, V. (2015). Strategic Provider Behavior Under Global Budget Payment with Price Adjustment in Taiwan. *Health Economics*, 24, S. 1422–1436.
- Yip, W. C. (1997). Physician response to Medicare fee reductions: changes in the volume of coronary artery bypass graft (CABG) surgeries in the Medicare and private sectors. *Journal of Health Economics* 17, S. 675-699.

Appendix

A.1 Möglichkeitsraum an Korrekturmassnahmen

Tabelle 9: Überblick über mögliche Korrekturmassnahmen

Korrekturmassnahme	Im selben Jahr wie die Überschreitung greifende Mechanismen – Beispiele	Im darauffolgenden Jahr greifende Mechanismen – Beispiele
Informationsmassnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kommunikation der Ziele einer Zielvorgabe 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kommunikation über generelle Erreichung/ Nicht-Erreichung
Verhaltensökonomische Korrekturmassnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Commitment Devices 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ «Naming and Shaming» ▪ Offenlegung der Fakturierungsdaten für alle Leistungserbringer
Tarifliche Korrekturmassnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Degressive Tarife ▪ Provisorisch tiefer angesetzte Taxpunktwerte und finale Abrechnung Ende Jahr 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anpassung der nächstjährigen Tarife
Mengenbasierte Korrekturmassnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorgabe von Mengenzielen (Anzahl Eingriffe / Behandlungen nach Kategorien) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anpassung des zulasten der OKP abrechenbaren Leistungsvolumens oder Leistungskatalogs
Budgetäre Korrekturmassnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Hartes Budget</i>: Vergütung solange Budget übrig ist ▪ <i>Weiches Budget</i>: Bei Budgetüberschreitung wird nur noch reduziert abgegolten (bspw. mit einem Abschlag von 50 Prozent). ▪ <i>Rückbehalt Budget</i>: Rückbehalt von z.B. 5 Prozent und finale Abrechnung Ende Jahr. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kürzung des nächstjährigen Budgets

Quelle: Eigene Darstellung

A.2 Erwartete Auswirkungen einer Zielvorgabe

Nachfolgend werden die grundsätzlich zu erwartenden Auswirkungen einer Zielvorgabe diskutiert. Dabei sollen möglichst alle Handlungsziele der Regulierungsvorlage abgedeckt werden. Die tatsächliche Beurteilung der verschiedenen Auswirkungen auf die einzelnen Stakeholder – auf Basis der in diesem Abschnitt diskutierten konzeptionellen Überlegungen und empirischer Evidenz aus Interviewaussagen – erfolgt in Abschnitt 3.6.

Effekte auf Mengen

Die Förderung der **allokativen Effizienz** ist ein zentrales Handlungsziel der Zielvorgabe (vgl. Abschnitt 2.3). Sie beschreibt im Allgemeinen die Produktion von Gütern in der Menge, Art und Qualität, wie sie sich die Konsumenten – unter vollständiger Information – wünschen. Auf Gesundheitsleistungen gemünzt bedeutet dies, dass möglichst keine unnötigen Leistungen erbracht werden. Eine Zielvorgabe würde demzufolge idealerweise die Erbringung von unerwünschten, das heisst medizinisch nicht-indizierter, Leistungen minimieren bzw. ausmerzen.

Wie in Abschnitt 2.2.4 erläutert, haben Brunner et al. (2019) das Effizienzpotenzial empirisch quantifiziert und schätzen für die Leistungen nach KVG das maximale allokativen Einsparpotenzial auf neun bis elf Prozent der gesamten Leistungen (jährlich zwischen CHF 4 Mrd. und 4.9

Mrd.) In der Berechnung des Schätzpoteuzials heben die Autoren den konservativen Ansatz hervor. Trotzdem ist es nicht realistisch, dass das gesamte geschätzte Potenzial eingespart werden kann, da mit hoher Wahrscheinlichkeit auch in einem kostenoptimierten Gesundheitssystem noch gewisse Ineffizienzen bestehen würden. Eine Zielvorgabe, die insbesondere lediglich das Wachstum der Kostensteigerungen in der OKP einschränkt, wird daher kaum zu einer Steigerung der allokativen Effizienz in der Grössenordnung des theoretisch möglichen Effizienzpotenzials führen.

Effekte auf Preise

Neben den Effekten einer Zielvorgabe auf die abgesetzten Mengen im Gesundheitswesen sind auch Effekte auf die Preise denkbar. Im Kontext des Gesundheitswesens stehen dabei insbesondere Veränderungen in der produktiven Effizienz und bei den Verhandlungspositionen im Vordergrund. Beide dieser Faktoren wirken sich erwartungsgemäss auf die Preise – also die Tarif- und Leistungsverträge⁷⁶ – aus.

