



Akademien der Wissenschaften Schweiz  
Académies suisses des sciences  
Accademie svizzere delle scienze  
Academias svizas da las ciencias  
Swiss Academies of Arts and Sciences

## Effizienz, Nutzung und Finanzierung des Gesundheitswesens



## **Impressum**

Herausgeber: Akademien der Wissenschaften Schweiz  
Hirschengraben 11, Postfach 8160, 3001 Bern

Telefon: +41 31 313-14 40, E-Mail: [info@akademien-schweiz.ch](mailto:info@akademien-schweiz.ch)  
[www.akademien-schweiz.ch](http://www.akademien-schweiz.ch)

© 2012

Layout: aplus caruso kaeppli gmbh, Gregorio Caruso, Basel  
Druck: Kreis-Druck, Basel

**ISBN 978-3-905870-32-9**

# Effizienz, Nutzung und Finanzierung des Gesundheitswesens

Die vorliegende Studie wurde erstellt im Auftrag der  
Akademien der Wissenschaften Schweiz von

**Dipl. Volksw. Judith Trageser**<sup>1</sup>

**lic. rer. pol. Anna Vettori**<sup>1</sup>

**Dr. Rolf Iten**<sup>1</sup>

**Prof. Dr. Luca Crivelli**<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> INFRAS, Zürich

<sup>2</sup> Institute of Economics, Università della Svizzera italiana, Lugano

<sup>3</sup> Department of Business and Social Sciences, University of Applied Sciences of Southern Switzerland (SUPSI)

## **Begleitgruppe**

Dr. Hermann Amstad, Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW, Basel

Dr. Sergio Belluci, TA-SWISS, Bern

Prof. Nikola Biller-Andorno, Universität Zürich

Barbara Gassmann, SBK-ASI, Bern

lic. phil. Martina Hersperger, FMH, Bern

Prof. Fred Paccaud, Institut für Sozial- und Präventivmedizin CHUV, Lausanne

Prof. Daniel Scheidegger, Universitätsspital Basel

Prof. Peter Suter, Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW, Genf

Dr. Markus Zürcher, Schweizerische Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften SAGW, Bern

## **Korrespondenz**

Dr. Rolf Iten

INFRAS

Binzstrasse 23, 8045 Zürich

Tel. +41 44 205 95 95

E-Mail: [rolf.iten@infras.ch](mailto:rolf.iten@infras.ch)

# INHALT

Zusammenfassung .....	V
Résumé .....	XIII
Summary .....	XXI

## **I. GRUNDLAGEN** .....

<b>1. Einleitung</b> .....	<b>1</b>
1.1. Ausgangslage .....	1
1.2. Ziel und Fragestellungen .....	1
1.3. Methodisches Vorgehen .....	2
1.3.1. Überblick .....	2
1.3.2. Literaturanalyse .....	2
1.3.3. Expertengespräche .....	3
1.4. Aufbau des Berichts .....	3
<b>2. Ökonomische Einbettung und Analysestruktur</b> .....	<b>4</b>

## **II. INEFFIZIENZEN IM SCHWEIZERISCHEN GESUNDHEITSSYSTEM** .....

<b>3. Überversorgung</b> .....	<b>7</b>
3.1. Angebotsinduzierte Nachfrage .....	7
3.2. Überangebot an Spitzentechnologie und Spitzenmedizin .....	11
3.3. Unsystematische Überprüfung der WZW-Kriterien .....	13
3.4. Mangelnde Koordination/Doppelspurigkeiten .....	15
3.5. Moral Hazard .....	17
<b>4. Unterversorgung</b> .....	<b>19</b>
4.1. Unterversorgung durch fehlende personelle Ressourcen .....	19
4.2. Fehlende Angebote in der Gesundheitsförderung und Prävention .....	24
4.3. Unterversorgung einzelner Bevölkerungsgruppen .....	25
<b>5. Verzerrte Preise</b> .....	<b>28</b>
5.1. Tarife in der ambulanten und stationären Versorgung .....	28
5.2. Preisregulierung Medikamente .....	29
<b>6. Ineffizienzen in der Leistungserbringung</b> .....	<b>32</b>
6.1. Risikoselektion in der Krankenversicherung .....	32
6.2. Mangelnde Konzentration in der stationären Versorgung (Skaleneffekte) .....	33
6.3. Ineffizienter Mix von ambulanten und stationären Leistungen .....	35
<b>7. Mangelnde Qualitätsnachweise</b> .....	<b>37</b>
<b>8. Synthese</b> .....	<b>39</b>

<b>III. FOLGERUNGEN</b>	<b>42</b>
<b>9. Lösungsansätze</b>	<b>42</b>
9.1. Nutzenorientierter Wettbewerb	42
9.2. Governance	43
9.3. Innovative Lösungsansätze aus dem Ausland	46
9.3.1. Strukturreform	46
9.3.2. Komplexpauschale (Bundled Payment)	48
9.3.3. Pay for Performance	49
9.3.4. Medical Savings Accounts	52
<b>10. Forschungsbedarf</b>	<b>56</b>
<b>11. Schlussfolgerungen</b>	<b>58</b>
<b>IV. ANHANG</b>	<b>63</b>
Expertengespräch	63
Literatur	64

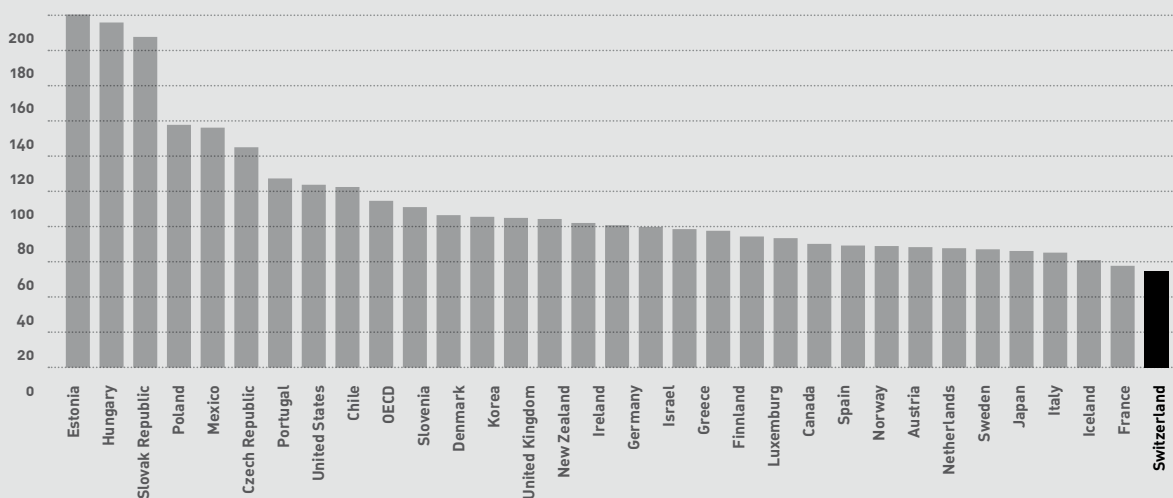
# Zusammenfassung

## Effizienz, Nutzung und Finanzierung des Gesundheitswesens

### AUSGANGSLAGE

Das schweizerische Gesundheitswesen ist bekannt für seine hohe Qualität. So erfreut sich die schweizerische Bevölkerung einer hohen Lebenserwartung und auch gemessen am Indikator der vermeidbaren Mortalität wird der Schweiz im internationalen Vergleich ein sehr gutes Zeugnis ausgestellt (vgl. Figur 1). Gleichzeitig ist das schweizerische Gesundheitswesen auch bekannt für seine hohen Gesundheitskosten, welche in den letzten fünf Jahren (2005 bis 2010) im Durchschnitt um CHF 2.1 Mia. pro Jahr gestiegen sind. Der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP belief sich im Jahr 2010 auf 10.9%. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob die eingesetzten personellen und finanziellen Ressourcen nachhaltig aufrechterhalten werden können. Daher haben die Akademien der Wissenschaften Schweiz das Projekt «Nachhaltiges Gesundheitssystem» lanciert. Die vorliegende Studie bildet eines von vier Teilprojekten. Sie widmet sich dem Thema der Effizienz und beschäftigt sich mit der Frage, ob die Leistungen nicht auch effizienter, d.h. mit tieferen Kosten, erbracht werden könnten oder ob mit dem gleichen Aufwand nicht eine bessere Qualität des Gesundheitswesens erreichbar wäre.

### VERMEIDBARE MORTALITÄT IN 31 OECD-LÄNDERN UND DER SCHWEIZ



**Figur 1:** Vermeidbare Todesfälle pro 100'000 Einwohner; Quelle: 1) Vermeidbare Mortalität in OECD-Ländern: Gay et al (2011), den Zahlen liegen teilweise unterschiedliche Jahre zugrunde. Vermeidbare Mortalität in der Schweiz: Berechnungen durch Swiss Health Service of Ticino.

### ZIEL UND FRAGESTELLUNGEN

Ziel der Studie war es, (1) eine Übersicht der vermuteten und diskutierten Ineffizienzen im schweizerischen Gesundheitssystem zu erstellen, (2) das Ausmass dieser Ineffizienzen – soweit auf Basis der vorliegenden empirischen Evidenz möglich – zu quantifizieren, (3) die Auswirkungen einer lückenhaften Governance des Systems darzustellen sowie (4) Stossrichtungen für Effizienzsteigerungen aufzuzeigen. Im Vordergrund standen folgende vier Fragen:

1. In welchen Bereichen führen Fehlanreize zu Ineffizienzen im Gesundheitswesen?
2. Mit welchen Verfahren können diese Ineffizienzen festgestellt werden und inwieweit lässt sich das Ausmass einschätzen?
3. Welches sind mögliche Schritte zur Beseitigung von Fehlanreizen?
4. In welchen Bereichen besteht zusätzlicher Forschungsbedarf?

# ZUSAMMENFASSUNG

## **METHODIK**

Methodisch stützt sich die Studie auf eine Literaturanalyse in- und ausländischer Studien sowie ergänzender Expertengespräche ab. Die Literaturanalyse diente dazu, die empirische Evidenz zu den Ineffizienzen zu erfassen, sowie Korrekturmassnahmen und Forschungslücken aufzuzeigen. Anhand der Expertengespräche wurde versucht, bestehende Lücken in der vorliegenden empirischen Evidenz zum Thema Ineffizienzen durch qualitative Einschätzungen zu füllen.

## **ÖKONOMISCHE EINBETTUNG UND ANALYSESTRUKTUR**

Im Fokus der vorliegenden Studie stehen Ineffizienzen im Gesundheitswesen. Die Ökonomie spricht von Effizienz, wenn die Marktprozesse zu einem gesellschaftlich optimalen Ergebnis führen. Effizienz im Sinne der Wohlfahrtsökonomie weist zwei Dimensionen auf:

- Allokative Effizienz bedeutet, dass Leistungen in der Menge, Art und Qualität angeboten werden, die den Konsumenten den höchstmöglichen Nutzen bereiten. Die Ökonomie bezeichnet allokative Ineffizienzen auch als «Fehlallokationen».
- Produktive Effizienz bedeutet, dass ein bestimmtes Gut zu minimalen Kosten produziert bzw. mit einem gegebenen Aufwand möglichst viel von diesem Gut erzeugt wird.

Grundlegende Ursachen für Ineffizienzen sind – knapp zusammengefasst – Marktversagen sowie Regulierungs- und Vollzugsversagen, die auf eine lückenhafte Governance, auf politische Rahmenbedingungen sowie auf gesellschaftliche Einflussfaktoren zurückgehen. Diese führen zu Fehlanreizen bei den Akteuren im Gesundheitswesen und in der Folge zu unerwünschten Verhaltensweisen und ineffizienten Strukturen.

Für das schweizerische Gesundheitswesen sind Fehlanreize und die mit ihnen verbundenen Wirkungsmechanismen theoretisch schon relativ gut dokumentiert. Die vorliegende Studie fokussiert daher primär auf die bestehende empirische Evidenz von Ineffizienzen. Ausgehend von der Idee, dass im Leistungserstellungsprozess entweder die Menge der produzierten Güter, die Preise oder die Qualität nicht dem gesellschaftlich erwünschten Optimum entsprechen, wurde zwischen den folgenden vier Arten von Ineffizienzen unterschieden:

### **INEFFIZIENZEN IM GESUNDHEITSWESEN**

Tabella 1

<b>INEFFIZIENZ</b>	<b>SUBOPTIMALES ERGEBNIS BETRIFFT</b>
• Über-/Unterversorgung mit Leistungen	→ Menge
• Verzerrte Preise/Tarife	→ Preise
• Ineffizienzen in der Produktion	→ Produktionskosten (und demzufolge auch Preise)
• Mangelnde Qualitätsnachweise	→ Qualität

## **ERGEBNISSE**

Die Ergebnisse der Studie sind im Folgenden entlang der vier Hauptfragestellungen zusammengefasst:

### **1. In welchen Bereichen führen Fehlanreize zu Ineffizienzen im Gesundheitswesen?**

Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass auf allen betrachteten Märkten (ambulante und stationäre Versorgung, Versicherungen, Medikamente, Faktormärkte) Ineffizienzen in einer oder in mehreren Formen zu finden sind. Basierend auf der analysierten Literatur schätzen wir die folgenden Ineffizienzen als am relevantesten ein:

## RELEVANTE INEFFIZIENZEN IM SCHWEIZERISCHEN GESUNDHEITSWESEN

Tabelle 2

INEFFIZIENZEN	ERLÄUTERUNG	BETROFFENE MÄRKTE/BEREICHE
<b>ÜBERVERSORGUNG</b>		
• Angebotsinduzierte Nachfrage	Anbieter weiten die Leistungsmenge aus, auch wenn die Leistungen kaum Zusatznutzen bringen	→ ambulante und stationäre Versorgung (inkl. Medikamentenabgabe) → Spitzentechnologie/Spitzenmedizin
• Überangebot Spitzentechnologie/Spitzenmedizin	Zu hohes Angebot an Spitzentechnologie und Spitzenmedizin, das durch angebotsinduzierte Nachfrage amortisiert wird	→ ambulante und stationäre Versorgung → Medikamente
• Intransparente und lückenhafte Überprüfung der WZW-Kriterien <sup>1</sup>	Es werden Leistungen von der Grundversicherung vergütet, die nicht oder wenig zweckmässig und wirtschaftlich sind	→ ambulante und stationäre Versorgung (inkl. Medikamentenabgabe)
• Mangelnde Koordination in der Versorgung	Doppelte Untersuchungen, Behandlungen, überflüssige Arztbesuche und fehlerhafte Behandlungen durch mangelnde Koordination zwischen den Leistungserbringern	→ Leistungen, die durch die Grund- oder Zusatzversicherung gedeckt sind
• Ex-post Moral Hazard <sup>2</sup>	Versicherte fragen zu viele Leistungen nach, die kaum oder keinen Nutzen bringen	
<b>UNTERVERSORGUNG</b>		
• Fehlende personelle Ressourcen	Knappe personelle Ressourcen führen zu schlechterer Qualität oder zum Unterlassen von Leistungen mit ausgewiesenem Bedarf	→ Grundversorgung → Pflege (akut, Reha, Langzeit) → Weitere, z.B. Chirurgie, Neonatologie
• Fehlende Angebote in der Gesundheitsförderung und Prävention	Entgangener Nutzen in Form von verhinderten chronischen Krankheiten und längerer Lebenszeit in guter Gesundheit durch ein zu knappes Angebot an Gesundheitsförderung und Präventionsmassnahmen	→ Gesundheitsförderung und Prävention und nachgelagert ambulante und stationäre Versorgung
• Unterversorgung von einzelnen Bevölkerungsgruppen	Tiefere Inanspruchnahme von Leistungen mit Bedarf führt zu aufgestauter Morbidität und einem suboptimalen Gesundheitszustand	→ ambulante und stationäre Versorgung (inkl. Medikamentenabgabe)
<b>VERZERRTE PREISE</b>		
• Tarife ambulante/stationäre Versorgung	Ausgehandelte Taxpunktwerte und Base-Rates, die nicht dem Marktpreis entsprechen, können zu hohe oder zu niedrige Entschädigungen beinhalten Festgesetzte Preise, die nicht dem	→ ambulante und stationäre Versorgung
• Medikamentenpreise	Marktpreis entsprechen, können zu hohe oder zu tiefe Gewinnmargen beinhalten	→ Medikamente

1 WZW: Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit. Gemäss Krankenversicherungsgesetz KVG Art. 32 Abs. 1 müssen die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein.  
2 Ex-post Moral Hazard bezieht sich auf eine Situation, in der ein Mensch bereits erkrankt ist. Da die Kosten für die medizinischen Leistungen auf die Versichertengemeinschaft verteilt werden, besteht die Gefahr, dass die Versicherten zu viele Leistungen nachfragen, die über den Bedarf hinausgehen und auch solche, die nur sehr wenig oder überhaupt nichts nützen.



## ZUSAMMENFASSUNG

### INEFFIZIENZEN IN DER LEISTUNGSERBRINGUNG

---

• Risikoselektion in der Krankenversicherung	Durch Risikoselektion werden Kosten zwischen Versicherungen verschoben, ohne einen Zusatznutzen, z.B. in Form von integrierten Versorgungsmodellen zu generieren (ineffizienter Wettbewerb)	→ Krankenversicherer KVG (Verwaltungskosten)
• Mangelnde Konzentration der stationären Versorgung	Durch viele kleine Spitäler und Pflegeheime werden Grössenvorteile (Skaleneffekte) zu wenig genutzt, mit möglichen Auswirkungen auf Kosten und Behandlungsqualität	→ Pflegeheime Spitäler
• Ineffizienter Mix ambulante/stationäre Leistungen	Stationär erbrachte Leistungen könnten z.T. ambulant mit weniger Ressourcen erbracht werden	→ ambulante und stationäre Versorgung

## 2. Mit welchen Verfahren können diese Ineffizienzen festgestellt und inwieweit kann das Ausmass eingeschätzt werden?

Die von uns als relevant eingeschätzten Ineffizienzen sind zum Teil sehr ausführlich, zum Teil sehr spärlich bis gar nicht empirisch untersucht:

- Eine längere Tradition und relativ breite Studienbasis hat die Forschung in den Bereichen der angebotsinduzierten Nachfragen, des (ex-post) Moral Hazards, der mangelnden Koordination der Behandlungen und der mangelnden Konzentration der Versorgung (ungenutzte Grössenvorteile, Skaleneffekte). In diesen Bereichen werden die folgenden Verfahren angewendet:
  - Angebotsinduzierte Nachfrage: Multivariate Regressionsanalysen (mit Panel-Daten), die den Einfluss der Angebotsstrukturen auf kantonale Unterschiede in den Gesundheitskosten analysieren.
  - Ex-post Moral Hazard: Analyse von Versicherungsdaten, um die Wirkung der Kostenbeteiligung (unterschiedliche Franchisestufe) auf die Inanspruchnahme von Leistungen zu bestimmen.
  - Mangelnde Koordination der Versorgung: Analyse von Versicherungsdaten, um Kostenunterschiede zwischen Versicherten in Managed-Care-Organisationen und «Normalversicherten» unter Bereinigung von Selektionseffekten zu untersuchen.
  - Mangelnde Konzentration der Versorgung: Statistische Effizienzgrenzenanalysen, die das Ausmass der produktiven Ineffizienz (nicht genutzte Skalenerträge und reine technische Ineffizienzen) anhand der Best Practices messen.
- Kaum bis gar keine empirische Evidenz existiert zum Phänomen des ex-ante Moral Hazards<sup>3</sup> sowie zu den möglichen Ineffizienzen durch die korporativ ausgehandelten Einzelleistungstarife und Taxpunktwerte.
- In den anderen Bereichen bestätigen empirische Studien, dass Ineffizienzen vorliegen. Die Studienbasis reicht jedoch entweder nicht aus oder die Verfahren sind nicht dazu geeignet, Einsparpotenziale quantitativ zu bestimmen. Diese Studien greifen auf verschiedene Verfahren (internationale und kantonale Indikatorenvergleiche, bivariate und multivariate Korrelationsanalysen, etc.) zurück, um Ineffizienzen festzustellen.

Die auf Basis von verschiedenen vorhandenen Studien **bezahlbaren grossen Ineffizienzen belaufen sich auf rund sechs bis sieben Milliarden Franken pro Jahr** (vgl. Tabelle 3 → A).

3 Ex-ante Moral Hazard bezeichnet die Situation, dass bei Versicherten einer solidarisch und risikounabhängig finanzierten Krankenversicherung der finanzielle Anreiz teilweise wegfällt, ungesunde Lebensweise und risikoreiche Freizeitbeschäftigungen einzuschränken sowie Kosten für Präventionsmassnahmen zu übernehmen, da im Fall eines Bedarfs an einer kurativen Behandlung die Versicherung die Behandlungskosten übernimmt.

## RELEVANTE INEFFIZIENZEN IM SCHWEIZERISCHEN GESUNDHEITSWESEN

Ineffizienzen	Quantitative empirische Forschung	Bereich	Ausmass der Ineffizienzen Rein qualitative Schätzungen in Klammern	Grobschätzung der entstehenden Kosten in Mio. CHF pro Jahr
<b>A</b>				
• Angebotsinduzierte Nachfrage	•••	Ambulante und stationäre Versorgung	Hoch	1'000 – 2'000
• Mangelnde Koordination	•••	Ambulante und stationäre Versorgung	Hoch	3'000
• Moral Hazard	Ex-post: ••• Ex-ante: •	Leistungen, die durch die Grund- oder Zusatzversicherung gedeckt sind	Ex-post:Hoch	Ex post: 2'000
<b>B</b>				
• Nicht ausgeschöpfte Skalenerträge und technische Ineffizienz	•••	Spitäler	(Mittel - Hoch)	-
• Intransparente und un-systematische Überprüfung der WZW-Kriterien	•••	Pflegeheime	Mittel	700
• Preisregulierung	••	Ambulante und stationäre Versorgung	(Mittel)	-
• Medikamente	••	Arzneimittel	(Mittel)	-
<b>C</b>				
• Versicherungen (Risikoselektion)	••	Krankenversicherer KVG (Verwaltungskosten)	(Gering - Mittel)	-
• Überangebot	••	Spitzentechnologie und Spitzenmedizin	(Gering)	-
<b>D</b>				
• Fehlende personelle Ressourcen	••	Grundversorgung, Pflege (akut, Reha, Langzeit)	Keine Einschätzung möglich	-
• Fehlende Präventionsangebote	••	Prävention	Keine Einschätzung möglich	-
• Unterversorgung einzelner Bevölkerungsgruppen	••	Ambulante und stationäre Versorgung	Keine Einschätzung möglich	-
• Mix ambulante / stationäre Versorgung	••	Ambulante und stationäre Versorgung	Keine Einschätzung möglich	-
• Tarife in der ambulanten und stationären Versorgung	•	Ambulante und stationäre Versorgung	Keine Einschätzung möglich	-
• Mangelnde Qualitätsnachweise	•	Ambulante und stationäre Versorgung	Keine Einschätzung möglich	-

**Tabelle 3:** ••• = Bereiche, die empirisch gut erforscht sind. •• = einige wenige Studien vorhanden. • = praktisch keine empirischen Studien vorhanden. Gering: Ineffizienzen unter CHF 100 Mio. (Zeile C), mittel: zwischen ca. CHF 100 Mio. und ca. CHF 1'000 Mio. (Zeile B), gross über CHF 1'000 Mio. (Zeile A).

Dies entspricht ca. **9.5% bis 11% der gesamten Gesundheitskosten** (CHF 62.5 Mrd., Basis 2010) oder dem Zuwachs der Gesundheitskosten der letzten 3 bis 4 Jahre (2007 bis 2010).<sup>4</sup>

Daneben sehen wir drei Bereiche, bei denen wir das Ausmass der Ineffizienzen als mittel (zwischen CHF 100 Mio. und CHF 1 Mrd., (vgl. Tabelle 3 → B) einschätzen. Diese Bereiche sind – mit einer Ausnahme – quantitativ noch zu wenig erforscht, um sie genauer zu beziffern. Bei den übrigen Bereichen schätzen wir das Ausmass der Ineffizienzen entweder als gering ein (bis zu CHF 100 Mio., (vgl. Tabelle 3 → C) oder sie lassen sich mangels Grundlagen nicht näher abschätzen (vgl. Tabelle 3 → D).

### 3. Welches sind mögliche Schritte zur Beseitigung von Fehlanreizen?

Ausgangspunkt für eine Optimierung des schweizerischen Gesundheitssystems durch eine möglichst weitgehende Beseitigung von Fehlanreizen sind aus unserer Sicht zwei Leitlinien:

- Das Konzept des **«nutzenorientierten Wettbewerbs»** stellt eine erste, viel versprechende Leitlinie dar. Dieses Konzept fokussiert auf die Perspektive der KundInnen des Gesundheitswesens, die Versicherten bzw. die PatientInnen. Der Wettbewerb soll die Gesundheitsdienstleistungen bzw. die Gesundheit und die Effizienz immer mit dem Blick auf eine hohe Qualität verbessern.
- Eine zweite wichtige Leitlinie ist das Konzept der **«Governance»**. Eine gute Governance verlangt, dass die Steuerungsstrukturen des Gesundheitssystems so ausgestaltet sind, dass die Interessen der Bevölkerung optimal gewahrt werden können. Dies betrifft Regelungen in drei Bereichen: (1) Prioritätensetzung, (2) Performancemessung und (3) Rechenschaftslegung.

Um diese Leitlinien verwirklichen zu können, sind die verfügbaren Datengrundlagen unbedingt zu verbessern. Derzeit fehlen (insbesondere aber nicht ausschliesslich in der ambulanten Versorgung) Daten, Indikatoren und Messinstrumente, so dass der Qualitätsnachweis nur lückenhaft erbracht wird.

Konkrete Ansätze, um wichtige Fehlanreize zu beseitigen und den Ineffizienzen entgegenzutreten, sind auf verschiedenen Ebenen anzusiedeln. Einerseits sind bekannte Lösungsansätze zu nennen, ohne die eine wirksame Optimierung des schweizerischen Gesundheitssystems nicht erreicht werden kann. Es sind dies v.a. folgende vier Stossrichtungen:

- Eine Verbesserung des **Risikoausgleichs** zwischen Krankenkassen ist eine zwingende Voraussetzung, da nur so ein nutzenbringender Wettbewerb zwischen den Krankenkassen erreicht werden kann.
- Die Aufhebung des **Kontrahierungszwangs** ist die zweite zentrale Stossrichtung, um nicht wirtschaftlich arbeitende Leistungserbringer zu sanktionieren und auf diese Weise die Effizienz des Systems bei mindestens gleich bleibender Qualität zu steigern
- Die **monistische Spitalfinanzierung** ist schliesslich wichtig, um gegen die ineffiziente Verlagerung von ambulanten Behandlungen in den stationären Bereich vorzugehen.
- Des Weiteren darf unter dem Gesichtspunkt der Effizienz, die Rolle der Sozial- und Präventivmedizin (**Public Health**) nicht vergessen gehen. Bevölkerungsbezogene Massnahmen, die chronischen Krankheiten vorbeugen und soziale Ungleichheiten in der Gesundheit bekämpfen, können wesentlich zur Optimierung des Wohlbefindens beitragen und zum Teil Kosteneinsparungen erzielen.

Weitere Massnahmen, welche in der Schweiz diskutiert werden und auf eine möglichst weitgehende Reduktion der Ineffizienzen abzielen sind u.a.: (1) eine transparentere und systematischere Anwendung der WZW-Kriterien, (2) eine Überprüfung der Optionen zur

Stärkung von Health Technology Assessments HTA,<sup>5</sup> (3) Förderung von effizienteren und qualitätssteigernden Prozessen durch eHealth, (4) Überprüfung der TARMED<sup>6</sup>-Tarife und DRG-Baserates,<sup>7</sup> sowie (5) Wirkstoffverschreibung und Festpreise gegen zu hohe Medikamentenausgaben.

Daneben sehen wir – mit Blick auf das Ausland – neue innovative und unkonventionelle Ansätze, denen wir ein viel versprechendes Potenzial einräumen, um verbleibende Fehlanreize anzugehen:

- Die **Struktur** des Schweizer Gesundheitswesens könnte nach dem Beispiel Dänemark dahingehend reformiert werden, dass anstelle der 26 kantonalen Versorgungsgebiete grössere Zuständigkeitsbereiche gebildet werden. Dadurch könnten Ineffizienzen infolge der kleinräumigen (föderalistischen) Fragmentierung gemindert werden.
- Die Überversorgung infolge angebotsinduzierter Nachfrage und mangelnder Koordination kann mit **Pay for Performance** und **Bundled Payments** (Komplexpauschalen) angegangen werden. Bei ersterem handelt es sich um eine leistungsorientierte Vergütung, welche bei geeigneter Ausgestaltung für Leistungserbringer die richtigen Anreize setzt, um die Qualität bei gegebenem Budget zu optimieren. Die Komplexpauschale entspricht einem Festbudget für die Behandlung von bestimmten Krankheiten (z.B. Diabetes), welche Anreize setzt, die integrierte und damit effizientere Versorgung der Patienten zu fördern
- Die Fehlanreize infolge von Moral Hazard der Versicherten können durch eine Kombination der Krankenversicherung mit Medical Savings Accounts (MSA) reduziert werden. MSA bezeichnen eine Selbstversicherung, bei denen die Versicherten die für den Krankheitsfall benötigten Mittel selbst ansparen, indem eine höhere Franchise an den Aufbau von zweckgebundenen Sparkonten gekoppelt wird. So werden die Eigenverantwortung und die Eigenvorsorge der Versicherten gestärkt.

Die aufgeführten Vorschläge können teilweise einmalige Effizienzverbesserungen – im Sinne eines Niveaueffekts – erzielen (z.B. Ausschöpfung von Skalenerträgen), teilweise sind sie auch dazu geeignet, den Wachstumstrend der Gesundheitsausgaben zu brechen bzw. abzuschwächen und damit dynamische Wirkungen zu entfalten (z.B. Bundled Payment). Verschiedene dieser Vorschläge sind seit langem bekannt und in anderen Ländern teilweise erfolgreich umgesetzt. In der Schweiz ist die Umsetzung tiefgreifender Massnahmen jedoch offensichtlich schwieriger, nicht zuletzt wegen der starken Partikularinteressen und der Hürde der direkten Demokratie.

#### 4. In welchen Bereichen besteht zusätzlicher Forschungsbedarf?

Forschungsbedarf besteht aus unserer Sicht einerseits bei der Abschätzung der Grössenordnung der Ineffizienzen in ausgewählten Bereichen und andererseits bei möglichen Lösungsansätzen.

