



Die Kostenbremse des Bundes: Eine Anmassung von Wissen

Stefan Felder

Professor der Universität Basel



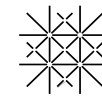
Friedrich Hayek (*The Use of Knowledge in Society*, AER 1945)

- Den „Sozialingenieuren“, die eine Gesellschaft auf dem Reißbrett planen wollen, warf er „die Anmassung von Wissen“ vor.
- Die planende Stelle kann niemals über alle Informationen verfügen, die für eine vernünftige Planung benötigt werden.
- Nur der freie Markt bilde im Preissystem alle relevanten Informationen ab und führe zu sinnvollen Allokationen.

Art. 54 Kostenziele

- 1 Der Bundesrat legt einen *Prozentsatz für den maximalen Anstieg der Kosten* der Leistungen nach diesem Gesetz im Vergleich zum Vorjahr fest (Kostenziel):
 - a. für die *gesamten Leistungen* in der Schweiz;
 - b. für folgende Leistungen in der ganzen Schweiz:
 1. Analysen,
 2. Arzneimittel,
 3. Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung und Behandlung dienen,
 4. Leistungen, für welche die Tarifpartner gesamtschweizerische Tarifverträge nach Artikel 46 Absatz 4 abgeschlossen haben, in denen ein gesamtschweizerisch einheitlicher Tarif vereinbart wurde.

Art. 54 Kostenbremse des Bundes

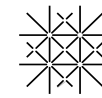


Universität
Basel

Wirtschaftswissenschaftliche
Fakultät

- 2 Gestützt auf die Kostenziele nach Absatz 1 legt er fest:
- a. das Kostenziel für *jeden Kanton* für die *gesamten* Leistungen;
 - b. eine für alle Kantone *einheitliche* Toleranzmarge, um die diese vom Kostenziel nach Buchstabe a abweichen können;
 - c. *Richtwerte für die Aufteilung* des für die Einhaltung des Kostenziels zulässigen Kostenanstiegs auf die *einzelnen Kostenblöcke* in den Kantonen;

Art. 54 Kostenbremse des Bundes



Universität
Basel

Wirtschaftswissenschaftliche
Fakultät

- 3 Bei der Festlegung der Kostenziele und der Toleranzmarge geht er vom *medizinischen Bedarf* aus und berücksichtigt namentlich:
- a. die *wirtschaftliche Entwicklung* und die allgemeine Lohn- und Preisentwicklung;
 - b. die *Demografie* und die *Morbidität* der Wohnbevölkerung;
 - c. den *medizinisch-technischen Fortschritt*;
 - d. das *Effizienzpotenzial*.

Fragen:

- Hat der Bundesrat die wissenschaftlichen Grundlagen, um Art. 54 umzusetzen?
- Haben BR und Kantone die Daten?
- Können Leistungserbringer top down gesteuert werden, um Kostenziele zu erreichen?
- Mit welchen Konsequenzen wäre zu rechnen?

Kostenkomponenten auf Bundesebene

	Prognose 2021			Prognose 2022		
	Punktschätzer	Unterer Wert	Oberer Wert	Punktschätzer	Unterer Wert	Oberer Wert
Arztleistungen	2.9	0.4	5.5	2.9	0.3	5.6
Pflege	0.4	-2.2	3.1	0.5	-2.8	3.8
Laboratorien	4.8	1.1	8.5	4.6	0.8	8.3
Physio	6.1	1.4	10.8	3.8	-1.1	8.6
Spital Ambulant	6.5	2.7	10.4	5.2	1.2	9.2
Spital Stationär	1.0	-4.1	6.0	0.1	-5.2	5.4
Spitex	5.6	2.6	8.5	5.6	2.6	8.6
Medikamente	1.6	-0.5	3.8	1.9	-0.6	4.5

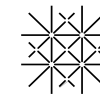
Anmerkung:

Der untere resp. obere Wert ergeben zusammen das 90% Konfidenzintervall der jeweiligen Schätzung

- Statistisch ist alles möglich zwischen dem Unteren und dem oberen Wert
- In 3 von 8 Komponenten ist auch eine negative Wachstumsrate denkbar
- Würde das 95% Konfidenzintervall angegeben (was eigentlich üblich ist), wären noch mehr untere Werte negativ.

Quelle: KOF ETHZ 2021

Die Prognose von ETH-KOF zh. BAG



Universität
Basel

Wirtschaftswissenschaftliche
Fakultät

Pro-Kopfkosten auf Kantonsebene I

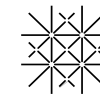
	Prognose 2021			Prognose 2022		
	Punktschätzer	Unterer Wert	Oberer Wert	Punktschätzer	Unterer Wert	Oberer Wert
AG	3.0	0.3	5.8	2.8	0.0	5.6
AI	2.5	-2.4	7.5	2.3	-2.7	7.2
AR	3.5	-0.5	7.6	3.0	-1.1	7.1
BE	3.2	-0.3	6.8	2.5	-1.0	6.1
BL	4.0	0.2	7.8	2.8	-1.0	6.6
BS	2.3	-0.4	5.0	1.5	-2.3	5.3
FR	3.4	0.8	5.9	2.1	-0.5	4.7
GE	3.5	0.0	6.9	0.9	-3.4	5.2
GL	3.0	-0.7	6.6	3.5	-0.1	7.1
GR	3.9	0.8	6.9	2.6	-1.3	6.5
JU	3.1	-2.2	8.3	2.7	-2.5	8.0
LU	4.7	0.1	9.3	3.2	-1.4	7.8
NE	3.1	-1.1	7.2	3.2	-1.0	7.3