Die Förderung der **produktiven Effizienz** ist ein weiteres Handlungsziel der Zielvorgabe (vgl. Abschnitt 2.3). Die produktive Effizienz ist dann maximal, wenn die Produktion eines Gutes zu minimalen Kosten erfolgt. In Bezug auf Gesundheitsleistungen bedeutet dies, dass die produktive Effizienz maximiert wird, wenn eine spezifische Behandlung zu den tiefst möglichen Kosten erbracht wird. Die produktive Effizienz kann hauptsächlich durch Skaleneffekte (*Economies of Scale*), Verbundeffekte (*Economies of Scope*) sowie durch organisatorische und technische Innovationen erhöht werden.⁷⁷ Vor dem Hintergrund eines Kostenziels – und damit erhöhten Kostendrucks – kann mittelfristig erwartet werden, dass solche Effizienzsteigerungen im Gesundheitswesen verstärkt angestrebt und sich diese dämpfend auf die Preise auswirken werden.^{78,79} Hier geht es um ein Kernanliegen der vorliegenden Regulierung. Ohne die Kostenentwicklung zu beschränken, gab es nämlich bislang wenig Anreize dafür, die produktive Effizienz zu steigern und die Preise zu senken.

Die jüngste Studie zum Effizienzpotenzial in der Erbringung KVG-pflichtiger Leistungen kommt zum Schluss, dass das produktive Effizienzpotenzial zwar kleiner ist als das Potenzial durch die Reduzierung unnötiger Mengen (Brunner et al., 2019). Trotzdem ortet sie ein jährliches Einsparpotenzial durch eine Erhöhung der produktiven Effizienz von zwischen sieben und acht Prozent

⁷⁶ Die Zielvorgabe beschränkt die im Gesundheitssystem anfallenden Kosten, also das Produkt aus Menge und Preis. Es stehen daher nicht die Inputpreise (beispielsweise die Löhne der Leistungserbringer), sondern vielmehr die Outputpreise (Tarif- und Leistungsverträge) im Fokus.

⁷⁷ *Economies of Scale* oder Skaleneffekte bezeichnen Kostenvorteile, die sich aus abnehmenden Grenzkosten ergeben. Das heisst, die Produktionskosten pro Einheit sinken mit der Anzahl produzierter Einheiten. *Economies of Scope* oder Verbundeffekte bezeichnen Kostenvorteile, die sich durch eine erhöhte Produktvielfalt innerhalb einer Unternehmung ergeben. Sie können sich z.B. dadurch ergeben, dass durch eine Produktevielfalt eine bessere Ausnutzung von Räumlichkeiten, Arbeitskräften, etc. möglich wird.

⁷⁸ Grundsätzlich kann sich eine Erhöhung der produktiven Effizienz auch auf die abgesetzten Mengen auswirken, beispielsweise wenn die Behandlungszeit ambulanter Leistungserbringer durch die Verwendung von Informationstechnologien verkürzt werden kann. Wir folgen hier allerdings der Argumentation von Brunner et al. (2019) und gehen davon aus, dass der bedeutendere Effekt der Steigerung der produktiven Effizienz – zumindest mittelfristig – eine Reduktion der Preise in den Tarifverträgen ist.

⁷⁹ Der zugrundeliegende Mechanismus ist, dass Akteure, um ihre Einkommen zu schützen, durch höhere Effizienz ihre Gewinnmargen zu optimieren versuchen. Höhere Effizienz wiederum wird sich erwartungsgemäss mittelfristig auf die Preise auswirken.

der Kosten KVG-pflichtiger Leistungen (zwischen CHF 3.1 und 3.6 Mrd.). Wie bereits im Falle des allokativen Effizienzpotenzials diskutiert, handelt es sich hierbei um einen theoretischen Maximalwert. Da eine Zielvorgabe nur eine Reduktion der Kostensteigerungen in der OKP vorsieht, kann davon ausgegangen werden, dass dieser Maximalwert nicht erreicht wird. Trotzdem sind positive Effekte einer Zielvorgabe auf die produktive Effizienz zu erwarten.

Durch eine Zielvorgabe, also eine extern vorgegebene Limitierung des Kostenwachstums, ändern sich auch die **Verhandlungspositionen** der Tarifpartner in den Tarifverhandlungen. So ist es denkbar, dass sich die Verhandlungsposition der Leistungserbringer aufgrund der einer Zielvorgabe inhärenten Restriktionen verschlechtert. Dies kann die Einhaltung der Zielvorgabe erleichtern, da ein dämpfender Effekt auf die Preise erwartet werden kann.

Effekte auf Qualität und Zugang

Die **Leistungsqualität** beschreibt die Qualität der erbrachten medizinischen Leistungen. Die Leistungsqualität ist hier zu unterscheiden vom Zugang zu Gesundheitsleistungen und der Versorgungssicherheit (letztere Effekte werden weiter unten diskutiert). Ein weit verbreitetes Modell zur Unterscheidung der Leistungsqualität in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität stammt von Donabedian (z.B. 1966 & 2003). Das Qualitätsmodell von Donabedian definiert die Strukturqualität als die Rahmenbedingungen der medizinischen Versorgung, die Prozessqualität als die Art und Weise wie Leistungen erbracht werden und die Ergebnisqualität als die Veränderungen im Gesundheitszustand des Patienten in Folge einer Behandlung.