- In Bezug auf die Quantifizierung der Ineffizienzen sehen wir noch grössere Lücken in allen Bereichen, d.h. bei der Überversorgung (u.a. angebotsinduzierte Nachfrage im stationären Bereich, ex-ante Moral Hazard), der Unterversorgung (Auswirkungen des Ressourcenmangels auf Qualität der Versorgung und Gesundheit, gesundheitliche Konse-

4 Gesundheitsausgaben 2007: CHF 55,2 Mrd., Zuwachs 2007 bis 2010: CHF 7,3 Mrd.

5 HTA ist ein Verfahren zur systematischen Bewertung medizinischer Technologien, Prozeduren, Medikamente und Hilfsmittel.

6 TARMED = Tarif für ambulante ärztliche Leistungen in der Schweiz.

7 DRG: Entgeltsystem für stationäre Leistungen nach diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG = Diagnosis Related Groups, diagnosebezogene Fallgruppen). Die Fallpauschale ergibt sich aus der Multiplikation der Baserate (Basisfallwert) mit dem Kostengewicht. Die Baserate entspricht dem krankenhausindividuellen Preis, das Kostengewicht dem durchschnittlichen Behandlungsaufwand der betreffenden Fallgruppe. Die Baserates werden zwischen Versicherern und Spitalern ausgehandelt.

## ZUSAMMENFASSUNG

quenzen einer tieferen Inanspruchnahme von Leistungen durch spezielle Bevölkerungsgruppen), den verzerrten Preisen (Analyse der Kostenstrukturen der Leistungserbringer, Generikasubstitution) und den Ineffizienzen in der Leistungserbringung (u.a. Effizienzgrenzenanalysen für den ambulanten Bereich und Outcomebezogene Forschung).

- Bei den Lösungsmöglichkeiten sollten die Chancen und Risiken sowie die Möglichkeiten der Implementierung innovativer Ansätze weiter vertieft werden. Dies betrifft die in dieser Studie betrachteten Vorschläge wie auch weitere nicht näher analysierte Lösungsansätze aus dem In- und Ausland.

Abschliessend muss festgehalten werden, dass der Forschung zum heutigen Zeitpunkt durch die Lücken in den Datenerhebungen, welche für die Analysen notwendig wären, Grenzen gesetzt sind. Insbesondere fehlt es in der Schweiz an Qualitäts- und Outcome-Daten (auch auf Patientenebene). Dadurch sind die Möglichkeiten der Outcome- und Versorgungsforschung, welche im Ausland bereits viel stärker etabliert ist, eingeschränkt. Die Verbesserung der Datenlage ist daher eine wichtige Voraussetzung, um die umsetzungsorientierte Forschung im Bereich der Effizienz des schweizerischen Gesundheitswesens einen weiteren Schritt voranzubringen.

8 Beispiel aus den USA: Accountable Care Organizations (ACO), bei welchen Ärzte und Spitäler gemeinsam für die Kosten und die Qualität der Versorgung einer bestimmten Bevölkerungsgruppe verantwortlich sind.

# Résumé

## Efficacité, utilisation et financement du système de santé

### SITUATION INITIALE

Le système de santé suisse est réputé pour son excellente qualité. La population suisse peut se réjouir d'avoir une espérance de vie élevée et, mesuré à l'indicateur de la mortalité évitable, la Suisse obtient de très bons résultats par rapport à l'étranger (voir figure 1). Mais en même temps, le système de santé suisse est connu pour ses coûts de santé élevés, qui, dans les cinq dernières années, ont augmenté en moyenne de 2.1 milliards de francs suisses par an. Les dépenses de santé s'élevaient en 2010 à 10.9% du PIB. Dans ce contexte, les ressources en personnel et les ressources financières engagées peuvent-elles être préservées durablement ? C'est pourquoi, les Académies suisses des sciences ont lancé en 2011 le projet «Système de santé durable». La présente étude représente l'une des quatre parties de ce projet. Elle est consacrée au thème de l'efficacité et tente plus précisément de répondre aux questions suivantes: les prestations ne pourraient-elles pas être fournies plus efficacement, c'est-à-dire à moindre coût? Ne serait-il pas possible d'améliorer la qualité du système de santé avec les mêmes coûts?

### MORTALITE EVITABLE DANS 31 PAYS DE L'OCDE ET EN SUISSE

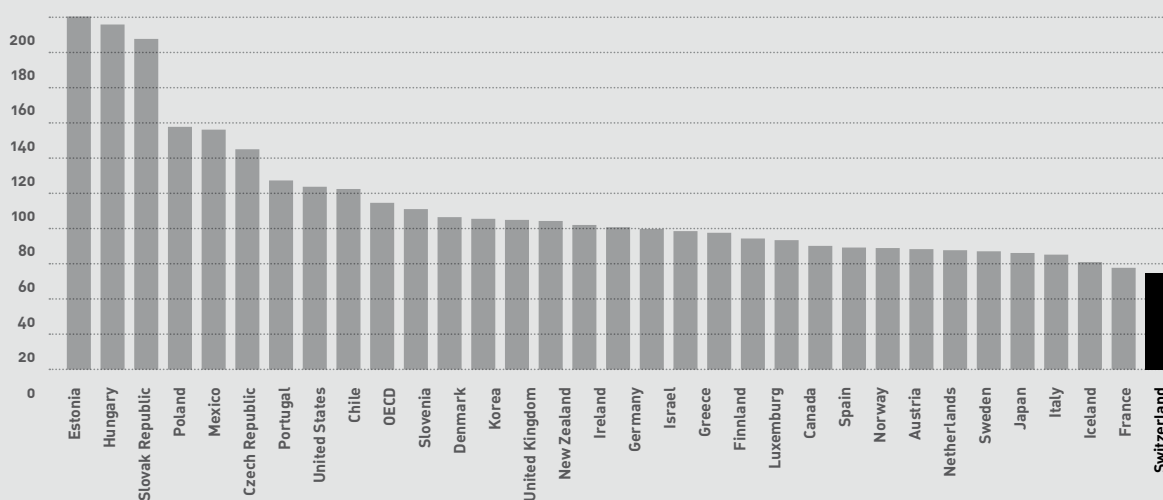


Figure 1: Cas de mortalité évitable par 100'000 habitants; Source : 1) Mortalité évitable dans les pays de l'OCDE Gay et al (2011), les chiffres reposent quelquefois sur des années différentes.

### OBJECTIF ET QUESTIONS

L'étude a pour objectifs (1) de récapituler les inefficacités présumées et celles discutées au sein du système de santé suisse, (2) de quantifier l'étendue de cette inefficacité – dans la mesure du possible sur la base de l'évidence empirique à disposition, (3) de présenter les conséquences d'une gouvernance lacunaire du système et (4) de définir une orientation pour améliorer l'efficacité du système. La priorité est accordée aux quatre questions suivantes

1. Dans quels domaines du système de santé les inefficacités peuvent-elles être imputées à des effets pervers?
2. Par quels moyens ces inefficacités peuvent-elles être constatées et dans quelle mesure est-il possible d'en évaluer l'étendue?
3. Par quels moyens les effets pervers pourraient-ils être supprimés ?
4. Quels domaines devraient faire l'objet de recherches supplémentaires?

### **METHODE**

Du point de vue méthodique, l'analyse est basée sur des études de la littérature suisse et étrangère ainsi que sur des entretiens avec des experts. L'analyse de la littérature a permis d'appréhender l'évidence empirique des inefficacités et de montrer les mesures de correction et les lacunes dans la recherche. Les entretiens avec les experts ont tenté de combler, par des estimations qualitatives, les lacunes constatées dans l'évidence empirique des inefficacités.

### **INTEGRATION ECONOMIQUE ET STRUCTURE DE L'ANALYSE**

La présente étude est consacrée aux inefficacités dans le système de santé. En économie, on parle d'efficacité lorsque les processus de marketing aboutissent à un résultat optimal du point de vue social. L'efficacité dans le sens de l'économie du bien-être revêt deux dimensions :

- L'efficacité allocative : la quantité, la nature et la qualité des prestations proposées apportent aux consommateurs un maximum de bénéfice. En économie, les inefficacités allocatives sont aussi appelées « erreurs d'allocations ».
- L'efficacité productive : un bien précis est produit avec un minimum de coûts respectivement une quantité maximale de ce bien est produite avec un investissement donné.

En résumé, l'origine profonde des inefficacités remonte à des dysfonctionnements dans le marché ainsi que dans la réglementation et dans l'exécution ; ceux-ci peuvent être imputés à une gouvernance lacunaire, aux conditions cadres politiques et à des facteurs d'influence sociaux. Ainsi, les acteurs du système de santé sont soumis à des effets pervers qui induisent des comportements indésirables et des structures inefficaces. En théorie, les effets pervers au sein du système de santé suisse et leurs mécanismes d'action sont déjà relativement bien documentés. La présente étude se concentre donc en priorité sur l'évidence empirique actuelle des inefficacités.

Partant de l'idée que, dans le processus de fourniture de prestations, soit la quantité des biens produits, soit les prix, soit la qualité ne correspondent pas à l'optimum souhaité par la société, on distingue quatre types d'inefficacités :

#### **INEFFICACITES AU SEIN DU SYSTEME DE SANTE :**

Tableau 1

<b>INEFFICACITÉ</b>	<b>LE RÉSULTAT SUBOPTIMAL CONCERNE</b>
• Sur/sous-apvisionnement en prestations	→ Le nombre
• Distorsion des prix/tarifs	→ Les prix
• Inefficacités dans la production	→ Les coûts de production (et donc aussi les prix)
• Défaut de preuves de qualité	→ La qualité

### **RESULTATS**

Les résultats de l'étude sont récapitulés ci-après à partir des quatre principales questions :

#### **1. Dans quels domaines du système de santé les inefficacités peuvent-elles être imputées à des effets pervers ?**

Cette analyse montre que des inefficacités peuvent être constatées, sous une ou plusieurs formes, dans tous les marchés considérés (prise en charge ambulatoire et stationnaire, assurances, médicaments). Basés sur l'étude de la littérature, nous estimons que les principales inefficacités sont les suivantes :

## PRINCIPALES INEFFICACITES AU SEIN DU SYSTEME DE SANTE SUISSE

Tableau 2

INEFFICACITÉS	COMMENTAIRES	MARCHÉS/SECTEURS CONCERNÉS
<b>SUR-APPROVISIONNEMENT</b>		
• Demande induite par l'offre	Les fournisseurs augmentent le nombre de prestations, même si elles n'apportent guère de bénéfice supplémentaire	→ Prise en charge ambulatoire et stationnaire (y compris la délivrance de médicaments)
• Sur-approvisionnement en technologies et médecine de pointe	L'offre trop élevée en technologies et médecine de pointe est amortie par la demande induite par l'offre.	→ Technologies et médecine de pointe
• Vérification floue et lacunaire des critères EAE <sup>1</sup>	L'assurance de base rembourse des prestations qui ne sont ni pertinentes, ni économiques.	→ Prise en charge ambulatoire et stationnaire → Médicaments
• Défaut de coordination dans la prise en charge	Examens et traitements réalisés en double, visites médicales superflues et traitements erronés par manque de coordination entre les différents fournisseurs de prestations.	→ Prise en charge ambulatoire et stationnaire
• Risque moral ex post (Ex-post Moral Hazard) <sup>2</sup>	Les assurés demandent trop de prestations qui ne produisent aucun ou peu de bénéfice.	→ Prestations couvertes par l'assurance de base ou l'assurance complémentaire.
<b>SOUS-APPROVISIONNEMENT</b>		
• Manque de ressources en personnel	Du fait des ressources en personnel trop faibles, la qualité des prestations diminue et certaines prestations manifestement nécessaires sont négligées.	→ Médecine de base → Soins (aigus, réhabilitation, soins de longue durée) → Autres, par ex. chirurgie, néonatalogie
• Manque d'offres dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention	Perte de bénéfice (l'offre restreinte en matière de promotion de la santé et en mesures de prévention ne permet pas d'éviter les maladies chroniques et de prolonger la vie en bonne santé).	→ Promotion de la santé et prévention ainsi que prise en charge ambulatoire et stationnaire en amont
• Sous-approvisionnement de certains groupes de population	L'application moindre de prestations au besoin avéré conduit à une accumulation des morbidités et à un état de santé déficient.	→ Prise en charge ambulatoire et stationnaire
<b>DISTORSION DE PRIX</b>		
• Tarifs de la prise en charge ambulatoire/stationnaire	Les valeurs des points tarifaires et les prix de base (base rates) négociés qui ne correspondent pas au prix du marché peuvent comporter des indemnités trop élevées ou trop faibles.	→ Prise en charge ambulatoire et stationnaire
• Prix des médicaments	Les prix qui ne sont pas conformes au « prix du marché » peuvent englober des marges bénéficiaires trop élevées ou trop faibles	→ Médicaments

1 EAE: Efficacité, Adéquation, Economicité. Selon l'article 32 al. 1 de la loi sur les assurances maladie LAMal, les prestations de l'assurance maladie obligatoire doivent être efficaces, adéquates et économiques.

2 Le risque moral ex post (Ex-post Moral Hazard) se réfère à la situation d'une personne déjà malade. Les coûts des prestations médicales sont répartis sur l'ensemble des assurés; dès lors, les assurés pourraient exiger des prestations dépassant leurs besoins ou dont l'utilité est moindre ou inexistante.



## INEFFICACITÉS DANS LA FOURNITURE DE PRESTATIONS

• Sélection des risques dans l'assurance maladie	Par la sélection des risques, les coûts sont transférés d'une assurance à l'autre, sans générer aucun bénéfice supplémentaire, par exemple sous forme de modèles d'assurance intégrés (concurrence inefficace).	→ Assureurs LAMal (coûts administratifs)
• Manque de concentration de la prise en charge stationnaire	En raison du nombre élevé de petit hôpitaux et d'institutions de soin, les économies d'échelles sont trop peu exploitées, et peuvent avoir une incidence sur les coûts et la qualité des traitements.	→ Institutions de soins → Hôpitaux
• Répartition inefficace entre les prestations ambulatoires et stationnaires	Une partie des prestations fournies en milieu hospitalier pourraient être réalisées avec moins de ressources, dans le cadre d'une prise en charge ambulatoire.	→ Prise en charge ambulatoire et stationnaire

## 2. Par quels moyens ces inefficacités peuvent-elles être constatées et dans quelle mesure est-il possible d'en évaluer l'étendue?

Une partie des inefficacités que nous jugeons importantes a fait l'objet d'une analyse empirique détaillée, alors que d'autres n'ont été que très peu ou pas du tout analysées :

- La recherche dans les domaines de la demande induite par l'offre, du risque moral (ex post), du manque de coordination des traitements et du manque de concentration dans la prise en charge (économies d'échelles inexploitées) a déjà une longue tradition et repose sur une base solide. Les procédures suivantes sont appliquées dans ces domaines :
  - Demande induite par l'offre: analyses de régression multivariées (avec des données de panel) destinées à examiner l'influence des structures de l'offre sur les différences de coûts de santé d'un canton à l'autre.
  - Le risque moral ex post: analyse des données des assurances destinées à définir l'effet de la participation aux coûts (divers niveaux de franchises) sur le recours aux prestations.
  - Manque de coordination dans la prise en charge : analyse des données des assurances, dans le but d'examiner les différences de coûts entre les assurés des organisations de Managed care et les assurés « normaux », en réajustant les effets de sélection.
  - Manque de concentration dans la prise en charge : analyses statistiques des limites de l'efficacité permettant de mesurer au moyen de best practices l'étendue de l'inefficacité productive (rendements d'échelle non exploités et inefficacités purement techniques)
- Il n'existe pas – ou guère – d'évidence empirique concernant le phénomène du risque moral ex ante,<sup>3</sup> ni les éventuelles erreurs d'allocations dues aux tarifs à l'acte et aux valeurs des points tarifaires.
- Dans les autres domaines, des études empiriques confirment l'existence d'inefficacités. Toutefois, soit la base des études est insuffisante, soit les procédures ne sont pas adaptées pour déterminer les potentiels d'économie d'un point de vue quantitatif. Ces études ont recours à divers procédés (comparaison des indicateurs au niveau international et cantonal, analyses de corrélation bivariées et multivariées, etc.) pour constater les inefficacités.

Les inefficacités chiffrables de grande envergure, **constatées dans les différentes études, s'élèvent à environ six à sept milliards de francs par an** (cf. Tableau 3 → A). Ceci

3 Le risque moral ex ante désigne la situation où les assurés d'une caisse de maladie financée solidairement et indépendamment des risques ne voient pas d'intérêt financier à limiter leurs comportements malsains et leurs activités de loisirs à risque et à supporter les coûts des mesures préventives, car les assurances prennent en charge les frais liés à un éventuel traitement curatif.

## ÉTENDUE DES INEFFICACITÉS

Inefficacités	Recherche empiriques quantitatives	Domaine	Étendue des inefficacités les estimations purement qualitatives sont entre par-enthèses	Évaluation approximative des coûts générés en mio de CHF par an
<b>A</b>				
• Demande induite par l'offre	•••	Prise en charge ambulatoire et stationnaire	élevé	1'000 – 2'000
• Coordination déficiente	•••	Prise en charge ambulatoire et stationnaire	élevé	3'000
• Risque moral (Moral Hazard)	Ex-post: ••• Ex-ante: •	Prestations couvertes par l'assurance de base ou l'assurance complémentaire	Ex post: élevé	Ex post: 2'000
<b>B</b>				
• Rendements d'échelles non exploitées et inefficacités techniques	••• ••• ••	Hôpitaux Institutions de soins	(moyen - élevé) moyen	- 700 -
• Vérification floue et non systématique des critères EAE	••	Prise en charge ambulatoire et stationnaire	(moyen)	-
• Réglementation des prix des médicaments	••	Médicaments	(moyen)	-
<b>C</b>				
• Assurances (sélection des risques)	••	Assureurs maladie LAMal (coûts administratifs)	(faible - moyen)	-
• Offre excessive en technologie de pointe	••	Technologies et médecine de pointe	(faible)	-
<b>D</b>				
• Manque de ressources en personnel	••	Médecine de base, soins (aigus, réhabilitation, soins de longue durée)	Aucune estimation possible	-
• Manque d'offres de prévention	••	Prévention	Aucune estimation possible	-
• Sous-appvisionnement de certains groupes de population	••	Prise en charge ambulatoire et stationnaire	Aucune estimation possible	-
• Répartition prise en charge ambulatoire/stationnaire	••	Prise en charge ambulatoire et stationnaire	Aucune estimation possible	-
• Tarifs de la prise en charge ambulatoire/stationnaire	•	Prise en charge ambulatoire et stationnaire	Aucune estimation possible	-
• Défaut de preuves de qualité	•	Prise en charge ambulatoire et stationnaire	Aucune estimation possible	-

**Tableau 3:** ••• = domaines dans lesquels des recherches empiriques ont été réalisées. •• = il existe quelques études isolées. • = il n'existe pratiquement pas d'études empiriques. Faible: moins de 100 mio de CHF d'inefficacités (C), moyen: entre env. 100 mio et env. 1'000 mio (B), élevé: plus de 1'000 mio de CHF (A).

correspond à environ **9.5 à 11% de l'ensemble des coûts de santé** (62.5 milliards de francs, base 2010) ou à l'augmentation des coûts de santé des 3-4 dernières années (2007-2010).<sup>4</sup> Parallèlement, trois domaines révèlent des inefficacités que nous qualifierons de moyennes (entre 100 millions et 1 milliard de francs, (cf. Tableau 3 → B). A une exception près, ces domaines n'ont pas encore fait l'objet de recherches approfondies permettant de les chiffrer avec précision. L'étendue des inefficacités dans les autres domaines est estimée faible (jusqu'à 100 millions de francs, (cf. Tableau 3 → C) ou ne peut pas encore être évaluée faute de données (cf. Tableau 3 → D).

### 3. Par quels moyens les effets pervers pourraient-ils être supprimés ?

A notre avis, l'optimisation du système de santé suisse, par la suppression aussi complète que possible des effets pervers, est possible à partir des deux lignes directrices suivantes :

- Le concept de la « **concurrence axée sur la qualité des prestations** » constitue une première orientation prometteuse. Ce concept est focalisé sur les perspectives des clients du système de santé, des assurés respectivement des patients. La concurrence doit permettre d'améliorer les prestations médicales, donc la santé et l'efficacité, toujours avec l'objectif d'atteindre une qualité élevée.
- Le concept de « **gouvernance** » représente une deuxième ligne directrice essentielle. Une bonne gouvernance exige un aménagement des structures de pilotage du système de santé de façon à préserver optimalement les intérêts de la population. Ceci concerne des réglementations dans trois domaines : (1) la définition de priorités, (2) l'évaluation des performances et (3) le compte rendu.

Pour être en mesure de concrétiser ces lignes directrices, les bases de données doivent absolument être améliorées. Il manque toujours (notamment, mais pas exclusivement dans la prise en charge ambulatoire) des données, des indicateurs et des instruments d'évaluation, d'où un certain nombre de lacunes dans la preuve de qualité.

Des approches concrètes permettant de combattre les effets pervers et de contrecarrer les inefficacités doivent être développées à différents niveaux. D'une part, il s'agit de formuler les possibles solutions connues sans lesquelles une optimisation efficace du système de santé suisse serait impossible. Il s'agit notamment des quatre orientations suivantes :

- Une amélioration de la **compensation des risques** entre les différentes caisses de maladie est une condition impérative, car elle constitue le seul moyen d'arriver à une concurrence utile entre les caisses de maladie.
- La suppression de l'**obligation de contracter** permettrait de sanctionner les fournisseurs dont l'activité n'est pas rentable et d'augmenter ainsi l'efficacité du système tout en maintenant la qualité au même niveau.
- Le **financement moniste** des hôpitaux est important pour réduire les transferts inefficaces des traitements ambulatoires en milieu hospitalier.
- De plus, le rôle de la médecine sociale et préventive (**public health**) ne doit pas être oublié sous couvert d'efficacité. Des mesures collectives destinées à prévenir les maladies chroniques et à combattre les inégalités de santé, peuvent largement contribuer à optimiser le bien-être et, le cas échéant, à réaliser des économies.

Les mesures suivantes sont actuellement discutées en Suisse ; elles visent une réduction aussi large que possible des inefficacités : (1) l'application transparente et systématique des critères EAE, (2) une vérification des différentes options pour consolider les Health Technology Assessments HTA,<sup>5</sup> (3) l'encouragement des processus permettant d'augmenter l'efficacité et la qualité grâce au eHealth, (4) la vérification des tarifs TARMED<sup>6</sup> et des

prix de base DRG,<sup>7</sup> ainsi que [5] la prescription des médicaments et des prix fixes pour pallier aux dépenses en médicaments trop élevées.

Parallèlement, des approches innovatrices et peu conventionnelles, au potentiel prometteur, peuvent permettre de combattre les effets pervers :

- La structure du système de santé suisse pourrait être réformée selon le modèle danois, de sorte que soient instaurées, au lieu des 26 zones cantonales de soins, de plus grandes unités de compétences. Ainsi, les inefficacités dues à la fragmentation à petite échelle (fédéraliste) peuvent être atténuées.
- Le sur-approvisionnement dû à la demande induite par l'offre et au manque de coordination peut être combattu avec Pay for Performance et Bundled Payments (forfaits complexes). Pay for Performance est une rémunération orientée vers le rendement ; organisée de façon adéquate, elle permet de fixer les incitations justes pour le fournisseur de prestations et d'optimiser ainsi la qualité avec un budget donné. Le forfait complexe correspond à un budget fixe pour le traitement de maladies déterminées (par exemple le diabète) ; il fixe des incitations qui encouragent la prise en charge intégrée et donc plus efficace des patients.
- Les effets pervers dus au risque moral des assurés peuvent être réduits en associant l'assurance maladie à des Medical Savings Accounts (MSA) (comptes d'épargne pour soins médicaux). Les MSA constituent une assurance personnelle, où les assurés économisent eux-mêmes les moyens nécessaires en cas de maladie, en conjuguant une franchise élevée à l'ouverture d'un compte d'épargne affecté à cette fin. Ainsi la responsabilité et la prévoyance individuelles des assurés sont renforcées.

Les propositions énoncées peuvent aboutir à des améliorations ponctuelles de l'efficacité – dans le sens d'un effet de niveau – (par exemple exploitation des rendements d'échelle) ou contrer la croissance des coûts de santé respectivement la freiner et déployer des effets dynamiques (par exemple Bundled Payment). Certaines de ces propositions sont connues depuis longtemps et parfois appliquées avec succès dans d'autres pays. Mais en Suisse, la mise en œuvre de mesures de fond semble plus difficile, notamment en raison des intérêts particuliers élevés et de la barrière de la démocratie directe.

#### **4. Quels domaines devraient faire l'objet de recherches supplémentaires ?**

A notre avis, des recherches devraient être entreprises, d'une part, dans l'évaluation de l'étendue des inefficacités dans des domaines choisis et, d'autre part, au niveau des différentes solutions envisageables.

- La quantification des inefficacités présente encore d'importantes lacunes dans tous les domaines, c'est-à-dire dans le sur-approvisionnement (entre autres la demande induite par l'offre dans le domaine stationnaire, le risque moral ex ante), le sous-approvisionnement (répercussions du manque de ressources sur la qualité de la prise en charge et sur la santé, conséquences d'un moindre recours aux prestations par des groupes de population spécifiques), les distorsions de prix (analyse des structures de coûts des fournisseurs de prestations, substitution par des génériques) et les inefficacités dans la fourniture de prestations (entre autres analyses des limites de l'efficacité pour le domaine ambulatoire et recherche sur les outcomes).

4 Dépenses de santé 2007: 55,2 mrd de francs, augmentation 2007–2010: 7,3 mrd de francs.

5 HTA est un processus d'évaluation systématique des technologies, procédures, médicaments et moyens médicaux

6 TARMED = Tarif pour les prestations médicales ambulatoires en Suisse.

7 DRG: Système tarifaire de rémunération des prestations hospitalières selon les forfaits par cas basés sur le diagnostic (DRG = Diagnosis Related Groups). Le forfait résulte de la multiplication du tarif de base (prix de base) avec le poids relatif de coûts. Le prix de base correspond au prix individuel de chaque hôpital, le poids relatif de coûts au coût moyen de traitement du groupe de cas concerné. Les prix de base sont négociés entre les assureurs et les hôpitaux.

## RÉSUMÉ

- Au niveau des différentes solutions envisageables, il importe d'approfondir les chances et les risques ainsi que les possibilités d'introduire des approches innovantes. Ceci concerne non seulement les propositions prises en considération dans cette étude, mais également d'autres solutions envisagées en Suisse et à l'étranger, que nous n'avons pas examinées.

En conclusion, il faut préciser qu'à l'heure actuelle la recherche est limitée par les lacunes dans le relevé des données qui seraient nécessaires aux analyses. Des données concernant la qualité et les résultats (outcomes) (également au niveau des patients) font particulièrement défaut en Suisse. De ce fait, les possibilités de la recherche portant sur les résultats et sur les services de santé, déjà bien établie à l'étranger, sont limitées. L'amélioration de l'état des données est donc une condition essentielle pour développer la recherche orientée vers l'application dans le domaine de l'efficacité du système de santé suisse.

8 Exemple des USA: Accountable Care Organization (ACO). Les médecins et les hôpitaux sont co-responsables des coûts et de la qualité de la prise en charge d'un groupe de population déterminé.

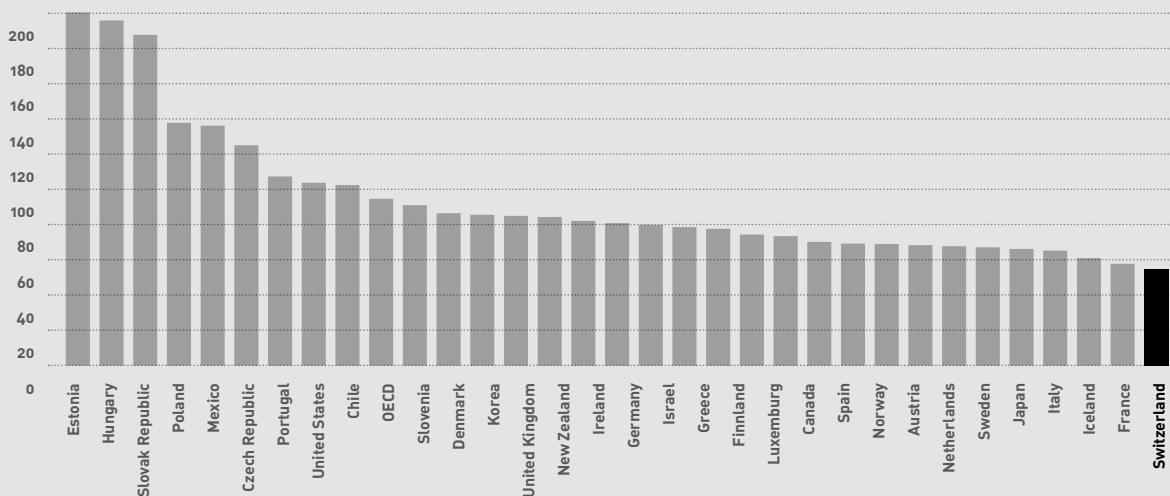
# Summary

## Efficiency, utilization and financing of the health system

### BACKGROUND

Switzerland's health system is well known for its high quality. Thus, the Swiss population has a high life expectancy, and the country also fares very well in terms of the indicator of mortality amenable to healthcare (cf. the international comparison in Figure 1). At the same time, Switzerland is also well known for its high healthcare costs, which rose by an average of CHF 2.1 bn per year over the last five years (2005–2010). In 2010, health expenditures amounted to 10.9% of GDP. Against this background, the question arises whether the human and financial resources deployed are sustainable over the long term. For this reason, the “Sustainable healthcare” project was launched by the Swiss Academies of Arts and Sciences. The present study – one of the four modules which make up the project – addresses the topic of efficiency, investigating whether services could be provided more efficiently (i.e. with lower costs), or whether the quality of healthcare could be improved without any increase in costs.

### AMENABLE MORTALITY IN 31 OECD COUNTRIES AND IN SWITZERLAND



**Figur 1:** Amenable mortality rates per 100,000 population; Source: Mortality amenable to healthcare in 31 OECD countries. Gay et al. (2011); the rates shown are not all based on data for the same year. Mortality amenable to healthcare in Switzerland: Calculations of the Swiss Health Service of Ticino.

