

Bundesamt für Gesundheit BAG

Studie zur Klärung von Umsetzungsfragen im Rahmen der Einführung einer Zielvorgabe

Schlussbericht zur Herleitung der Zielvorgabe und Datenbedarf

Zürich, 10. Juli 2020

Sabine Fries, Judith Trageser, Thomas von Stokar

Impressum

Studie zur Klärung von Umsetzungsfragen im Rahmen der Einführung einer Zielvorgabe

Schlussbericht zur Herleitung der Zielvorgabe und Datenbedarf

Schlussbericht

Zürich, 10. Juli 2020

Auftraggeber

Bundesamt für Gesundheit (BAG), Abteilung Tarife und Grundlagen

Christian Marti, Christian Vogt

Autorinnen und Autoren

Sabine Fries, Judith Trageser, Thomas von Stokar

INFRAS, Binzstrasse 23, 8045 Zürich

Tel. +41 44 205 95 95

zuerich@infras.ch

Begleitgruppe

EFV: Carsten Colombier, Eva Matter, Thomas Brändle (bis November 2019)

SECO: Dominik Hauri

Executive Summary

Ausgangslage und Konzept der Zielvorgabe

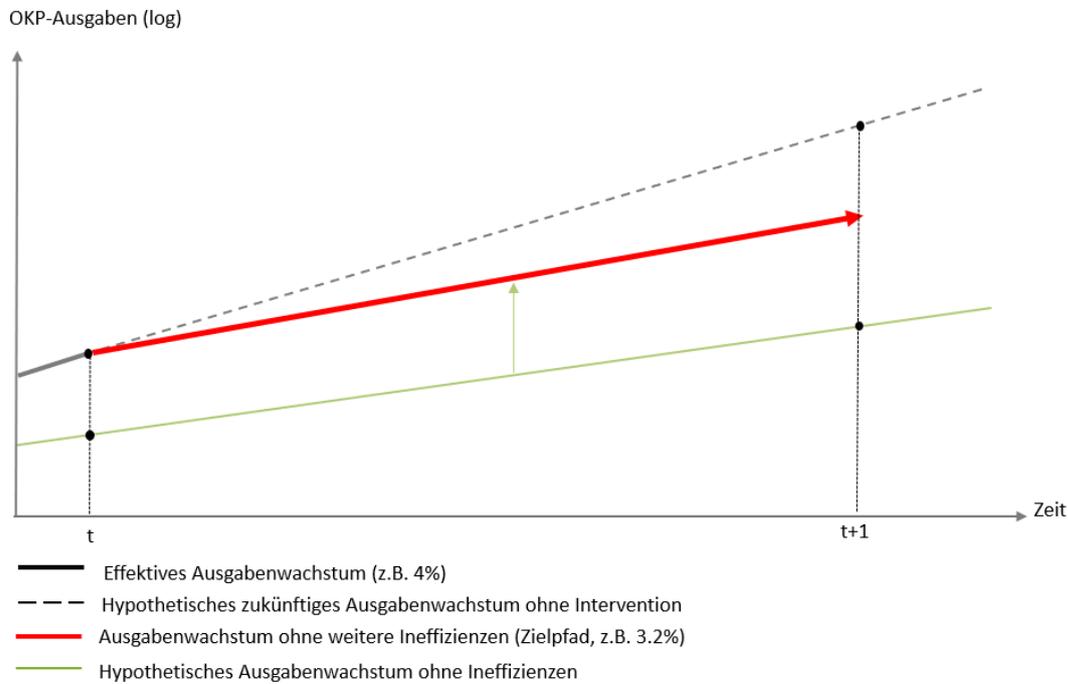
Ausgehend von seinem Kostendämpfungsprogramm vom März 2018 beschloss der Bundesrat am 8. März 2019 eine Vernehmlassungsvorlage zur Einführung einer Zielvorgabe für die Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) erarbeiten zu lassen. Im Zuge dieser Erarbeitung der Vernehmlassungsvorlage wurde INFRAS mit der Erarbeitung eines Berichts beauftragt, der folgende Aspekte untersucht: (1) die **Herleitung** einer quantitativ definierten Zielvorgabe aus relevanten Determinanten des Ausgabenwachstums und (2) die Abklärung des **Datenbedarfs** bzw. deren Verfügbarkeit zur Festlegung und Überprüfung der Zielvorgabe sowie zur Definition von Korrekturmaßnahmen. Die hier behandelten Aspekte der Umsetzung werden falls nötig auf Verordnungsebene präzisiert oder nach der Vernehmlassung im Gesetz ergänzt.

