



Kosteneinsparungen durch EFAS

Gutachten im Auftrag von
CSS Versicherungen, Helsana Versicherungen, Swica Krankenversicherung



Kosteneinsparungen durch EFAS

Gutachten im Auftrag von
CSS Versicherungen, Helsana Versicherungen, Swica Krankenversicherungen

Autoren: Dr. Harry Telser
Delia Meyer

7. September 2018

Inhaltsverzeichnis

In Kürze	4
1 Ausgangslage	6
1.1 Fehlanreize im aktuellen System der dual-fixen Spitalfinanzierung	6
1.2 Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen	6
1.3 Auftrag und Gliederung	7
2 Ergebnisse der Literaturrecherche	8
3 Konzept zur Berechnung der Einsparungen	10
3.1 Berechnung der Effekte mit Resultaten von Kauer (2017).....	10
3.2 Die Resultate von Trottmann et al. (2012)	12
4 Zusätzliche Einsparungen für die Versicherer aufgrund von EFAS	13
5 Literaturverzeichnis.....	15

In Kürze

Im heutigen Finanzierungssystem der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) bezahlen die Krankenversicherer 100% der ambulanten und maximal 45% der stationären Leistungen. Die restlichen 55% der stationären Leistungen werden von den Kantonen bezahlt. Dieses System der dual-fixen Spitalfinanzierung steht bereits seit langem in der Kritik, weil es mit verschiedenen Fehlanreizen verbunden ist.

Die unterschiedliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen führt zu dem, dass – immer wenn eine Leistung entweder ambulant oder stationär erbracht werden kann – die Art der Leistungserbringung für die Finanziierer eine Rolle spielt. Solange eine ambulant durchgeführte Operation und Behandlung mehr kostet als 45% der Kosten einer medizinisch gleichwertigen stationären Behandlung, haben die Krankenversicherer keinen Anreiz, die ambulante Leistung einzufordern, auch wenn deren Gesamtkosten niedriger ausfallen. Für die Kantone wirken die Anreize genau umgekehrt. Rein aus finanzieller Sicht hätten sie ein Interesse an ambulanter Leistungserbringung, da sie dort keine Kosten mittragen müssen.

Zum anderen reduziert die dual-fixe Spitalfinanzierung die Transparenz der Gesundheitsausgaben. Während Kosten für ambulante Leistungen vollständig in den Krankenkassenprämien sichtbar werden, sind Kosten für stationäre Leistungen teilweise in den kantonalen Steuern enthalten. Dies mindert die Innovationsanreize im Prämienwettbewerb der Krankenversicherer. Schafft es beispielsweise ein Versicherer oder eine Managed-Care-Organisation mit intensiver ambulanter Betreuung, Patienten aus dem Spital fernzuhalten, wird der resultierende Spareffekt in seinen Prämien nicht oder nur zum Teil sichtbar, da der Kanton 55% der stationären Einsparungen erhält, die ambulanten Mehrkosten aber zu 100% vom Versicherer getragen werden müssen.

Aus diesen Gründen fordern die Krankenversicherer bereits seit einiger Zeit eine monistische Finanzierung aller OKP-Leistungen. Derzeit ist unter dem Namen EFAS (einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen) ein solcher Vorschlag der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats in der Vernehmlassung. Der Übergang zu einer einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen würde die Fehlanreize des heutigen Systems beseitigen. Es ergäben sich bessere Anreize, die insgesamt effizienteste Versorgung zu wählen. Kantone und Krankenversicherer haben die gleichen Anreize. Zusätzlich werden die Modelle der integrierten Versorgung attraktiver, weil Einsparungen im stationären Bereich vollständig als Prämienreduktion weitergegeben werden können. Wenn mehr Versicherte, die heute noch im Standardmodell versichert sind, diese Modelle wählen, kann dies positive Auswirkungen sowohl auf die Qualität als auch Wirtschaftlichkeit der Versorgung haben. Zudem wird es aufgrund des vermehrten Wechsels auch für die Krankenversicherer attraktiver, in Zukunft solche Modelle zu entwickeln oder weiter zu verbessern, weil sie sich dadurch im Prämienwettbewerb Vorteile verschaffen können. Sollte es gelingen, dass in diesem Prozess die Modelle der integrierten Versorgung zunehmend auch für kränkere Personen attraktiver werden, könnten die Kosteneinsparungen in der dynamischen Perspektive noch höher ausfallen, weil diese Versicherten im Durchschnitt auch deutlich höhere Gesundheitsausgaben aufweisen.

Im vorliegenden Gutachten schätzen wir den Prämieneffekt durch die Einführung von EFAS bei Versicherungsmodellen der integrierten Versorgung für das Jahr 2017 ab, das heisst wie viel Einsparungen durch integrierte Versicherungsmodelle, welche heute dem Kanton zugutekommen, könnten unter EFAS für Prämienrabatte für Versicherte in diesen Modellen eingesetzt werden. In einem ersten Schritt haben wir dazu eine Recherche zur wissenschaftlichen Literatur durchge-

führt, die sich mit den Auswirkungen der integrierten Versorgung in der Schweiz auf die Gesundheitsausgaben befasst. Wir konnten zwei relativ aktuelle Arbeiten identifizieren, welche die Einsparungen von HMO-Versicherungsmodellen sowohl bei den stationären als auch bei den gesamten OKP-Kosten untersuchten. Beide Publikationen haben den reinen Einsparungseffekt durch die integrierte Versorgung von möglichen Selektionseffekten getrennt. So ist ein Teil der gesamten Kosteneinsparungen darauf zurückzuführen, dass häufiger gesunde Personen solche Modelle wählen und damit Personen mit niedrigeren Gesundheitsausgaben übervertreten sind. Die Publikationen konnten aufzeigen, dass die integrierte Versorgung in HMO-Modellen sowohl zu weniger und kostengünstigeren Spitalaufenthalten führt als auch die gesamten OKP-Kosten deutlich senkt.