### AIM AND QUESTIONS

The aim of this study was (1) to provide an overview of the inefficiencies believed to exist within the Swiss health system, (2) to quantify these inefficiencies – as far as this is possible on the basis of available empirical evidence, (3) to describe the effects of deficiencies in the governance of the system, and (4) to identify possible approaches whereby efficiency could be increased. The focus is on the following four questions:

1. Where do perverse incentives lead to inefficiencies in the health system?
2. What methods can be used to identify inefficiencies, and to what extent can they be quantitatively assessed?
3. What measures could be taken to eliminate perverse incentives?
4. Where is additional research required?

## SUMMARY

### **METHODS**

Methodologically, the study is based on a review of the literature (studies of the Swiss and other health systems) and on supplementary expert interviews. The literature review was designed to gather empirical evidence on the subject of inefficiencies, and to identify remedial measures and gaps in research. In the expert interviews, efforts were made to obtain qualitative assessments which could help to fill existing gaps in the empirical evidence.

### **ECONOMIC FRAMEWORK AND STRUCTURE OF ANALYSIS**

The study focuses on inefficiencies in the health system. In economics, efficiency refers to a situation in which market processes produce a socially optimal outcome. In welfare economics, two types of efficiency are recognized:

- Allocative efficiency means that the quantity, type and quality of the services offered provide consumers with the greatest possible benefit. Allocative inefficiencies are also known as misallocation of resources.
- Productive efficiency means that a given good is produced at the lowest possible cost, or that the highest possible output of this good is produced with a given input.

Fundamental causes of inefficiencies are – to summarize briefly – market failures or failures of regulation and implementation arising from deficiencies in governance, general political conditions or social factors. These lead to perverse incentives for actors in the health system and, consequently, to undesired behaviours and inefficient structures. For the Swiss health system, perverse incentives and the associated mechanisms of action are already relatively well documented in theoretical terms. This study therefore focuses primarily on existing empirical evidence concerning inefficiencies.

On the assumption that, in the service provision process, either the quantity, prices, or quality of the goods produced does not correspond to the socially desired optimum, the following four types of inefficiencies were distinguished:

### **INEFFICIENCIES IN THE HEALTH SYSTEM**

Table 1

<b><u>INEFFICIENCY</u></b>	<b><u>SUBOPTIMAL OUTCOME RELATES TO</u></b>
• Over-/underprovision of services	→ Quantity
• Distortion of prices/tariffs	→ Prices
• Inefficiencies in production	→ Production costs (and hence also prices)
• Lack of evidence of quality	→ Quality

### **RESULTS**

The results of the study are summarized under the four main headings defined above:

#### **1. Where do perverse incentives lead to inefficiencies in the health system?**

The study shows that one or more types of inefficiencies exist in all the sectors investigated (outpatient and inpatient care, insurance, medicines, factor markets). On the basis of the literature reviewed, the following inefficiencies are considered most relevant:

## RELEVANT INEFFICIENCIES IN THE SWISS HEALTH SYSTEM

Table 2

INEFFICIENCIES	EXPLANATION	MARKETS/SECTORS CONCERNED
<b>OVERPROVISION</b>		
• Supplier-induced demand	Suppliers increase the quantity of services provided, even if they offer only minimal benefit	→ Outpatient and inpatient care (incl. dispensing)
• Oversupply of high tech/cutting-edge medicine	Excessive supply of high-tech/cutting-edge medicine, with investments recouped through supplier-induced demand.	→ High-tech/cutting-edge medicine
• Non-transparent and inadequate review of EAC criteria <sup>1</sup>	Some services covered by basic health insurance are not (sufficiently) appropriate or cost-effective.	→ Outpatient and inpatient care → Medicines
• Inadequate coordination of care	Duplicate tests/treatments, unnecessary consultations and incorrect treatments due to inadequate coordination among service providers.	→ Outpatient and inpatient care (incl. dispensing)
• Ex post moral hazard <sup>2</sup>	Insured patients demand excessive care, offering no or minimal benefits.	→ Services covered by basic or supplementary insurance
<b>UNDERPROVISION</b>		
• Lack of human resources	As a result of staff shortages, quality is adversely affected or essential care is not provided.	→ Primary care → Nursing care (acute, rehabilitation, long term) → Other (e.g. surgery, neonatology)
• Lack of health promotion/prevention programmes	Benefits in the form of chronic disease prevented and longer life in good health are forgone owing to insufficient health promotion/prevention programmes.	→ Health promotion and prevention and, ultimately, outpatient and inpatient care
• Undertreatment of certain population groups	Lower utilization of essential services leads to accumulation of morbidity and suboptimal health status.	→ Outpatient and inpatient care (incl. dispensing)
<b>INEFFICIENCIES IN SERVICE PROVISION</b>		
• Tariffs for outpatient/inpatient care	If the TARMED "tariff point values" and hospital "base rates" negotiated do not reflect market rates, the prices paid may be too high or too low.	→ Outpatient and inpatient care
• Drug prices	If pricing does not reflect market rates, profit margins may be too high or too low.	→ Medicines

1 EAC: efficacy, appropriateness and cost-effectiveness. Under Art. 32 para. 1 of the Health Insurance Act (KVG), services covered by the mandatory health insurance scheme must be effective, appropriate and cost effective.

2 Ex post moral hazard refers to a situation in which a person is already ill: as the costs of medical services are shared among the insured community, there is a risk of patients demanding more care than is required, including services offering no or very limited benefits.



**INEFFICIENCIES IN SERVICE PROVISION**

• Risk selection in health insurance	As a result of risk selection, costs are shifted between insurers without any additional benefits being generated, e.g. in the form of integrated care models (inefficient competition).	→ KVG health insurers (administrative costs)
• Insufficient concentration of inpatient care	Numerous small hospitals and care homes mean that economies of scale are underutilized, with possible impacts on costs and treatment quality.	→ Care homes → Hospitals
• Inefficient mix of outpatient/inpatient care	In some cases, inpatient care could be replaced by less resource-intensive outpatient care.	→ Outpatient and inpatient care

**2. What methods can be used to identify inefficiencies, and to what extent can they be quantitatively assessed?**

Some of the inefficiencies judged to be relevant have been extensively studied, while others have attracted little or no empirical research:

- A wide range of research, with a relatively long tradition, is available in the areas of supplier-induced demand, (ex post) moral hazard, inadequate coordination of care and insufficient concentration of care (unexploited economies of scale). In these areas, the following methods are used:
  - Supplier-induced demand: multivariate regression analysis (using panel data) to investigate the influence of supply structures on cantonal differences in healthcare costs.
  - Ex post moral hazard: analysis of insurance data to assess the effects of patient cost-sharing (different deductible levels) on the utilization of services.
  - Inadequate coordination of care: analysis of insurance data to investigate differences in costs – adjusted for selection effects – between those enrolled in managed care organizations and those with “normal” health insurance.
  - Insufficient concentration of care: efficiency frontier analysis to assess the level of productive inefficiency (unexploited economies of scale and purely technical inefficiencies) on the basis of best practices.
- Little or no empirical evidence is available on the phenomenon known as ex ante moral hazard<sup>3</sup> and on possible misallocations arising from collectively negotiated fee-for-service tariffs and tariff point values.
- In the other areas, the existence of inefficiencies is confirmed by empirical studies; however, the data available is insufficient or the methods used are not suitable for quantifying potential cost-savings. These studies employ various methods (comparisons of international and cantonal indicators, bivariate and multivariate analysis of correlation, etc.) to determine inefficiencies.

The **major inefficiencies** quantifiable on the basis of various existing studies amount to **around CHF 6–7 billion per year** (cf. Table 3 → A). This is equivalent to approx. 9.5 – 11% of total healthcare costs (CHF 62.5 bn in 2010),<sup>4</sup> or to the amount by which healthcare costs increased over the past 3 – 4 years (2007–2010). For three other areas, the level of inefficiencies is rated as medium (between CHF 100 m and CHF 1 bn; (cf. Table 3 → B). In these areas – with one exception – insufficient quantitative research has been carried out to permit more precise

3 Ex ante moral hazard refers to the situation where, in a solidarity-based health insurance system (financed by risk-independent premiums), people to some extent lack a financial incentive to avoid an unhealthy lifestyle and high-risk leisure activities, or to bear the costs of prevention measures, since, should the need for curative treatment arise, the costs will be reimbursed by the health insurer.

4 Health expenditure in 2007: CHF 55.2 bn; increase 2007–2010: CHF 7.3 bn.

## RELEVANTE INEFFIZIENZEN IM SCHWEIZERISCHEN GESUNDHEITSWESEN

Inefficiencies	Quantitative empirical research	Sector	Level of inefficiencies purely qualitative estimates in brackets	Rough estimates of resultant costs CHF m/year
<b>A</b>				
• Supplier-induced demand	•••	Outpatient and inpatient care	High	1'000 – 2'000
• Inadequate coordination	•••	Outpatient and inpatient care	High	3'000
• Moral hazard	Ex-post: ••• Ex-ante: •	Services covered by basic or supplementary insurance	Ex post: Highh	Ex post: 2'000
<b>B</b>				
• Not fully realized economies of scale and technical inefficiency	•••	Hospitals	(Medium - high)	-
• Non-transparent and non-systematic review of EAC criteria	•••	Care homes	Medium	700
• Drug price regulation	••	Outpatient and inpatient care Medicines	(Medium) (Medium)	- -
<b>C</b>				
• Health insurers (risk selection)	••	KVG health insurers (administrative costs)	(Low - medium)	-
• Oversupply of high-tech/cutting-edge medicine	••	High-tech/cutting-edge medicine	(Low)	-
<b>D</b>				
• Lack of human resources	••	Grundversorgung, Primary care, nursing care	No assessment possible	-
• Lack of prevention programmes	••	(acute, rehabilitation, long-term)	No assessment possible	-
• Undertreatment of certain population groups	••	Prevention	No assessment possible	-
• Mix of outpatient/inpatient care	••	Outpatient and inpatient care	No assessment possible	-
• Tariffs for outpatient/inpatient care	•	Outpatient and inpatient care	No assessment possible	-
• Lack of evidence of quality	•	Outpatient and inpatient care	No assessment possible	-

**Table 3:** Key ••• = abundant empirical research available; •• = a few studies available; • = practically no empirical studies available. Low: under CHF 100 m (C); Medium: between approx. CHF 100 m and 1,000 m (B); High: over CHF 1,000 m (A).

## SUMMARY

quantification. In the remaining areas, the level of inefficiencies is either considered to be low (up to CHF 100 m; cf. Table 3 → C) or cannot be estimated owing to a lack of evidence (cf. Table 3 → D).

### 3. What measures could be taken to eliminate perverse incentives?

In our view, if the Swiss health system is to be optimized by the elimination – as far as possible – of perverse incentives, two guiding principles will need to be adopted:

- **Value-based** competition is the first, highly promising, guiding principle. This concept emphasizes the perspective of the health system's customers – the insured or patients. Competition should improve healthcare, or health and efficiency, with a permanent focus on high quality.
- The second key guiding principle is the concept of **governance**. Good governance requires health system management structures to be designed in such a way that the interests of the public are optimally safeguarded. This involves arrangements in three areas: (1) priority-setting, (2) performance monitoring and (3) accountability.

If these principles are to be applied, the available evidence base must be improved. As data, indicators and monitoring instruments are currently lacking (especially, but not exclusively, for outpatient care), evidence of quality cannot be systematically provided.

Concrete measures could be taken at various levels in order to eliminate significant perverse incentives and combat inefficiencies. Firstly, mention should be made of a number of approaches which are indispensable for effective optimization of the Swiss health system, including the following four in particular:

- The improvement of **risk equalization** among health insurers is an essential prerequisite, as this is the only way of achieving beneficial competition among insurers.
- The abolition of insurers' **obligation to contract** is also vital as a means of sanctioning non-cost-effective service providers, thereby increasing the efficiency of the system while maintaining (at least) the same level of quality.
- **A monistic hospital financing system** is an important means of tackling the inefficient shifting of outpatient care to the inpatient sector.
- In addition, from an efficiency perspective, the role of social and preventive medicine (**public health**) should not be overlooked. Public health measures designed to prevent chronic disorders and combat social inequalities in health can make an important contribution to optimizing welfare and sometimes also produce cost-savings

Further measures under discussion in Switzerland which are aimed at reducing inefficiencies as far as possible include: (1) more transparent and systematic application of the EAC criteria, (2) a review of options for the strengthening of Health Technology Assessment (HTA<sup>5</sup>), (3) use of eHealth to promote more efficient and quality-enhancing processes, (4) a review of TARMED<sup>6</sup> tariffs and DRG<sup>7</sup> base rates, and (5) prescription by active substance and fixed prices to control expenditures on medicines.

Looking abroad, various innovative and unconventional approaches exist which, in our view, offer considerable potential for addressing any remaining perverse incentives:

- Taking Denmark as a model, the **structure** of the Swiss health system could be **reformed** so as to replace the 26 cantonal care regions with larger areas of responsibility. This could help to reduce inefficiencies arising from (federalist) fragmentation.
- Overprovision due to supplier-induced demand and inadequate coordination can be tackled with the aid of **pay for performance** and **bundled payments**. If pay for performance

is appropriately designed, it creates incentives for service providers to optimize the quality of care with a given budget. Bundled payments involve a fixed budget for the treatment of specific conditions (e.g. diabetes), creating incentives for the promotion of integrated and thus more efficient patient care.

- Perverse incentives arising from moral hazard among the insured can be reduced by combining health insurance with **medical savings accounts (MSAs)**. MSAs are a form of self-insurance in which individuals can save the funds required to cover medical expenses, with a dedicated savings account being coupled with a higher deductible. This strengthens individual responsibility and self-provision among the insured.

Some of the measures proposed above may lead to one-off improvements in efficiency (e.g. realization of economies of scale), while others may also help to arrest or moderate the growth of healthcare expenditures, thus developing dynamic effects (e.g. bundled payments). A number of the proposed measures are far from new, and in some cases they have been successfully implemented in other countries. In Switzerland, however, the implementation of radical measures is evidently more difficult, not least because of the existence of strong vested interests and the challenge of direct democracy.

#### **4. Where is additional research required?**

In our view, research is required firstly on the question of assessing the magnitude of inefficiencies in selected areas and, secondly, on possible ways of tackling such inefficiencies.

- As regards the quantification of inefficiencies, major gaps remain in all areas, i.e. overprovision (including supplier-induced demand in the inpatient sector, ex ante moral hazard), underprovision (effects of insufficient resources on health and quality of care, health effects of lower utilization of services by specific population groups), distortion of prices (analysis of service providers' cost structures, generic substitution) and inefficiencies in service provision (e.g. efficiency frontier analysis for the outpatient sector and outcome research).
- As regards possible measures, the opportunities and risks and the scope for the implementation of innovative approaches should be explored in more detail. This applies not only to the measures considered in this study but also to other approaches originating in Switzerland or elsewhere.<sup>8</sup>

Finally, it should be noted that research at present is constrained by gaps in the collection of data which would be required for detailed analysis. In particular, quality and outcome data (also at patient level) is lacking in Switzerland. This restricts the possibilities for outcome and health services research, which is already much better established in other countries. Improving data availability is thus a prerequisite for further advances in application-oriented research on the efficiency of the Swiss health system.

5 HTA is a method used for systematic assessment of medical technologies, procedures, medicines and devices.

6 TARMED = tariff system for outpatient medical services in Switzerland.

7 DRG: payment system for inpatient services based on diagnosis-related groups (DRGs). The payment per case is calculated by multiplying the „base rate“ (hospital-specific price) by the „relative weight“ (which reflects the relative costliness of hospital treatment for patients in the DRG concerned). Base rates are subject to negotiation between health insurers and hospitals.

8 An example from the US: accountable care organizations (ACOs), in which physicians and hospitals agree to be accountable for the costs and quality of care provided to a specific population group.

## I GRUNDLAGEN

### 1. EINLEITUNG

#### 1.1. AUSGANGSLAGE

Das Schweizer Gesundheitswesen ist bekannt für seine hohe Qualität, aber auch für seine hohen Gesundheitskosten. In den letzten Jahren sind die Gesundheitskosten im Durchschnitt um CHF 2.2 Mia. pro Jahr gestiegen, und der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP belief sich im Jahr 2010 auf 11.4%. Auf der anderen Seite trägt das Gesundheitssystem wesentlich zu unserer Lebensqualität und unserer Wohlfahrt bei. Die für das Gesundheitssystem eingesetzten personellen und finanziellen Ressourcen sind jedoch so hoch, dass sie von der Schweiz kaum nachhaltig aufrechterhalten werden können. Es fragt sich insbesondere, ob die Leistungen nicht auch effizienter, d.h. mit tieferen Kosten, erbracht werden könnten oder ob mit dem gleichen Aufwand nicht eine bessere und vor allem transparenter nachgewiesene Qualität und bessere Gesundheitsoutcomes möglich wären.

Vor diesem Hintergrund haben die Akademien der Wissenschaften Schweiz das Projekt „Nachhaltiges Gesundheitssystem“ lanciert. Es umfasst vier Teilprojekte, welche verschiedene Sichtweisen beleuchten:

- › Die Studie „Methoden zur Bestimmung von Nutzen bzw. Wert medizinischer Leistungen und deren Anwendung in der Schweiz und ausgewählten europäischen Ländern“ (publiziert im März 2012).
- › **Eine zweite Studie „Effizienz, Nutzung und Finanzierung des Schweizer Gesundheitssystems“.** Dieses zweite Teilprojekt wurde von den Akademien der Wissenschaften Schweiz (SAMW) an INFRAS vergeben. Der vorliegende Schlussbericht bezieht sich auf dieses Teilprojekt.
- › Eine von der SAMW eingesetzte Arbeitsgruppe hält in einem Positionspapier fest, worin die Verantwortung der Gesundheitsfachleute für eine nachhaltige Medizin liegt und was dies für die tägliche Praxis bedeutet.
- › Ein Publifocus von TA-SWISS zum Thema „Nutzen und Kosten medizinischer Behandlungen“ (in Bearbeitung).

Die Resultate dieser Teilprojekte fliessen einerseits in die Tagung der Akademien der Wissenschaften Schweiz ein zum Thema „Ein nachhaltiges Gesundheitssystem für die Schweiz“. Zugleich werden die Akademien der Wissenschaften Schweiz eine Roadmap veröffentlichen, die darlegen wird, welche Massnahmen von welchen Akteuren mit welcher Dringlichkeit zu ergreifen sind.

#### 1.2. ZIEL UND FRAGESTELLUNGEN

Die OECD attestiert dem schweizerischen Gesundheitswesen im Vergleich zu den anderen OECD-Ländern eine hohe Effizienz in dem Sinne, dass mit den heutigen Gesundheitsausgaben kein viel besserer Gesundheitszustand mehr erreicht werden könnte. Hingegen steht die Schweiz im OECD-Vergleich etwas weniger gut da bei der Frage, mit wie viel weniger Input der gleiche Gesundheitszustand erzielt werden könnte (Kirchgässner, Gerritzen 2001). Die vorliegende Studie will der Frage der Effizienz des schweizerischen Gesundheitswesens näher auf den Grund gehen. Konkrete Ziele der Studie waren, (1) eine Übersicht der vermuteten/diskutierten Ineffizienzen im schweizerischen Gesundheitssystem zu erstellen, (2) das Ausmass dieser Ineffizienzen – soweit auf Basis der vorliegenden empirischen Evidenz möglich – zu quantifizieren, (3) die Auswirkungen einer lückenhaften Governance des Systems darzustellen sowie (4) Stossrichtungen für Effizienzsteigerungen aufzuzeigen. Im Vordergrund standen folgende Fragen:

- › In welchen Bereichen führen Fehlanreize (infolge von Marktversagen, ineffektiven Regulierungen und Governancelücken) zu Ineffizienzen im Gesundheitswesen in Form von:

- › Über-/Unterversorgung mit Leistungen des Gesundheitssystems?
- › verzerrten Preisen und allenfalls ungerechtfertigten Gewinnen?
- › Ineffizienzen in der Produktion?
- › mangelnden Qualitätsnachweisen?
- › Mit welchen Verfahren können diese Ineffizienzen festgestellt werden und inwieweit lässt sich das Ausmass einschätzen?
- › Welches sind mögliche Schritte zur Beseitigung von Fehlanreizen?
- › In welchen Bereichen besteht zusätzlicher Forschungsbedarf?

### 1.3. METHODISCHES VORGEHEN

#### 1.3.1. Überblick

Die Bearbeitung der Fragestellungen erfolgte in einem zweistufigen Vorgehen. Die folgende Figur illustriert die Arbeitsschritte:



Aufgrund einer Literaturanalyse haben wir einen Analyserahmen und eine erste grobe Übersicht über die Ineffizienzen im Schweizer Gesundheitsbereich erstellt. Mittels einer groben Relevanzschätzung haben wir die grössten Ineffizienzen ausgewählt und diese einer Detailanalyse unterzogen und mit Expertengesprächen vertieft. Auf dieser Basis haben wir die bestehenden Ineffizienzen qualitativ diskutiert und soweit möglich grob quantitativ abgeschätzt sowie für wichtige offene Fragen den Forschungsbedarf beschrieben.

#### 1.3.2. Literaturanalyse

Ziel der Literaturanalyse war es, Studien mit empirischer Evidenz für Ineffizienzen zu sammeln und auszuwerten. Die Suche erfolgte für Studien aus der Schweiz über eine systematische Datenbanksuche (Econlit, Pubmed, Cochrane etc.) nach Artikeln in wissenschaftlichen Zeitschriften und über eine ergänzende Internetrecherche (v.a. mit Google Scholar). Die Stichwortsuche erfolgte in Deutsch, Englisch und Franzö-

sisch. Die Qualität der Studien wurde in pragmatischer Weise – über die Auswahl peer-reviewter Zeitschriften – sichergestellt. Die Studien aus der Schweiz wurden dazu verwendet, die empirische Evidenz gemäss dem Analyseraster zu erfassen sowie allfällige Korrekturmassnahmen und Forschungslücken aufzuzeigen.

Zusätzlich zu den schweizerischen Studien wurden ausländische Studien zu innovativen Lösungsansätzen in Bezug auf die wichtigsten identifizierten Ineffizienzen im schweizerischen Gesundheitswesen ausgewertet. Dazu wurden Reformmassnahmen in anderen Ländern recherchiert und analysiert. Daraus haben wir ihre Eignung für den Schweizer Kontext abgeleitet und beurteilt.

### 1.3.3. Expertengespräche

Auf Basis der Literaturlauswertung haben wir eine erste Einschätzung der Relevanz der untersuchten Ineffizienzen vorgenommen. Diejenigen Bereiche, für die wenig empirische Evidenz vorliegt, haben wir in Expertengesprächen vertieft. In diesen Gesprächen ging es darum, eine qualitative und wenn möglich quantitative Einschätzung zu erhalten von den Ineffizienzen in den ausgewählten Bereichen sowie Ideen zu sammeln über mögliche Lösungsansätze und verbleibenden Forschungsbedarf. Zusätzlich wurde in den Gesprächen versucht, die Zwischenergebnisse aus der Literaturlauswertung zu validieren. Die Gespräche haben wir persönlich telefonisch anhand eines strukturierten Gesprächsleitfadens geführt und anschliessend entlang der Fragestellungen ausgewertet. Eine Liste der befragten Personen und des jeweiligen Fokus der Gespräche findet sich im Anhang.

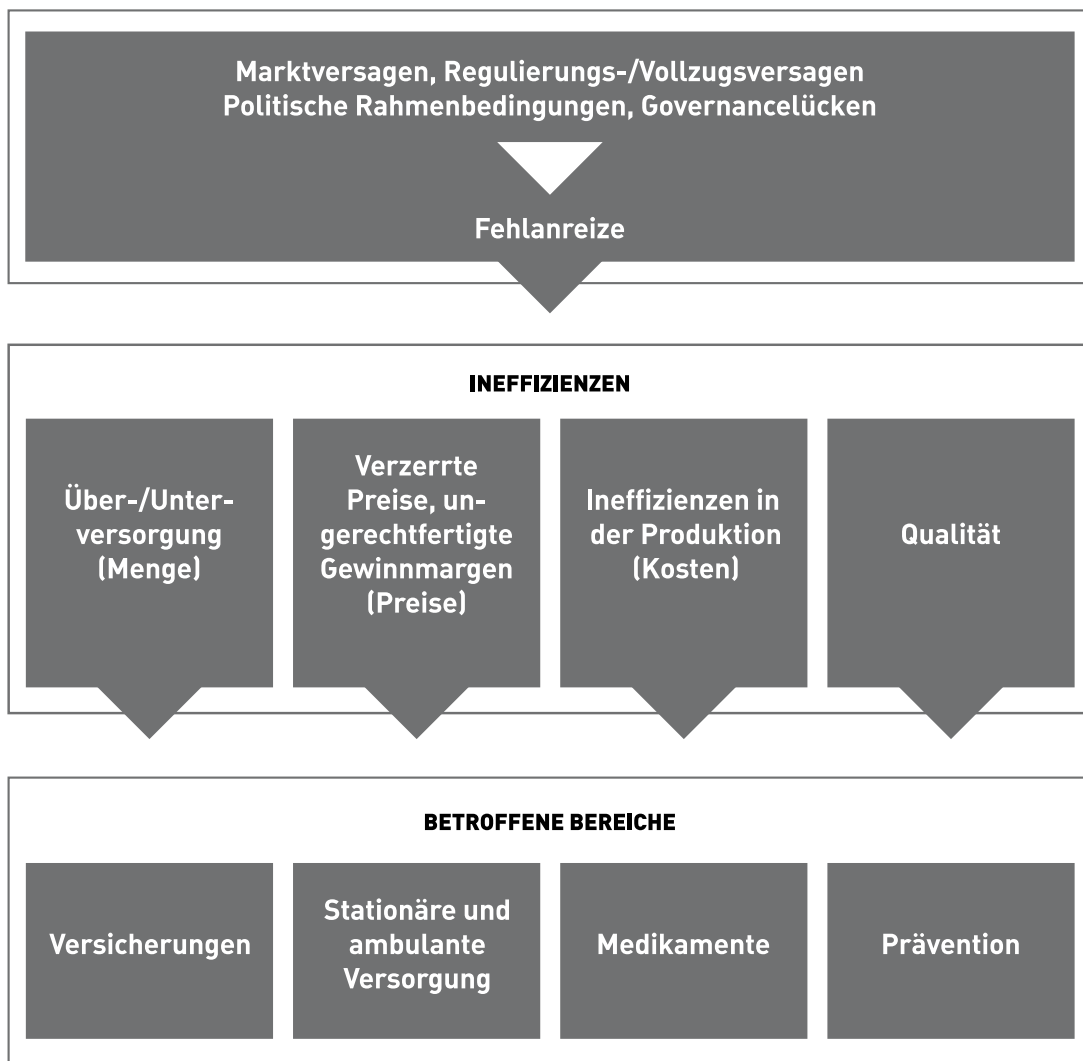
## 1.4. AUFBAU DES BERICHTS

Der Bericht gliedert sich wie folgt:

- › Kapitel 2 beschreibt den Rahmen und die Analysestruktur des Projekts.
- › Kapitel 3 bis 7 präsentieren die Ergebnisse der Literatur- und Dokumentenauswertung zu den Ineffizienzen im schweizerischen Gesundheitssystem, und Kapitel 8 fasst diese Ergebnisse zusammen.
- › Kapitel 9 beschäftigt sich mit möglichen Lösungsansätzen.
- › In Kapitel 10 wird der Forschungsbedarf aufgezeigt, welcher sich aus den Ergebnissen der Literatur- und Dokumentenauswertung ableitet.
- › In Kapitel 11 werden schliesslich die Schlussfolgerungen aus der Studie präsentiert.

## 2. ÖKONOMISCHE EINBETTUNG UND ANALYSESTRUKTUR

Im Fokus der vorliegenden Studie stehen Ineffizienzen im Schweizer Gesundheitswesen. Die folgende Grafik illustriert, wie Ineffizienzen entstehen und welche Ausprägung sie haben können:



### Ökonomisches Konzept der Effizienz

Die Ökonomie spricht von Effizienz, wenn die Marktprozesse zu einem optimalen Ergebnis führen. Effizienz im Sinne der Wohlfahrtsökonomie weist zwei Dimensionen auf (Brügger et al. 2011):

- › Produktive Effizienz bedeutet, dass ein bestimmtes Gut zu minimalen Kosten produziert wird bzw. dass mit einem gegebenen Aufwand möglichst viel von diesem Gut erzeugt wird. Produktive Effizienz lässt sich dabei noch nach reiner technischer Effizienz und Skaleneffizienz unterscheiden. Während die reine technische Effizienz, die Effizienz eines Betriebs im Vergleich zu einem Best-Practice Unternehmen glei-



cher Grösse angibt, misst die Skaleneffizienz den Produktivitätsunterschied (Verhältnis Input zu Output) zwischen einem Betrieb und den Betrieben mit der produktivsten Unternehmensgrösse. Die Skaleneffizienz gibt somit den Effizienzunterschied an, der ausschliesslich auf einen Skaleneffekt zurückzuführen ist. Die reine technische Effizienz kann als Einsparpotenzial, das kurzfristig erreicht werden kann, interpretiert werden (Coelli et al. 2005).

- › Allokative Effizienz stellt sicher, dass Güter in der Menge, Art und Qualität angeboten werden, die sich die Konsumenten wünschen.<sup>1</sup> Ineffizienzen bedeuten also, dass eine andere Zuordnung (ökonomisch: Allokation) der knappen Produktionsfaktoren (Arbeit, Kapital, Boden, Rohstoffe) ein besseres Wohlfahrtsergebnis erzielen würde. Die Ökonomie bezeichnet allokative Ineffizienzen auch als „Fehlallokationen“.

Grundsätzlich muss eine Steigerung der Effizienz nicht bedeuten, dass dadurch die Kosten sinken, sondern sie kann sich auch in einer verbesserten Qualität niederschlagen.

### **Ursachen für Ineffizienzen**

Die grundlegende Ursache für Ineffizienzen sind Marktversagen (aufgrund asymmetrischer Information, Marktmacht und Externalitäten)<sup>2</sup>. Marktversagen erzeugen Fehlanreize, die den Marktakteuren falsche Signale senden und damit Entscheide auslösen, die zu einem nicht optimalen Marktergebnis führen. Um Marktversagen und die daraus resultierenden Fehlanreize zu eliminieren, greift der Staat in der Regel mit Regulierungen ins Marktgeschehen ein. Ungenügende Regulierungen oder ungenügend umgesetzte Regulierungen können aber ihrerseits zu Regulierungs- bzw. Vollzugsversagen führen und Fehlanreize und Ineffizienzen auslösen. Diese wiederum sind Anlass für Deregulierungen und Re-Regulierungen.