Aus theoretischer Sicht sind die Auswirkungen einer Zielvorgabe auf die Leistungsqualität nicht eindeutig. In der Literatur zu den Auswirkungen von Sparmassnahmen im Gesundheitswesen wird – unter anderem und nebst den oben erwähnten Faktoren – auch auf die Allmendegut-Problematik hingewiesen. Viele Sparmassnahmen im Gesundheitswesen haben den Charakter eines Allmendegutes, da eine anzustrebende Kostenreduktion üblicherweise nicht für einen einzelnen Leistungserbringer, sondern für ein Kollektiv definiert wird. Die sich daraus ergebenden individuellen Anreize führen in vielen Fällen zu einem «Versuch der Übernutzung» der verfügbaren Mittel (Brändle et al., 2018).⁸⁰ Die Allmendegut-Problematik kann die Anreize zur Koordination reduzieren, da sie den Verteilungskampf zwischen den Fachbereichen erhöht. Diese Problematik lässt sich allerdings durch Begleitmassnahmen in den Griff bekommen, wie die Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen (Brändle et al., 2018).

Grundsätzlich sind von Sparmassnahmen jedoch auch positive Effekte auf die Leistungsqualität zu erwarten. Sie können etwa dazu beitragen, dass weniger medizinisch nicht notwendige – oder sogar schädliche – Behandlungen erbracht werden. Indirekte Evidenz für einen neutralen Effekt einer Sparmassnahme auf die Leistungsqualität ergibt sich aus oben genannten Studien zum Effizienzpotenzial im schweizerischen Gesundheitswesen (Trageser et al., 2012, Brunner et al., 2019). Das hohe identifizierte Einsparpotenzial in der Vermeidung unnötiger Leistungen deutet darauf

⁸⁰ Ein extremes Beispiel der Allmendegut-Problematik ist der aus Deutschland bekannte «Hamsterradeffekt». Damit werden strategische Anreize zur Ausweitung von Mengen bei fixem, ex post aufgeteilten Budget für eine Leistungserbringergruppe bezeichnet. Die Anreize zur Leistungsausweitung ergeben sich daraus, dass jeder Leistungserbringer versucht, einen möglichst hohen Anteil des Budgets für sich in Anspruch zu nehmen. Dadurch erhöht sich die Menge an abgesetzten Leistungen, diese werden allerdings zu geringeren Tarifen vergütet und die Einkommen der Leistungserbringer sinken (Benstetter & Wambach, 2006). Mittlerweile sind die Regelungen durch die Einführung von Regelleistungsvolumen für Arztpraxen angepasst worden, so dass die beschriebenen Anreize des «Hamsterradeffekts» nicht mehr gegeben sind. Die neuen Regelungen sind von den Ärztenverbänden im Rahmen der korporatistischen Selbstverwaltung eingeführt worden (Brändle et al., 2018).

hin, dass selbst restriktive Sparmassnahmen potenziell geringe Einbussen in der Leistungsqualität zur Folge haben werden. Dies gilt nicht nur unter der Annahme, dass Leistungserbringer unter Kostendruck eher unnötige als nötige Leistungen reduzieren. Sogar falls neben unnötigen auf notwendige Leistungen reduziert werden, muss der Effekt auf die Qualität nicht negativ sein: Eine Reduktion unnötiger Leistungen hat einen tendenziell positiven, eine Reduktion notwendiger Leistungen einen tendenziell negativen Effekt auf die Qualität der Leistungserbringung. Der Nettoeffekt bleibt unklar. In Anbetracht des starken Berufsethos der allermeisten Leistungserbringer (Stichwort hippokratischer Eid) und der Richtlinien der Ärzteverbände zur medizinischen Behandlung gibt es aber kaum Gründe anzunehmen, dass neben unnötigen Leistungen auch substanzial notwendige Leistungen reduziert werden. Insbesondere die Richtlinien zur medizinischen Behandlung haben zur Folge, dass der Spielraum zur Reduktion unnötiger Leistungen deutlich höher ist als im Falle der notwendigen Leistungen. Eine Zielvorgabe, die im Gegensatz zu anderen Sparmassnahmen nur das Wachstum der Kosten beschränken will, wird daher kaum negative Auswirkungen auf die Leistungsqualität nach sich ziehen. Dies gilt verstärkt, da Begleitmassnahmen und Rahmenbedingungen bestehen, die verhindern sollen, dass Leistungserbringer die medizinische Qualität reduzieren. So wird in Art. 54 der Änderungen des KVG der Bund beispielsweise neu dazu verpflichtet, die Auswirkungen der Kostenziele auf die Kosten- und Qualitätsentwicklung regelmässig zu überprüfen.

Weitere zu berücksichtigende Faktoren sind der **Zugang zu Gesundheitsleistungen und die Versorgungssicherheit**. So könnte die Einführung von Sparmassnahmen allenfalls die Wartezeit für eine Behandlung erhöhen.⁸¹ Auch Leistungsrationierungen, Leistungspriorisierungen oder Risikoselektion bezüglich Patienten wären grundsätzlich nicht auszuschliessen. Leistungspriorisierungen könnten zum Beispiel einen verstärkten Fokus auf margenstarke Leistungen – mit entsprechender Unterversorgung margenschwacher Leistungen – nach sich ziehen. Risikoselektion seitens Leistungserbringer könnte den Zugang zum Gesundheitssystem für bestimmte Patientengruppen, etwa vulnerable (sozialschwache Patientengruppen wie psychisch Erkrankte mit Komorbiditäten oder Suchtpatienten) oder polymorbide Personen, erschweren. Die potenziell betroffene Patientengruppe wäre allerdings klein. Ferner besteht weiterhin ein rechtlicher Anspruch auf Gleichbehandlung seitens aller OKP-Versicherten.