Anhand dieser beiden Literaturquellen haben wir ein Auswertungskonzept entwickelt, wie man aus den Resultaten die zusätzlichen Prämieinsparungen für HMO-Versicherte berechnen kann, die heute aufgrund der dual-fixen Spitalfinanzierung den Kantonen zugutekommen und nicht an die Versicherten weitergegeben werden können. Dabei zeigte sich, dass nur eine der beiden Publikationen alle nötigen Informationen beinhaltet, um die Grössenordnung dieses Effekts berechnen zu können. Die Krankenversicherer CSS, Helsana und Swica stellten uns schliesslich die gemäss diesem Auswertungskonzept benötigten Informationen aus ihren Abrechnungsdaten des Jahres 2017 zur Verfügung.

Die Resultate unserer Berechnungen zeigen, dass im heutigen System Nettoeinsparungen durch integrierte Versorgung in der Grössenordnung von 200 CHF pro HMO-Versicherter in diesen Modellen resultieren, welche unter EFAS nicht mehr beim Kanton, sondern bei den Krankenversicherern anfallen würden. Durch die Einführung von EFAS könnten die Versicherungsprämien von HMO-Versicherten damit um rund 6% reduziert werden, was einer Erhöhung der heutigen Rabatte um rund 20% entspricht.

1 Ausgangslage

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (SGK-NR) hat am 20. April 2018 einen Vorentwurf zur Regelung eines monistischen Finanzierungssystems verabschiedet. Die Krankenkassen und die Kantone sollen Behandlungen einheitlich finanzieren, unabhängig davon ob diese ambulant oder stationär durchgeführt werden. Man spricht deswegen auch von der einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS). Die Vorlage ist derzeit in der Vernehmlassung.

1.1 Fehlanreize im aktuellen System der dual-fixen Spitalfinanzierung

Das heutige Finanzierungssystem der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) ist zweigeteilt. Die ambulanten Leistungen werden vollständig von den Krankenversicherern finanziert, während die stationären Leistungen gemeinsam von den Krankenversicherern und den Kantonen finanziert sind (dual-fixe Spitalfinanzierung). Dabei werden die Nettokosten der stationären Leistungen zu (mindestens) 55% vom Kanton und zu (maximal) 45% von den Versicherern getragen, während die ambulanten Nettokosten 100% zu Lasten des Versicherers gehen.

Diese unterschiedliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen hat Fehlanreize zur Folge. Dies gilt vor allem für Leistungen, die sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden können. Solange eine ambulant durchgeführte Operation und Behandlung mehr kostet als 45% der Kosten einer medizinisch gleichwertigen stationären Behandlung, haben die Krankenversicherer keinen Anreiz, die ambulante Leistung einzufordern, auch wenn deren Gesamtkosten niedriger ausfallen. Die Prämien würden stärker belastet, als wenn die vom Kanton «subventionierte» stationäre Behandlung in Anspruch genommen würde. Genau entgegengesetzt liegen die Interessen der Kantone, was sich nicht zuletzt in der Initiative «ambulant vor stationär» zeigt, bei der die Kantone für gewisse Behandlungen vorschreiben, dass sie primär ambulant durchgeführt werden müssen.

Ein weiterer Fehlanreiz der heutigen dual-fixen Spitalfinanzierung liegt darin, dass integrierte Versorgung (Managed Care) behindert wird. Integrierte Versorgung heisst im Wesentlichen, dass die einzelnen Therapieschritte, die häufig von unterschiedlichen Leistungserbringern wie Allgemeinpraktikern, Physiotherapeuten, Spezialärzten etc. erbracht werden, von einer zentralen Stelle (Managed-Care-Organisation) koordiniert und aufeinander abgestimmt werden. Sie findet sich in der Schweiz in der Form von besonderen Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Leistungserbringerwahl. Die Versicherten können diese freiwillig wählen und erhalten dafür einen Prämienrabatt. Die integrierte Versorgung soll sowohl die Qualität als auch die Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung erhöhen. Integrierte Versorgung kann unnötige Behandlungen, darunter auch unnötige Spitalbehandlungen, verhindern. Die Einsparungen im stationären Bereich können allerdings nicht vollständig, sondern nur zu 45% in Prämienrabatte umgewandelt werden, während allfällige Mehrkosten im ambulanten Bereich zu 100% von den Managed-Care-Organisationen und den Krankenversicherern übernommen werden müssen (Leu, 2005, S. 90). Dadurch werden Innovationsanreize geschwächt, Kosten im stationären Bereich zu sparen.

1.2 Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen

Die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen sieht vor, dass der Kanton sich sowohl an ambulanten wie auch an stationären Kosten beteiligt. Neu sollen 25.5% der

Nettokosten, welche im ambulanten und im stationären Sektor anfallen, durch den Kanton finanziert werden (SGK-N, 2018). Der Systemwechsel würde so kostenneutral für die Kantone und die Versicherer ausfallen.