Idee der Zielvorgabe

Bei der Zielvorgabe handelt es sich um eine Vorgabe für ein maximales Wachstum der Ausgaben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) in einem bestimmten Jahr. Die Zielvorgabe soll sicherstellen, dass das Ausgabenwachstum zukünftig nur noch durch «natürliche» Determinanten bestimmt ist und Ineffizienzen vermieden werden. Folgende Abbildung zeigt dies schematisch auf. Das Ausgabenwachstum ohne Zielvorgabe ist durch die schwarze Linie gekennzeichnet. Die grüne Linie bildet das Ausgabenwachstum durch «natürliche» Determinanten ab (ohne Ineffizienzen). Die Differenz zwischen der roten und der grünen Linie bezeichnet die Effizienzreserven.¹ Die Zielvorgabe (roter Pfeil) setzt beim heutigen Ausgabenniveau (Zeitpunkt t) an. Wird die Zielvorgabe eingehalten, führt dies dazu, dass sich die Ineffizienzen relativ zu den Gesamtausgaben über die Zeit verringern.

¹ In der schematischen Darstellung bleiben die Ineffizienzen über die Zeit konstant. Dies dürfte in der Realität nicht der Fall sein, insbesondere wenn neue Regulierungen Anreize verändern oder direkt Ineffizienzen wie z.B. überhöhte Preise abbauen.

Idee der Zielvorgabe



Grafik INFRAS.

Zielvorgabe auf drei Ebenen

Die Zielvorgabe soll gemäss Gesetzesentwurf jährlich auf **drei Ebenen** festgelegt werden: Erstens legt der Bundesrat auf der nationalen Ebene die Zielvorgabe für die Gesamtausgaben fest (**nationales Gesamtkostenziel**). Das Kostenziel wird auf die einzelnen Kantone heruntergebrochen. Neben den Zielempfehlungen für jeden Kanton setzt der Bundesrat eine (einheitliche) verbindliche Toleranzmarge oberhalb seiner Empfehlung fest, innerhalb derselben die Kantone das Ziel frei wählen können. Zweitens legt jeder einzelne Kanton ein **kantonales Gesamtkostenziel** innerhalb der verbindlichen Toleranzmarge rund um die Empfehlung des Bundes fest. Drittens teilen die einzelnen Kantone ihre jeweiligen kantonalen Gesamtkostenziele auf die vom Bundesrat vordefinierten **Kostenblöcke** auf.

Auf kantonaler Ebene ist noch offen, ob das Standortkanton- oder Wohnkantonprinzip angewendet werden soll. Je nach Prinzip² umfasst die Zielvorgabe andere Ausgaben:

- Beim **Prinzip Standortkanton** bezieht sich die Zielvorgabe auf die OKP-Ausgaben, welche bei den Leistungserbringern, die im Kanton tätig sind, entstehen. Sie umfasst somit auch Ausgaben von Versicherten aus anderen Kantonen.

² Die Vor- und Nachteile dieser beiden Prinzipien werden in einem separaten Bericht (INFRAS 2020b) erläutert.

- Beim **Prinzip Wohnkanton** umfasst die Zielvorgabe alle OKP-Ausgaben der Versicherten, die in dem Kanton leben, unabhängig davon, ob sie die Leistung im Kanton selbst oder in einem anderen Kanton erhalten haben.

Überprüfung und Korrekturmassnahmen

Bei einer Zielüberschreitung können resp. müssen die Kantone (und in seinen Zuständigkeitsbereichen der Bund) prospektive Korrekturmassnahmen ergreifen. Prospektive Korrekturmassnahmen sind zunächst von den Tarifpartnern selbst vorzunehmen bzw. im Rahmen von Tarifverträgen zu vereinbaren. Kommen die Tarifpartner dem nicht nach, können resp. müssen die Kantonsregierungen selbst Massnahmen verfügen, damit die Zielvorgaben eingehalten werden können.