Quelle: KOF ETHZ 2021



bche
basel center for health economics

Die Prognose von ETH-KOF zh. BAG



Universität
Basel

Wirtschaftswissenschaftliche
Fakultät

Pro-Kopfkosten auf Kantonsebene II

	Prognose 2021			Prognose 2022		
	Punktschätzer	Unterer Wert	Oberer Wert	Punktschätzer	Unterer Wert	Oberer Wert
NW	4.6	-0.1	9.3	3.6	-1.1	8.3
OW	5.1	0.8	9.5	3.6	-0.8	7.9
SG	2.4	-0.2	5.0	3.8	0.2	7.5
SH	1.8	-0.7	4.2	3.8	0.9	6.7
SO	3.5	-0.4	7.3	3.0	-0.9	6.8
SZ	3.9	0.3	7.5	3.6	0.0	7.2
TG	3.7	1.3	6.0	2.4	-0.8	5.7
TI	6.1	3.7	8.5	0.7	-1.7	3.2
UR	3.6	-1.7	8.9	2.5	-2.8	7.8
VD	2.5	0.2	4.8	1.5	-1.8	4.7
VS	4.6	2.3	6.9	2.6	0.0	5.2
ZG	3.7	-0.2	7.7	3.0	-1.0	7.0
ZH	2.9	0.3	5.6	1.8	-0.8	4.4



bche
basel center for health economics

- Anteil der Ü65-Jährigen,
- Ärztedichte,
- Arbeitslosigkeitsquote,
- Einkommensentwicklung

KOF ETHZ (2021, Seite 3) hält dazu fest:

«Die Machbarkeitsstudie von Köthenbürger und Sandqvist (2018) kam daher auch zum Schluss, dass ein Modell ohne Exogene die beste durchschnittliche Prognosegüte aufweist».

Eigene Schätzungen auf der Grundlage von SASIS Daten

- Bundesebene
 - Wachstumsraten: funktioniert schlecht
 - Pro Kopf-Kosten:

	Est.	S.E.	t val.	p		Mean	Minimum	Maximum
(Intercept)	378.24	657.78	0.58	0.57				
ü64	90.39	25.82	3.50	0.00	ProKopf	3029	1539	5127
Ärzte	1.25	0.29	4.23	0.00	Ü64	0.18	0.13	0.23
Einkommen	0.01	0.01	1.21	0.24	Ärzted.	3.44	1.40	10.85
Arblr	3.44	0.50	6.85	0.00	Eink.	36280	25890	75724
					Arblr.	2.72	0.69	7.37

Eigene Schätzungen auf der Grundlage von SASIS Daten

- Kantonsebene
 - Wachstumsraten: funktioniert nicht
 - Pro Kopf-Kosten: funktioniert nicht

- Es gibt keine statistische Grundlage für die Festlegung von Wachstumskorridoren, weder für
 - die Entwicklung der Pro-Kopf-Kosten und der Kostenkomponenten auf *Bundesebene*,
 - geschweige denn für die Kostenentwicklung auf Kantonsebene.
- Die Festlegung der Korridore ist Willkür.

Haben BR und Kantone die Daten?



Universität
Basel

Wirtschaftswissenschaftliche
Fakultät

- Versorgungsdaten sind bei den Krankenversicherern (rund 40)
- Kantone haben die Daten nur dort, wo sie mitvergüten (stationärer Sektor, Langzeitpflege)
- Selbst wenn sie wollten, hätten sie aktuell nicht die Grundlage, mit Hilfe von Versorgungsdaten Kostenkorridore für Komponenten der Leistungen festzulegen.



bche

basel center for health economics

Fragen:

- Können Leistungserbringer top down gesteuert werden, um Kostenziele zu erreichen?
- Mit welchen Konsequenzen wäre zu rechnen?

Fragen:

- Können Leistungserbringer top down gesteuert werden, um Kostenziele zu erreichen?
- Mit welchen Konsequenzen wäre zu rechnen?

Anzahl Leistungserbringer

- 276 Krankenhäuser
- 38'000 Ärzte, davon 20'000 in freier Praxis
- Heterogenität der Leistungserbringer
 - Spezialisierung
 - behandelte Patienten

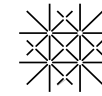
Instrumente der Steuerung

- Kostenbegrenzung (z.B. Praxisbudgets)
- Mengengrenzung (stationärer Bereich)

Probleme:

- Ungleichbehandlung von Patienten: wer zu spät bekommt, wird bestraft
- Ausweichverhalten von Leistungserbringern

Was wäre angezeigt?



Universität
Basel

Wirtschaftswissenschaftliche
Fakultät

- Beschränkung des gesetzlichen Leistungskatalogs
(WZW Kriterien umsetzen)
- Dezentrale Lösungen
Aufhebung des Kontrahierungszwanges

Fragen:

- Hat der Bundesrat die wissenschaftlichen Grundlagen, um Art. 54 umzusetzen? **Nein**
- Haben BR und Kantone die Daten? **Nein**
- Können Leistungserbringer top down gesteuert werden, um Kostenziele zu erreichen? **Kaum**
- **Unerwünschte** Konsequenzen