Wie diese Änderung konkret umgesetzt werden soll, ist noch nicht völlig klar. Einerseits gibt es die Pauschalbetragsvariante, bei welcher der Kantonsbeitrag über einen Pauschalbetrag pro versicherte Person an die Versicherer ausbezahlt werden soll. Die Höhe des Pauschalbetrags orientiert sich an den Durchschnittsleistungen der Versicherten. Andererseits gibt es die Risikoausgleichsvariante, bei welcher der Kanton einen Betrag pro Person an die Versicherer zahlt, welcher je nach Risikogruppe, zu welcher das Individuum gehört, unterschiedlich hoch ausfällt. Ebenfalls noch in der Diskussion ist die Leistungskostenvariante, bei welcher der Kanton 25.5% von jeder medizinischen Leistung übernimmt. Dieses Finanzierungssystem entspräche vom Prinzip her der heutigen Finanzierung der stationären Leistungen.

Die Auswirkungen von EFAS ergeben sich vor allem über die Änderung der Anreize und fallen deshalb in der Zukunft an. Es ergeben sich bessere Anreize, die insgesamt effizienteste Versorgung zu wählen. Kantone und Krankenversicherer haben die gleichen Anreize. Zusätzlich werden die Modelle der integrierten Versorgung attraktiver. Wenn Einsparungen im stationären Bereich vollständig als Prämienreduktion weitergegeben werden können, werden in Zukunft mehr Versicherte diese Modelle wählen, was voraussichtlich positive Auswirkungen sowohl auf die Qualität als auch Wirtschaftlichkeit der Versorgung hat. Ein vermehrter Wechsel von Versicherten würde es aber auch für die Krankenversicherer attraktiver machen, solche Modelle (weiter) zu entwickeln, weil sie mit anderen Versicherern im Wettbewerb um Versicherte stehen. Damit könnte eine dynamische Wechselwirkung entstehen, bei der in Zukunft noch mehr Versicherte wechseln könnten als zu Beginn.

In einer statischen Betrachtung ändern sich die Gesamtkosten der Kantone und der Versicherer jedoch nicht, da EFAS kostenneutral eingeführt werden soll und damit der Anteil an den Gesamtkosten, welchen der Kanton übernimmt, gleichbleibt. Was sich ändert, sind die berechneten Einsparungen von Managed-Care-Modellen und damit die Höhe der Prämienreduktionen für die Managed-Care-Versicherten. Diese niedrigeren Prämien für die Managed-Care-Versicherten müssen in der statischen Sicht jedoch durch höhere Prämien bei den übrigen Versicherten wettgemacht werden, weil dort die Spitalkosten neu weniger stark durch den Kanton «subventioniert» werden. Erst in der dynamischen Sicht ist mit den beschriebenen Einsparungseffekten zu rechnen, die sich aus dem Abbau der heutigen Fehlanreize ergeben.

1.3 Auftrag und Gliederung

Die drei Krankenversicherer Helsana, CSS und Swica haben Polynomics beauftragt, in einem Gutachten den oben beschriebenen Prämieneffekt durch die Einführung von EFAS bei Versicherungsmodellen der integrierten Versorgung abzuschätzen. Dazu soll zuerst ein Konzept erarbeitet werden, wie sich die heutigen Kosteneinsparungen in gesteuerten Managed-Care-Modellen bestimmen lassen. Dabei sollen insbesondere die verhinderten Spitalaufenthalte und die daraus entstehenden Minderkosten quantifiziert und daraus die unter EFAS zusätzlich möglichen Prämienreduktionen berechnet werden. Das Konzept soll keine ausgiebige Datenstudie beschreiben, sondern wo möglich Informationen aus bestehenden wissenschaftlichen Publikationen verwenden. Anschliessend sollen das Konzept mit Daten, welche von den drei auftraggebenden Krankenversicherern geliefert werden, umgesetzt und die möglichen Prämieeinsparungen in Modellen der integrierten Versorgung abgeschätzt werden.

Im Folgenden Kapitel 2 beschreiben wir die Ergebnisse der Literaturrecherche. Dabei handelt es sich nicht um eine systematische Literaturrecherche im akademischen Sinn. Vielmehr wurde der Fokus auf aktuelle empirische Studien aus der Schweiz gelegt, die Kosteneinsparungen von Managed-Care-Modellen ermitteln. Da es sich um die Berechnung von Einsparungen von Kosten im stationären Bereich handelt, sollten die Studien den Aspekt der Spitalkosten gesondert untersuchen. Anschliessend beschreiben wir in Kapitel 3 das Auswertungskonzept, welches wir anhand der Ergebnisse der Literatur entwickeln. Kapitel 4 zeigt die Ergebnisse der Berechnungen.

2 Ergebnisse der Literaturrecherche

Managed Care ist seit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) 1996 ein fester Bestandteil des schweizerischen Gesundheitssystems und einer der wenigen Bereiche, wo die Krankenkassen experimentieren und alternative Versicherungsmodelle zusammen mit den Leistungserbringern entwickeln können. Durch diese Sonderstellung von Managed Care beschäftigt sich auch die Wissenschaft und insbesondere die Gesundheitsökonomie in der Schweiz bereits seit 20 Jahren mit den Auswirkungen von Managed Care (MC).