Effekte bzgl. Vollzugaufwand

Schliesslich sind auch direkt bei betroffenen Akteuren anfallende Kosten einer Zielvorgabe zu erwarten, wie etwa der bei den Leistungserbringern und Krankenversicherern entstehende Vollzugaufwand. Dabei wird zwischen dem Initialaufwand, der mit der Einführung der Zielvorgabe verbunden ist, und dem laufenden administrativen Aufwand, der bei den Stakeholdern anfällt, unterschieden.⁸²

Ausweichstrategien bzgl. Effekten auf Mengen, Preise, Qualität und Zugang

In Folge der Auswirkungen einer Zielvorgabe können einzelne Akteure versucht sein, den für sie negativen Wirkungen auszuweichen. In diesem Sinne beschreiben Ausweichstrategien die von der Zielvorgabe nicht intendierten Verhaltensänderungen einzelner Stakeholder als Reaktion auf die neue Regulierung. Je nach betrachtetem Stakeholder beziehen sich die Ausweichstrategien auf unterschiedliche Faktoren. Im Fall der Leistungserbringer sind etwa Ausweichstrategien als

⁸¹ Für Evidenz aus den Niederlanden siehe z.B. Schut & Varkevisser (2013).

⁸² Der Regulierungs- und Verwaltungsaufwand für staatliche Stakeholder wird in Prüfpunkt 5 vertieft diskutiert.

Folge einer möglichen Reduktion abgesetzter Mengen denkbar und können daher die erwarteten Kosteneinsparungen dämpfen. Gewisse Ausweichstrategien – z.B. die Fokussierung auf zusatzversicherte Patienten – sind aus der Perspektive einer auf die OKP-pflichtigen Leistungen abzielenden Zielvorgabe auf den ersten Blick wenig relevant.⁸³ Trotzdem können auch sie ggf. die Gesamtkosten des Gesundheitssystems erhöhen und wären dann kaum im Sinn einer Zielvorgabe. In der Beurteilung von Ausweichstrategien der Leistungserbringer muss aber auch berücksichtigt werden, dass viele Leistungserbringer sich an den von ihren jeweiligen Verbänden vorgegebenen Behandlungsrichtlinien und an medizinischen Standards orientieren. Dies beschränkt ihren Spielraum für Ausweichstrategien.

Auch bezüglich der Auswirkungen einer Zielvorgabe auf die Qualität und den Zugang zum Gesundheitswesen ist es denkbar, dass die Stakeholder Ausweichstrategien entwickeln, um negative Effekte abzdämpfen. In Anbetracht einer möglichen Verschlechterung des Zugangs zu Gesundheitsleistungen bestimmter Patienten ist beispielsweise eine erhöhte Nachfrage nach Zusatzversicherungen denkbar.⁸⁴

A.3 Stakeholderinterviews

A.3.1 Interviewpartner Stakeholderinterviews

In einer ersten Umfragerunde wurden möglichst repräsentative Stakeholder in persönlichen Interviews befragt. Tabelle 10 gibt einen Überblick über die befragten Interviewpartner.

⁸³ Die OKP finanziert allerdings teilweise auch stationäre Behandlung von Zusatzversicherten mit. Wenn diese vermehrt behandelt werden, steigen daher auch die OKP-Kosten.

⁸⁴ Es existiert beispielsweise Evidenz dafür, dass Personen mit einer Spitalzusatzversicherung ökonomisch interessanter sind als Personen ohne Zusatzversicherung und dass daher überproportional mehr Leistungen an Personen mit Zusatzversicherungen erbracht werden (z.B. Peters et al., 2016).

Tabelle 10: Interviewpartner Stakeholderbefragungen

Stakeholder	Organisation	Interviewpartner	Funktion
Grössere Kantone ohne Globalbudget	Kanton ZH, Gesundheitsdirektion	Tobias Wolf	Leiter Abteilung Finanzierung
Kleinere Kantone ohne Globalbudget	Kanton SH, Gesundheitsamt	Anna Sax	Leiterin Gesundheitsamt
Kantone mit Globalbudget	Kanton VD, Direction générale de la santé	Chantal Grandchamp	Directrice, Direction finances et affaires juridiques de la Direction générale de la santé
Bund	BAG	Sandra Schneider	Leiterin Abteilung Tarife und Grundlagen
Ambulante Leistungserbringer	Sanacare	Ursula Rüegegger	CEO Sanacare Gruppenpraxen
Öffentliche Spitäler	Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)	Oliver Peters	Vizedirektor CHUV
Private Spitäler	Klinik Hirslanden	Dietmar Mauer und Gert Höferlin	Direktor Klinik Hirslanden und Leiter Finanzen Klinik Hirslanden
Physiotherapeuten	Physiozentrum	Christoph Landolt	Geschäftsführer Physiozentrum
Apotheker	Rotpunkt Apotheken	Rudolf Andres	Geschäftsführer Rotpunkt Apotheken
Patienten	Schweizerische Stiftung Patientenschutz (SPO)	Peter Berchtold	Mitglied Stiftungsrat SPO
Versicherer	CSS Versicherung	Christian Affolter	Verantwortlicher Tarifstrukturen CSS