Als Beispiel für Marktversagen im Gesundheitswesen seien die Informationsasymmetrien zwischen Leistungserbringer und Patient erwähnt: Weder der Patient noch die Versicherer wissen über die optimale Behandlung Bescheid, das Ergebnis von Behandlungen ist generell ungewiss. Die in der ambulanten Versorgung geltenden Einzelleistungstarife schaffen für den Arzt Anreize, durch zusätzliche Angebote die Nachfrage zu stimulieren (angebotsinduzierte Nachfrage).

Auch Rahmenbedingungen und Governancelücken des Staates können Fehlanreize und damit Ineffizienzen verursachen. Relevant für das schweizerische Gesundheitssystem sind in diesem Zusammenhang folgende Aspekte:

- › Governance im Sinne, dass der Staat dafür sorgen muss, dass Priorisierungen vorgenommen werden (z.B. die Definition des Leistungskatalogs in der Grundversicherung), die Performance der einzelnen Akteure erfasst wird (durch die Bereitstellung von geeigneten Indikatoren) und Mechanismen in Kraft gesetzt werden, welche die Akteure des Gesundheitssystems zwingen, Rechenschaft abzulegen (d.h. die Folgen mangelnder Performance werden spürbar und führen zu den nötigen Korrekturen).<sup>3</sup>
- › Föderalistische Struktur und Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen.

<sup>1</sup> Beispiel für allokative Ineffizienz: Bei einer angebotsinduzierten Nachfrage liegt die produzierte Menge nicht im Pareto-Optimum. Das Pareto-Optimum stellt ein Gleichgewicht dar, bei dem die Summe aus Konsumenten- und Produzentenrente maximiert wird. Weil die Versicherten aber nicht über die gleichen Informationen verfügen wie die Leistungserbringer, letztere einen Anreiz haben, ihre Mengen auszuweiten und die Versicherten dank der Versicherungsdeckung meistens nur einen geringfügigen Teil der Zusatzkosten selber tragen müssen, ist die angebotene und zugleich auch die konsumierte Menge an Gesundheitsleistungen grösser als unter vollständiger Information. Die Differenz zum Pareto-Optimum wird als allokative Ineffizienz bezeichnet. Sie äussert sich in einer zu hohen Menge an nicht indizierten medizinischen Leistungen.

<sup>2</sup> Eine Übersicht über die Marktversagen im Gesundheitsbereich lieferte INFRAS 2008.

<sup>3</sup> In Anlehnung an Smith et al. 2012.

### Analysestruktur

Für das schweizerische Gesundheitswesen sind Marktversagen und Fehlanreize sowie ihre Wirkungsmechanismen schon relativ gut dokumentiert.<sup>4</sup> Im Fokus der vorliegenden Studie stehen deshalb vielmehr die Ineffizienzen, die sich aus den verschiedenen Fehlanreizen ergeben.

Wie wir oben gesehen haben, entstehen Ineffizienzen in der Produktion oder bei der Zuordnung von Ressourcen. Daraus folgt, dass entweder die Menge der produzierten Güter, die Preise oder die Qualität nicht dem Optimum entsprechen. Die folgende Tabelle zeigt, welche Ineffizienzen wir aufgrund der Literaturanalyse im Gesundheitsbereich erfasst haben und welche Dimension des Leistungserstellungsprozesses betroffen ist:

<b>INEFFIZIENZEN IM GESUNDHEITSWESEN</b>	
<b>Ineffizienz</b>	<b>Suboptimales Ergebnis betrifft</b>
<b>Über-/Unterversorgung</b> mit Leistungen	Menge
<b>Verzerrte Preise</b>	Preise
<b>Ineffizienzen in der Produktion</b>	Produktionskosten (daher Preise)
<b>Mangelnde Qualitätsnachweise</b>	Qualität

Tabelle 1

<sup>4</sup> Vgl. u.a. Ayoubi 2002, Commission pour les questions conjoncturelles 2006, Slembeck 2006, INFRAS 2008, Leu/Eisenring 2002, Widmer et al. 2007. Zu den am häufigsten genannten Fehlanreizen zählen u.a. Moral Hazard, retrospektive Vergütung der ambulanten Leistungserbringer (Einzelleistungstarif TARMED, Mehrfachrolle der Kantone, duale Spitalfinanzierung, Kontrahierungszwang, ungenügender Risikoausgleich etc.

## II INEFFIZIENZEN IM SCHWEIZERISCHEN GESUNDHEITSSYSTEM

Wie in Kapitel 1.3.2 dargestellt, haben wir aufgrund der Literaturanalyse eine Übersicht über die Ineffizienzen im Gesundheitsbereich erstellt. Diese Liste umfasst insgesamt rund 25 verschiedene Formen von Ineffizienzen (siehe Tabelle im Anhang). Da eine detaillierte Analyse all dieser Ineffizienzen den Rahmen unserer Studie gesprengt hätte, wurde basierend auf der Literaturanalyse eine grobe Relevanzeinschätzung vorgenommen. Die als besonders relevant eingestuften Ineffizienzen wurden in einer Detailanalyse vertieft und in den Experteninterviews diskutiert. Die Ergebnisse der Detailanalyse sind in den folgenden Kapiteln (3 bis 8) dargestellt.

### 3. ÜBERVERSORGUNG

Als Überversorgung ist der Anteil der erbrachten Leistungen zu verstehen, die überflüssig (im Sinne von doppelt erbracht), nicht notwendig bzw. indiziert sind. Überversorgung kann verschiedene – angebotsseitige und nachfrageseitige – Ursachen haben. Angebotsseitige Ursachen, die hier näher untersucht wurden, sind Mengenausweitungen durch Leistungserbringer, ein zu grosses Angebot an Spitzentechnologie und Spitzenmedizin, das ausgelastet werden muss, die Aufnahme wenig kosteneffektiver Leistungen im Leistungskatalog sowie doppelt erbrachte Leistungen aufgrund von fehlender Koordination. Auf der Nachfrageseite führt sogenanntes Moral-Hazard-Verhalten zu einer Überversorgung mit medizinischen Leistungen.

#### 3.1. ANGEBOTSIDUZIERTER NACHFRAGE

##### **Fehlanreize und Ineffizienzen**

Im Gesundheitsmarkt verfügen die Leistungserbringer über mehr Informationen als die PatientInnen. Diese Informationsasymmetrie führt dazu, dass die Versicherten ihre Nachfrage nicht ihrem Bedarf entsprechend ausdrücken können. In einem Fee-for-Service System<sup>5</sup> wie der TARMED in der ambulanten Versorgung können die Anbieter daher ihren Gewinn maximieren, indem sie den Versicherten möglichst viele Leistungen verschreiben, auch wenn diese wenig wirksam sind, über den Bedarf der Patienten hinaus gehen und diesen relativ zu den Kosten einen geringen Nutzenzuwachs stiften. Dieses Phänomen wird als angebotsinduzierte Nachfrage bezeichnet.

In der Schweiz werden die Leistungen im *ambulanten* Bereich über Einzelleistungstarife (gemäss TARMED) vergütet. Spitalleistungen werden ab 2012 flächendeckend über Fallpauschalen (DRGs) abgerechnet. Im ambulanten Bereich bestehen durch die Einzelleistungsvergütung starke Anreize für eine Mengenausweitung. Die Möglichkeit der ambulanten Ärztinnen und Ärzte in 13 Kantonen in der Schweiz, Medikamente selbst zu dispensieren, schafft auch im Bereich der Medikamente einen Anreiz zur angebotsinduzierten Nachfrage.

Im *stationären* Bereich bestand vor Einführung der neuen Spitalfinanzierung ein Anreiz, die PatientInnen möglichst lange im Spital zu halten. Dementsprechend wies die Schweiz auch eine überdurchschnittlich hohe Verweildauer auf (OECD WHO 2006). Durch das Fallpauschalensystem sind lange Spitalaufenthalte nicht mehr lukrativ, so dass dieser Anreiz wegfällt. Hingegen haben die Spitäler mit SwissDRG

<sup>5</sup> Fee-for-Service = Einzelleistungsvergütung, d.h. jede erbrachte Leistung wird mit einem fixen Tarif vergütet.

einen Anreiz, die Patienten möglichst vielen, behandlungsintensiven und damit teuren Fallgruppen zuzuweisen, was mögliche Einsparungen durch kürzere Verweildauern zunichtemachen könnte (Kirchgässner, Gerritzen 2011; OECD, WHO 2011).

## **Verfahren und Ausmass**

### ***Methoden zur Quantifizierung***

Die Quantifizierung des Überkonsums an medizinischen Leistungen durch die angebotsinduzierte Nachfrage stellt eine höchst anspruchsvolle Aufgabe dar. Einerseits sind sowohl die Diagnose wie auch die Behandlung von Krankheiten mit Unsicherheit behaftet, und die Grenze zwischen Untersuchungen, die zu einer Risikoreduktion beitragen, und Untersuchungen, die überhaupt keinen Zusatznutzen stiften, lässt sich nicht so leicht bestimmen. Andererseits kann man aus der Feststellung, dass eine positive Korrelation zwischen Umfang des Angebots (z.B. Ärzte- und Bettendichte) und Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen existiert, nicht unmittelbar schliessen, dass die Kausalitätsrichtung eindeutig ist, d.h. vom Angebot auf die Nachfrage. Die Kausalität könnte durchaus auch in die umgekehrte Richtung wirken: Wo ein hohes Nachfragepotential vorhanden ist, wächst ein grösseres Angebot, da die Ärzteschaft ein Interesse hat, sich in Regionen niederzulassen, in denen ein noch nicht befriedigter medizinischer Bedarf besteht.

Die Forschung hat verschiedene Ansätze entwickelt, um das Phänomen der angebotsinduzierten Nachfrage zu messen:

- › Eine Reihe von Studien versucht, Effekte der angebotsinduzierten Nachfrage nachzuweisen, indem sie den Einfluss der Angebotsstrukturen (Dichte der Leistungserbringer) auf Kosten- und Mengenunterschiede zwischen den verschiedenen Kantonen analysiert. Diese Studien können allerdings keine Aussage darüber machen, ob bei einem hohen Angebot an medizinischen Leistungen auch von einer Überversorgung – im Sinne von nicht medizinisch indizierten Leistungen – gesprochen werden kann. Einige Studien schlüsseln deshalb die Kostenunterschiede in Mengen- und Preisunterschiede auf.
- › Daneben existieren Studien, welche Kostenunterschiede zwischen verschiedenen ambulanten Leistungserbringern betrachten und versuchen, ungerechtfertigte Mengenausweitungen nachzuweisen.
- › Ein weiterer (komplementärer) Ansatz besteht daher darin zu messen, inwieweit eine unterschiedliche Menge an erbrachten Leistungen zu Unterschieden im Gesundheitsoutcome – konkret der vermeidbaren Mortalität – führt.

### ***Empirische Ergebnisse***

#### *Einflussfaktoren von Kostenunterschieden zwischen Kantonen*

- › Gemäss verschiedenen älteren Studien, die multivariate Querschnittsanalysen anhand von Regressionsmodellen anwenden, kann u.a. ein hoher Versorgungsgrad (hohe Ärzte-, Spitalbetten- und Apothekendichte) das Vorliegen von hochspezialisierten Kliniken und höhere Preise für OKP-Leistungen sowie höhere Gesundheitskosten erklären (Greppi et al. 2000, Haari et al. 2001, Domenighetti, Crivelli 2001, Rüepli, Vatter 2001, Crivelli, Domenighetti 2003, Sturny 2004, Abrahamsen 2005).
- › Neuere multivariate Panelstudien identifizieren eine höhere Dichte an Grundversorgern und Spezialisten, einen tiefen Anteil an Managed-Care-Modellen, einen hohen Anteil an selbstdispensierenden Ärzten sowie höhere Preise für OKP-Leistungen als Einflussfaktoren für höhere Gesundheitskosten (Crivelli et al. 2006, Crivelli et al. 2008, Reich et al. 2011, Busato et al. 2011). Auf Basis der Ergebnisse dieser Studien, lässt sich der Anteil der Gesundheitskosten der durch die höhere Dichte an ambulanten Ärzten (Grundversorger und Spezialisten) erklärbar ist, grob berechnen. Die aus der angebotsinduzierten Nachfrage

resultierenden Kosten im ambulanten Bereich sollten sich auf CHF 1 bis 2 Mrd. belaufen. Dabei sind die Ergebnisse in der Literatur in Bezug auf den Effekt der Selbstdispensation nicht eindeutig.<sup>6</sup>

#### *Einflussfaktoren von Mengenunterschieden zwischen Kantonen*

Studien dieser Art können die Effekte der angebotsinduzierten Nachfrage differenzierter aufzeigen, da nur Mengeneffekte und keine Preiseffekte berücksichtigt werden. Die Ergebnisse zeigen ebenfalls einen Zusammenhang zwischen einem höheren Angebot und einer höheren Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen auf, was auf eine angebotsinduzierte Nachfrage hindeutet.

- › Die Kommission für Konjunkturfragen (2006) zeigt anhand von bivariaten Analysen Zusammenhänge zwischen der Dichte der Grundversorger und dem Umfang der konsumierten Leistungen *pro PatientIn* auf. Sie finden keinen bivariaten Zusammenhang zwischen Ärztedichte und Anzahl der Konsultationen bei den Grundversorgern und vermuten daher, dass die höheren Kosten bei einer höheren Ärztedichte mit einer induzierten Nachfrage bei den einzelnen Konsultationen (verschriebene Arzneimittel, Laboruntersuchungen etc.) zusammenhängen. Bei Spezialärzten zeigt sich dagegen ein signifikanter Zusammenhang zwischen Ärztedichte und Anzahl an Konsultationen sowie vermehrt teuren Interventionen.
- › Schleiniger et al. 2007 zerlegen die Kostenunterschiede zwischen den Kantonen in Preis- und Mengenunterschiede. Die Ergebnisse zeigen, dass eine höhere Ärztedichte mit mehr Gesundheitsleistungen sowie eine höhere Apothekendichte mit einem höheren Medikamentenverbrauch einhergehen. Des Weiteren zeigt die Studie, dass unterschiedlich hohe Kosten in den Kantonen zum grossen Teil Folge von einer unterschiedlich hohen Inanspruchnahme sind. Zudem weisen Kantone mit mehr konsumierten Gesundheitsleistungen meist auch höhere Preise aus.
- › Eine neuere Studie (Camenzind 2010) bestätigt positive Mengeneffekte durch einen höheren Versorgungsgrad. Gemäss der multivariaten Analyse mit Paneldaten zieht eine höhere Dichte von Ärzten in der Grundversorgung sowie von Spezialisten eine höhere Inanspruchnahme der Leistungen dieser Ärzte und einen höheren Medikamentenverbrauch nach sich. Eine höhere Bettendichte führt ebenfalls zu einer höheren Nutzung von Spitalleistungen und insbesondere von Pflegeheimen. Schliesslich ist die Inanspruchnahme von spitalambulanten Leistungen auch höher, je grösser das Angebot dieser Leistungen ist.
- › Filippini et al (2006, 2009) zeigen, dass eine höhere Ärztedichte mit einem höheren Antibiotika-Konsum zusammenhängt. Der Wohlfahrtsverlust aufgrund von falschem Antibiotika-Konsum beträgt gemäss dieser Studie € 6.8 Mio, was 12% der gesamten Ausgaben für Antibiotika in der ambulanten Versorgung entspricht. Andere Ursachen sind persönliche Merkmale der Nutzer.

<sup>6</sup> Beck et al. (2003) kommen zu dem Ergebnis, dass die Selbstdispensation mit höheren Pro-Kopf Ausgaben für Medikamente korrespondiert. Dieses entspricht auch den Ergebnisse der neueren multivariaten Panelstudien (siehe oberes Lemma), welche einen positiven Effekt vom Anteil der selbstdispensierenden Ärztinnen und Ärzte auf die Gesundheitskosten finden. Zu einem anderen Ergebnis kommen Rüefli, Vatter (2001), wonach der Anteil der selbstdispensierenden Ärzte einen kostensparenden Effekt in Bezug auf die gesamten Gesundheitskosten hat. Rischatsch et al. (2009) erklären dies in einer statistischen Analyse damit, dass selbstdispensierende Ärztinnen und Ärzte häufiger günstigere Generika verschreiben, da ihre Gewinnmargen bei Generika höher sind als bei Originalpräparaten. Somit würden durch Selbstdispensation Kostenersparnisse erzielt, welche mögliche Effekte aus einer Mengenausweitung überwiegen. Eine Studie von Schleiniger et al. (2007), welche reine Mengeneffekte betrachtet, finden sogar einen robusten negativen Effekt der Selbstdispensation auf die Menge an abgegebenen Medikamenten, was gegen die These einer angebotsinduzierten Nachfrage durch Selbstdispensation spricht.

### *Einflussfaktoren von Kostenunterschieden zwischen ambulanten Leistungserbringern*

- › Gemäss einer neueren multivariaten Studie (Busato et al. 2010) werden in Arztpraxen mehr Leistungen pro PatientIn erbracht, je tiefer die Anzahl der PatientInnen einer Praxis ist. Dieser Effekt ist besonders ausgeprägt bei psychiatrischen Leistungen. Gemäss den Autoren ist es unwahrscheinlich, dass diese Unterschiede daraus resultieren, dass sich die PatientInnen in den Praxen anders zusammensetzen. Zudem zeigt die Studie, dass die Selbstdispensation von Medikamenten einen hohen Einfluss auf Kostenunterschiede zwischen Arztpraxen hat.

### *Einfluss der Angebotsfaktoren auf den Gesundheitsoutcome*

- › In bivariaten Studien zeigt sich, dass zwischen der Ärzte- und Spitalbettendichte und vermeidbarer Mortalität sowie zwischen den Gesundheitsausgaben und der vermeidbaren Mortalität kein signifikanter Zusammenhang besteht (Domenighetti, Crivelli 2001; Crivelli, Domenighetti 2003, Crivelli 2004). Auch das Niveau der Zufriedenheit mit dem schweizerischen Gesundheitssystem weist keine signifikante Korrelation mit den Gesundheitsausgaben und dem Versorgungsgrad in den Kantonen auf.
- › Leu, Schellhorn (2006) zeigen in einer multivariaten Studie mit Daten der schweizerischen Gesundheitsbefragung, dass die regionalen Unterschiede in der Angebotsdichte keinen signifikanten Einfluss auf Unterschiede im selbst eingeschätzten Gesundheitszustand haben.

### *Weitere Studientypen, die Hinweise auf eine angebotsinduzierte Nachfrage liefern*

- › Eine ältere Studie von Domenighetti et al. (1993) untersucht die Unterschiede in der Inanspruchnahme von chirurgischen Eingriffen der Ärztinnen und Ärzte - als „best“ informierte PatientInnen - gegenüber „normalen“ PatientInnen. Sie stellen eine signifikant tiefere Inanspruchnahme von Ärztinnen und Ärzten fest. Aus Sicht der Autoren deutet dies darauf hin, dass die Inanspruchnahme von Leistungen abnimmt, je informierter die PatientInnen sind.
- › Eine weitere ältere Studie von Domenighetti et al. (1997) befragte Ärztinnen und Ärzte über ihre Meinung darüber, ob andere Ärztinnen und Ärzte versuchen würden, mehr Leistungen zu generieren, wenn sie unter einem höheren Wettbewerbsdruck stehen. Bei dieser Befragung gab die überwiegende Mehrheit an (22%: ja, sicher, 46%: ja, sehr wahrscheinlich), dass dies der Fall sein würde.

### **Zusammenfassung und Würdigung der Ergebnisse**

- › Die Ergebnisse der Untersuchungen von Kosten- und Mengenunterschieden deuten überzeugend darauf hin, dass im Fall der Einzelleistungsvergütung ein grösseres Angebot an Leistungen auch einen höheren Konsum nach sich zieht. Dies belegt allerdings noch nicht die These der angebotsinduzierten Nachfrage, d.h. dass Ärzte zu viele Leistungen verschreiben, um ihre Gewinne zu maximieren (vgl. auch Breyer et al. 2005 oder 2010). Die höhere Nachfrage in einigen Kantonen könnte theoretisch auch ein Effekt eines schlechteren Gesundheitszustands oder eines verbesserten Zugangs zu den Leistungen sein. Da in der Schweiz im internationalen Vergleich ein sehr guter Zugang zum Gesundheitssystem besteht, erscheint die Vermutung nicht sehr wahrscheinlich, dass die höhere Inanspruchnahme durch eine frühere Angebotsknappheit zustande kommt. Schliesslich existieren zwar gewisse Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen den Kantonen, es erscheint jedoch wahrscheinlicher, dass die Unterschiede in der Inanspruchnahme - gerade in einem Fee-for-service-System - eher auf die angebotsinduzierte Nachfrage zurückzuführen sind (vgl. auch Camenzind 2010).
- › Die Ergebnisse zu einer möglichen induzierten Nachfrage durch die Zulassung der Selbstdispensation in einigen Kantonen sind nicht eindeutig. Aus der Empirie lässt sich nicht schliessen, dass die Selbstdispensation Ineffizienzen in Form von überflüssigen Medikamentenabgaben nach sich zieht.

- › Die Vergleiche des Gesundheitsoutcomes und der Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem suggerieren, dass in einigen Kantonen der gleiche Outcome auch mit einem geringeren Einsatz von Ressourcen erzielt werden könnte.
- › Für den ambulanten Bereich lässt sich aufgrund der Ergebnisse der aufgeführten Studien das Ausmass der überflüssigen Leistungen, welche sich durch die angebotsinduzierte Nachfrage ergeben, ungefähr eingrenzen. So zeigen die Studien, dass 5% - 10% der OKP-Gesundheitskosten (CHF 1-2 Mrd.) auf eine überdurchschnittlich hohe Dichte der ambulanten Leistungserbringer (insbesondere Spezialisten) zurückgeht. Allerdings bleibt unklar, was die optimale Dichte an Leistungserbringern ist, bei der weder mit Unterversorgung noch mit angebotsinduzierter Nachfrage zu rechnen ist. Dazu fehlen multivariate Studien, welche den direkten Zusammenhang zwischen der Menge an erbrachten Leistungen und deren Qualität und Outcome messen. In der Schweiz existieren hierfür zu wenig differenzierte Daten über die Behandlungsqualität und den Outcome. Ohne diese Daten können der Anteil der überflüssigen Leistungen und die damit verbundenen Kosten schwer abgeschätzt werden (vgl. auch Busato et al. 2011).

### 3.2. ÜBERANGEBOT AN SPITZENTECHNOLOGIE UND SPITZENMEDIZIN

#### **Fehlanreize und Ineffizienzen**

Der medizinisch-technische Fortschritt bringt laufend neue und kostspielige Technologien wie komplexe bildgebende Verfahren (Tomographien etc.) auf den Markt. Durch die Fortschritte in der hochspezialisierten Medizin werden auch immer komplexere Eingriffe wie Organtransplantationen möglich.

Die internationale Literatur weist darauf hin, dass die Spitzentechnologie einer der grössten Kostentreiber im Gesundheitswesen ist (vgl. Lamiraud, Lhuillery 2010). Dies hängt nicht nur mit den hohen Kosten dieser Technologien zusammen. Wachsende Ansprüche in der Bevölkerung und die Notwendigkeit, die Investitionen zu amortisieren, führen dazu, dass die Spitzentechnologie auch angewendet wird, wenn dies nicht unbedingt notwendig und indiziert ist (z.B. MRI bei nicht schweren Verstauchungen, Laboruntersuchungen etc.). Aus diesen Anreizen heraus wird eine Kostenspirale vermutet: Die Verfügbarkeit der neuen Spitzentechnologien benötigt eine höhere Versicherungsdeckung. Aus der höheren Versicherungsdeckung resultiert wiederum eine höhere Nutzung der Technologie und somit ein Anreiz, wieder neue Innovationen hervorzubringen (Lamiraud, Lhuillery 2010).

Die strukturelle Situation in der Schweiz schafft besondere Anreize für ein grosses Angebot an Spitzentechnologie und Spitzenmedizin. Die Spitäler in der Schweiz können sich durch die Anwendung von neuester Technologie und neuesten medizinischen Eingriffen positionieren, was durch das Prestigedenken und die Mitbestimmung in der Beschaffung von Ärztinnen und Ärzte noch verschärft wird (Slembeck 2008). Mit den Fallpauschalen und der freien Spitalwahl dürfte die neue Spitalfinanzierung Gegenanreize zu einem Überangebot an Spitzentechnologie und Spitzenmedizin setzen. Allerdings führte gemäss einem Gutachten des EDI die Einführung der neuen Spitalfinanzierung, welche die Wettbewerbssituation verschärft hat, im Vorfeld zu einem Wettrüsten der Spitäler. Im Raum Basel bauten beispielsweise drei Spitäler ein Herzkatheterlabor: das Universitätsspital, das private Claraspital und das Kantonsspital Liestal.

Für die PatientInnen kann ein Überangebot an Spitzentechnologie und Spitzenmedizin gemäss befragten Experten auch negative Konsequenzen für die Gesundheit haben. Ein Eingriff, der ohne klaren Nutzen angewendet wird, setzt den/die PatientIn unnötig der Gefahr der Komplikationen aus. Zudem besteht die Gefahr, dass die notwendige menschliche Zuwendung und Betreuung gegenüber der Technologie an Bedeutung verliert.

## **Verfahren und Ausmass**

### ***Methoden zur Quantifizierung***

Beim Überangebot an Spitzentechnologie und Spitzenmedizin handelt es sich um ein Teilproblem der angebotsinduzierten Nachfrage, das implizit durch einzelne in Kap. 3.1 aufgeführte Studien mit untersucht ist. Es existieren aber wenige quantitative Untersuchungen, die das Ausmass des Überangebots an Spitzentechnologie und Spitzenmedizin explizit und differenziert analysiert haben. Zwei Typen von Studien geben allerdings Hinweise auf das Ausmass des angesprochenen Problems in der Spitzentechnologie:

- › Internationale und kantonale Vergleiche der Verfügbarkeit von Spitzentechnologie,
- › Kantonaler Vergleich und multivariate Analyse zum Zusammenhang zwischen Spitzentechnologie und Gesundheitskosten.

### ***Empirische Ergebnisse***

#### *Internationaler Vergleich*

- › Gemäss OECD und WHO (2006) ist die Verbreitung von Medizintechnik in der Schweiz im Allgemeinen hoch. Die Schweiz gehört bei der Pro-Kopf-Versorgung mit vier populären medizinisch-technischen Gerätschaften unter den OECD-Ländern zur Spitze (MRI-Geräte, CT-Scanner, Lithotriptoren, Strahlentherapiegeräte).

#### *Multivariate Studie zum Zusammenhang zwischen Spitzentechnologie und Gesundheitskosten*

- › Eine Studie von Lamiraud und Lhuillery (2010) mit Schweizer Panel-Daten analysiert den Einfluss der Verfügbarkeit von vier Technologien, die unterschiedlich in der Schweiz verbreitet sind, auf die Gesundheitskosten. Sie kommt zu den folgenden Ergebnissen:
  - › Eine höhere Verfügbarkeit von CT und PET-Scannern in Kantonen ist positiv korreliert mit Pro-Kopf-Gesundheitskosten, wobei der Zusammenhang für PET-Scanner schwächer ist. Kein signifikanter Zusammenhang besteht zwischen der Verfügbarkeit der Technologie für Herzschrittmacher und den Gesundheitskosten. Eine höhere Verfügbarkeit von PTCA<sup>7</sup> führt sogar zu tieferen Gesundheitskosten. Letzterer Zusammenhang könnte gemäss den Autoren einerseits damit zusammenhängen, dass die kardiologischen Interventionen mit PTCA nicht beliebig erweitert werden können. Eine andere Erklärung ist, dass durch die PTCA-Technik andere Behandlungen vermieden und so effektiv Kosten eingespart werden können.
  - › CT und PET-Scanner sind am stärksten verbreitet in Kantonen mit einer hohen Forschungsaktivität, insbesondere in Kardiologie, Onkologie, Neurologie und Radiologie für CT und Neurologie und Radiologie für PET. Forschungsaktivitäten im Bereich Kardiologie haben darüber hinaus einen positiven Einfluss auf die kardiologischen Interventionen PTCA und Schrittmacher.
  - › Die Dichte von Patenten medizinischer Geräte begünstigt die Verfügbarkeit von CT und PET-Scannern.
  - › Erwartungsgemäss hat die Dichte an Spezialisten einen positiven Einfluss auf die Dichte an CT und PET-Scannern. Auch PTCA-Interventionen werden durch die Dichte an Spezialisten begünstigt.

### ***Zusammenfassung und Würdigung der Studienergebnisse***

Aufgrund der verfügbaren Literatur ist von Ineffizienzen durch ein Überangebot an Spitzentechnologie und Spitzenmedizin auszugehen, wobei dieses Phänomen nur durch wenige Studien explizit und nur für einzelne Bereiche der Spitzentechnologie untersucht wurde. Das Ausmass lässt sich aus diesen Gründen

<sup>7</sup> PTCA= Perkutane transluminale koronare Angioplastie . Dabei handelt es sich um Techniken zur Erweiterung eines verengten oder Wiedereröffnung eines verschlossenen Herzkranzgefässes ohne offene Operation.



auch schwer eingrenzen. Zudem sagt die verfügbare Literatur nichts über den Mehrwert der aufwändigen Spitzentechnologie und Spitzenmedizin im Vergleich zu anderen Methoden für die PatientInnen aus.

### 3.3. UNSYSTEMATISCHE ÜBERPRÜFUNG DER WZW-KRITERIEN

#### **Fehlanreize und Ineffizienzen**

Das schweizerische Krankenversicherungsgesetz sieht vor, dass die durch die Krankenversicherung finanzierten Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen (WZW-Kriterien). Während neue Medikamente, Analysen, Mittel- und Gegenstände einer Evaluation in Bezug auf die drei Kriterien unterzogen werden, werden medizinische Diagnosen und Behandlungen automatisch von der Krankenversicherung vergütet, falls keine Überprüfung ihrer Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit von Stakeholdern im Gesundheitswesen gefordert wird (Vertrauensprinzip). Von verschiedenen Seiten wird bemängelt, dass die Operationalisierung der WZW-Kriterien nicht transparent ist und nur ein Teil der vergüteten medizinischen Leistungen einer Überprüfung unterzogen wird. Laut Interviewaussagen, ist die Wirksamkeit der einzelnen vergüteten Leistungen unbestritten, die Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit vor allem gegenüber alternativen Leistungen sei jedoch schwieriger zu beurteilen und teilweise fraglich. Eine Leistung könne bei einer Patientengruppe zweckmässig und wirtschaftlich sein, bei anderen Patienten jedoch nicht. Ein Beispiel ist die computertomographische Angiographie, bei der es sich um eine relativ teure Massnahme handelt, welche Aneurysmen, Lungenembolien etc. erkennt. Würde diese bei allen PatientInnen mit Herzschmerz ohne Berücksichtigung von Risikofaktoren durchgeführt, wäre dies weder zweckmässig noch wirtschaftlich.