Einer der wichtigsten Aspekte stellt dabei die Trennung von Einsparungen durch die integrierte Versorgung und Selektionseffekten dar. Da es sich bei MC-Modellen immer um Versicherungsmodelle mit einer eingeschränkten Leistungserbringerwahl handelt, wechseln gesunde Versicherte (gute Risiken) häufiger zu dieser Variante als kranke Versicherte (schlechte Risiken). Das hat zur Folge, dass niedrigere Kosten in MC-Modellen auch dadurch zustande kommen können, weil überproportional gute Risiken mit niedrigeren Gesundheitsausgaben vertreten sind. Um die «echten» (d. h. risikokorrigierten) Kosteneinsparungen der integrierten Versorgung zu berechnen, müssen die Kostenunterschiede durch die Selbstselektion der Versicherten herausgerechnet werden, was wissenschaftlich gesehen relativ anspruchsvoll ist und eine gute Datenlage voraussetzt.

Eine erste Literaturübersicht zu Managed Care, welche die Schweiz im Fokus hatte, erstellten Berchtold & Hess (2006). In dieser Studie systematisierten die Autoren die Literatur u. a. nach den verschiedenen Ebenen von Managed Care:

- MC als Gesamtsystem
- MC-Institutionen:
 - Hausarztmodelle
 - Health Maintenance Organisations (HMO)
 - Call-Center (Telmed)
- MC-Instrumente
 - Gatekeeping
 - Guidelines
 - Case Management
 - Disease Management
 - Demand Management/Telefontriage
 - Vergütungsmodelle

Die Autoren finden, dass in der Schweiz vor allem für die HMO-Modelle konsistent ein risikokorrigiertes Einsparpotential von 20-30% ausgewiesen wird. Die meisten Arbeiten schreiben dieses dem Gatekeeping und den alternativen Vergütungsformen wie beispielsweise Capitation zu. Hausarztmodelle, welche nur das Gatekeeping aufweisen, nicht aber die Budgetmitverantwortung der Leistungserbringer wie bei den HMO, weisen deutlich geringere Einsparpotenziale auf.

Rund zehn Jahre nach dieser ersten Literaturübersicht publizieren Blatter & Albin (2015) eine Aktualisierung. Die Autoren zeigen, dass sich MC-Modelle im Vergleich zur traditionellen OKP als eine kostengünstigere Versorgungsform erweisen. Risikokorrigiert zeigen die betrachteten Studien Kosteneinsparungen von knapp 4% bis 40% auf.

Im vorliegenden Bericht geht es primär um die Einsparungen durch MC im stationären Bereich. Keine der in diesen beiden Literaturübersichten beschriebenen Schweizer Studien geht auf diesen Aspekt gesondert ein. In der neueren Literatur finden sich jedoch gleich drei Schweizer Arbeiten, welche empirische Resultate zur Inanspruchnahme von stationären Leistungen in MC-Modellen ausweisen.

Trottmann et al. (2012) untersuchen die nachfrage- und angebotsseitige Kostenteilung im sozialen Krankenversicherungssystem der Schweiz mit CSS-Krankenversicherungsdaten zwischen 2003 bis 2006 von erwachsenen Versicherten. Den Effekt der angebotsseitigen Kostenteilung (Budgetmitverantwortung in HMO) auf die Gesundheitsausgaben wird mit einem zweistufigen ökonomischen Modell geschätzt. Um den Selektionseffekt zu neutralisieren kontrollieren die Autoren für den Gesundheitszustand, welcher aus früheren Gesundheitsausgaben angenähert wird. Ein MC-Modell verringert gemäss dieser Arbeit die Wahrscheinlichkeit, Krankenhauskosten aufzuweisen. Ausserdem konnten Trottmann et al. (2012) auf der zweiten Stufe des Modells zeigen, dass gegeben ein MC-Versicherter weist stationäre Kosten auf, diese risikokorrigiert um 11.6% unter denjenigen von traditionell OKP-Versicherten liegen.

Kauer (2017) schätzte die Langzeiteffekte von HMO-Modellen auf die Gesundheitskosten insgesamt sowie die Anzahl Tage, welche Versicherte im Spital verbringen.¹ Er verwendet Krankenversicherungsdaten von erwachsenen Versicherten der CSS über einen Zeitraum von 12 Jahren (2003-2014). In seiner Analyse werden Erwachsene, welche 2003 und 2004 in einem Standardmodell versichert waren, aber 2005 zu einer HMO mit Budgetverantwortung gewechselt sind, zur Behandlungsgruppe gezählt. Die Analyse wurde mit zwei verschiedenen Stichproben durchgeführt: Die restriktive Stichprobe zählt nur Versicherte zur Behandlungsgruppe, welche über die gesamte 10-Jahres-Periode von 2005 bis 2014 in einer HMO versichert waren, während die grössere Stichprobe alle Versicherten, welche im Jahr 2005 zu einer HMO gewechselt haben, zur Behandlungsgruppe zählt. In die Kontrollgruppe werden Versicherte eingeteilt, welche während der 12 Jahre zwischen 2002-2014 im Standardmodell versichert waren. Mittels Propensity-Score Matching wurde der Selektionseffekt neutralisiert. Bei diesem Verfahren wird jedem MC-Versicherten ein «Zwilling» mit den gleichen Risikoausprägungen im Standardmodell gesucht, so dass am Schluss zwei Stichproben mit vergleichbaren Individuen resultieren, die sich nur im Versicherungsmodell unterscheiden. Kauer (2017) findet, dass ein HMO-Modell die Anzahl Tage in einem Spital in den ersten 6 (restriktive Stichprobe) bzw. 4 Jahren (grössere Stichprobe) statistisch signifikant in der Grössenordnung von -50% reduziert. Da die Wahrscheinlichkeit, positive Gesundheitskosten aufzuweisen, in MC-Modellen eher grösser ist als im Standardmodell,² kommt Kauer (2017) zum Schluss, dass die Reduzierung der Anzahl Spitaltage aufgrund der

¹ Spitalaufenthalte aufgrund von Mutterschaft und Pflegeheimaufenthalte werden nicht zur Anzahl Tage im Spital gezählt.