Quelle: Eigene Darstellung

A.3.2 Kondensierte Aussagen Stakeholderinterviews

Im Folgenden werden die aus den Stakeholderinterviews identifizierten Kernaussagen bezüglich den in Prüfpunkt 2 eingeführten erwarteten Auswirkungen zusammengefasst. Die Zahl in eckigen Klammern hinter einer Aussage widerspiegelt die Anzahl der Stakeholder, welche die jeweilige Aussage getroffen haben.

Leistungsqualität

- Im besten Fall werden teure und unnötige Leistungen (bspw. MRI, Leistungen in der Radiologie, etc.) weniger erbracht [4].
- Zeit pro Behandlung wird insbesondere in rentablen Bereichen erhöht und in unrentablen Bereichen gesenkt [3].
- Langfristig wird der Qualitätswettbewerb gestärkt. Voraussetzung dafür ist aber Qualitätstransparenz [2].
- Erhöhter Zeitdruck bei Abrechnung im TARMED-System, da pro Zeiteinheit abgerechnet wird. Bei Leistungserbringern, die auf Anordnung eines Arztes Leistungen erbringen, ist die Behandlungszeit aber oft stark vorgegeben (bspw. in der Physiotherapie) [1].
- Interprofessionelle Koordination zwischen den Leistungserbringern wird stärker unterbunden [1].

Zugang- und Versorgungssicherheit

- Risikoselektion: Vulnerable Patientengruppen (Patienten mit sozialen Problemen, seltenen Krankheiten oder multimorbide Patienten) werden weniger behandelt [4].
- Wartezeiten werden bei unrentablen/rentablen Leistungen erhöht/gesenkt [2].

- Gefahr langer Wartezeiten und dass gewisse Leistungen in einer Region nicht mehr angeboten werden [1].
- Wartezeiten können positiv sein, da sie die Nachfrage nach unnötigen Leistungen dämpfen [1].
- Für Leistungserbringer, die auf Anordnung eines Arztes Leistungen erbringen (zum Beispiel Physiotherapeuten), könnte längerfristig die Attraktivität des Jobs sinken und dadurch die Versorgungssicherheit problematisch beeinflusst werden [1].

Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Effizienzreserven im Gesundheitswesen

- Grösstes Effizienzausschöpfungspotenzial liegt bei den Spitälern:
 - Spital stationär ist der grösste Kostenblock und die Kantone haben den grössten Sparanreiz in diesem Bereich [1].
 - Insbesondere in der Spezialisierung und Reduktion der Spitäler sowie in der verstärkten Ambulantisierung liegt Potenzial [3].
- Schaffung von Anreizen zur Kooperation und Beseitigung der Fehlanreize zur Mengenausweitung im TARMED-System [5].
- Förderung integrierter Behandlungsketten [4].
- Digitalisierung auf allen Ebenen: Elektronisches Patientendossier, Austausch von Daten, etc. [3].
- Konsequente Umsetzung der Integrierten Versorgung; Aktives Gatekeeping durch Hausärzte [1].
- Ressourcenmanagement bezüglich Auslastung von Leistungserbringern [1].
- Bei den Versicherern ist das Effizienzpotenzial bereits grösstenteils ausgereizt [1].

Mengen- und Kostenentwicklung

- Im besten Fall werden teure und unnötige Leistungen (bspw. MRI, Leistungen in der Radiologie, etc.) weniger erbracht [4].
- Das Potenzial zur Reduktion von Kosten und Mengen hängt auch von der Systemverantwortung des Leistungserbringers ab. Besonders für öffentliche Spitäler ist diese hoch [3].
- Leistungserbringer, die auf Anordnung eines Arztes Leistungen erbringen:
 - Beispiel Physiotherapie: Reduktion der Mengen, da die Anzahl der Behandlungen gut gesteuert werden kann [1].
 - Beispiel Apotheken: Substitution von Originalpräparaten zu Generika [1].

Ausweichstrategien

- Fokus auf die Erbringung margenstarker Leistungen [4].
- Risikoselektion: Vulnerable Patientengruppen (Patienten mit sozialen Problemen, seltenen Krankheiten oder multimorbide Patienten) werden weniger behandelt [4].
- Weiterleitung an andere Leistungserbringer (bspw. von Hausärzten zu Spezialisten, von auf Anordnung eines Arztes Leistung erbringenden Leistungserbringern zu ambulanten Leistungserbringern, von Spitälern zu Apotheken oder Spitalambulatorien, etc.) [4].
- Ausweitung auf die Verrechnung technischer Leistungen im TARMED-System [1].