Damit im klinischen Alltag zweckmässige und wirtschaftliche Entscheidungen getroffen werden können, haben sich im Rahmen der evidenzbasierten Medizin (EBM)<sup>8</sup> sogenannte klinische Leitlinien etabliert. Diese beziehen sich auf akute und chronische Erkrankungen und enthalten Empfehlungen über Diagnose- und Therapieschritte oder auch ganze Behandlungsketten. In der Schweiz werden solche Leitlinien teilweise von einzelnen Fachgesellschaften herausgegeben. Sie sind jedoch zum Beispiel im Gegensatz zu England, wo das nationale Institut NICE<sup>9</sup> Leitlinien für eine Vielzahl von Erkrankungen herausgibt, erst wenig etabliert und zum Teil nicht auf den Schweizer Kontext angepasst.

Eine fehlende systematische Überprüfung der Zweckmässigkeit und Kostenwirksamkeit von medizinischen Leistungen, die von der Grundversicherung vergütet werden, sowie fehlende medizinische Guidelines, können zur Folge haben, dass zu viele Leistungen erbracht werden, die keinen oder im Vergleich zu Alternativen geringeren Nutzen stiften. Auch negative Folgen für die Gesundheit sind denkbar, z.B. Inkontinenz als Folge einer unnötigen Prostata-Operation auf Basis eines PSA-Tests, Strahlenbelastungen durch Computertomographien etc.

Aus den genannten Gründen wird von verschiedenen Seiten die Einführung eines Health-Technology-Assessment (HTA)-Verfahrens für alle medizinischen Leistungen in der Schweiz gefordert. Mit einem solchen Verfahren werden medizinische Leistungen systematisch nach ihrer Zweckmässigkeit, Kosteneffektivität und weiteren Kriterien beurteilt. Solche Verfahren sind international bereits etabliert und dienen dazu, den Gesundheitsoutcome (unter einem gegebenen Budget) zu maximieren. Kritiker befürchten allerdings eine zusätzliche Bürokratisierung und einen initialen Kostenanstieg durch die Einführung von HTA.

<sup>8</sup> EBM meint eine „gewissenhafte, explizite und vernünftige Anwendung der besten medizinischen Informationen in der täglichen klinischen Entscheidungsfindung“ (Reilly 2004). Dadurch soll die Qualität in der Behandlung verbessert sowie das Aussern der Kosten verhindert werden.

<sup>9</sup> National Institute of Clinical Excellence

In der Schweiz führt das Swiss Medical Board HTA durch. Diese Institution versteht es als ihre Aufgabe, die Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit einzelner Leistungen (therapeutische Interventionen und diagnostische Verfahren) zu überprüfen und dadurch im Sinne des „Waste-avoiding“ Leistungen zu identifizieren, bei denen – im Einzelfall – eine Überversorgung aufgrund von zu weit gefassten Indikationen resultiert. Dazu werden auch medizinische Guidelines auf die Angemessenheit der Definition der Indikationen untersucht.

## **Verfahren und Ausmass**

### ***Methoden zur Quantifizierung***

Gemäss unserem Wissensstand existieren in der Schweiz keine Studien, die eine Abschätzung über das Ausmass der Überversorgung durch einen fehlenden Nachweis der Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit gemacht haben. Kosten-Wirksamkeits-Studien zu einzelnen medizinischen Leistungen zeigen aber punktuelle Ineffizienzen auf.

### ***Empirische Ergebnisse***

Im Folgenden werden exemplarisch die Ergebnisse dreier Einzelstudien des Swiss Medical Boards aufgeführt. Diese zeigen, dass durch die Umsetzung der Empfehlungen aus HTA Einsparpotenziale bestehen. Bei den drei aufgeführten Beispielen liegt das Einsparpotenzial bei bis zu 0.3% der Gesundheitsausgaben (rund CHF 200 Mio<sup>10</sup>). Dem steht ein Aufwand des Swiss Medical Boards von weniger als CHF 1 Mio. gegenüber, welcher für die Erstellung der Studien angefallen ist.

- › PSA-Test zur Früherkennung eines Prostatakarzinoms: Das Swiss Medical Board kommt zu dem Schluss, dass diese Massnahme ein negatives Kosten-Wirksamkeitsverhältnis im Vergleich zu keiner Durchführung eines PSA-Tests aufweist. Gründe hierfür sind, dass der Test häufig auch einen falschen Verdacht auf ein behandlungsbedürftiges Karzinom ergibt. Dies führt zu unnötigen Folgeuntersuchungen und chirurgischen Eingriffen, welche Nebenwirkungen und Komplikationen mit sich bringen. Die Kosten für die Durchführung des PSA-Tests und die damit verbunden Folgekosten summieren sich zu insgesamt CHF 159 Mio. pro Jahr, was etwa 0.25% der jährlichen schweizerischen Gesundheitskosten entspricht.
- › Operation einer Kreuzband-Ruptur: Gemäss den Berechnungen des Swiss Medical Boards ist die Operation einer Kreuzband-Ruptur gegenüber einer konservativen Behandlung mit Physiotherapie mit jährlichen zusätzlichen Kosten von CHF 33 Mio. bis CHF 40 Mio. verbunden. Diese Kosten stehen einer nur geringfügigen Verbesserung der Lebensqualität gegenüber.
- › Operative Eingriffe bei osteoporotischen Wirbelkörperfrakturen: Die operativen Eingriffe der Vertebroplastie und Kyphoplastie verbessern gemäss Swiss Medical Board gegenüber einer konservativen Therapie die Lebensqualität der PatientInnen nur geringfügig. Wirksam seien die Eingriffe nur bei einer Untergruppe von PatientInnen, die keine wesentliche Verbesserung der Schmerzen und der Funktionalität trotz mehrwöchiger konservativer Therapie zeigen. Die Mehrkosten eines operativen Eingriffs im Vergleich zu einer konservativen Therapie betragen insgesamt CHF 5 Mio. bis CHF 10 Mio. pro Jahr<sup>11</sup>.

### ***Zusammenfassung und Würdigung der Studienergebnisse***

Drei ausgewählte Einzelbeispiele zeigen, dass rund 0.3% der Gesundheitsausgaben gespart werden können, wenn evidenzbasierte Empfehlungen in der Praxis umgesetzt werden, bzw. die WZW-Kriterien systematischer angewendet und operationalisiert würden. Das Swiss Medical Board hat einen Schritt in Rich-

<sup>10</sup> Nicht berücksichtigt ist bei diesem Betrag die geringfügige Verbesserung der Lebensqualität gegenüber alternativen Massnahmen, welche monetarisiert und abgezogen werden müsste.

<sup>11</sup> Aufgrund der unbefriedigenden und unpräzisen Datenlage sind diese Angaben mit grosser Vorsicht zu interpretieren.

tung einer Aufdeckung von nicht zweckmässigen und kosteneffektiven Leistungen, welche heute von der Grundversicherung vergütet werden, getan. Gemäss befragten ExpertInnen fehlt es dem Medical Board jedoch an Ressourcen, um mehr als zwei bis drei Studien pro Jahr durchzuführen.

Wie viele weitere nicht zweckmässige und kosteneffektive Leistungen zum heutigen Zeitpunkt von der Grundversicherung vergütet werden, ist nicht bekannt. Daher lässt sich das Gesamtausmass der Ineffizienzen infolge der intransparenten und unsystematischen Überprüfung der WZW-Kriterien auch nicht genauer quantifizieren.

### 3.4. MANGELNDE KOORDINATION/DOPPELSPURIGKEITEN

#### **Fehlanreize und Ineffizienzen**

Das schweizerische Gesundheitssystem ist in seinen Versorgungsstrukturen heute stark fragmentiert und es findet kaum eine Koordination an den Schnittstellen zwischen den verschiedenen Leistungserbringern statt. So fehlt es an Transparenz über die bei den einzelnen Leistungserbringern gestellten Diagnosen und erbrachten Leistungen. Durch die mangelnde Koordination in der Versorgungskette kommt es zu Doppelspurigkeiten in der Leistungserbringung (überflüssige Arztbesuche, Mehrfachuntersuchungen etc.) und fehlerhaften Behandlungen. Das schlechte Schnittstellenmanagement kommt insbesondere bei den wachsenden Problemen von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität zum Tragen und führt – über die gesamte Versorgungskette gesehen – zu überhöhten Kosten. Ursache hierfür ist nicht zuletzt das Vergütungssystem, welches stationäre und ambulante Leistungen getrennt verrechnet.

Durch integrierte Versorgungsnetze (Managed-Care-Modelle) versuchen einige Versicherer, in der Schweiz eine wirtschaftlichere Behandlung aus einer Hand sicherzustellen. Im Wesentlichen haben sich fünf Typen von Managed Care herausgebildet: Gruppenpraxen mit Budgetverantwortung (Health Maintenance Organizations, HMO), das Listenmodell (Preferred Provider Organizations, PPO), Point of Service Plans, Hausarztmodelle (HAM) und Telemedizin. Im Jahr 2011 waren 52% der Versicherten in solchen Managed-Care-Modellen eingeschrieben (Santésuisse 2011). Rund 15% der Managed-Care-Modelle arbeiten mit Budgetmitverantwortung (Capitation) (Santésuisse 2011). Bei diesen Modellen erhalten die Leistungserbringer im Unterschied zur Einzelleistungsvergütung ein risiko-adjustiertes Budget für ihren Patientenpool. Dies soll bewirken, dass die Leistungserbringer möglichst keine überflüssigen Leistungen erbringen.

Eine mangelnde koordinierte Versorgung kann sich auch auf die Qualität der Versorgung negativ auswirken. Insbesondere chronisch Kranke und multimorbide PatientInnen, ein wachsendes Phänomen, sind auf eine gut zwischen den verschiedenen Ärzten abgesprochene Behandlung angewiesen. Sogenannte Disease-Management-Programme (DMP) haben zum Ziel, mit evidenzbasierten Leitlinien die Behandlungsqualität chronisch Kranker zu verbessern. Diese sind in der Schweiz erst sehr wenig etabliert und wurden nur vereinzelt von HMOs umgesetzt.

In der heutigen Situation haben die Versicherer wenig Anreiz, die integrierten Versorgungsnetze stärker auszubauen, da viele Versicherte die freie Arztwahl bevorzugen. Zudem fehlen Daten zum Nutzen und zur Qualität der medizinischen Versorgung im Rahmen von Managed-Care-Modellen, um die Vorteile von Managed Care aufzuzeigen (Steuer, Groth 2010). Schliesslich wird auch von einem Mangel an gut ausgebildeten Grundversorgern gesprochen, die eine Gate-keeper-Funktion wahrnehmen könnten.

#### **Verfahren und Ausmass**

##### ***Methoden zur Quantifizierung***

Übersorgung über die Behandlungskette hinweg zu quantifizieren gestaltet sich im Vergleich zu Übersorgung bei den einzelnen Leistungserbringern als eher schwierig. In der Literatur findet sich diesbe-

zöglich auch nur eine Art von Studien, welche einen Kostenvergleich von Versicherten in Managed-Care-Modellen und Versicherten in der herkömmlichen Grundversicherung anstellen. Damit werden jedoch nicht nur die überflüssigen Leistungen gemessen, welche aufgrund einer mangelnden Koordination entstehen. Gleichzeitig sind in den Kostenunterschieden auch Effekte der angebotsinduzierten Nachfrage sowie Selbstselektionseffekte enthalten.

### ***Empirische Ergebnisse***

#### *Kostenvergleich integrierte Versorgung mit „normaler Versorgung“*

- › Die Studie Lehmann, Zweifel (2004) findet grosse Kostenunterschiede zwischen Managed-Care-Versicherten und Normalversicherten in den Jahren 1997–2000. Die Kostenunterschiede lassen sich dabei einerseits durch Effizienzgewinne und andererseits durch Selbstselektionseffekte (Versicherte mit guter Gesundheit wählen eher Managed-Care-Modelle) erklären:
  - › HMO: Kostenunterschied 61%, zwei Drittel erklärbar durch Effizienzgewinne, ein Drittel durch Selbstselektion
  - › Unabhängige Praxisgemeinschaften (IPA): Kostenunterschied 34%, ein Drittel erklärbar durch Effizienzgewinne, zwei Drittel durch Selbstselektion
  - › Preferred provider organisations (PPOs): Kostenunterschied 39%: Zwei Drittel erklärbar durch Effizienzgewinne, ein Drittel durch Selbstselektion.
- › Schwenkglens et al. (2006) untersuchen die Kostenunterschiede eines Netzwerks mit einer negativen Risikoselektion (d.h. die PatientInnen im Netzwerk sind eher älter und häufiger chronisch krank als die Patienten in der normalen OKP) mit einem OKP-Vergleichskollektiv. Die berechneten Einsparungen betragen zwischen 15%–19% der Kosten des OKP-Vergleichskollektivs.
- › Trottmann et al. (2011) kommen zum Schluss, dass Ärztenetzwerke ihre Kosten um 12% senken können (entspricht 8% der Kosten der OKP-Versicherten). Zu diesem Kostenunterschied tragen insbesondere die Kosten für Spezialärzte, für Medikamente und die Wahrscheinlichkeit einer (ambulanten oder stationären) Spitalbehandlung bei, welche durch die Ärztenetzwerke reduziert werden.
- › In einer Studie der Krankenversicherung Swica (2011), wurden bei fünf häufig vorkommenden chronische Erkrankungen in Ärztenetzwerken mit Budgetmitverantwortung oder in den Gesundheitszentren der Swica wesentliche Kosteneinsparungen gegenüber den standardmässigen OKP-Versicherten ausgewiesen. Die Kosteneinsparungen betragen zwischen 11% (bei Osteoporose) und 56% (bei Asthma/COPD). Diese Ergebnisse sind jedoch nicht um Alterseffekte bereinigt.
- › Anhand einer umfangreichen Studie mit drei verschiedenen Schätzverfahren mit Versichertendaten aus den Jahren 2006–2009 zeigen Beck et al. (2011), dass mit Managed-Care-Modellen ein echtes Sparpotenzial, d.h. reine Effizienzgewinne ohne Selektionseffekte, von durchschnittlich 8%–20% (je nach Netzwerk) vorhanden ist.
- › Eine neue ökonomische Studie mit Versichertendaten (Reich et al. 2012) kommt zu ähnlichen Ergebnissen bezüglich des Sparpotenzials: Modelle mit Capitation: 21.1%; Modell ohne Capitation: 14.5%; Telemedizin: 3.7%.

### ***Zusammenfassung und Würdigung der Studienergebnisse***

- › Auf Basis der vorhandenen Studien ist eine relativ gute Quantifizierung der Ineffizienzen möglich, welche dadurch zustande kommt, dass bis heute nur wenige Ärztenetzwerke bestehen. Es ist davon auszugehen, dass durch Managed-Care-Modelle ein Kosteneinsparpotenzial von bis zu 20% der OKP-Kosten vorhanden ist. Internationale Studien weisen „echte“ Einsparungen von bis zu 30% aus (Breyer et al. 2002), wobei es wichtig ist, dass die richtigen PatientInnen zum Eintritt in Managed-Care-Modelle gebracht werden (Telser et al. 2004).

- › In den gemessenen Ineffizienzen sind sowohl Mengeneffekte (Doppelspurigkeiten, Effekte der angebotsinduzierten Nachfrage) als auch Ineffizienzen in der Leistungserbringung (Unproduktivität) enthalten. Darüber, wie die Einsparungen genau zustande kommen ist noch relativ wenig bekannt (vgl. auch Beck et al. 2011). Die Studie von Reich (2012) gibt allenfalls einen Hinweis darauf, dass Doppelspurigkeiten und Ineffizienzen in der Produktion grösser sind als der Effekt aus der angebotsinduzierten Nachfrage. So erzielen gemäss dieser Studie Modelle ohne Budgetverantwortung, welche Doppelspurigkeiten reduzieren und effizientere Prozesse an den Schnittstellen bewirken sollten, bereits 14.5% an tieferen Kosten. Modelle mit Budgetverantwortung, durch welche den Ärztinnen und Ärzten zusätzlich der Anreiz genommen wird, mehr als das nötige Mass an Leistungen zu erbringen (angebotsinduzierte Nachfrage), erzielen weitere Einsparungen von rund 7% (insgesamt 21.1%) der Kosten. Nicht eindeutig sind die Effekte der integrierten Versorgung auf die Qualität der Leistungen. Eine aktuelle Meta-Analyse von massgeblich ausländischen Studien (Berchtold et al. 2012) zeigt, dass Modelle der integrierten Versorgung von chronisch Kranken zum Teil (Diabetes, chronische Herzkrankheiten) positive Auswirkungen auf die Qualität der Patientenbehandlung wie auch klinische Outcomes haben. Zum Teil (bei Krebserkrankungen) scheinen die Modelle keine besseren patientenbezogene Outcomes zu bewirken. Es stellt sich hier die Frage, inwieweit diese Ergebnisse auf den schweizerischen Kontext übertragen werden können.

### 3.5. MORAL HAZARD

#### **Fehlanreize und Ineffizienzen**

Das solidarische Versicherungsprinzip und fehlende Preissignale bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bergen Fehlanreize in sich, die zu einem volkswirtschaftlich ineffizienten Verhalten der Versicherten führen. Dieses Phänomen ist als **Moral-Hazard-Verhalten** bekannt (vgl. Pauly 1968), wobei zwischen ex ante und ex-post-Moral-Hazard unterschieden wird:

- › Ex-ante-Moral-Hazard bezeichnet die Situation, dass bei Versicherten einer solidarisch und risikounabhängig finanzierten Krankenversicherung der Anreiz wegfällt, ungesunde Lebensweise und risikoreiche Freizeitbeschäftigungen einzuschränken, da im Fall eines Bedarfs an einer kurativen Behandlung die Versicherung diese Kosten übernimmt.
- › Ex-post-Moral-Hazard bezieht sich auf die Situation, in der ein Mensch bereits erkrankt ist. Da die Kosten für die medizinischen Leistungen auf die Versichertengemeinschaft verteilt werden, besteht die Gefahr, dass die Versicherten zu viele Leistungen nachfragen, die über den Bedarf hinausgehen und auch solche, die nur sehr wenig oder überhaupt nichts nützen. Auch bei mangelnder Compliance<sup>12</sup> spricht man von ex-post-Moral-Hazard Verhalten.

Die Ineffizienz äussert sich in einer überhöhten Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, welche nicht zu einer Verbesserung des Gesundheitszustands führen.

#### **Verfahren und Ausmass**

##### ***Methoden zur Quantifizierung***

Zur Bestimmung des Wohlfahrtsverlusts aufgrund von Moral-Hazard Verhalten existieren für die Schweiz verschiedene Studien, die im Wesentlichen zwei Ansätze verfolgen:

<sup>12</sup> Compliance = aktive Mitwirkung der PatientInnen an der Behandlung und Rehabilitation.

- › Direkte Erhebung der vermeidbaren Leistungen: Domenighetti und Pipitone (2002) haben in einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung erhoben, welcher Anteil der medizinischen Leistungen nachgefragt wird, der über die Verordnungen der Ärzte hinausgeht. Dieser Anteil wurde mit den geschätzten durchschnittlichen Kosten je Leistungstyp verrechnet und daraus das gesamte absolute Ausmass des (ex post) Moral Hazards in der Schweiz abgeleitet.
- › Wirkung von Kostenbeteiligungen auf die Inanspruchnahme, betrachtet als vermiedener Moral-Hazard Effekt: Durch Kostenbeteiligungen müssen Versicherte die von ihnen verursachten Gesundheitskosten stärker internalisieren, wodurch Moral-Hazard-Anreize entschärft werden. Die Versicherten sind dadurch veranlasst, ihre Nachfrage dem effektiven Bedarf anzupassen. In der Schweiz sind Kostenbeteiligungen in Form von Franchisen und einem Selbstbehalt (mit absoluter Obergrenze) etabliert. Die verschiedenen Abstufungen der Franchise im schweizerischen Gesundheitssystem bieten ein Experimentierfeld, mit dem sich die Wirkungen auf die Inanspruchnahme untersuchen lassen. Dementsprechend existiert in der Schweiz eine Reihe von Studien zur Quantifizierung dieser Wirkungen, welche mit Versicherungsdaten (meistens der CSS) arbeiten. Die empirischen Studien müssen die Wirkung von Kostenbeteiligungen auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in einen Selbstselektions- und einen Moral-Hazard Effekt zerlegen<sup>13</sup>. Während der Selbstselektionseffekt darin besteht, dass vor allem Versicherte mit „guten Risiken“ bzw. einer guten Gesundheit, höhere Franchisestufen wählen, wird davon ausgegangen, dass der Rest der Unterschiede in der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems zwischen Versicherten in den verschiedenen Franchisestufen auf den Moral-Hazard zurückgeht. Die existierenden Studien weisen den *Anteil* der überhöhten Nachfrage der Versicherten in tieferen Franchisestufen an allen nachgefragten Leistungen aus.

### ***Empirische Ergebnisse***

#### *Direkte Erhebung des Nachfrage-induzierten Angebots*

- › Domenighetti und Pipitone schätzen das Ausmass des ex-post-Moral-Hazards in der Schweiz für das Jahr 2000 auf CHF 2.5 Mia., was damals 17% der totalen OKP-Kosten entsprochen hat.

#### *Wirkung von Kostenbeteiligungen*

Die Evidenz zeigt, dass Kostenbeteiligungen die Inanspruchnahme grundsätzlich beeinflussen bzw. senken und ein Teil dieses Effekts auf Reduktion von Moral-Hazard Verhalten zurückzuführen ist.

- › Der Unterschied der von Versicherten mit der niedrigsten und der höchsten Franchise verursachten Kosten beträgt rund ein Drittel, wobei der kleinere Teil dieses Unterschieds durch Moral Hazard erklärt wird (Gardiol et al. 2003). Gardiol et al. (2005) kommt in einer zweiten Studie zum Ergebnis, dass der Moral-Hazard Effekt ein Viertel des Kostenunterschieds zwischen der höchsten und tiefsten Franchisestufe ausmacht. Die Ergebnisse von Gerfin, Schellhorn (2006) stimmen mit dem überein. Gemäss dieser Studie beträgt der Moral Hazard ein Drittel des Kostenunterschieds.
- › Felder, Werblow (2003) machen eine etwas differenzierte Analyse und vergleichen die Ausgabenunterschiede zwischen Versicherten mit der niedrigsten Franchisestufe von CHF 230 mit allen höheren Franchisestufen. Die Kostenunterschiede nehmen mit höherer Franchise zu, wobei der Unterschied auf höchster Stufe (CHF 1'500) fast 80% beträgt (höheres Ergebnis als Gardiol et al. 2005). Vom Unterschied der Ausgaben auf der Franchisestufe von CHF 230 und den anderen Stufen sind gemäss der Studie bis zur Franchisestufe von CHF 600 30% und auf den höheren Stufen 70% auf Moral Hazard zurückzuführen.

<sup>13</sup> Darüber hinaus muss auch ein Informationsproblem gelöst werden, da die tatsächlichen Kosten der Versicherten mit höheren Franchisestufen nicht systematisch erhoben werden können (oft werden die Rechnungen dem Versicherer erst dann weitergeleitet, wenn der Selbstbehaltbetrag überschritten wird).

### ***Zusammenfassung und Würdigung der Ergebnisse***

In Bezug auf die Ineffizienzen durch Moral Hazard kommen die durchgeführten Studien zu konkreteren quantitativen Ergebnissen als bei der angebotsinduzierten Nachfrage:

- › Das Ergebnis von CHF 2.5 Mia. und 17% der totalen OKP-Kosten für das Jahr 2000 muss mit Vorsicht interpretiert werden, da die Studie ein relativ grobes Vorgehen wählt. Zudem werden durch das Vorgehen nur jene Mengenausweitungen gemessen, die vor Ort beim Arzt zustande kommen. Unnötige Arztbesuche, die ohne Moral Hazard hätten vermieden werden können (Bagatellerkrankungen, häufige Check-Ups etc.) sind bei diesem Ansatz nicht enthalten.
- › Studien, die Moral-Hazard-Effekte mit höheren Kostenbeteiligungen simulieren, kommen ebenfalls zu relativ konkreten quantitativen Ergebnissen, aus denen die Ineffizienzen durch Moral Hazard abgeleitet werden könnten. Aufgrund dieser Ergebnisse kann grob von einem Moral-Hazard-Effekt von rund 10%<sup>14</sup> der OKP-Kosten, d.h. rund CHF 2 Mia. ausgegangen werden. Hier gilt jedoch zu berücksichtigen, dass mögliche negative Auswirkungen von Kostenbeteiligungen auf die Gesundheit nicht berücksichtigt werden. Internationale Studien zeigen, dass hohe Kostenbeteiligungen insbesondere bei der ärmeren Bevölkerung negative Wirkungen auf die Gesundheit hervorrufen (z.B. Zweifel, Manning 2000; Lurie et al. 1989). Da also das optimale Niveau an Kostenbeteiligungen nicht bekannt ist, lassen sich auch die Ineffizienzen durch Moral Hazard auf Basis der vorliegenden Studien nicht genau einschätzen.
- › Die aufgeführten Studien berücksichtigen nur ex-post-Moral-Hazard. Zu den Ineffizienzen durch ex-ante-Moral-Hazard gibt es nach unserem Wissensstand keine Studien.

## **4. UNTERVERSORGUNG**

Bei einer Unterversorgung handelt es sich wie bei einer Überversorgung um allokativen Ineffizienzen. Ökonomisch gesehen wird eine zu geringe Menge an Leistungen erbracht, wodurch ein suboptimaler Gesundheitszustand und damit auch indirekte gesellschaftliche Kosten wie Produktivitätsausfälle infolge Arbeitsunfähigkeit resultieren. Die Unterversorgung führt aber auch zu einer sogenannten „aufgestauten Morbidität“, d.h., Gesundheitsleistungen werden erst in Anspruch genommen, wenn der Gesundheitszustand sehr kritisch ist. Insofern äussert sich die Ineffizienz auch in teureren Behandlungen, d.h. in vermeidbaren Kosten für das Gesundheitssystem.

### **4.1. UNTERVERSORGUNG DURCH FEHLENDE PERSONELLE RESSOURCEN**

#### **Fehlanreize und Ineffizienzen**

Das schweizerische Gesundheitssystem gilt im Allgemeinen als sehr gut zugängliches Gesundheitssystem mit einer umfassenden Versorgung. Verschiedene Gesundheitsexperten und Studien erwarten in einigen Leistungsbereichen jedoch zukünftig einen Mangel an personellen Ressourcen. Eine Studie rechnet mit einem zukünftigen zusätzlichen Bedarf an 120'000–190'000 Fachpersonen im Gesundheitswesen bis zum Jahr 2030. Zwei Drittel dieses zukünftigen Fachpersonals wird zur Kompensation der Berufsaussteiger

<sup>14</sup> Eigene grobe Berechnung ausgehend von der Studie Felder, Werblow (2003) und folgenden Annahmen: 47% der Versicherten haben eine wählbare Franchise, d.h. eine höhere Franchise als die ordentliche Jahresfranchise (BAG, Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2010), durchschnittlicher Kostenunterschied zwischen Versicherten auf höchster und tiefster Stufe = 40% (Felder, Werblow 2003); durchschnittlicher Anteil des Kostenunterschieds, der auf Moral Hazard zurückzuführen ist = 50% (Felder, Werblow 2003).

benötigt und bei einem Drittel handelt es sich um einen zusätzlichen Bedarf aufgrund einer höheren Nachfrage nach Gesundheitsleistungen (Jaccard-Ruedin, Weaver 2009).

Die Gründe für den Fachkräftemangel sind vielfältig. Stark tragen die Feminisierung, steigende Ansprüche an die Work-Life-Balance, die alternde Bevölkerung, die Altersstruktur des Fachpersonals, epidemiologische Veränderungen (vermehrt chronische Erkrankungen und Multimorbidität) und der technologische Fortschritt dazu bei. Ein grosser Fachkräftemangel wird bei Ärztinnen und Ärzten der Grundversorgung (insbesondere in ländlichen Regionen) sowie bei Pflegefachpersonen in der Langzeitpflege für die Zukunft geschätzt (Jaccard-Ruedin, Weaver 2009).

Ein Mangel an Fachpersonal führt zu volkswirtschaftlichen Ineffizienzen. Bei einem funktionierenden Markt sollte die nicht befriedigte Nachfrage zu einer Preiserhöhung für die Grundversorgung (bzw. für die Sicherstellung der Versorgungssicherheit in ländlichen Gebieten) sowie die Langzeitpflege führen. Wenn dies nicht erfolgt, dann ist damit zu rechnen, dass die Unterversorgung zu einem chronischen Unterangebot führt. Denkbar ist auch, dass der Fachkräftemangel eine implizite Rationierung<sup>15</sup> mit sich bringt. Ein chronisches Unterangebot sowie implizite Rationierungsmechanismen können negative gesundheitliche Folgen haben, indem der Zugang zu den Leistungen erschwert und/oder die Versorgungsqualität gemindert wird. Weitere Ineffizienzen entstehen durch Rekrutierungsschwierigkeiten. Diese schränken die Effizienz in der Leistungserbringung ein, da bei einem ständigen Mangel nicht das optimale Personal rekrutiert wird. Auch die häufigen Teamwechsel beeinträchtigen sowohl die Effizienz als auch die Qualität der erbrachten Leistungen (OECD 2008).

### *Grundversorgung*

Ein Bereich, in dem häufig von fehlenden Ressourcen gesprochen wird, sind die Grundversorger/Hausärzte, insbesondere in der Peripherie und beim Notfalldienst (vgl. z.B. Trutmann 2005, Buddeberg-Fischer et al. 2008, BAG 2010, Waeber et al. 2009, Goehring et al. 2005).

- › Ein wichtiger Grund für diesen Mangel sind sich wandelnde Lebensvorstellungen, Bedürfnisse hinsichtlich Teilzeitarbeit etc. Die Arbeitsbedingungen der Grundversorger sind durch eine geringe Flexibilität und Autonomie geprägt und werden daher als schlechter als im Spital wahrgenommen. Die geringe Flexibilität hindert insbesondere Frauen daran, sich in der Grundversorgung zu etablieren.
- › Hinzu kommt, dass die berufliche Aktivität in der Grundversorgung aus Sicht der Grundversorger ein schlechteres Image unter Medizinstudenten und Assistenzärzten hat.
- › Des Weiteren hat der Ärztestopp im Jahr 2002 zu einer Verunsicherung geführt, diese Fachrichtung zu ergreifen bzw. das Hindernis, eine eigene Praxis zu eröffnen, hat im Spital tätige Ärzte dazu veranlasst, einen weiteren FMH-Titel (d.h. eine zusätzliche Spezialisierung) zu erlangen.
- › Weitere in der Literatur genannte Ursachen sind schliesslich Mängel in der Aus- und Weiterbildung, fehlendes betriebswirtschaftliches Know-how, ein überhöhtes Burnout-Risiko im Vergleich zu Spezialisten, fehlende berufliche Entwicklungsmöglichkeiten, das finanzielle Risiko, subjektiv wahrgenommene schlechtere Einkommenschancen sowie wenig Anreize für die Forschung in der Hausarztmedizin.