² Dieses Ergebnis bestätigen z. B. auch Trottmann et al. (2012) sowie für die USA Deb et al. (2006).

Steuerung in den MC-Modellen mit daraus folgend weniger Spitalaufenthalten zustande kommt, und nicht durch Abschreckung, Leistungen in Anspruch zu nehmen.

Huber et al. (2016) bestimmen den Einfluss von Managed-Care-Modellen auf krankheitsbezogene Spitalaufenthalte und Gesundheitskosten von Patienten mit Diabetes, Herz-Kreislauf-erkrankungen, sowie Atemwegserkrankungen mit Helsana-Krankenversicherungsdaten von 2012 bis 2013. Mittels Propensity-Score Matching wurde der Selektionseffekt neutralisiert, und als abhängige Variable wurde eine Indikatorvariable verwendet, welche den Wert eins annimmt, wenn ein Patient mindestens einen krankheitsbezogenen Spitalaufenthalt hatte. Die Wahrscheinlichkeit, mindestens einen krankheitsbezogenen Spitalaufenthalt zu haben, reduziert sich für MC-Versicherte mit Diabetes um 4%, während sie sich für Versicherte mit Herz-Kreislauf-erkrankungen um 1% reduziert. Für Versicherte mit Atemwegserkrankungen fanden die Autoren keinen signifikanten Effekt.

3 Konzept zur Berechnung der Einsparungen

Zur Berechnung der Nettoeffekte der EFAS benötigen wir die geschätzten Effekte der HMO auf die Inanspruchnahme stationärer Leistungen der Versicherten. Das Papier von Huber et al. (2016) untersucht diese Effekte für Patienten mit den drei erwähnten chronischen Krankheiten, weshalb die Resultate dazu dienen, die Kosteneinsparungen genau dieser MC-Versicherten zu berechnen. Die Datenanforderungen scheinen uns jedoch zu hoch für eine konkrete Berechnung. Sämtliche Spitalaufenthalte, die in Bezug auf Diabetes, Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen zurückzuführen sind, müssten identifiziert werden, was sehr aufwändig wäre. Die Papiere von Trottmann et al. (2012) und Kauer (2017) schätzen die Kosteneinsparungen im stationären Bereich für erwachsene HMO-Versicherte. Das Papier von Trottmann et al. (2012), weist aber nicht alle zur Berechnung der Nettoeffekte benötigten Grössen aus und aus diesem Grund können wir nur die Richtung des Effekts, nicht aber die Grösse diskutieren. Von den drei erwähnten Studien mit Resultaten zur Inanspruchnahme stationärer Leistungen dient daher nur das Papier von Kauer (2017) zur Berechnung der Nettoeffekte der EFAS.

Im Folgenden gehen wir daher genauer auf die empirische Evidenz des Papiers von Kauer (2017) ein und beschreiben eine Methode zur Berechnung der Effekte von EFAS für die Prämienreduktionen von MC-Versicherten. Analog zum Papier können diese nur für HMO-Versicherte in Modellen mit Budgetverantwortung berechnet werden. Zudem gehen wir kurz auf die Methode des Papiers von Trottmann et al. (2012) ein und interpretieren die Richtung der Effekte.

3.1 Berechnung der Effekte mit Resultaten von Kauer (2017)

Kauer (2017) verwendet Propensity-Score Matching, um den Selektionseffekt zu korrigieren und die Gesundheitskosten der HMO-Versicherten und der übrigen Versicherten kausal zu vergleichen. HMO-Versicherte und Nicht-HMO-Versicherte werden einander aufgrund verschiedener Merkmale zugeordnet, sodass Versichertenpaare mit ähnlichen Morbiditätsfaktoren entstehen. Die Variablen, welche fürs Matching verwendet werden, beinhalten soziodemographische, geographische und gesundheitsrelevante Indikatoren sowie Informationen zur Versicherungspolice aus den Jahren 2003 und 2004. Wie bereits erwähnt, schätzt Kauer (2017) die Effekte mit zwei verschiedenen Stichproben. Einerseits werden nur jene Versicherte, welche 2005 zur HMO gewechselt sind und über die gesamten 10 Jahre im HMO blieben, zu den HMO-Versicherten gezählt. Andererseits werden in der zweiten Stichprobe alle Versicherten, welche im Jahr 2005 zum

HMO-Modell gewechselt sind, solange zur Stichprobe gezählt, bis sie wieder aus dem Modell austreten. Wir haben uns entschieden die zweite Stichprobe zu verwenden, da diese weniger einschränkend ist und das heutige HMO-Kollektiv vermutlich besser beschreibt. Kauer (2017) schätzt die Kosteneinsparungen sowie die Reduktion in der Anzahl Spitaltage über 10 Jahre, wie in Tabelle 1³ ersichtlich ist.