- Leistungserbringer, die auf Anordnung eines Arztes Leistungen erbringen:
 - Verstärktes Angebot an «Serviceleistungen» und anderen nicht KVG-pflichtigen Leistungen [2].
 - Reduktion der Behandlungen margenschwacher und Fokus auf margenstarke Leistungen (bspw. weniger Domizilbehandlungen aber mehr aufwendige Therapien in der Physiotherapie) [1].
- Fokussierung auf Zusatzversicherungen (aus der Sicht der Privathaushalte und der Krankenversicherer) [2].

Verhandlungsposition Tarifverhandlungen

- Freiheitsgrade der Verhandlungspartner werden reduziert: Verhärtung der Tarifverhandlungen aber Vorgabe eines Korridors für die Verhandlungen [2].
- Druck auf Tarifstrukturen zugunsten höheren Margen bei häufig erbrachten Leistungen [1].
- Kantone erhalten Möglichkeit zum Eingreifen in die Tarifverhandlungen [1].

Administrativer Aufwand

- Alle Kantone müssten Kompetenzen aufbauen; für kleinere Kantone ist dies speziell problematisch [2].
- Der Aufwand hängt stark von der genauen Ausgestaltung der Zielvorgabe ab [1].
- Jede Regulierung bringt Aufwand mit sich [1].
- Geringer Aufwand, da Daten und Infrastruktur bereits vorhanden sind [1].
- Auf Bundesebene relativ geringer Aufwand aber höherer Initialaufwand. Zusätzlicher Aufwand falls Sanktionsmassnahmen ergriffen werden müssen [1].
- Für Versicherer hängt der Aufwand mitunter davon ab, wie zeitnah Daten bezüglich Kosten, Tarife etc. kommuniziert werden [1].

Planungssicherheit

- Planungssicherheit aus kantonaler Sicht problematisch [2].
- Spitäler: Keine Effekte zu erwarten [1].
- Da die grösste Planungsunsicherheit von den Prämien kommen, könnte es aufgrund der durch die Zielvorgabe besser prognostizierbaren Prämien zu einer Erhöhung der Planungssicherheit der Krankenversicherer kommen [1].

Aussagen zu Koordination und Differenzierung

- Grundsätzlich ist wenig Koordination zwischen den Leistungserbringern zu erwarten, da jeder nur für sich schaut und der Markt stark fragmentiert ist. Zudem existiert die Allmende Problematik [2].
- Eine verstärkte Koordination ist höchstens im Falle kleiner Gruppen möglich, in denen sich die Teilnehmer kennen (unter feiner Differenzierung) [3].
- Eine feine Differenzierung ermöglicht eine bessere Steuerung [2].
- Eine feine Differenzierung bietet weniger Möglichkeiten für die Leistungserbringer, unter sich zu überlegen, welcher Bereich nun gefördert werden soll. Dafür ist aber auch weniger Einigung unter den Leistungserbringern notwendig [1].

A.3.3 Leitfaden Stakeholderinterviews (am Beispiel ambulanter Leistungserbringer)

An dieser Stelle möchten wir uns noch einmal herzlich für Ihre Bereitschaft bedanken, die von uns durchgeführte Regulierungsfolgenabschätzung durch Ihre Experteneinschätzung zu ergänzen.

Einsparpotenzial Gesundheitswesen

- In welchen Bereichen orten Sie – unabhängig von der Einführung einer Zielvorgabe – Potenzial zur Ausschöpfung von Effizienzreserven durch ambulant tätige Ärzte?
- Unterscheidet sich das Einsparpotenzial Ihrer Meinung nach zwischen den verschiedenen Ärztgruppen (bspw. zwischen Allgemeinmedizinerinnen und Spezialärztinnen oder zwischen Ärztinnen im ambulanten und im stationären Bereich)?

Szenario A: Tarifsteuerung mit grober Differenzierung

Stellen Sie sich vor, dass eine Zielvorgabe eingeführt wird, die **nur nach Kostenblöcken unterscheidet**. Das heisst, dass für alle ambulant tätigen Ärztinnen dieselbe Zielvorgabe, also dieselbe maximale Zunahme der OKP-Kosten in einem Jahr, gilt. Stellen Sie sich weiter vor, dass die Zielvorgabe über eine **Tarifsteuerung** umgesetzt wird. Eine Tarifsteuerung bedeutet, dass bei Nicht-Einhalten der Zielvorgabe in einem Jahr die Tarife (bspw. TARMED) für das Folgejahr reduziert werden.

Auswirkungen auf die Wirtschaftlichkeit

- Stellen Sie sich vor, die oben beschriebene Ausgestaltung einer Zielvorgabe würde eingeführt werden. Wie würden Sie in Ihrer Praxis darauf reagieren?
- Inwiefern würden eigene Strukturen, Prozesse, etc. optimiert werden, um eine Reduzierung der Tarife vorzubeugen?
- Was ist Ihre Einschätzung bezüglich des Effekts einer solchen Zielvorgabe auf die Menge der durch ambulant tätige Ärzte angebotenen Leistungen?