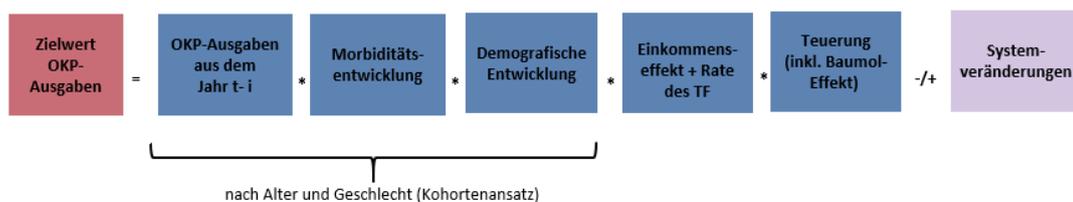
Modell zur Festlegung der Höhe der Zielvorgaben

Der vorliegende Bericht zeigt ein **Modell** auf, mit dem die Zielvorgaben auf den drei Ebenen basierend auf relevanten Determinanten hergeleitet werden können. Ausgehend von dem Modell ist die Zielvorgabe **beispielhaft für die Jahre 2019-2021 berechnet** – dies für die nationale Ebene, für ausgewählte Kostenblöcke (Medikamente, Arzt ambulant, Spital ambulant, Spital stationär) und ausgewählte Kantone. Weiter führt der Bericht aus, welche **Daten** dazu in welchem Zeithorizont für die Berechnung benötigt werden.

Modell und Determinanten

In der nationalen und internationalen Literatur sind die Determinanten für das Wachstum der Gesundheitsausgaben ausführlich diskutiert. Basierend auf einer Analyse dieser Literatur wurde folgendes Komponentenmodell mit Kohortenansatz zur Berechnung der Zielvorgabe entwickelt:

Modell zur Herleitung der Zielvorgabe



Grafik INFRAS.

Die Zielvorgabe wird gemäss diesem Modell auf Basis der OKP-Ausgaben des Vorjahres³ unter Einbezug «demografischer» Determinanten (künftige Morbiditäts- und demografischen Entwicklung) sowie «nicht-demografischer» Determinanten (Einkommenseffekt, technischer Fortschritt (TF) und Teuerung) berechnet. Geplante Politikeingriffe und Systemänderungen werden anschliessend separat berücksichtigt. Der Einbezug dieser Determinanten⁴ erfolgt gestützt auf folgende Überlegungen aus der Literatur:^{5,6}

- **Entwicklung der Demografie/Morbidität:** Bezüglich der steigenden Lebenserwartung ist relevant, in welchem Gesundheitszustand die zusätzlich gewonnenen Jahre verbracht werden. Bezüglich der künftigen Morbiditätsentwicklung bestehen allerdings gewisse Unsicherheiten. Daher wird in den meisten Projektionen mit Szenarien gearbeitet. Die AutorInnen gehen im vorliegenden Modell von der Kompromissannahme der Europäischen Kommission aus, wonach 50% der gewonnenen Lebenszeit in guter Gesundheit verbracht wird, berechnen jedoch die Sensitivitäten mit abweichenden Annahmen. Für die Demografie und Lebenserwartung werden BFS-Projektionen verwendet.
- **Einkommenseffekt und TF:** Mit zunehmendem Wohlstand einer Gesellschaft kann davon ausgegangen werden, dass die Nachfrage nach medizinischen Gütern/Dienstleistungen wächst. Der langfristige Einfluss des BIP-Wachstums auf die Gesundheitsausgaben wurde vielfach untersucht und ist statistisch belegt. Weniger klar ist jedoch, in welchem Zeithorizont sich dies niederschlägt. Die AutorInnen gehen daher von einem langfristigen realen Trend-BIP-Wachstum von 1.5% pro Jahr aus und beziehen dieses mit einer Einkommenselastizität von 0.7 (Colombier 2018) mit ein. Inwiefern der TF die Kostenentwicklung beeinflusst, ist aufgrund der Ergebnisse der Literatur unsicher. Diese Rate wird daher erst nachgelagert in das Modell einbezogen, basierend auf Schätzungen von ExpertInnen.
- **Teuerung:** Die Teuerung der Produktionsfaktoren Arbeit und Kapital wirkt sich auf die Kosten der Gesundheitsgüter und -dienstleistungen aus und muss deshalb vorausschauend in der Zielvorgabe berücksichtigt werden. Die Teuerung wird im Modell durch die Entwicklung des Landesindex der Konsumentenpreise einbezogen. Darüber hinaus wird ein (partieller) Baumoleffekt (Multiplikation mit dem Reallohnwachstum) berücksichtigt, welcher dem relativ geringeren Wachstum der Arbeitsproduktivität im Gesundheitssektor gegenüber den restlichen Wirtschaftszweigen Rechnung tragen soll.