Tabelle 1 **Resultate von Kauer (2017)**

Jahr	Kostenreduktion (in %)	Reduktion der Spitaltage (in %)
2005	-19*	-48.7*
2006	-38*	-61.4*
2007	-39*	-53.7*
2008	-42*	-58.6*
2009	-39*	-27.4
2010	-29*	-31.38
2011	-27*	+5.5
2012	-32*	-28.8
2013	-29*	-45.29*
2014	-30*	n. a.
Durchschnitt von 2005-2009 ($\bar{\text{RedHCE}}_{0509}$, $\bar{\text{RedTage}}_{0509}$)	-35.4	-49.96

Ein Stern () bedeutet, der Koeffizient ist statistisch signifikant auf dem 5%-Niveau. Insgesamt zeigt sich vor allem in den ersten vier Jahren eine starke selektionskorrigierte Reduktion der Hospitalisationstage für HMO-Versicherte. Bei den Gesamtausgaben ist der Effekt über alle Jahre hinweg konstant.*

Quelle: Kauer (2017).

Wir schlagen vor, den Durchschnitt der jährlichen Reduktionen über die ersten 5 Jahre zu berechnen und damit die Ersparnisse zu ermitteln. Der Grund dafür ist, dass in den zweiten 5 Jahren nur noch HMO-Versicherte in der Stichprobe enthalten sind, welche bis dahin immer HMO-versichert waren. Der Durchschnitt über die gesamten 10 Jahre dürfte deshalb die heutige HMO-Kollektive nicht korrekt wiedergeben, vor allem im Hinblick darauf, dass Versicherte diese Modelle jährlich kündigen können. Die durchschnittlichen jährlichen Reduktionen der stationären Spitaltage und der Gesundheitskosten sind in Tabelle 1 ersichtlich. Um mit diesen Resultaten die Einsparungen im stationären Bereich zu berechnen, benötigen wir die durchschnittliche Anzahl Spitaltage ohne Mutterschaft und Pflegeheimaufenthalte für HMO-Versicherte ($\bar{\text{HosTag}}_{\text{HMO}}$) und die durchschnittlichen stationären Kosten pro Spitaltag ($\bar{\text{HosCTag}}_{\text{HMO}}$) für HMO-Versicherte. Mit der Reduktion an Spitaltagen aus Tabelle 1 lassen sich die Anzahl Spitaltage berechnen, die ein durchschnittlicher HMO-Versicherter hätte, wäre er nicht HMO-versichert. Die Differenz aus dieser hypothetischen Anzahl Spitaltage und der eigentlichen Anzahl Spitaltage wird dann mit den Kosten pro Spitaltag multipliziert und mit der Anzahl HMO-Versicherten (N_{HMO}) schliesslich auf die schweizweiten Einsparungen hochgerechnet.

³ In der Publikation von Kauer (2017) finden sich nur Abbildungen, in welchen die Effekte graphisch dargestellt sind. Die in Tabelle 1 ausgewiesenen Zahlen haben wir auf Anfrage vom Autor erhalten.

$$Ersp_{stat} = \left(\frac{\emptyset\#HosTag_{HMO}}{1 - \emptyset RedTage_{0509}} - \emptyset\#HosTag_{HMO} \right) * \emptyset HosCTag_{HMO} * N_{HMO} \quad (1)$$

Für die Gesamtersparnisse werden wiederum die durchschnittlichen Kosten der HMO-Versicherten ($\emptyset HCE_{HMO}$) mit der durchschnittlichen Kostenreduktion hochgerechnet, um die Kosten, die ein HMO-Versicherter hätte, wäre er nicht HMO-versichert, zu berechnen. Die Differenz aus diesen hypothetischen Kosten und den eigentlichen Kosten multipliziert mit der Anzahl HMO-Versicherten ergibt die gesamten Ersparnisse.

$$Ersp_{tot} = \left(\frac{\emptyset HCE_{HMO}}{1 - \emptyset RedHCE_{0509}} - \emptyset HCE_{HMO} \right) * N_{HMO} \quad (2)$$

Welcher Anteil dieser Ersparnisse unter EFAS an die Versicherer geht, hängt davon ab, wie der Kantonsanteil genau festgelegt werden wird. Unter der Annahme, dass der Kanton neu 25.5% aller erbrachten Leistungen finanziert, würden 29.5% dieser Ersparnisse im stationären Bereich neu direkt an die Versicherer gehen, da sich die kantonalen «Subventionen» der stationären Fälle um diesen Anteil reduziert (55% – 25.5%). Bei anderen Bestimmungsarten des Kantonsbeitrags (z. B. als Pauschalbeitrag pro Versicherter) könnte sich der Anteil der Einsparungen, der neu an die Versicherer geht, noch deutlich erhöhen. Dazu liegen derzeit aber keine Zahlen vor.

Die Veränderungen im ambulanten Bereich⁴ dürfen für die Berechnung der möglichen Prämienersparungen nicht vernachlässigt werden. Aus diesem Grund subtrahieren wir die totalen Ersparnisse im stationären Bereich (wie in Gleichung 1 berechnet) von den gesamten HMO-bedingten Ersparnissen in der OKP (wie in Gleichung 2 berechnet).

$$Ersp_{amb} = Ersp_{tot} - Ersp_{stat} \quad (3)$$

Der Nettoeffekt der EFAS auf die Einsparungen von HMO-Modellen, welche nun neu an die Versicherer anstatt an den Kanton gehen, wird folgendermassen berechnet:

$$Nettoeffekt = 0.295 * Ersp_{stat} - 0.255 * Ersp_{amb} \quad (4)$$

Analog zur Argumentation bei den stationären Einsparungen, erhält der Versicherer neu nicht mehr 100% der Einsparungen im ambulanten Bereich, bzw. muss nicht 100% der Mehrkosten übernehmen. Vielmehr werden diese Leistungen neu vom Kanton mit 25.5% «subventioniert», weshalb auch 25.5% der Einsparungen im ambulanten Bereich neu an den Kanton gehen.