### *Pflege*

In der Literatur finden sich Hinweise auf fehlende Kapazitäten in der ambulanten und stationären Pflege (OECD, WHO 2011). Dieser Ressourcenmangel liegt vor allem in Budgetvorgaben und einem Angebotsmangel an Pflegepersonal. Auch in der Langzeitpflege wird ein strukturelles Unterangebot geortet (Santos-Eggimann 2005, Obsan 2008).

<sup>15</sup> Implizite Rationierung bedeutet, dass PatientInnen aufgrund von ökonomischen Zwängen grundsätzlich notwendige und nützliche Leistungen teilweise vorenthalten werden.



Befragte ExpertInnen weisen darauf hin, dass zum heutigen Zeitpunkt ein möglicher Mangel an Fachleuten insbesondere in der spezialisierten Akutpflege (z.B. Anästhesie, Chirurgie, Intensivpflege, Langzeitpflege) vom Zustrom ausländischer Fachkräfte aufgefangen wird.<sup>16</sup> Für die Zukunft prognostizieren verschiedene Studien einen grossen Mangel an Fachkräften. Laut einer Studie werden bis zum Jahr 2020 rund 9'000 neue Pflegefachpersonen pro Jahr benötigt, während die Anzahl der Absolventen im Jahr 2009 bei rund 4'500 gelegen ist (Jaccard-Ruedin et al. 2009). Als Ursachen für den Pflegepersonalmangel nennen ExpertInnen folgende Faktoren:

- › Gesundheitlich belastende und unflexible Arbeitsbedingungen werden als eine der Hauptursachen für einen zukünftigen Pflegefachpersonalmangel gesehen. Erste Ergebnisse der RN4CAST Studien (2011) zeigen, dass 28% der Pflegefachleute ihren Job wechseln möchten, wobei 24% dieser Personen den Beruf ganz wechseln möchten. Die RICH-Nursing-Studie deutet darüber hinaus darauf hin, dass die Arbeitsbedingungen für das Pflegefachpersonal sich verschlechtern. Die knappen Ressourcen führen gemäss dieser Studie zu Rationierung von Pflegeleistungen bei PatientInnen, was wiederum eine höhere emotionale Belastung und Job-Unzufriedenheit mit sich bringt (OECD, WHO 2011).
- › Ein anderer Grund ist das gegenüber dem Arztberuf geringere Prestige des Pflegeberufs. Laut befragten ExpertInnen ändert sich dies langsam, was mit der Akademisierung der Pflege und damit, dass die Wirksamkeit der Pflege besser belegt wird, zu tun habe.
- › Pflegefachkräfte beklagen zudem, dass ihnen – trotz ihrer hohen Kompetenzen – im Ärzte-Pflegekraft-Verhältnis zu wenig Eigenverantwortung und Wertschätzung entgegengebracht wird. Dies würde sich negativ auf die Job-Zufriedenheit auswirken.
- › Des Weiteren wird vermutet, dass schlechte Lohnaussichten während der Ausbildung dazu beitragen, dass der Pflegeberuf zu wenig ergriffen wird (OECD, WHO 2011). Andere Experten sind der Ansicht, dass der Verdienst gut ist, aber die Verantwortlichkeiten noch zu wenig abgegolten werden.
- › Der Pflegeberuf ist ein traditioneller Frauenberuf. Damit verbunden sind hohe Fluktuationen (insbesondere infolge Mutterschaft).
- › Schliesslich verlangen Pflegeberufe häufig Schichteinsätze. Eine ausgeglichene Work-Life-Balance ist schwierig und der Beruf deshalb gerade für junge Leute nicht attraktiv.

Einen Gegenreiz bilden jüngere Reformen im Bildungswesen für Pflegeberufe. So wurden Master- und Doktorandenstudiengänge eingeführt und neue Ausbildungsprogramme für neue Berufsbilder in der Pflege (Nurse Practitioner, Advanced Practice Nurse) nach dem Beispiel von Kanada und den USA entwickelt (OECD, WHO 2011). Hinzu kommen Rollenveränderungen bei Ärztinnen und Ärzten und Pflegenden, die vermehrt auf Teamarbeit ausgerichtet sind.

## **Verfahren und Ausmass**

### ***Methoden zur Quantifizierung***

Die durch Unterversorgung hervorgerufenen Ineffizienzen werden auf verschiedene Art und Weise versucht zu belegen und zu identifizieren:

- › Einige Studien stützen sich auf die *direkte Befragung* von Versicherten und/oder Ärztinnen und Ärzten zu Zugangsschwierigkeiten zum Gesundheitssystem und den Auswirkungen auf den Gesundheitszustand. Eine Studie befragte Ärztinnen und Ärzte über ihr Rationierungsverhalten.
- › Eine weitere Methode ist die *Analyse kantonaler und internationaler Unterschiede in der Angebotsstruktur*, aus welcher Unterversorgung abgeleitet wird.

<sup>16</sup> Mit der Folge, dass mittlerweile auch in den typischen Rekrutierungsländern wie Deutschland Personal-mangel herrscht. Eine Rekrutierung aus dem Ausland ist ausserdem auch aus sprachlichen Gründen beschränkt.

- › Ein anderer Ansatz besteht darin, die Inanspruchnahme anhand von Versicherungsdaten, der schweizerischen Gesundheitsbefragung oder der medizinischen Statistik der Krankenhäuser regional zu vergleichen. Diese Vergleichsstudien belegen zwar Unterschiede und mögliche Zugangsschwierigkeiten, beziehen jedoch nicht die Auswirkungen auf die Gesundheit ein.
- › Eine Studie untersucht den Zusammenhang zwischen der Ressourcenausstattung in der Pflege in Akutspitälern und der Qualität der erbrachten Leistungen anhand von multivariaten Analysen von Querschnittsdaten.

### ***Empirische Ergebnisse***

#### *Zugang Gesundheitswesen allgemein*

- › Eine Befragung in elf OECD-Ländern (Schoen et al. 2010) zeigt, dass die Schweiz im internationalen Vergleich in Bezug auf den wahrgenommenen Zugang zu Leistungen im Gesundheitssystem und in Bezug auf kurze Wartezeiten an der Spitze rangiert.
- › Eine Befragungen von 72 chronisch Kranken zeigt, dass von weniger als der Hälfte der Befragten Zugangsschwierigkeiten in einzelnen Leistungsbereichen wahrgenommen werden: Rehabilitation, Psychiatrie und Langzeitversorgung sowie Leistungen, die ihnen helfen, ihre Autonomie zu erhalten (Spitexleistungen, Haushaltshilfe, Kurzaufenthalten in Pflegeheimen) (Santos-Eggimann 2005).
- › Mehr als die Hälfte einer Stichprobe von Grundversorgern in der Schweiz sind in einer Befragung der Meinung, dass die Zugangsprobleme zur Gesundheitsversorgung, auf die ihre Patienten stossen, zum Teil negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben (Santos-Eggimann 2005).

#### *Ambulante Grundversorgung und Spezialisten*

- › Im OECD-Ländervergleich zeigt sich, dass die Schweiz mit einer Quote von 0.6 Grundversorgern pro 1'000 Einwohner leicht unter dem OECD-Durchschnitt (0.73 pro 1'000 Einwohner) liegt. So hat das Verhältnis zwischen Grundversorgern und Spezialisten in den vergangenen Jahrzehnten auch abgenommen (OECD, WHO 2011).
- › Jaccard Ruedin et al. (2007) berechnet auf Basis von gegebenen Daten Szenarien für einen möglichen Nachfrageüberhang in verschiedenen medizinischen Bereichen. Während für das Jahr 2005 noch von keiner Unterversorgung im Bereich der ambulanten Grundversorgung ausgegangen wurde, prognostiziert die Studie, dass im Jahr 2030 ein Nachfrageüberhang von 40% in diesem Bereich erwartet werden kann, welcher einen Rückgang der Inanspruchnahme zur Folge haben wird. Falls davon auch präventive Behandlungen betroffen sind, könnte aus Sicht der AutorInnen die Situation zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands der Bevölkerung führen. Auch bei den Spezialisten mit oder ohne chirurgische Tätigkeit sowie in der Psychiatrie wird ein Nachfrageüberhang prognostiziert.

### *Pflege*

- › Eine multivariate Querschnittsstudie zur Pflege in Akutspitälern (RICH-Studie, BAG 2005) kommt zu dem Erkenntnis, dass die Qualität medizinischer und pflegerischer Leistungen mit den vorhandenen pflegerischen Ressourcen korreliert. Weniger Pflegepersonal äussert sich in häufigeren Fehlern bei Medikamentenabgabe, Stürzen, nosokomialen Infektionen, kritischen Zwischenfällen, einer höheren Mortalität und einer tieferen Patientenzufriedenheit. Zudem ist die Qualität der Leistungen gemäss dieser Studie auch von den selbsteingeschätzten Arbeitsbedingungen (Angemessenheit Stellenbesetzung und Fachkompetenz in Pflgeteams, Zusammenarbeit Pflegende und Ärzte, Unterstützung durch das Pflegemanagement) abhängig. Gleichzeitig zeigt die Studie auch, dass die Qualität der Leistungen im internationalen Vergleich relativ gut ist.
- › Ausländische Studien kommen zum Schluss, dass der Beizug von Advanced Nurse Practitioners zur Behandlung gleichwertige und in gewissen Fällen bessere Ergebnisse hervorgebracht hat, als wenn die Patienten nur von Ärzten behandelt wurden.

### *Implizite Rationierung*

Ob Rationierung in der Schweiz existiert, wurde von einer Arbeitsgruppe des Projekts „Zukunft Medizin Schweiz“ der SAMW näher analysiert. Die von der Arbeitsgruppe zusammengefassten Studien zeigen, dass:

- › in der medizinischen Versorgung in der Schweiz heute rationiert wird, aber in viel geringerem Ausmass als in anderen industrialisierten Ländern. Die Rationierung findet verdeckt und vor allem im stationären Sektor statt, wobei ein selektiver Spardruck vor allem in der Pflege spürbar sei (Schopper et al. 2001).
- › ein Zusammenhang zwischen Arbeitsumgebungsqualität mit der Anzahl nicht durchgeführter, notwendiger pflegerischer Leistungen besteht (RICH-Nursing-Studie, BAG 2005).
- › Ärztinnen und Ärzte laut eigenen Aussagen regelmässig Rationierungsentscheidungen treffen. 67% der Internisten und Allgemeinmediziner gaben in einer Befragung an, aus Kostengründen auf Eingriffe, die den PatientInnen von Nutzen gewesen wären (insbesondere MRT, Screeningtests, diagnostische Labortests und rezeptpflichtige Medikamente), verzichtet zu haben (Hurst et al. 2006).

### ***Zusammenfassung und Würdigung der Studienergebnisse***

- › Aufgrund der empirischen Studien zeigt sich, dass die Schweiz im internationalen Vergleich einen der besten Zugänge zur Gesundheitsversorgung hat. Dennoch lassen sich in verschiedenen Bereichen Ineffizienzen aufgrund eines Unterangebots und mangelnder Ressourcen vermuten:
  - › Von Seiten der PatientInnen und der Ärztinnen und Ärzte werden Zugangsschwierigkeiten in den Bereichen Psychiatrie, Rehabilitation, Langzeitversorgung chronisch Kranker sowie bei nicht von der Versicherung gedeckten präventiven Leistungen wahrgenommen. Ärztinnen und Ärzte vermuten dabei, dass die Zugangsschwierigkeiten die Gesundheit beeinträchtigen.
  - › Im Bereich der ambulanten Grundversorgung ist das Angebot gemäss den empirischen Studien derzeit gross genug, um den Bedarf zu decken. In Zukunft werden aufgrund von Prognosen grössere Angebotslücken sowohl in der Grundversorgung als auch bei Spezialisten, insbesondere in der Psychiatrie, erwartet.
  - › Die ökonomischen Zwänge und der Ressourcenmangel beim Pflegepersonal in Akutspitälern haben gemäss einer Studie negative Auswirkungen auf die Behandlungsqualität und den Outcome.
- › Zwar liefern einige Studien einen mehr oder weniger guten Nachweis darüber, dass das Unterangebot in einigen medizinischen Bereichen die Inanspruchnahme beeinträchtigt. Welche Folgen dies für die Gesundheit und die Kosten des Gesundheitswesens hat, wird jedoch nicht quantitativ erhoben. Zu den Folgen für die Gesundheit bestehen vor allem qualitative Studien (Befragung von Ärztinnen und Ärzten)

und Vermutungen. Die medizinischen Kosten wie auch die sozialen Kosten (Berufsausfälle etc.) durch die Unterversorgung bleiben ebenfalls unbekannt.

## 4.2. FEHLENDE ANGEBOTE IN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION

### **Fehlanreize und Ineffizienzen**

Die Kostenwirksamkeit von ausgewählten Präventionsmassnahmen – und somit die Potenziale für eine bessere Performance des Gesundheitswesens – wird in verschiedenen Studien belegt. Zu unterscheiden ist hierbei zwischen Gesundheitsförderung, Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Massnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention (Vorbeugung) sollten sich durch die Verhinderung von chronischen Krankheiten in einer längeren Lebenszeit in guter Gesundheit und einem höheren Wohlbefinden niederschlagen<sup>17</sup>. Im Bereich der Sekundärprävention (Früherkennung) existieren Studien, die – insbesondere in der Krebsprävention – negative Effekte von Screenings auf die Gesundheit und Kosten belegen. So werden durch Screenings häufig auch Krebszellen entdeckt, welche sich nie zu einer Krankheit entwickeln würden (vgl. Kap. 3.3 Beispiel zu PSA-Test).

Der Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention im schweizerischen Gesundheitswesen ist – gemessen an den Ausgaben – mit 2.3% schwach ausgeprägt. Im OECD-Ländervergleich liegt die Schweiz damit unter dem Durchschnitt von 2.7% (OECD, WHO 2011). Die Anstrengungen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention variieren aufgrund der kantonalen Zuständigkeit darüber hinaus stark zwischen den einzelnen Kantonen. Die OECD und WHO empfehlen so auch, die Prävention von (nicht übertragbaren) Krankheiten zu verstärken und besser zu koordinieren (OECD, WHO 2011).

In anderen Ländern wie den USA werden Gesundheitsförderung und Prävention von den Versicherungen gefördert. In der Schweiz haben die Versicherer nur wenige Anreize dazu, da die Versicherten jährlich die Versicherung wechseln können und die Versicherer durch den groben Risikoausgleich mehr Anreiz haben, Jagd nach guten Risiken zu machen. Eine weitere Ursache für den relativ geringen Ausbau von Leistungen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention wird in einem Mangel an Public-Health-Fachkräften gesehen (OECD, WHO 2011).

Eine kürzlich von der SSPH+ durchgeführte Studie (Frank et al. 2012) schätzt den Umfang der Public Health Fachkräfte in der Schweiz um die 9-10'000 Personen (61% davon sind Frauen). Es handelt sich dabei um gut ausgebildete Fachkräfte (69% haben einen Masterabschluss, 32% eine explizite Public Health Ausbildung), die zugleich noch jung im Sinne der Public Health Erfahrung sind (die Hälfte weist eine Berufserfahrung von weniger als 10 Jahre auf).

### **Verfahren und Ausmass**

#### ***Methoden zur Quantifizierung***

Zu Ineffizienzen durch die Unterversorgung im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention existieren Studien, die die Kosteneffektivität und den Return on Investment dieser Massnahmen aufzeigen. Diese Studien zeigen jedoch teilweise die bereits durch Prävention vermiedenen Kosten und nicht die noch bestehenden Einsparpotenziale. Die heute vermeidbaren Kosten und potenziellen Gesundheitsgewinne aufzuzeigen, dürfte eher schwierig sein. Hierzu müssten alle potenziellen Effizienzgewinne aus den verschiedenen noch nicht oder nicht ausreichend umgesetzten Massnahmen (anhand von Kosteneffektivitätsstudien) berechnet werden.

<sup>17</sup> Im Einzelfall könnten auch Kosteneinsparungen erzielt werden. Generell gilt aber, dass Kosteneinsparungen durch die Verhinderung von Krankheiten später dadurch aufgewogen werden können, dass eine andere Krankheit in einem höheren Alter mehr Kosten verursacht.

### ***Empirische Ergebnisse***

#### *Gesundheitsförderung und Prävention*

Es existieren keine Studien, welche die noch vermeidbaren Ineffizienzen mit zusätzlichen Anstrengungen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention quantifizieren. Beispielsweise hat das BAG eine Studie durchgeführt, aus der hervorgeht, dass die durch Adipositas verursachten Kosten im Jahr 2001 rund CHF 2.7 Mia. betragen. Die seither laufenden Programme im Bereich Ernährung und Bewegung dürften diese Kosten reduziert haben. Es bleibt jedoch weitestgehend unklar, welche weiteren Potenziale bestehen, um diese Kosten zu reduzieren.

Schweizer Studien zur Kosteneffektivität von Gesundheitsförderung und Prävention kommen zu den folgenden Ergebnissen:

- › Wieser et al. (2010) berechnen einen Return on Investment (ROI) für verschiedene nichtmedizinische Massnahmen im Bereich der Primärprävention: Verkehrsunfallprävention (CHF 9.4 für jeden investierten Franken), Prävention von Alkoholmissbrauch (CHF 23), Tabakpräventionsprogramme (CHF 41).
- › Infras (2010) berechnet für verschiedene medizinische und nichtmedizinische Präventionsmassnahmen in den Bereichen Osteoporose, Diabetes, Impfungen, Herz-Kreislauf Kosteneinspareffekte von bis zu CHF 20'000 pro gewonnenem (qualitätsbereinigtem) Lebensjahr.

### ***Zusammenfassung und Würdigung der Studienergebnisse***

Gesundheitsförderung und Prävention sind in der Schweiz im Vergleich zu anderen OECD-Ländern schwach ausgebaut. Bestehende Studien zur Kosteneffektivität lassen vermuten, dass weitere Kosteneinsparpotenziale und Gesundheitsverbesserungen durch einen Ausbau dieser Leistungen erzielt werden könnten. Zu differenzieren ist zwischen Massnahmen in der Gesundheitsförderung/Primärprävention und solchen in der Sekundärprävention, namentlich Screeningmassnahmen. Es gibt Hinweise darauf, dass Screeningmassnahmen auch negative Auswirkungen auf Kosten und Outcome haben können (vgl. Kap. 3.3. Bsp. PSA-Test).

Das Ausmass der Kosteneinsparpotenziale und der Verbesserungen im Gesundheitsoutcome durch vermehrte Massnahmen in der Gesundheitsförderung und Prävention ist bisher nicht bekannt und lässt sich nur punktuell auf Basis von Untersuchungen zur Kosteneffektivität von einzelnen Präventionsmassnahmen bestimmen.

## **4.3. UNTERVERSORGUNG EINZELNER BEVÖLKERUNGSGRUPPEN**

### **Fehlanreize und Ineffizienzen**

Eines der drei Ziele des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) ist, dass Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen bei der Prämienzahlung finanziell entlastet werden (Solidaritätsziel). Dies soll gewährleisten, dass die gesamte Bevölkerung Zugang zu einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung hat (Versorgungsziel). Diese Zielsetzung entspricht dem Public Health-Ansatz und den Zielen vieler moderner Gesundheitssysteme, welche gesundheitliche Ungleichheiten in der Bevölkerung ausgleichen wollen.

Eine Ursache für gesundheitliche Ungleichheiten ist die tiefere Inanspruchnahme der Leistungen des Gesundheitssystems dieser Bevölkerungsgruppen. Dies kann einerseits aus einem unterschiedlichen (z.B. kulturell-, bildungs-, einkommens- oder informationsbedingten) Nachfrageverhalten resultieren. Andererseits kann für die tiefere Inanspruchnahme auch Ursache sein, dass diesen Bevölkerungsgruppen Leis-

tungen vorenthalten werden (implizite Rationierung), sie schlechter behandelt werden oder schlechter informiert sind.

Eine tiefere Inanspruchnahme von bestimmten Bevölkerungsgruppen kann – wie im Fall eines Unterangebots – zu einer aufgestauten Morbidität mit langfristig höheren Kosten für das Gesundheitswesen führen. Sie äussert sich aber auch in einem vermeidbaren schlechteren Gesundheitszustand dieser Bevölkerungsgruppen und damit in einem gesamtgesellschaftlich suboptimalen Outcome.

## **Verfahren und Ausmass**

### ***Methoden zur Quantifizierung***

- › Es existieren keine Studien, die das Ausmass der Unterversorgung von verschiedenen Bevölkerungsgruppen schätzen. Verschiedene Studien versuchen jedoch Unterschiede in der Inanspruchnahme nachzuweisen und die Ursachen hierfür zu ermitteln:
  - › Eine Reihe von Studien hat anhand von multivariaten Analysen von Daten über die Inanspruchnahme von Leistungen die Faktoren für die Unterschiede in der Inanspruchnahme identifiziert. Ein Teil dieser Studien analysiert speziell die Unterschiede in der Inanspruchnahme von Leistungen, welche nicht auf einen unterschiedlichen Bedarf bzw. Gesundheitszustand zurückzuführen sind. Ausserdem existieren Studien, die den wahrgenommenen Zugang zu den Gesundheitsleistungen nach sozioökonomischen Kriterien erheben.
- › Ein anderer Ansatz besteht darin, anhand von Quasiexperimenten aufzuzeigen, wie sich die Inanspruchnahme mit steigenden Kosten bei den verschiedenen Bevölkerungsgruppen verändert.

### ***Empirische Ergebnisse***

#### *Sozioökonomische Einflussfaktoren für Unterschiede in der Inanspruchnahme*

- › Camenzind (2010) zeigt in einer multivariaten Panelanalyse von Versicherungsdaten, dass ein tieferes Einkommen mit einer tieferen Inanspruchnahme von Leistungen der Grundversorger und von Pflegeheimen einhergeht. Kein signifikanter Zusammenhang wurde zwischen Einkommen und Nutzung von Spezialisten, Akutspitälern und Medikamenten gefunden. Arbeitslose Personen nehmen gemäss dieser Studie seltener ambulante Leistungen von Hausärzten, Spezialisten und Spitälern (spitalambulante Dienste) in Anspruch. Hingegen ist ihr Medikamentenkonsum stärker ausgeprägt und sie verbringen mehr Zeit in Spitälern, was gemäss dem Autor Kompensationswirkungen sein könnten.
- › Eine multivariate Analyse von Daten der schweizerischen Gesundheitsbefragung zeigt, dass die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen nicht nur vom Gesundheitszustand abhängig ist, sondern auch das Geschlecht, die Wohnregion, die Nationalität, die Sozialschicht und der Versicherungsstatus entscheidend für die Inanspruchnahme sind. Systematische Vorsorgeuntersuchungen, wie sie in einzelnen Kantonen durchgeführt werden, haben daher eine bessere Chance, effektiv zu wirken.
- › Eine andere Analyse mit Daten der schweizerischen Gesundheitsbefragung kommt zum Ergebnis, dass in der somatischen Grundversorgung keine Zugangsschwierigkeiten von einzelnen Bevölkerungsgruppen bestehen. Hingegen sind sozioökonomische Faktoren mit einer geringeren Inanspruchnahme der Präventivmedizin assoziiert und Personen mit ausländischer Nationalität weisen eine wesentlich tiefere Rate bei der prothetischen Chirurgie auf. Dies könnte jedoch durch kulturelle Faktoren erklärt werden (Santos Eggimann 2005):
- › Leu und Schellhorn (2004) untersuchen die Unterschiede in der Inanspruchnahme verschiedener Bevölkerungsgruppen, bereinigt um die Arztbesuche, welche auf nicht vermeidbare Unterschiede im Bedarf zurückzuführen sind mit Daten der schweizerischen Gesundheitsbefragung für mehrere Jahre. Gemäss den Ergebnissen bestehen keine Unterschiede in der Anzahl der Arztbesuche von ambulanten Grundversorgern und der Anzahl an Spitalnächten zwischen Personen mit verschiedenem Einkommen aber glei-

chem Gesundheitszustand. Einzig bei der Anzahl der Arztbesuche bei einem Spezialisten ist die (um den Gesundheitszustand bereinigte) Inanspruchnahme von einkommensschwächeren Bevölkerungsgruppen tiefer. Über die Jahre hinweg finden die Autoren eine leichte Tendenz hin zu einer abnehmenden Ungleichheit für die Anzahl der Arztbesuche, insgesamt jedoch einen leichten Trend hin zu einer ungleichen Verteilung der Arztbesuche beim Spezialisten und der Anzahl der Spitalnächte.

- › Van Doorslaer et al. 2006 untersuchen die Unterschiede in der ambulanten Inanspruchnahme zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen mit einem ähnlichen Ansatz wie Leu und Schellhorn (2004) und ziehen einen OECD-Ländervergleich. Sie zeigen, dass die Schweiz eine der höchst ausgeglichenen Inanspruchnahme des Gesundheitssystems aufweist. Wie in den meisten Ländern ist in der Schweiz keine (um den Bedarf bereinigte) ungleiche Inanspruchnahme von Ärzten der Grundversorgung festzustellen. Hingegen ist die Wahrscheinlichkeit, dass einkommensschwache Personen einen Spezialisten besuchen, geringer als bei einkommensstarken Personen. In Bezug auf diese Ungleichheit liegt die Schweiz im OECD-Vergleich im Mittelfeld.
- › Auf etwas weniger erfreuliche Ergebnisse als Doorslaer et al. 2006 kommt eine jüngere Studie der OECD (Devaux, Looper 2012), aus welcher hervorgeht, dass die Schweiz bei Arztbesuchen und Zahnarztbehandlungen Ungleichheiten aufweist.

#### *Wahrgenommene Zugangsschwierigkeiten*

- › Die bereits in Kap. 4.2.1 erwähnte Befragung in elf OECD-Ländern zeigt, dass in der Schweiz vergleichsweise geringe Unterschiede in Bezug auf den wahrgenommenen Zugang zu Leistungen im Gesundheitssystem und Wartezeiten zwischen Einkommensgruppen bestehen. Bei der Bezahlbarkeit der Leistungen zeigen sich dagegen grössere Unterschiede: 9% der Personen mit Einkommen unter Durchschnittseinkommen und 2% Personen mit Einkommen über Durchschnittseinkommen geben an, Probleme gehabt zu haben, die Rechnungen zu bezahlen (Schoen et al. 2010).
- › Grundversorger sind gemäss einer Befragung der Meinung, dass bestimmte Bevölkerungsgruppen Zugangsschwierigkeiten erfahren. Die Merkmale der mit Zugangsschwierigkeiten identifizierten Patienten sind das hohe Alter, die soziale Verletzlichkeit, das Fehlen einer sicheren Versicherungsdeckung und das Vorhandensein von psychischen Störungen. Personen in hohem Alter, sozial verletzliche Personen, Personen mit einer hohen Franchise und Personen mit psychischen Störungen hätten ein grösseres Risiko, im schweizerischen Gesundheitssystem durch die Chefärzte der medizinischen, chirurgischen und psychiatrischen Spitalabteilungen diskriminiert zu werden (Santos Eggimann 2005).

#### *Veränderung der Inanspruchnahme durch Kostenbeteiligungen bei unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen*

- › Ein künstlich geschaffenes Experiment mit Versichertendaten aus der Schweiz und Deutschland zeigt, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen Krankenversicherungsstatus und Inanspruchnahme ambulanter Leistungen besteht. Versicherte mit Kostenbeteiligung konsultieren seltener einen Haus- oder Spezialarzt. Bei Personen mit tiefem sozialen Status und schlechtem Gesundheitszustand wirkt sich dieser Effekt stärker aus. Nicht geklärt wird durch diese Studie, ob vor allem Bagatell-Arztbesuche zurückgehen oder auch notwendige Arztbesuche (Huber 2009).

#### **Zusammenfassung und Würdigung der Studienergebnisse**

- › Die empirischen Ergebnisse deuten darauf hin, dass in der Schweiz zum Teil Ungleichheiten zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen in der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems bestehen. Insbesondere der Gesundheitszustand, das Einkommen und die Bildung haben einen Einfluss auf die Inanspruchnahme von Leistungen. Aufgrund der Ergebnisse kann ein tieferes Versorgungsniveau von Perso-

- nen einem tieferen Einkommen und tieferer Bildung zumindest in der Spezialversorgung vermutet werden. Qualitative Studien zeigen, dass Bevölkerungsschichten mit tieferem sozialen Status häufiger der Zugang zu weiterführenden Behandlungen verweigert wird, also eine implizite Rationierung stattfindet.
- › Über Unterschiede in der Qualität der erbrachten Leistungen gibt es aufgrund der mangelnden Datenlage keine empirischen Erkenntnisse.
  - › Unklar ist, ob das tiefere Versorgungsniveau auch in einen schlechteren Gesundheitszustand mündet. Zwar zeigen andere Studien (z.B. Leu Schellhorn 2004), dass Unterschiede im Gesundheitszustand bestehen, inwieweit diese auf Unterschiede in der Inanspruchnahme zurückzuführen sind, ist unseres Wissens nicht geklärt.
  - › Das Ausmass der Ineffizienzen aufgrund der Unterversorgung von Bevölkerungsgruppen kann aufgrund der empirischen Studien nicht quantitativ eingegrenzt werden.

## 5. VERZERTE PREISE

### 5.1. TARIFE IN DER AMBULANTEN UND STATIONÄREN VERSORGUNG

#### **Fehlanreize und Ineffizienzen**

##### *Ambulante Versorgung*

Die Vergütung für ambulante Leistungen ergibt sich aus der Anzahl Taxpunkte gemäss dem Einzelleistungstarif TARMED und dem Taxpunktwert (TPW). Der TPW wird kantonale zwischen Versicherern und Leistungserbringern ausgehandelt und ist deshalb kantonale unterschiedlich. Die kantonalen Unterschiede bei den Taxpunktwerten lassen sich historisch erklären, da im Zuge der Umstellung auf die neue Tarifstruktur TARMED im Jahr 2004 die bereits zuvor bestehenden Abweichungen zwischen den Kantonen beibehalten wurden, um den Grundsatz der Kostenneutralität zu wahren. Unterschiedliche Taxpunktwerte gibt es nicht nur zwischen den Kantonen, sondern auch innerhalb der Kantone zwischen frei praktizierenden Ärzten und ambulanten Spitalleistungen. Infolge der inter- und innerkantonalen Unterschiede können Leistungserbringer mit einem hohen TPW höhere Gewinnmargen realisieren als Leistungserbringer mit einem tieferen TPW. Aus wohlfahrtsökonomischer Sicht entstehen der Volkswirtschaft dadurch Wohlfahrtsverluste.