Auswirkungen auf die Leistungsqualität

- Erwarten Sie Folgen einer oben beschriebenen Zielvorgabe bezüglich der Zeit, die in Ihrer Praxis pro Behandlung eingesetzt werden kann?
- Erwarten Sie Folgen bezüglich der Wartezeit auf eine Sprechstunde in Ihrer Praxis?
- Befürchten Sie, dass gewisse Leistungen nicht mehr angeboten werden können?
- Erwarten Sie andere Auswirkungen einer solchen Zielvorgabe auf die Behandlungsqualität oder den Zugang zu Behandlungen?

Auswirkungen auf Anreize und Tarifverhandlungen

- Erwarten Sie in Folge der Einführung einer Zielvorgabe Reaktionen der Ärzte, um Einbussen zu kompensieren (bspw. Fokus auf Leistungen mit höheren Margen, Bevorzugung von Zusatzversicherten Patienten etc.)?
- Würden durch die Einführung einer solchen Zielvorgabe die Tarifverhandlungen aus der Sicht der Ärzteschaft erleichtert oder erschwert werden? Inwiefern?
- Können Sie sich vorstellen, dass sich die Ärzte Ihrer Fachrichtung und Ihres Kantons darauf verständigen würden, wie die Kosten innerhalb des vorgegebenen Rahmens gehalten werden können? Wie könnten solche Vereinbarungen aussehen?

Szenario B: Tarifsteuerung mit feiner Differenzierung

Stellen Sie sich nun vor, dass für **jede einzelne Leistungserbringergruppe** (also z.B. für Allgemeinmediziner, für Dermatologen, für Radiologen, usw.) eine spezifische Zielvorgabe definiert wird. Das heisst also, für jede Leistungserbringergruppe wird anfangs Jahr ein Kostenwachstumsziel für die OKP festgelegt. Stellen Sie sich wiederum vor, dass die Zielvorgabe über eine Tarifsteuerung umgesetzt wird.

Auswirkungen auf die Wirtschaftlichkeit

- Unterscheiden sich die Effekte einer solcherart ausgestalteten Zielvorgabe im Vergleich zum ersten Szenario (Tarifsteuerung mit grober Differenzierung) bezüglich...
 - ...der Reaktion Ihrer Praxis?
 - ...der Optimierung von Strukturen und Prozessen, um eine Ausschöpfung des Budgets vorzubeugen?
 - ...den Auswirkungen auf die Menge der durch ambulant tätige Ärzte angebotenen Leistungen?

Auswirkungen auf die Leistungsqualität

- Unterscheiden sich die Effekte einer solcherart ausgestalteten Zielvorgabe im Vergleich zum ersten Szenario (Tarifsteuerung mit grober Differenzierung) bezüglich...
 - ...der Zeit, die in Ihrer Praxis pro Behandlung eingesetzt werden kann?
 - ...der Wartezeit auf eine Sprechstunde in Ihrer Praxis?
 - ...der Leistungen, die nicht mehr angeboten werden können?
 - ...anderer Auswirkungen auf die Behandlungsqualität?

Auswirkungen auf Anreize und Tarifverhandlungen

- Unterscheiden sich die Effekte einer solcherart ausgestalteten Zielvorgabe im Vergleich zum ersten Szenario (Tarifsteuerung mit grober Differenzierung) bezüglich...
 - ...der Reaktionen der Ärzte, um Einbussen zu kompensieren (bspw. Fokus auf Leistungen mit höheren Margen, Bevorzugung von zusatzversicherten Patienten etc.)?
 - ...der Erleichterung oder Erschwerung der Tarifverhandlungen aus der Sicht der Ärzteschaft?
 - ...der Verständigung der Ärztinnen Ihrer Fachrichtung und Ihres Kantons darauf, wie die Kosten innerhalb des vorgegebenen Rahmens gehalten werden können?

Weitere Fragen

- Welcher administrative Aufwand wäre für Ihre Praxis mit der Einführung einer Zielvorgabe verbunden?
- Erwarten Sie einen Effekt der Einführung einer Zielvorgabe auf Ihre Planungssicherheit (z.B. bezüglich Budgetplanung, Personalplanung, etc.)?
- Wer wären laut Ihrer Einschätzung die Gewinner und Verlierer einer Zielvorgabe?
- Welche Auswirkungen erwarten Sie von einer Zielvorgabe auf Wettbewerb und Innovationsfähigkeit im ärztlichen Bereich?

- Wo sehen Sie Optimierungspotenzial, um die Wirkung (z.B. Effizienzsteigerung) einer Zielvorgabe zu verstärken und gleichzeitig Kosten und unerwünschte Nebenwirkungen (z.B. Rationierungen oder Vollzugsaufwand) zu reduzieren?
- Welche Vorbedingungen müssen erfüllt sein, damit eine Zielvorgabe möglichst erfolgreich eingeführt werden kann?
- Gibt es alternative Massnahmen zur Eindämmung des Kostenwachstums im Gesundheitswesen, die aus Ihrer Sicht zielgerichteter wären?
- Haben Sie weitere Anmerkungen / Anregungen?