3.2 Die Resultate von Trottmann et al. (2012)

Zur Ermittlung der Effekte von MC-Modellen verwenden Trottmann et al. (2012) ein zweistufiges Modell, bei welchem auf der ersten Stufe der Effekt des HMO-Modells auf die Wahrschein-

⁴ Im Folgenden werden unter dem ambulanten Bereich alle nichtstationäre Leistungen verstanden, welche über die OKP abgerechnet werden.

lichkeit, positive Spitalkosten aufzuweisen ($P(HosC > 0)$), ökonometrisch mit einem Probitmodell geschätzt wird. Zur Korrektur von Selektionseffekten verwenden die Autoren eine grosse Auswahl an Kontrollvariablen, welche sie in die ökonometrische Schätzung miteinbeziehen.

Für jene Versicherte mit positiven Spitalkosten werden anschliessend auf der zweiten Stufe die logarithmierten stationären Spitalkosten ökonometrisch geschätzt ($\log(HosC|HosC > 0)$). Als Schätzmethode kommt ein Generalized Linear Model (GLM) zum Einsatz, und es werden die gleichen Kontrollvariablen wie in der ersten Stufe verwendet.

Tabelle 2 Resultate der Effekte auf stationäre Kosten von Trottmann et al. (2012)

	Wert des Koeffizienten
Erste Stufe	
Effekt HMO-Modell auf Wahrscheinlichkeit positive Spitalkosten $P(HosC > 0)$	-0.066**
Zweite Stufe	
Effekt HMO-Modell auf Spitalkosten $\log(HosC HosC > 0)$	-0.116*

Zwei Sterne (**) bzw. ein Stern (*) bedeuten statistische Signifikanz der Koeffizienten auf dem 1%- bzw. dem 5%-Niveau. HMO-Versicherte haben eine signifikant niedrigere Wahrscheinlichkeit eines Spitalaufenthalts. Gegeben sie haben einen Spitalaufenthalt, weisen sie 11.6% niedrigere stationäre Kosten auf, wenn alle Kontrollvariablen konstant gehalten werden.

Quelle: Trottmann et al. (2012).

Tabelle 2 zeigt die Resultate der Regression auf die stationären Kosten. Sowohl die Wahrscheinlichkeit, positive Kosten aufzuweisen, wie auch die Kosten jener Versicherten mit positiven Kosten sind bei HMO-Versicherten geringer als bei den übrigen Versicherten. Der Effekt auf zweiter Stufe (-0.116) kann direkt interpretiert werden, da es sich bei der ökonometrischen Schätzung um ein lineares Modell handelt: HMO-Versicherte mit positiven stationären Kosten haben im Durchschnitt 11.6% niedrigere stationäre Kosten, wenn alle Kontrollvariablen konstant gehalten werden. Die Grössenordnung des Effekts auf erster Stufe kann nicht direkt interpretiert werden, da es sich beim Probit-Modell um ein nichtlineares Modell handelt. Für die Grösseneffekte müssten die marginalen Effekte auf die Wahrscheinlichkeit, positive Kosten aufzuweisen, berechnet werden. Im Papier sind jedoch weder die marginalen Effekte noch die zur Berechnung der marginalen Effekte benötigten Informationen ausgewiesen.

4 Zusätzliche Einsparungen für die Versicherer aufgrund von EFAS

Die Ermittlung der Einsparungen von integrierten Versorgungssystemen, die durch EFAS neu an die Versicherer gehen und als zusätzliche Prämienreduktionen für Versicherte in diesen Modellen genutzt werden können, ist mit öffentlich zugänglichen Daten alleine nicht möglich. Die meisten benötigten Daten, welche wir im Kapitel 3 hergeleitet haben, finden sich nur in den Abrechnungsdaten von Krankenversicherern. Für die nachfolgenden Berechnungen haben uns die drei Krankenversicherer(gruppen) CSS, Helsana und Swica die in den Gleichungen (1) bis (2) definierten Variablen für jeweils ihr Unternehmen zur Verfügung gestellt. Zusammen decken diese Versicherer einen Marktanteil von knapp einem Drittel in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) ab. Bei HMO-Versicherten dürfte dieser wahrscheinlich noch höher liegen, da alle

drei Versicherer zu den Pionieren in diesem Bereich in der Schweiz gehören. Es liegt damit eine genügend grosse Datenbasis vor, mit welcher die Pro-Kopf-Einsparungen der HMO-Versicherten berechnet werden können.

Die Einsparungen im stationären Bereich werden anhand der Gleichung (1) berechnet. Da wir dazu Abrechnungsdaten der Krankenversicherer verwenden, erhalten wir mit diesen Berechnungen lediglich 45% der gesamten stationären Einsparungen. Die 55%, die an den Kanton gehen, sind in diesen Daten nicht enthalten. Um den Teil der Einsparungen zu erhalten, die unter EFAS an die Krankenversicherer gehen (29.5%), müssten die Einsparungen gemäss Gleichungen (1) mit dem Faktor $0.655\dot{5}$ ($= 29.5\%/45\%$) multipliziert werden. In Tabelle 3 sind die resultierenden Werte pro Kopf in der ersten Reihe ausgewiesen. Durch EFAS sollten rund 500 CHF Einsparungen pro HMO-Versicherter neu bei den Krankenversicherern anfallen.