³ bzw. Jahr $t-i$, wobei $i=5$ beispielsweise einem 5-jährigen Modell-Horizont entspricht. In der vorliegenden Studie wurde beispielhaft für eine Zielvorgabe 2021 auf das Basisjahr 2016 zurückgegriffen.

⁴ Diese Determinanten werden auch im Gesetzesentwurf zur Zielvorgabe erwähnt.

⁵ Für die nicht-demografischen Determinanten greifen die AutorInnen auf geglättete Werte zurück.

⁶ Nicht im Detail beschrieben werden andere Determinanten wie der politische Kontext, in welchem das Modell zur Anwendung kommt. Diesem Kontext muss ebenfalls Rechnung getragen werden. Beispielsweise müssen geplante Änderungen in der Regulierung situativ im Modell mitberücksichtigt werden.

Auf Ebene der Kostenblöcke und Kantone müssen gegenüber der nationalen Ebene einige Aspekte abweichend einbezogen werden:

- Auf kantonaler Ebene ist für beide Umsetzungsvarianten (Standortkanton- und Wohnkantonprinzip) die **kantonsspezifische demografische Entwicklung** einzubeziehen.
- Die **Teuerung des Faktors Arbeit** (abgebildet durch den Baumoleffekt) ist in den Kostenblöcken aufgrund der unterschiedlichen Personalintensitäten unterschiedlich. Entsprechend muss dies sowohl auf Ebene der Kostenblöcke als auch auf Ebene Kanton bei der Standortkanton-Variante berücksichtigt werden, letzteres weil sich die Bedeutung der Kostenblöcke je nach Standortkanton unterscheidet.
- Es ist davon auszugehen, dass die **Rate des TF** aufgrund des unterschiedlichen Innovationspotentials pro Kostenblock variiert. Dies muss bei der Berechnung auf Ebene der Kostenblöcke sowie bei der Standortkanton-Variante ebenfalls spezifisch berücksichtigt werden.

Ergebnisse und Fazit

Basierend auf dem entwickelten Modell kommt die beispielhaft für die Jahre 2019-2021 berechnete Zielvorgabe für das OKP-Ausgabenwachstum auf **nationaler Ebene bei rund 2.8-3% (ohne Einbezug des TF)** zu liegen. Folgende Tabelle fasst die Resultate für die Modellwerte (ohne TF) auf den drei Ebenen für die ausgewählten Beispiele über die Zeitspanne 2019-2021 zusammen:

Modellwert (ohne TF) auf allen drei Ebenen, 2019-2021

	2019	2020	2021
Nationale Ebene	2.87%	2.84%	3.01%
Kostenblock Medikamente	2.53%	2.55%	2.73%
Kostenblock Arzt ambulant	2.52%	2.53%	2.64%
Kostenblock Spital stationär	2.75%	2.77%	2.98%
Kostenblock Spital ambulant	2.56%	2.56%	2.69%
Kanton Zürich	2.80%	2.77%	2.89%
Kanton Luzern	2.88%	2.83%	2.98%
Kanton Appenzell-Innerrhoden	2.29%	2.22%	2.33%
Kanton Neuenburg	2.21%	2.25%	2.45%
Kanton Tessin	3.17%	3.13%	3.40%

Tabelle INFRAS. Eigene Berechnungen.

Gewisse «flexible» Komponenten des Modells müssen dabei noch separat addiert werden: Dies betrifft erstens die Höhe des TF. Zweitens werden Strukturveränderungen sowie Systemeingriffe durch das Modell ex-ante nicht abgebildet und müssen daher antizipiert werden. In einer

Ex-post-Analyse haben die AutorInnen eine Methode aufgezeigt, wie die Höhe einer möglichen Konstante für den TF bestimmt werden könnte. Diese Methode gibt Anhaltspunkte und könnte einem Expertengremium als Diskussionsgrundlage dienen.