Nicht nur kantonale und innerkantonale Unterschiede rufen Ineffizienzen hervor, sondern auch die generell ausgehandelte Tariffhöhe medizinischer Leistungen. Da die Tarife keine Gleichgewichtspreise abbilden, die unter freien Marktbedingungen zustande kommen, können die Tarife Gewinnmargen für die Leistungserbringer beinhalten. Ein Beispiel sind die Tarife der Radiologie, welche gemäss Expertenaussagen hohe Erträge für die Leistungserbringer erlaubt. Die Apparate seien bereits bei geringer Auslastung rentabel, so dass vermehrt radiologische Institute aufgekommen sind und zum Teil Überkapazitäten bestehen.

##### *Stationäre Versorgung*

In der stationären Versorgung wurde mit dem Gesetz zur neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012 ein flächendeckender Wechsel von einer kostendeckenden (mit Tagespauschalen) zu einer leistungsbezogenen Vergütung vollzogen und sogenannte DRGs (Diagnostic Related Groups) eingeführt. Die Base-Rates, welche Bestandteil des DRG-Tarifs sind, werden zwischen den Versicherern und den Spitälern ausgehandelt und reflektieren die Kosten des Basisjahrs. Insofern ist es – ähnlich wie bei den ambulanten Tarifen – möglich, dass einzelne Spitäler aufgrund der Verhandlungen grössere Gewinnmargen erzielen als andere.



## **Verfahren und Ausmass**

### ***Methoden zur Quantifizierung***

#### *Ambulante Versorgung*

Es existieren keine Studien, welche die oben beschriebenen möglichen Ineffizienzen quantitativ untersucht haben. In einer Interpellation zu einheitlichen TARMED-Taxpunktwerten in den Kantonen hat der Bundesrat festgehalten, dass keine Aussagen über das Sparpotenzial eines einheitlichen Taxpunktwerths für ärztliche Leistungen und Spitalleistungen gemacht werden können, da dies von der Höhe eines einheitlich geregelten Taxpunktwerthes in den Kantonen abhängt.<sup>18</sup> Nach Humbel's Beobachtungen würden die Kosten allerdings eine wesentliche, wenn auch schwierig zu beziffernde Senkung erfahren, wenn heute jeder Kanton den Taxpunktwert des ambulanten Spitalbereichs demjenigen der Arztpraxen angleichen würde. Das Sparpotenzial dürfte dadurch reduziert werden, dass Preisreduktionen bei einem Fee-for-Service-System meistens zu Mengenausweitungen führen.

#### *Stationäre Versorgung*

Da die Tarife in der stationären Versorgung erst kürzlich neu eingeführt wurden, existieren zum heutigen Zeitpunkt noch keine Studien, welche mögliche Ineffizienzen durch die Tarife analysieren.

### **Zusammenfassung und Würdigung**

Eine Quantifizierung des Ausmasses der Ineffizienzen durch die Tarife in der ambulanten und stationären Versorgung ist mangels quantitativer Studien nicht möglich.

## **5.2. PREISREGULIERUNG MEDIKAMENTE**

### **Preisregulierung in der Schweiz**

Der Patentschutz bei Medikamenten sichert dem Hersteller ein temporäres Monopol auf ein bestimmtes Medikament. Durch diese Monopolstellung besteht die Gefahr eines Missbrauchs in der Preisgestaltung. Daher legt in der Schweiz das Bundesamt für Gesundheit (BAG) die Preise kassenpflichtigen Original- und Generikamedikamenten fest. Bei *Originalmedikamenten* geschieht dies basierend auf zwei Ansätzen<sup>19</sup>: Beim ersten Ansatz handelt es sich um einen Auslandspreisvergleichs mit sechs ausgewählten Ländern. Massgebend ist dabei der Fabrikabgabepreis eines Arzneimittels im Ausland. Verglichen wird mit den Ländern Deutschland, den Niederlanden, Frankreich, Österreich, Dänemark und Grossbritannien. Die ausländischen Wechselkurse werden in Schweizer Franken umgerechnet; der Durchschnittswert ergibt den Auslandspreisvergleich (EDI 2012). Beim zweiten Ansatz handelt es sich um einen therapeutischen Quervergleich (Vergleich mit Arzneimitteln gleicher oder ähnlicher Wirkungsweise) (ebenda). Für Medikamente mit einem therapeutischen Zusatznutzen kann eine Innovationsprämie gewährt werden. Nach Aufnahme des Medikaments in die Spezialitätenliste erfolgt alle drei Jahre eine Überprüfung des Preises durch das BAG. Preise für *Generikamedikamente* kommen gemäss der sogenannten Preisabstandregel zwischen 20% und 50% unter dem Fabrikabgabepreis des Originalmedikaments zu liegen, abhängig vom Marktvolumen des Originalmedikaments.

### **Fehlanreize und Ineffizienzen**

Durch die Preisfestsetzung können aus ökonomischer Sicht Ineffizienzen entstehen, wenn die Produktionskosten der Pharmaunternehmen und die Nachfrage der PatientInnen nicht richtig durch die Preise

<sup>18</sup> Humbel 2009.

<sup>19</sup> Je nach Datenlage wird auf Basis des ersten oder des zweiten Ansatzes entschieden.

abgebildet werden (Drabrinski et al. 2008). Sind die Preise (gemessen an dem Preis, der sich unter freien Marktbedingungen ergeben würde) zu hoch, so entstehen ungerechtfertigte Gewinnmargen bei der Pharmaindustrie, sind sie zu tief, so werden Innovations- bzw. Forschungs- und Entwicklungsanreize unterdrückt. Ausserdem besteht bei zu tiefen Preisen die Gefahr, dass Pharmaunternehmen abwandern und Arbeitsplätze verloren gehen. Im Generikamarkt kann es ebenfalls zu Wohlfahrtsverlusten kommen, wenn die festgesetzten Preise zu hoch oder zu tief sind. Bei zu hohen Preisen von Generikamedikamenten wird ein zu geringer Marktanteil erzielt, und die Konsumenten profitieren zu wenig von den tieferen Preisen. Bei zu niedrigen Preisen kommen erst gar nicht genügend Generika-Anbieter auf den Markt.

Wohlfahrtsoptimale Preisfestsetzungen sind theoretisch nur bei vollkommener Information des Gesetzgebers über die Produktionsfunktion der Unternehmen und der Nachfrage der PatientInnen möglich (Drabrinski et al. 2008). Da sich dies in der Praxis schwierig gestaltet, orientiert sich die Schweiz – wie auch andere Länder – an den Preisen in anderen Ländern oder den inländischen Preisen von wirkstoffgleichen Medikamenten. Befragte Experten kritisieren am Auslandspreisvergleich, dass dieser nicht transparent erfolge. Es würden die Herstellerpreise verglichen, welche nicht dem effektiv von den PatientInnen bezahlten Preis entsprechen. Korrekter wäre es, die Preise unter Berücksichtigung der Eigenschaften des Marktes zu erfassen, denen sie in den einzelnen Ländern ausgesetzt sind. Ob Faktoren wie unterschiedliche Versorgungsprozesse, Absatzkanäle und Vergütungssysteme in den Auslandspreisvergleichen berücksichtigt werden, sei nicht immer bekannt. Somit liesse sich von aussen nicht beurteilen, ob tatsächlich Vergleichbares miteinander verglichen wird.

## **Verfahren und Ausmass**

### ***Methoden zur Quantifizierung***

Mögliche Ineffizienzen durch administrierte Preise im Medikamentenbereich wurden durch die empirische Literatur kaum untersucht. Hinweise liefern allenfalls Marktdaten und Auslandspreisvergleiche von Original- und abgelaufenen Originalmedikamenten sowie von Generikamedikamenten. Um mögliche Effizienzpotenziale durch eine stärkere Generikaverbreitung aufzuzeigen, wurde in der Schweiz eine Studie durchgeführt, die anhand einer Regressionsanalyse mit Daten zu Rückerstattungen an Versicherte der CSS aus dem Jahr 2003 den Einfluss verschiedener Faktoren auf die Generikasubstitution untersucht (Decollogny et al (2011).

### ***Empirische Ergebnisse***

#### ***Marktdaten***

- › Die Medikamentenpreise sind seit dem Jahr 2005 aufgrund einer Serie von Massnahmen, die der Bundesrat ergriffen hat, stetig gesunken. Zu diesen Massnahmen zählen die Veränderung der Modalitäten der Preisüberprüfung (Auslandspreisvergleich, Überprüfungsrythmus), die Anpassung der Preisabstandsregel zu Generika sowie mehrere ausserordentliche Überprüfungen und Anpassungen der Medikamentenpreise. Durch diese Massnahmen wurden seit dem Jahr 2005 Kosteneinsparungen von rund CHF 1 Mia. erzielt.
- › Der Generikamarkt ist seit dem Jahr 2003 gewachsen. Im Jahr 2011 beträgt der Markt der kassenpflichtigen Generika ein wertmässiges Volumen von rund CHF 0.5 Mia. Dies macht 46% des generikafähigen Marktes aus, zu dem alle patentabgelaufenen Originale gehören, zu denen Generika existieren, und rund 12% des gesamten kassenpflichtigen Medikamentenmarktes (Interpharma 2012).

#### ***Auslandspreisvergleiche***

- › Seit 2006 sind die Preisdifferenzen zwischen den sechs Vergleichsländern deutlich kleiner geworden – die Unterschiede sind durch die Anpassung des Preissetzungsverfahrens von 38% auf 6% gesunken

(Gnägi 2010). In den letzten zwei Jahren haben sich die Unterschiede aufgrund von Währungsfluktuationen eher wieder erhöht.

- › Preisvergleiche zu Generika von santésuisse und den Branchenverbänden der Pharmaindustrie (Interpharma und vips) haben basierend auf den 250 umsatzstärksten Wirkstoffen bei Fabrik-abgabepreisen in den sechs Vergleichsstaaten eine Preisdifferenz um die 50% festgestellt (Troien 2012).<sup>20</sup> Auch gemäss Krause 2010 sind die Generikapreise doppelt so hoch wie in den Vergleichsländern. Auf der anderen Seite sind die Preise von patentabgelaufenen Originalmedikamenten mit den Vergleichsländern vergleichbar.

#### *Regressionsanalysen*

- › Die Studie von Decollogny et al (2011) kommt zum Schluss, dass u.a. relative Preisunterschiede signifikant dazu beitragen, dass vermehrt Generika verschrieben werden. Die Studie stellt weiter fest, dass mehr Generika eingesetzt werden, je mehr Generikaanbieter im Markt stehen und je grösser der Markt ist. Administrative Einschränkungen (wie die Übersetzung in drei Sprachen), ein starker Patentschutz und die geringe Marktgrösse können den tiefen Generikaanteil erklären. Massnahmen, welche den Markennamen schützen, insbesondere Neuformulierungen und Neuverpackungen, führen ebenfalls dazu, dass die Verbreitung von Generika gehemmt wird.

#### **Zusammenfassung und Würdigung**

Aufgrund der gegebenen Literatur lassen sich die möglichen Ineffizienzen durch administrierte Preise im Medikamentenmarkt nicht beziffern. Hauptgrund hierfür ist, dass die Referenz, an der die Preise gemessen werden müssten, unbekannt ist. Dazu wäre es nötig, den Preis zu kennen, der sich in einem freien Markt bilden würde. Auslandspreisvergleiche können zwar Hinweise auf ineffiziente Preise geben, Experten kritisieren jedoch die mangelnde Vergleichbarkeit der Länder und die mangelnde Transparenz der angewandten Methodik beim Preisvergleich.

Grundsätzlich lässt sich aufgrund der Auslandspreisvergleiche und der Markt- und Preisentwicklungen vermuten, dass nach den Anpassungen in den letzten sieben Jahren wenige Einsparpotenziale bei den Originalpräparaten verbleiben. Auch Experten vermuten, dass nur noch einige ältere Medikamente vergleichsweise hohe Preise aufweisen. Diese Medikamente würden aber im Vergleich zu den neueren komplexeren und innovativen Medikamenten kaum ins Gewicht fallen.

Hingegen deuten der geringe Marktanteil der Generika und deren im internationalen Vergleich hohen Preise darauf hin, dass in diesem Bereich noch Einsparpotenziale verbleiben. Unter Berücksichtigung der Marktgrösse des verbleibenden generikafähigen Marktes in der Schweiz (rund CHF 0.5 Mia.) bewegen sich die Einsparpotenziale in einem vergleichsweise kleinen Rahmen, d.h. grob geschätzt unter 1% der Gesamtkosten und 3% der OKP-Kosten. Um die Effizienzpotenziale genauer – auch nach Absatzkanal – einzugrenzen, müssten neue empirische Studien durchgeführt werden, da sich die Situation auf dem Generikamarkt seit der letzten empirischen Studie, die auf Daten aus dem Jahr 2003 abstützt (Decollogny et al. 2011), stark verändert hat.

<sup>20</sup>[http://www.santesuisse.ch/de/dyn\\_output.html?content.cdId=33665&content.vcid=6&detail=yes&sess\\_contentonly=](http://www.santesuisse.ch/de/dyn_output.html?content.cdId=33665&content.vcid=6&detail=yes&sess_contentonly=)

## 6. INEFFIZIENZEN IN DER LEISTUNGSERBRINGUNG

### 6.1. RISIKOSELEKTION IN DER KRANKENVERSICHERUNG

#### **Fehlanreize und Ineffizienzen**

Versicherer in der Grundversorgung können eine regionale Einheitsprämie verlangen. Dadurch besteht für diese ein Anreiz zur Risikoselektion, d.h. selektiv gesunde Versicherte anzuwerben oder erkrankte Versicherte vom Versicherungsabschluss abzuhalten (BAG 2011). Gute Risiken haben eine geringe Wahrscheinlichkeit, krank zu werden und damit Leistungen zu beanspruchen. Versicherer können somit dank Risikoselektion ihre Leistungskosten reduzieren und als Folge dessen günstigere Prämien anbieten. So werden sie für gute Risiken nochmals attraktiver (Beck et al. 2003). Die Risikoselektion ist jedoch unerwünscht, weil sie zu einer Entsolidarisierung führt und die Kosten zwischen Versicherern lediglich verschiebt, statt reduziert („Nullsummenspiel“). Dies führt zu einem ineffizienten Wettbewerb, weil Ressourcen für die Risikoselektion (z.B. in Form von selektiver Werbung oder Gründung von Tochtergesellschaften) gebunden werden, die für das Management der Gesundheitskosten z.B. durch Investition in Aktivitäten im Bereich der Vorsorge und Prävention oder Programme der integrierten Versorgung eingesetzt werden könnten.

Um dem entgegenzuwirken, wurde ein Risikoausgleich zwischen Krankenversicherern eingeführt. Mit dem Risikoausgleich erhalten Krankenkassen mit vielen teuren Versicherten Ausgleichszahlungen von Krankenkassen, deren Versichertenbestand ein geringeres Krankheitsrisiko aufweist (viele "gute Risiken").

Der bis Ende 2011 geltende Risikoausgleich berücksichtigte lediglich die Ausgleichsfaktoren Alter und Geschlecht. Seit Anfang 2012 wird für den Risikoausgleich zusätzlich berücksichtigt, ob der Versicherte im Vorjahr einen Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim hatte, der länger als 3 Tage dauerte. Im Rahmen der Managed-Care-Vorlage hätte der Risikoausgleich weiter verfeinert werden sollen, indem neu auch das Krankheitsrisiko der Versicherten in der Formel berücksichtigt wird. Mit einem sogenannten Morbiditätsindikator wäre der Medikamentenbedarf der Versicherten miteinbezogen worden (etwa 13 PCG-Groups, Gruppe von Medikamenten, deren Verschreibung auf eine chronische Krankheit hinweist).

#### **Verfahren und Ausmass**

##### ***Methoden zur Quantifizierung***

Die Ineffizienzen durch einen unzureichenden Risikoausgleich wurden in einer schweizerischen Studie (Beck et al. 2010) anhand eines ökonometrischen Modells, das Versicherungsdaten zugrunde legt, analysiert. Dabei wurden die potenziellen Prämiengewinne modelliert, welche durch Risikoselektion bei verschiedenen Risikoausgleichsmodellen erzielt werden können.

##### ***Empirische Ergebnisse***

Beck et al. 2010 kommen zum Schluss, dass ein geeigneter Risikoausgleich den Anreiz für Risikoselektion deutlich mindert, indem er die finanziellen Vorteile reduziert, die durch Risikoselektion erzielbar sind. So können die Versicherer, wenn sie Risiken selektiv auswählen, ohne Risikoausgleich ihre Prämien mit positiver Selektion um bis zu 48% bzw. mit negativer Selektion um 46% senken (wobei die beiden Reduktionen nicht addiert werden können). Mit einem Risikoausgleich, der die Kriterien Alter und Geschlecht berücksichtigt, könnten die Prämien noch um 32% (positive und negative Selektion) gesenkt werden. D.h. mit Risikoausgleich sinkt der Anteil der lukrativen Risiken, die umworben bzw. der Anteil der ungünstigen Risiken, die aus dem Bestand verdrängt werden. Mit dem zusätzlichen Kriterium „Hospitalisation im Vorjahr“ (neues Kriterium seit 2012) sinkt der Prämienvorteil auf 15% (positive Selektion) bzw. 19% (negati-

ve Selektion). Letzter Wert entspricht in etwa der Prämienenkung, die aufgrund von Managed Care erzielt werden kann.

### ***Zusammenfassung und Würdigung der Studienergebnisse***

Nach Aussage von Krankenversicherern tätigen die Krankenversicherer in der Schweiz heute bereits Investitionen in Massnahmen, welche die Leistungskosten senken können (Managed Care Modelle, Tarifverhandlungen etc.). Die Studie von Beck et al. 2010 zeigt jedoch, dass die heutige Ausgestaltung des Risikoausgleich weniger Anreize dazu bietet als dies bei einem besser funktionierenden Risikoausgleich der Fall wäre. Die möglichen Effizienzpotenziale eines besser funktionierenden Risikoausgleichs lassen sich allerdings schwer bestimmen, zumal die Effizienzgewinne solcher Massnahmen nur teilweise bekannt sind (vgl. Kap. 3.4 und 4.2). Insbesondere über die Effizienzpotenziale innovativer Versorgungsformen (wie z.B. Disease-Management, Case- und Fallmanagement, Chronic-Care-Management) existieren aufgrund von Schweizer Studien kaum Informationen.

Nicht beziffern lassen sich auf Basis der verfügbaren Schweizer Literatur zudem die Effizienzverluste, welche durch gezielte Massnahmen zur Risikoselektion entstehen, die sich in den Verwaltungskosten der Versicherer niederschlagen. Letztere belaufen sich auf 5% der OKP-Kosten. Welcher Teil davon als Wohlfahrtsverlust eingestuft werden kann, lässt sich nicht näher eingrenzen.

## **6.2. MANGELNDE KONZENTRATION IN DER STATIONÄREN VERSORGUNG (SKALENEFFEKTE)**

### **Fehlanreize und Ineffizienzen**

Verschiedene Elemente des schweizerischen Gesundheitssystems führen dazu, dass die Leistungserbringer wenig Anreiz haben, ihre Leistungen möglichst wirtschaftlich zu erbringen. Gemäss KVG sind die Kantone für die Spitalplanung zuständig. Dies hat zur Folge, dass die Spitallandschaft von vielen kleinen regionalen Spitälern geprägt ist. Zu nennen sind insbesondere auch kantonale Barrieren in der Inanspruchnahme, die den Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern einschränken. Im stationären Bereich wird der fehlende Wettbewerb durch die kantonale Planung und die kantonalen Preisverhandlungen verstärkt. Der Wettbewerb zwischen den Spitälern sowie den Pflegeheimen spielt somit nur in Kantonen mit einer hohen Dichte dieser Leistungserbringer. So erhalten die Spitäler von den Kantonen Vorgaben für ein minimales Set an zu erbringenden Leistungen, was zu einem Überangebot führen kann. Dies bringt – auf Ebene der Gesamtschweiz gesehen – Ineffizienzen aufgrund von Doppelspurigkeiten und nicht genutzten Skalenerträgen mit sich. Einige Kantone haben Spitaleinrichtungen für Spezialbehandlungen geschaffen, um die Belastung durch die Hospitalisierung ihrer Bevölkerung ausserhalb des Kantons zu reduzieren (OECD, WHO 2006). Eine kostenwirksame Nutzung der verfügbaren Human- und Finanzressourcen wird damit beeinträchtigt. Hinzu kommt, dass die Zerstückelung der Angebotsstruktur durch das Territorialprinzip effiziente Spezialisierungen weitgehend verhindert (Slembeck 2008). Weitere Ineffizienzen zeigen sich darin, dass kleine Spitäler in der Beschaffung weniger gute Konditionen durchsetzen können als grosse Spitäler.

Wenn die Produktionskosten aufgrund von fehlendem Wettbewerbsdruck oder nicht genutzten Skalenerträgen zu hoch sind, spricht man von produktiver Ineffizienz.

### **Verfahren und Ausmass**

#### ***Methoden zur Quantifizierung***

Produktive Ineffizienzen können anhand sogenannter Effizienzgrenzenanalysen (Data Envelopment Analysis bzw. Parametric Frontier Functions) gemessen werden. Bei diesen Analysen wird anhand von Vergleichen

chen geschätzt, welcher Output mit den gegebenen Ressourcen maximal erreicht werden könnte. Diese Effizienzgrenze bildet insofern eine Best Practice ab. Für die einzelnen Leistungserbringer wird dann ermittelt, wie weit sie von dieser Grenze entfernt sind. Bei einer anderen Variante der Effizienzgrenzenanalyse (Input-bezogene Analyse) wird geschätzt, mit wie viel weniger Input der gleiche Output erzielt werden könnte. Für die Schweiz existieren solche Studien für den stationären Bereich, d.h. für Spitäler und Pflegeheime.

Für den ambulanten Bereich existieren keine Effizienzgrenzenanalysen, welche ungenutzte Skaleneffekte oder sonstige produktive Ineffizienzen aufzeigen. Hinweise auf Effizienzverluste im ambulanten Bereich liefern aber Indikatorenvergleiche zwischen OECD-Ländern.

### **Empirische Ergebnisse**

#### *Vergleich internationale Indikatoren*

- › Die Intensität der Ressourcennutzung in der *akuten stationären Versorgung* lag im Jahr 2003 mit einer Bettenbelegung von 85% über dem OECD Durchschnitt von 76%. Aufgrund der relativ langen Aufenthalte lag die Zahl der Fälle pro verfügbarem Bett (Bettenumsatz) jedoch etwas unter dem Durchschnitt (OECD, WHO 2006). Auch neuere Zahlen zeigen, dass die Inanspruchnahme und Auslastung eher unterdurchschnittlich ist (Kirchgässner, Gerritzen 2011). Das bedeutet, dass der höhere Kostenanteil der stationären Behandlung sich aus den überdurchschnittlich hohen Preisen pro Behandlung ergeben muss. Ein Vergleich der Fallpauschalen zwischen Deutschland und der Schweiz zeigt, dass die Basisfallwerte massiv höher liegen als in Deutschland, was nicht voll durch die höheren Lebenshaltungskosten oder ein höheres Lohnniveau gerechtfertigt werden kann (Kirchgässner, Gerritzen 2011). Dies deutet darauf hin, dass in der Schweiz die Leistungen in Akutspitälern zu überdurchschnittlich hohen Kosten produziert werden (OECD, WHO 2011).

#### *Effizienzgrenzenanalysen*

Spitäler:

- › Schleiniger (2008) kommt anhand einer Effizienzgrenzenanalyse zum Ergebnis, dass Produktivitätsunterschiede zwischen den Kantonen bestehen. Als Outputgrösse wurden dabei die Anzahl Spitaltage je Spitalkategorie verwendet. Als Input dienten die Anzahl der eingesetzten personellen Ressourcen. Die geringsten produktiven Ineffizienzen weisen die Kantone Zürich, St. Gallen, Appenzell, Wallis, Graubünden, Basel-Land, Jura und Uri auf. Schleiniger unterscheidet bei der Ineffizienz zwischen technischer Ineffizienz und Ineffizienz, die durch nicht genutzte Skaleneffekte zustande kommt. Gemäss den Ergebnissen können die Effizienzunterschiede nicht durch Skaleneffekte erklärt werden: Kantone mit grossen Spitälern weisen zum Teil geringere Effizienzen auf als Kantone mit kleinen Spitälern.
- › Steinmann und Zweifel (2003) zeigen, dass subventionierte Spitäler mit Notfallaufnahme signifikant tiefere Effizienzen aufweisen als andere Spitäler.
- › Farsi und Filippini (2004) kommen zum Schluss, dass Spitäler mit weniger als 200 Betten ungenutzte Skalenerträge aufweisen. In einer jüngeren Studie weisen diese Autoren grosse Divergenzen bei der Effizienz und Produktivität nach Spitaltypen und Komplexität des Case-Mix zwischen den Spitälern auf. Die Ergebnisse deuten auf beträchtliche ungenutzte Skaleneffekte bei der Mehrheit der analysierten Spitäler hin. Zudem zeigen die Analysen, dass die Kosteneffizienz von Universitätsspitälern – nach Kontrolle der Faktoren Komplexität und Lehrtätigkeit – tiefer ist als bei anderen Spitälern. Sie finden keine Evidenz für Effizienzunterschiede zwischen privaten und öffentlichen Spitälern (Farsi, Filippini 2008).
- › Vermutet wird auch, dass kleine Spitäler in der Beschaffung weniger gute Konditionen durchsetzen als grosse Spitäler. Grössenvorteile werden damit nicht genügend genutzt.

Pflegeheime:

- › Crivelli et al. (2002) zeigen, dass 40% der Pflegeheime um 15% weniger produktiv wirtschaften als Best-Practice. Sie untersuchen dabei den separaten Effekt der Skaleneffekte und finden signifikante nicht genutzte Skalenerträge. Ab einer Grösse von 88 Betten sind die Skaleneffekte ausgeschöpft.
- › Farsi et al. (2008) kommen in einer ähnlichen Studie zum Ergebnis, dass 25% der Pflegeheime um 10% schlechtere Effizienzwerte aufweisen als Best-Practice. Skaleneffekte erschöpfen sich gemäss dieser Studie ab einer Grösse von 75 bis 95 Betten. Kleinere Pflegeheime weisen also Ineffizienzen aufgrund von nicht genutzten Skaleneffekten auf. Die durchschnittliche technische Ineffizienz beträgt bei 50% der Pflegeheimen 7%. Lunati (2009) kommt in einer vertieften Analyse mit den Ergebnissen der Studie von Farsi et al. (2008) zu folgendem Schluss: Wenn alle Alters- und Pflegeheime in der Schweiz die optimale Grösse aufweisen und kosteneffizient operieren würden, hätten die Pflegeheimkosten in der Schweiz im Jahr 2000 von CHF 5.5 auf CHF 4.8 Mia. reduziert werden können (grobe Schätzung).

#### ***Zusammenfassung und Würdigung der Studienergebnisse***

- › Internationale Indikatorenvergleiche deuten darauf hin, dass die in der Schweiz im stationären Bereich erbrachten Leistungen zu überhöhten Kosten produziert werden. Für den ambulanten Bereich zeigen Vergleiche, dass die Anzahl der Konsultationen pro praktizierendem Arzt unterdurchschnittlich ist, was auf eine tiefere Produktivität hindeutet. Ob die Kosteneffizienz im ambulanten Bereich dadurch auch tiefer ist, geht aus den Indikatoren nicht hervor.
- › Effizienzgrenzenanalysen bestätigen die Vermutung aus den internationalen Vergleichen, dass im stationären Bereich die Leistungen nicht auf dem höchsten Effizienzniveau erbracht werden. Die Ineffizienzen in den Spitälern und Pflegeheimen resultieren gemäss diesen Studien sowohl aus nicht genutzten Skaleneffekten (zu viele kleine Spitäler und Pflegeheime) als auch aus technischen Ineffizienzen.
- › Aufgrund der Studienergebnisse im stationären Bereich lässt sich das Ausmass der Ineffizienzen prozentual relativ gut abschätzen.
- › Für den ambulanten Bereich existieren keine speziellen Studien zum Nachweis möglicher produktiver Ineffizienz. Hinweise liefern jedoch Studien, die die Effizienzvorteile von integrierten Versorgungsmodellen untersuchen (vgl. Kap. 3.4).
- › Die nachgewiesenen Ineffizienzen beziehen sich alle auf den Output (Menge an erbrachten Leistungen je Input) und nicht auf den Outcome (erzielte Gesundheitsgewinne je Input). Das bedeutet, dass selbst wenn diese produktiven Ineffizienzen reduziert werden, immer noch Ineffizienzen bestehen bleiben können. Das ist der Fall, wenn zusätzlich erbrachte Leistungen keinen besseren Outcome zu erzielen vermögen.

### **6.3. INEFFIZIENTER MIX VON AMBULANTEN UND STATIONÄREN LEISTUNGEN**

#### **Fehlanreize und Ineffizienzen**

Internationale Vergleiche zeigen, dass das schweizerische Gesundheitssystem stark auf die stationäre Medizin ausgerichtet ist. Der Anteil der stationären Kosten an den gesamten Kosten des Gesundheitswesens ist überdurchschnittlich hoch (OECD, WHO 2011). Die Schweiz verfügt über 160 Akutspitäler für rund 8 Mio Einwohner, während im Vergleich dazu Dänemark 25 Akutspitäler für rund 5 Mio Einwohner hat. Darüber hinaus hat der Zulassungsstopp für Arztpraxen im Jahr 2002 sowie die Verkürzung der Arbeitszeiten in den Spitälern zur Schaffung neuer Stellen im Spitalsektor geführt.

Aufgrund des strukturellen Überangebots liegt der Verdacht nahe, dass Leistungen, die zu tieferen Kosten ambulant hätten erbracht werden können, in Spitälern oder in der Spitalambulanz erbracht werden. Die unterschiedliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen begünstigt dieses

Ungleichgewicht. Die parallele Finanzierung der stationären Leistungen von Kanton und Versicherung verbilligt die Finanzierung der stationären Versorgung für die Versicherer im Vergleich zur ambulanten Versorgung und schafft falsche Anreize für den Behandlungsmix.