Besten Dank für die Beantwortung unserer Fragen zur Einführung einer Zielvorgabe in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP).

A.4 Verbandsbefragungen

A.4.1 Befragte Verbände

Im Rahmen einer zweiten Interviewrunde wurden schriftliche Interviews mit den folgenden Verbänden geführt:

- Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)
- Krankenkassenverband Curafutura
- Branchenorganisation der Schweizer Krankenversicherer (santésuisse)
- Die Spitäler der Schweiz (H+)
- Schweizer Physiotherapieverband (physioswiss)
- Schweizer Apothekerverband (pharmaSuisse)
- Verband der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz (Interpharma)
- Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)

A.4.2 Leitfaden Verbandsbefragungen (am Beispiel der FMH)

Was sind die Auswirkungen einer Zielvorgabe?

- Expecten Sie Auswirkungen einer solchen Zielvorgabe auf die Behandlungsqualität der Ärzteschaft? Falls ja, inwiefern und weshalb?
- Expecten Sie Auswirkungen einer Zielvorgabe auf den Zugang zu Behandlungen (z.B. längere Wartezeiten für bestimmte Patientengruppen)? Falls ja, inwiefern und weshalb?
- Welche weiteren Auswirkungen einer Zielvorgabe auf Ärztinnen und Ärzte expecten Sie? Weshalb?
- Expecten Sie in Folge der Einführung einer Zielvorgabe Reaktionen der Ärzte, um finanzielle Einbussen zu kompensieren (bspw. Erhöhung der Effizienz, Fokus auf Leistungen mit höheren Margen, Bevorzugung von zusatzversicherten Patienten, etc.)? Falls ja, welche?
- Ist es denkbar, dass Ärztinnen mit einer Reduktion von Leistungen reagieren? Falls ja, sind Sie der Ansicht, dass Ärzte eher medizinisch notwendige Leistungen oder eher Leistungen mit weniger klarem therapeutischen Nutzen reduzieren werden? Weshalb?
- Welche Auswirkungen einer Zielvorgabe expecten Sie auf den Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern? Weshalb?

- Kann eine Zielvorgabe Auswirkungen auf die Innovationsfähigkeit im Gesundheitsbereich zur Folge haben – bspw. in den Bereichen der bereichsübergreifenden Zusammenarbeit (Prozessinnovationen) oder bezüglich der Entwicklung neuer Dienstleistungen (Produktinnovationen)? Weshalb?
- Erwarten Sie Auswirkungen einer Zielvorgabe auf die Rechtssicherheit⁸⁵ aus der Perspektive der Ärztinnen und Ärzte (bspw. in Bezug auf die Tarifpartnerschaft)? Weshalb?

Gibt es alternative Regelungen?

- Wo sehen Sie Optimierungspotenzial, um die Wirkung (z.B. Effizienzsteigerung) einer Zielvorgabe zu verstärken und gleichzeitig Kosten und unerwünschte Nebenwirkungen zu reduzieren? Weshalb?
- Gibt es alternative Massnahmen zur Eindämmung des Kostenwachstums im Gesundheitswesen, die aus Ihrer Sicht zielgerichteter wären? Weshalb?

Was ist die Zweckmässigkeit im Vollzug?

- Welcher administrative Aufwand wäre für die Ärzteschaft mit der Einführung einer Zielvorgabe verbunden? Wir bitten Sie, hierzu möglichst eine quantitative Schätzung abzugeben (Beispielsweise «ca. XXX CHF pro Praxis und Jahr» oder «ca. XXX CHF jährlich für alle in der Schweiz tätigen Ärzte») und diese zu begründen. Die Schätzung muss nicht punktgenau sein, sollte jedoch erlauben, ein Gefühl für die ungefähre Grössenordnung der zu erwartenden Kosten zu entwickeln.
- Wie denken Sie, würde sich der administrative Aufwand über die Zeit entwickeln? Würde dieser eher steigen, sinken oder gleichbleiben? Weshalb?
- Für welche Leistungserbringer schätzen Sie den administrativen Aufwand am höchsten ein? Für welche am tiefsten? Weshalb?
- Denken Sie, dass eine Zielvorgabe kompatibel ist mit bestehenden Regulierungen im Gesundheitswesen und mit aktuellen Reformprojekten (bspw. mit dem verabschiedeten Massnahmenpaket 1 zur Kostendämpfung oder den übrigen Massnahmen in Paket 2)? Weshalb bzw. weshalb nicht?

Anmerkungen / Anregungen?

- Haben Sie weitere Anmerkungen / Anregungen?

⁸⁵ Rechtssicherheit beschreibt die klare, einfache und voraussehbare Regelung rechtlicher Verhältnisse und staatlichen Handelns. Damit verbunden ist eine konstante Rechtsprechung ohne zu häufige Gesetzesänderungen sowie ein stabiles und funktionierendes Rechtssystem.

swiss economics

Swiss Economics SE AG
Weinbergstrasse 102
CH-8006 Zürich

T: +41 (0)44 500 56 20
F: +41 (0)44 500 56 21

office@swiss-economics.ch
www.swiss-economics.ch