Tabelle 3 Berechnete zusätzliche Einsparungen pro HMO-Versicherter pro Jahr bei den Krankenversicherern

	Basierend auf Resultaten von Kauer (2017)
Zusätzliche Einsparung pro Kopf im stationären Bereich	482 CHF
Zusätzliche Einsparung pro Kopf im ambulanten Bereich	-295 CHF
Zusätzliche Nettoeinsparungen Total	187 CHF

Durch EFAS gehen 29.5% der stationären Einsparungen durch integrierte Versorgungsmodelle neu an die Krankenversicherer. Das wären für das Jahr 2017 zusätzliche Einsparungen von 482 CHF. Durch EFAS gehen den Versicherern aber neu 25.5% der Einsparungen im ambulanten Bereich verloren, welche neu der Kanton erhält. Dies würde 295 CHF ausmachen, so dass den Versicherern insgesamt 187 CHF Einsparungen durch EFAS für Prämienreduktionen der HMO-Versicherten neu zur Verfügung stünden.

Quelle: Eigene Berechnungen mit Abrechnungsdaten für das Jahr 2017 der CSS, Helsana und Swica.

Da unter EFAS der Kanton neu auch die ambulanten Leistungen mitfinanziert, geht den Krankenversicherern jedoch neu ein Teil der Einsparungen verloren, welche durch integrierte Versorgung in diesem Bereich erzielt werden. Dabei handelt es sich um den geplanten Kantonsanteil von 25.5% der ambulanten Einsparungen, welche für beide Publikationen gemäss Gleichung 3 berechnet werden. Es resultieren Zusatzkosten (verminderte Einsparungen) in der Grössenordnung von 300 CHF pro HMO-Versicherter (Tabelle 3, zweite Zeile).

Aus einer Verrechnung der beiden Werte resultieren schliesslich die Nettoeinsparungen, die durch EFAS neu bei den Krankenversicherern anfallen und für Prämienreduktionen von den Versicherten in diesen Modellen der integrierten Versorgung genutzt werden können. Es handelt sich dabei um rund 200 CHF pro Jahr und Kopf. Geht man von einer Durchschnittsprämie von 3'270 CHF für die Schweiz für die HMO-Versicherten aus (Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2017), resultieren potenzielle Prämienreduktionen von rund 6%. Vergleicht man dies mit den heutigen Rabatten in HMO-Modellen, könnten diese um rund 20% erhöht werden. Gemäss der Statistik der obligatorischen Krankenversicherung weisen Versicherte im Standardmodell im Jahr 2017 durchschnittliche Prämien von 4'192 CHF pro Jahr auf. Verglichen mit der Durchschnittsprämie in HMO-Modellen resultiert ein durchschnittlicher Rabatt von 922 CHF oder 22%. Dieser Rabatt könnte sich unter EFAS auf rund 1'109 CHF erhöhen, was neu 26% ausmacht.

5 Literaturverzeichnis

- Berchtold, P., & Hess, K., 2006. Evidenz für Managed Care. Europäische Literaturanalyse unter besonderer Berücksichtigung der Schweiz: Wirkung von Versorgungssteuerung auf Qualität und Kosteneffektivität (No. 16), Arbeitsdokument des Obsan. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), Neuchâtel.
- Blatter, H., & Albin, N., 2015. Managed Care in der Schweiz. Eine Literaturanalyse zu Kostenunterschieden zwischen traditioneller Versorgung und Managed Care unter Einbezug der Qualität. Arbeitsbericht IBR.
- Deb, P., Li, C., K. Trivedi, P., & M. Zimmer, D., 2006. The effect of managed care on use of health care services: results from two contemporaneous household surveys. *Health Econ.* 15, 743–760. doi:10.1002/hec.1096
- Huber, C., Reich, O., Früh, M., & Rosemann, T., 2016. Effects of Integrated Care on Disease-Related Hospitalisation and Healthcare Costs in Patients with Diabetes, Cardiovascular Diseases and Respiratory Illnesses: A Propensity-Matched Cohort Study in Switzerland. *Int. J. Integr. Care* 16. doi:10.5334/ijic.2455
- Kauer, L., 2017. Long-term Effects of Managed Care: Long-term Effects of Managed Care. *Health Econ.* 26, 1210–1223. doi:10.1002/hec.3392
- Leu, R.E., 2005. Monistische Spitalfinanzierung - Grundlagen zur 3. KVG-Revision, Teilprojekt, Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung. Bundesamt für Gesundheit BAG, Bern.
- SGK-N, 2018. Vernehmlassung über einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Behandlungen eröffnet [WWW Document]. URL <https://www.parlament.ch/press-releases/Pages/mm-sgk-n-2018-05-15.aspx> (accessed 7.24.18).
- Trottmann, M., Zweifel, P., & Beck, K., 2012. Supply-side and demand-side cost sharing in de-regulated social health insurance: which is more effective? *J. Health Econ.* 31, 231–42. doi:10.1016/j.jhealeco.2011.10.004

Polynomics AG
Baslerstrasse 44
CH-4600 Olten

www.polynomics.ch
polynomics@polynomics.ch

Telefon +41 62 205 15 70
Fax +41 62 205 15 80