Aus den Berechnungen ziehen die AutorInnen wie folgt Fazit:

- Auf Ebene der Gesamtausgaben kann das Modell die vergangene Entwicklung trotz der Schwankungen und Regulierungseingriffe relativ gut abbilden. Auf Ebene der Kostenblöcke weichen die Ex-post-Ergebnisse teils stärker von der effektiven Ausgabenentwicklung ab. Die teils grossen Schwankungen können jedoch in den meisten Fällen durch Regulierungseingriffe oder Strukturveränderungen erklärt werden. Die AutorInnen folgern daraus, dass sich das **Modell für Zielvorgaben prinzipiell gut eignet**. Es ist jedoch wichtig, **Regulierungseingriffe bzw. Systemänderungen gut zu antizipieren**, um angemessene Zielvorgaben herzuleiten.
- Auf Ebene der Kantone resultieren aus den Modellberechnungen Unterschiede aufgrund der kantonalen Demografie. Bei der Variante Standortkanton stellt sich zusätzlich die Frage, wie mit den kantonalen Unterschieden in Bezug auf die Angebotsstruktur umgegangen werden soll. Diese Unterschiede dürften die Kostenentwicklung beeinflussen und sollten bei der Festlegung der Rate des TF berücksichtigt werden. Denkbar wäre auch eine **kantonal unterschiedliche Toleranzmarge**, welche von einem Expertengremium festgelegt wird. Für eine unterschiedliche kantonale Toleranzmarge würde insbesondere sprechen, dass die Zielvorgabe lediglich das Wachstum der OKP-Ausgaben, jedoch nicht das (unterschiedliche) **Ausgangsniveau in den einzelnen Kantonen** berücksichtigt. Denn das Konzept der Zielvorgabe nimmt bestehende Unterschiede im Ausgabenniveau zwischen den Kantonen als gegeben hin – unabhängig davon, ob sie gerechtfertigt sind oder nicht.
- Die Analyse verdeutlicht ausserdem, dass sich eine Zielvorgabe auf einen **mehrjährigen Berechnungshorizont** abstützen sollte. Würde eine Zielvorgabe nur auf einem jährlichen Berechnungshorizont ermittelt, würde die Zielvorgabe jährlich stark schwanken. Mittels Ex-post-Analysen wurde ein Zeithorizont von fünf Jahren ermittelt, für den das Modell stabile Werte liefert.

Empfehlungen

Aus den Analysen werden folgende fünf Empfehlungen abgeleitet:

1. Die Zielvorgabe könnte in einem **dreistufigen Verfahren festgelegt** werden. Auf erster Stufe erfolgt die Berechnung der Zielvorgabe auf den drei Ebenen (national, kantonal, Kostenblock, ohne Einbezug des TF). Auf zweiter Stufe erfolgt eine Einschätzung durch ExpertInnen bezüglich der Rate des TF und möglichen Effekten durch Regulierungseingriffe sowie eine

kantonale Toleranzmarge. Auf dritter Stufe schliesslich erfolgt der Entscheid bezüglich der Höhe der Zielvorgabe.

2. Das Modell sollte alle drei bis fünf Jahre **rückwirkend nachjustiert** werden, wenn die nachvollziehbaren prognostizierten Parameter (Inflationsrate, Reallohnwachstum, Bevölkerungsentwicklung) effektiv stark von der Projektion abgewichen sind. Dabei sollen auch weitere Trends und politische Eingriffe berücksichtigt werden, welche das Ausgabenwachstum eventuell beeinflusst haben könnten.⁷
3. Gemäss Gesetzesentwurf soll die Zielvorgabe jedes Jahr neu festgelegt werden. Aufgrund starker Schwankungen der Determinanten (trotz Glättung im Modell) einerseits und der effektiven Ausgaben andererseits, empfehlen die AutorInnen einen **mehrjährigen Zeithorizont (z.B. 4-5 Jahre) – sowohl für die Festlegung als auch die Überprüfung der Zielvorgabe**. Dies würde unter anderem auch die Planungssicherheit erhöhen.
4. Bei der Einführung einer Zielvorgabe muss schliesslich der gesamte Kontext der Gesundheitsausgaben mitbetrachtet werden. Mit der Einführung einer Zielvorgabe nur für die OKP-Ausgaben besteht die Gefahr, dass gewisse Ausgaben auf den Bereich ausserhalb der OKP-versicherten Ausgaben verdrängt werden (z.B. in den Bereich der Zusatzversicherung). Daher müssen die **Korrekturmassnahmen klug ausgestaltet** sein, um Fehlanreize zu minimieren (vgl. INFRAS 2020b zur Vertiefung dieser Frage auf Ebene der Kantone).
5. Sollte ausserdem für die Umsetzung das Standortkanton-Prinzip gewählt werden, muss künftig eine **Datenlücke (Ausgaben pro leistungsbeziehende Person im Kanton) geschlossen werden**.

⁷ z.B. Verlagerungseffekte aufgrund von politischen Massnahmen