Ineffizienzen infolge eines schlechten Mix an ambulanten und stationären Leistungen äussern sich in zu hohen Kosten in der Leistungserbringung. Wenn beispielsweise eine Leistung im stationären Sektor mit weniger Ressourcen ambulant erbracht werden kann, würde dies einen Effizienzgewinn für das gesamte Gesundheitswesen bedeuten.

## **Verfahren und Ausmass**

### ***Methoden zur Quantifizierung***

Zu Ineffizienzen aufgrund eines nicht optimalen Mix an ambulant und stationär erbrachten Leistungen existieren kaum Studien.

- › Camenzind (2010) untersucht den Zusammenhang zwischen der Angebotsstruktur und der Menge an erbrachten Leistungen in den verschiedenen Sektoren durch eine statistische Analyse von Versicherungsdaten und Angebotsdaten in den verschiedenen Kantonen.
- › Busato und von Below (2010) betrachten Verschiebungen der Menge an erbrachten Leistungen zwischen den verschiedenen Bereichen nach der Einführung der Fallpauschalen in den verschiedenen Kantonen. Durch Fallpauschalen wird der Anreiz, möglichst viele Versicherte im Spital zu behandeln, reduziert, da weniger Gewinnmargen erzielt werden können.

### ***Empirische Ergebnisse***

- › Die Studie von Camenzind (2010) zeigt, dass ein grösseres Angebot an Grundversorgern zu einer tieferen Inanspruchnahme von – relativ teureren – spitalambulanten Leistungen führt, während eine höhere Bettdichte in Spitälern mit einer tieferen Nutzung von Leistungen der Grundversorger einhergeht. Des Weiteren zeichnet sich in den Ergebnissen ab, dass Dienstleistungen von Pflegeheimen von älteren Personen durch die relativ teurere Inanspruchnahme von ambulanten Spezialisten und spitalambulanten Diensten kompensiert werden.
- › Gemäss Busato und von Below (2010) zeigt das System der Fallpauschalen (DRG) bereits erste Effekte hin zu beträchtlichen Verschiebungen von stationär zu ambulant erbrachten Behandlungen zwischen 2003 und 2007. Die Spitalaufenthaltsdauer ist sowohl in DRG-Gebieten als auch Nicht-DRG-Gebieten gesunken. Dies könnte darauf hindeuten, dass eine angebotsinduzierte Nachfrage in Spitälern nicht durch DRG gesenkt werden kann.
- › Der Anteil an Kataraktoperationen und Tonsillektomien an ambulanten Tagespatienten in der Schweiz ist niedriger als in vielen anderen OECD-Ländern (OECD, WHO 2006).

### ***Zusammenfassung und Würdigung der Studienergebnisse***

Die in den verfügbaren empirischen Studien festgestellten Verschiebungen zum ambulanten Sektor durch die Einführung von Fallpauschalen deuten darauf hin, dass das Finanzierungssystem und die Angebotsstruktur die Verteilung der im ambulanten und stationären Setting erbrachten Leistungen beeinflusst. Die Höhe der dadurch resultierenden Ineffizienzen lässt sich aber nicht auf Basis dieser Studien bestimmen.

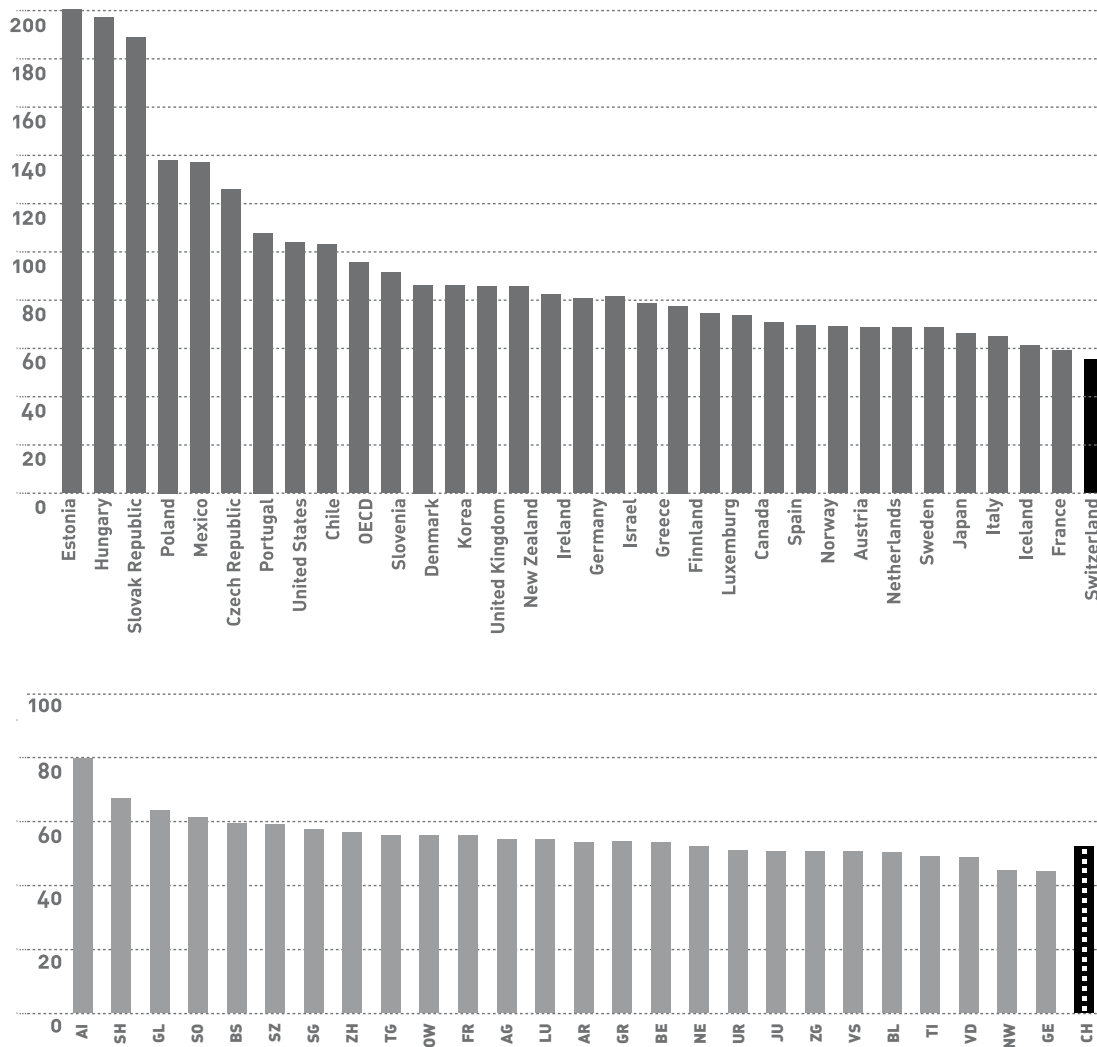


## 7. MANGELNDE QUALITÄTSNACHWEISE

### Fehlanreize und Ineffizienzen

Das schweizerische Gesundheitswesen gilt weltweit als qualitativ eines der besten. Darauf deutet auch ein OECD-Ländervergleich der vermeidbaren Mortalität<sup>21</sup> hin, der zeigt, dass die Schweiz ganz oben an der Spitze rangiert (vgl. folgende Figur). Auch gemäss befragten Experten ist die Qualität der Versorgung heute noch kein Problem, worauf zumindest Patientenzufriedenheitsumfragen und bestehende Qualitätsindikatoren in den Akutspitälern (z.B. Wundliegen) hindeuten würden.

### VERMEIDBARE MORTALITÄT – INTERNAT. UND KANTONALER VERGLEICH



**Figur 3 Skala:** Vermeidbare Todesfälle pro 100'000 Einwohner; Quelle: 1) Vermeidbare Mortalität in OECD-Ländern: Gay et al (2011), den Zahlen liegen teilweise unterschiedliche Jahre zugrunde. 2) Vermeidbare Mortalität in den Kantonen: Berechnungen durch Swiss Health Service of Ticino.

<sup>21</sup> Bei der vermeidbaren Mortalität handelt es sich um einen Indikator, der die Performance von Gesundheitssystemen bzw. den Beitrag der Versorgung zur Gesundheit der Bevölkerung abbilden soll und die Anzahl Todesfälle (pro 100'000 Einwohner) misst, die nach Meinung von Experten bei angemessener medizinischer Versorgung vermeidbar gewesen wären (Nolte, McKee 2011).

Trotzdem lässt sich bemängeln, dass der Qualitätsnachweis im schweizerischen Gesundheitssystem schwach und sehr lückenhaft ist. Das Monitoring wird hauptsächlich durch die Kantone und die Verbände der Leistungserbringer durchgeführt. Schweizweit sind jedoch keine Qualitätsstandards etabliert (Smith et al. 2012). Vielmehr existieren verschiedene Qualitätsinitiativen, die untereinander nicht koordiniert sind (Kaderli et al. 2012). In den letzten Jahren wurden allerdings auf nationaler Ebene Anstrengungen unternommen, um die Performancemessung zu verbessern. Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur neuen Spitalfinanzierung wurden dazu auch die gesetzlichen Grundlagen verbessert. Diese Entwicklungen sind jedoch noch in einem frühen Stadium und betreffen vor allem den stationären Bereich (z.B. Qualitätsindikatoren und Qualitätsmessungen in den Spitälern). Im ambulanten Sektor bleiben noch grössere Lücken in den Datengrundlagen für die Performancemessung bestehen (OECD, WHO 2011).

Ein mangelnder Qualitätsnachweis kann insofern zu Ineffizienzen führen, dass

- › mögliche Qualitätsunterschiede zwischen den Leistungserbringern nicht aufgedeckt und analysiert werden können (so schwankt die vermeidbare Mortalität zwischen den Kantonen (vgl. Figur 3), während nicht bekannt ist, worauf diese Unterschiede zurückzuführen sind),
- › die Leistungserbringer bei schlechter Performance nicht zur Rechenschaft gezogen werden können,
- › keine Anreizmechanismen wie Benchmarking-Systeme o.ä. etabliert werden können, um die Qualität der Versorgung durch einen Qualitätswettbewerb zu verbessern,
- › der Erfolg von Programmen oder Massnahmen, die die Qualität verbessern sollen (z.B. Managed Care, DMP) sich nicht messen lässt,
- › Auswirkungen von Kosteneinsparmassnahmen auf die Qualität der Versorgung nicht nachgewiesen werden können.

Die Ineffizienzen aufgrund eines mangelnden Qualitätsnachweises äussern sich also in nicht ausgeschöpften Möglichkeiten zur Verbesserungen der Performance des Gesundheitswesens. Theoretisch denkbar ist auch, dass eine zu hohe Qualität im Gesundheitswesen erbracht wird, im Sinne, dass Qualitätsverbesserungen keine Verbesserung in der Gesundheit bewirken und somit zu hohe Kosten produziert werden.

### **Verfahren und Ausmass**

Die Potenziale in der Performance des Gesundheitswesens lassen sich auf Basis der gegebenen Grundlagen nicht ermitteln.

## 8. SYNTHESE

Die Ergebnisse der Literaturanalyse zeigen, dass die Ineffizienzen **mehrere Mia. Franken betragen dürften**. In vielen Bereichen stehen allerdings keine empirischen Grundlagen zur Verfügung, um eine vollständige zahlenmässige Schätzungen der entsprechenden Kosten vorzunehmen.

Die auf Basis von verschiedenen vorhandenen Grundlagen **bezifferbaren grossen Ineffizienzen belaufen sich auf rund sechs bis sieben Milliarden Franken pro Jahr**<sup>22</sup>. Dies entspricht ca. **9.5% bis 11% der gesamten Gesundheitskosten** (CHF 62.5 Mrd., Basis 2010) oder dem Zuwachs der Gesundheitskosten der letzten 3-4 Jahre (2007-2010).<sup>23</sup>

Diese Ineffizienzen bestehen darin, dass die Patienten mit medizinisch nicht notwendigen Leistungen versorgt werden oder Doppelspurigkeiten stattfinden. Die Gründe für diese Überversorgung sind mangelnde Koordination in der Leistungserbringung, angebotsinduzierte Nachfrage und Moral Hazard, welche jeweils Ineffizienzen von über CHF 1 Mia. produzieren. Die Ineffizienzen finden sich also sowohl auf der Angebots- als auch auf der Nachfrageseite.

Daneben sehen wir drei Bereiche, bei denen wir das Ausmass der Ineffizienzen als *mittel* (zwischen CHF 100 Mio. und CHF 1 Mia.) einschätzen. Diese Bereiche sind – mit Ausnahme produktiver Ineffizienzen im Alters- und Pflegeheimsektor - quantitativ noch zu wenig erforscht, um sie genauer zu beziffern. Zu diesen Ineffizienzen zählen:

- › die Überversorgung mit wenig bzw. nicht wirksamen Behandlungen infolge der intransparenten und unsystematischen Überprüfung der WZW-Kriterien,
- › nicht ausgeschöpfte Skalenerträge und technische Ineffizienzen im Alters- und Pflegeheimsektor sowie in der stationären Spitalversorgung (in der stationären Versorgung schätzen wir das Ausmass als *mittel-hoch* ein) und
- › zu hohe Preise und ein zu geringer Marktanteil der Generikamedikamente.

Bei zwei weiteren Bereichen, bei welchen eine grobe Einschätzung möglich war, schätzen wir das Ausmass der Ineffizienzen als *gering* (bis zu CHF 100 Mio.) bzw. als *gering-mittel* ein. Diese Bereiche betreffen das Überangebot an Spitzentechnologie und Spitzenmedizin sowie Verwaltungskosten im Versicherungsbereich, die auf Risikoselektion aufgrund des mangelnden Risikoausgleichs zurückzuführen sind.

Schliesslich haben wir sechs weitere Bereiche identifiziert, bei denen wir aufgrund der verfügbaren Literatur davon ausgehen, dass relevante Ineffizienzen vorhanden sind, diese aber auf Basis der verfügbaren Grundlagen nicht quantitativ eingegrenzt werden können. Dies betrifft vor allem Ineffizienzen aufgrund einer möglichen Unterversorgung und aufgrund von fehlenden Qualitätsnachweisen. Diese Ineffizienzen drücken sich nicht in direkten Kosten für das Gesundheitswesen, sondern in nicht optimalen Gesundheit-soutcomes und einer nicht optimalen Behandlungsqualität bzw. Performance aus. Bei den zwei letzten Ursachen von Ineffizienzen handelt es sich um verzerrte stationäre und ambulante Tarife und einen ineffizienten Mix an ambulanten und stationären Behandlungen.

<sup>22</sup> Hierbei handelt es sich um eine sehr grobe Einschätzung, die mit zwei Vorbehalten verbunden ist: Erstens basieren die Studien auf unterschiedlichen Jahren. Zweitens können die Effekte des Moral Hazards und der angebotsinduzierten Nachfrage nicht sauber voneinander getrennt werden. Weil reine Moral Hazard-Effekte die Kosten in allen Kantonen proportional erhöhen könnten, während für die Bestimmung der angebotsinduzierten Nachfrage Kantonsvergleiche genutzt wurden, ist es aus unserer Sicht dennoch vertretbar, die Effekte miteinander zu addieren.

<sup>23</sup> Gesundheitsausgaben 2007: CHF 55.2 Mrd., Zuwachs 2007-2010: CHF 7.3 Mrd.

Die folgende Tabelle fasst die Ergebnisse der Detailanalyse zusammen. Mit ●●● werden dabei diejenigen Bereiche bezeichnet, die empirisch gut erforscht sind. ●● bedeuten, es sind einige wenige Studien oder punktuelle Hinweise vorhanden und ● heisst, es gibt praktisch keine empirischen Studien. Bezüglich des Ausmasses der Ineffizienzen haben wir für die nicht quantifizierten Bereiche eine sehr grobe Einschätzung der vermuteten Grössenordnung aufgrund der vorhandenen qualitativen Studien vorgenommen. Gering bedeutet dabei, dass wir das Ausmass auf unter CHF 100 Mio. schätzen. Mittel heisst, dass das Effizienzpotenzial zwischen ca. CHF 100 Mio. und ca. CHF 1'000 Mio. liegen könnte, und bei hoch dürfte das Kostensparpotenzial bei über CHF 1'000 Mio. liegen.

## RELEVANTE INEFFIZIENZEN IM SCHWEIZERISCHEN GESUNDHEITSWESEN

Ineffizienzen	Quantitative empirische Forschung	Bereich	Ausmass der Ineffizienzen Rein qualitative Schätzungen in Klammern	Grobschätzung der entstehenden Kosten in Mio. CHF pro Jahr
<b>A</b>				
• Angebotsinduzierte Nachfrage	•••	Ambulante und stationäre Versorgung	Hoch	1'000 – 2'000
• Mangelnde Koordination	•••	Ambulante und stationäre Versorgung	Hoch	3'000
• Moral Hazard	Ex-post: ••• Ex-ante: •	Leistungen, die durch die Grund- oder Zusatzversicherung gedeckt sind	Ex-post: Hoch	Ex post: 2'000
<b>B</b>				
• Nicht ausgeschöpfte Skalenerträge und technische Ineffizienz	•••	Spitäler	(Mittel - Hoch)	-
• Intransparente und un-systematische Überprüfung der WZW-Kriterien	•••	Pflegeheime	Mittel	700
• Preisregulierung	••	Ambulante und stationäre Versorgung	(Mittel)	-
• Medikamente	••	Arzneimittel	(Mittel)	-
<b>C</b>				
• Versicherungen (Risikoselektion)	••	Krankenversicherer KVG (Verwaltungskosten)	(Gering - Mittel)	-
• Überangebot	••	Spitzentechnologie und Spitzenmedizin	(Gering)	-
<b>D</b>				
• Fehlende personelle Ressourcen	••	Grundversorgung, Pflege (akut, Reha, Langzeit)	Keine Einschätzung möglich	-
• Fehlende Präventionsangebote	••	Prävention	Keine Einschätzung möglich	-
• Unterversorgung einzelner Bevölkerungsgruppen	••	Ambulante und stationäre Versorgung	Keine Einschätzung möglich	-
• Mix ambulante/ stationäre Versorgung	••	Ambulante und stationäre Versorgung	Keine Einschätzung möglich	-
• Tarife in der ambulanten und stationären Versorgung	•	Ambulante und stationäre Versorgung	Keine Einschätzung möglich	-
• Mangelnde Qualitätsnachweise	•	Ambulante und stationäre Versorgung	Keine Einschätzung möglich	-

**Tabelle 3:** ••• = Bereiche, die empirisch gut erforscht sind. •• = einige wenige Studien vorhanden. • praktisch keine empirischen Studien vorhanden. Gering: Ineffizienzen unter CHF 100 Mio. (Zeile C), mittel: zwischen ca. CHF 100 Mio. und ca. CHF 1'000 Mio. (Zeile B), gross über CHF 1'000 Mio. (Zeile A).

### III FOLGERUNGEN

#### 9. LÖSUNGSANSÄTZE

In der Literatur und unter Experten wird eine ganze Reihe von Lösungsansätzen diskutiert, welche die Fehlanreize beseitigen und damit das Schweizer Gesundheitswesen effizienter gestalten könnten. Auch im Ausland finden sich verschiedene Ansätze, welche für die Schweiz geprüft werden sollten. In dieser Studie konzentrieren wir uns auf die wichtigsten identifizierten Ineffizienzen und zeigen mögliche Lösungsansätze für diese Bereiche auf. Um das Spektrum zu öffnen, fokussieren wir dabei bewusst auf innovative, eher unkonventionelle und grundsätzliche Lösungsansätze aus dem Ausland, welche nicht zuoberst auf der gesundheitspolitischen Agenda der Schweiz stehen.

Ausgangspunkt für eine Optimierung des schweizerischen Gesundheitswesens durch eine möglichst weitgehende Beseitigung von Fehlanreizen sind aus unserer Sicht zwei nützliche Leitideen: Das Konzept des „nutzenorientierten Wettbewerbs“ sowie das Konzept der „Governance“.

In diesem Kapitel werden die zwei Leitideen ausgeführt und anschliessend vier ausgewählte innovative Lösungsansätze aus dem Ausland diskutiert.

##### 9.1. NUTZENORIENTIERTER WETTBEWERB

In einem vollkommenen Markt (d.h. ohne Marktversagen) führt das Marktergebnis dazu, dass die Akteure die richtigen Preissignale erhalten und ihre Ressourcen effizient einsetzen. Der Staat sollte nur dann eingreifen, wenn bestimmte Ziele nicht erreicht werden.

Infolge von Marktversagen sowie Versorgungs- und Solidaritätszielen hat der Staat in der Vergangenheit relativ stark ins Marktgeschehen im Gesundheitswesen eingegriffen. Dennoch herrscht in der Schweiz grundsätzlich die Meinung vor, dass das Gesundheitssystem auf dem Wettbewerbsprinzip basieren sollte. Die Gesundheitspolitik orientiert sich denn auch am Prinzip des regulierten Wettbewerbs. Dabei kommt eine ganze Reihe von Regulierungen zur Anwendung, welche einerseits den Wettbewerb stärken sollen oder – unter bewusster Beschränkung des Wettbewerbs – gesellschaftliche Ziele anstreben. Dazu zählen u.a.: Einheitsprämie, Versicherungsobligatorium, Aufnahmepflicht, alternative Versicherungsmodelle mit verminderter Prämie (Managed-Care-Modelle), Preisfestlegung von Medikamenten, Spitalfinanzierung, Spitalplanung, Fallpauschalen DRG, Kontrahierungszwang<sup>24</sup> etc. Hinzu kommen privatwirtschaftliche Vereinbarungen, insbesondere die Tarife in der ambulanten Versorgung (TARMED).

Nach Meinung von Teisberg (2008) hat der Wettbewerb im Gesundheitswesen in der Schweiz wie in den meisten industrialisierten Ländern bisher zu enttäuschenden Ergebnissen geführt. Grund hierfür sei, dass der Wettbewerb bisher falsch verstanden worden ist. So konzentrierte sich der Wettbewerb auf die Kosten und würde nicht dort stattfinden, wo er **Mehrwert für die PatientInnen** schaffen würde („Nullsummen-Wettbewerb“). Vor diesem Hintergrund wurde von Porter und Teisberg (2006) das Konzept des **nutzenorientierten Wettbewerbs** (value-based competition-modell) entwickelt. Nutzenorientierter Wettbewerb zielt darauf ab, Mehrwert für die Konsumenten zu schaffen, indem Krankheiten effizienter behandelt und der individuelle Gesundheitszustand verbessert wird. Wichtig ist, dass Kosteneinsparungen die Folge von Effizienzsteigerungen sein müssen und nicht von Kostenverlagerungen, Rationierung oder Qualitätseinbussen. Es ist also ein Wettbewerb um medizinische Behandlungsergebnisse und Behandlungs-

<sup>24</sup> Die Versicherer können nicht frei entscheiden, mit welchen Leistungserbringern sie eine Vertragsbeziehung eingehen wollen.

kosten, der die Gesundheitsdienstleistungen und die Gesundheit verbessern soll. Um einen nutzenorientierten Wettbewerb zu erreichen, erachten Porter und Teisberg u.a. die folgenden Prinzipien als zentral:

- › Der Fokus des Wettbewerbs liegt auf dem Wert/Nutzen („Value“) für den Patienten, nicht nur auf Kostensenkungen.
- › Wettbewerb muss auf Ergebnissen basieren.
- › Wettbewerb sollte sich auf die medizinischen Bedingungen über die gesamte Behandlungskette hinweg beziehen (integrierte Versorgungsnetze).
- › Informationen zu Behandlungsergebnissen sollten einfach verfügbar sein, um den Wettbewerb um Leistungen zu unterstützen (Qualitätsnachweis gegenüber PatientInnen und Versicherern).
- › Innovationen, die den Nutzen von Behandlungen erhöhen, müssen belohnt werden.

## 9.2. GOVERNANCE

Ein Grossteil der wichtigsten identifizierten Ineffizienzen hängt eng mit der Governance des schweizerischen Gesundheitswesens zusammen. Diese spielt eine grosse Rolle, wenn es darum geht, die Effizienz im Gesundheitswesen sicherzustellen. Das Konzept der „Governance“ findet in den letzten Jahren so auch vermehrt Berücksichtigung in der Diskussion um die Ausgestaltung eines effizienten Gesundheitssystems. Im Folgenden wird das Konzept der Governance erläutert, die bestehenden Schwächen in der Governance beleuchtet.

### Konzept der Governance

Das Konzept der Governance beschäftigt sich mit der Rolle der Regierung und seiner Beziehung zu den anderen Akteuren im Gesundheitssektor. Für die WHO bedeutet eine gute Governance, den Überblick über das Gesundheitssystem zu haben und es zu lenken, um die Interessen der Bevölkerung zu wahren. Dies beinhaltet nicht nur die Schaffung von Regulierungen und Anreizen, sondern auch die Sicherstellung eines strategischen Rahmens, die Bildung von Koalitionen und Kooperationen, die Bereitstellung von Information und Aufklärung sowie die Rechenschaftslegung (WHO 2007). Da das Konzept der Governance im Gesundheitswesen relativ neu ist, besteht noch kein breiter Konsens über eine geeignete Definition. Eine neuere Studie stellt unter Berücksichtigung eines systemischen Modells die folgenden drei Hauptfunktionen der Governance heraus (Smith et al. 2012):

- › **Prioritätensetzung:** Bei der Prioritätensetzung geht es darum, klare und gesellschaftlich abgestützte Prioritäten des Gesundheitssystems zu definieren, um die verfügbaren und begrenzten Ressourcen angemessen zu verteilen. Die Prioritäten können beispielsweise in Form von Zielen, Standards, einem Leistungskatalog etc. definiert sein.
- › **Performancemessung:** Die Performancemessung beinhaltet die Bereitstellung verschiedener Informationen, welche Auskunft über die Tätigkeiten und Outcomes der Leistungserbringer geben, die im Gesundheitssystem tätig sind. Das Monitoring der Tätigkeiten soll Entscheidungsgrundlagen für PatientInnen und Leistungserbringer zur Optimierung der Outcomes liefern.
- › **Rechenschaftsmechanismen:** Eng verknüpft mit der Performancemessung ist die Funktion der Rechenschaftslegung. Diese ist notwendig, um Konsequenzen aus der Performancemessung ziehen zu können. Mechanismen der Rechenschaftslegung beinhalten Belohnungen und Sanktionsmöglichkeiten für die Performance der Akteure.

### Ineffizienzen durch Schwächen in der Governance

Die drei aufgeführten Governance-Funktionen sind unter dem Gesichtspunkt der Effizienz bedeutsam: Marktversagen, die sich durch die Besonderheiten des Gutes Gesundheit ergeben, machen eine Steuerung notwendig, um eine wohlfahrtsoptimale Verteilung der Ressourcen sicherzustellen. Aus entscheidungs-

theoretischer Sicht ist es jedoch schwierig, eine soziale Wohlfahrtsfunktion herzuleiten, die die individuellen Präferenzen in der Bevölkerung konsistent zusammen bringt (Arrow Paradoxon). Eine explizite, demokratisch abgestützte Prioritätensetzung ist daher notwendig, um die gegebenen Ressourcen möglichst wohlfahrtsoptimal zu verteilen und Ineffizienzen zu vermeiden. Die fehlende Konsumenten-souveränität und das Problem der asymmetrischen Information erfordert ausserdem, dass die Performance der Akteure ständig gemessen und offengelegt wird. Ist diese Performancemessung ungenügend, kann es ebenfalls zu Ineffizienzen kommen, weil erstens ein möglicher Wettbewerb unterdrückt wird, zweitens die Konsumenten ihre Nachfrage nicht in Richtung eines für sie optimalen Outcomes ausrichten können und drittens den relevanten Akteuren Entscheidungsgrundlagen fehlen, um das System optimal zu steuern. Ineffizienzen, die aus einer schwachen Governance resultieren, manifestieren sich beispielsweise in einer ineffizienten Leistungserbringung, einer Überversorgung an nicht zweckmässigen und unwirtschaftlichen Leistungen bzw. einer Unterversorgung von potenziell zweckmässigen und wirtschaftlichen Leistungen (vgl. obige Kapitel).

### **Schwächen der Governance in der Schweiz**

Die OECD und WHO (2011) attestieren der Schweiz in Bezug auf die Governance noch Verbesserungspotenziale. Auch Smith et al. (2012) haben die Governance in der Schweiz näher unter die Lupe genommen und kommen zu dem Ergebnis, dass sie noch sehr stark fragmentiert und ausbaufähig ist. In Bezug auf die oben genannten drei wichtigen Governance-Funktionen werden die folgenden Schwächen identifiziert:

- › Die **Prioritätensetzung** im schweizerischen Gesundheitssystem liegt in der geteilten Verantwortung des Bundes, der Kantone und – im Bereich der Versorgung älterer Personen – der Gemeinden. Grundsätzlich beruht das System auf einer dezentralen Entscheidungsfindung, so dass die Strategien von Kanton zu Kanton variieren. Die OECD und WHO (2011) kritisieren so auch, dass dem Gesundheitssystem neben den im Krankenversicherungsgesetz festgehaltenen Zielen keine gemeinsame Vision und langfristige Strategie zugrunde liegt. Auch die Autonomie der Leistungserbringer und Versicherer könnte tendenziell dazu führen, dass die Akteure ihren eigenen Interessen eine höhere Priorität einräumen anstatt auf gemeinsame Ziele hinzuarbeiten. Die Prioritätensetzung findet so in der Schweiz auf mehreren Ebenen statt und ist deshalb wenig konsistent. Auf Ebene der sozialen Grundversicherung existiert in der Schweiz eine gewisse Prioritätensetzung durch den Leistungskatalog, für den der Bund zuständig ist. Diesbezüglich wird kritisiert, dass die Beschlüsse über die Aufnahme in den Leistungskatalog nicht transparent sind und der Bund nur limitierte Ressourcen zur Verfügung hat, um die Leistungen nach den WZW-Kriterien<sup>25</sup> zu überprüfen. In anderen Ländern werden dazu HTA-Agenturen eingesetzt. Um die Lücke in der Schweiz zu schliessen, wurde das Swiss Medical Board ins Leben gerufen, welches jedoch zum heutigen Zeitpunkt ebenfalls mit wenig Ressourcen ausgestattet ist (Smith et al. 2012).
- › Die Möglichkeiten zur **Performancemessung** sind in der Schweiz beschränkt, da – insbesondere im ambulanten Bereich – konsistente Daten und Indikatoren zur Qualität der erbrachten Leistungen fehlen (vgl. Kap. 7).
- › Zur **Rechenschaftslegung** sind in der Schweiz verschiedene Mechanismen etabliert. Dazu zählen z.B. die freie Arztwahl, die Kontrolle durch Organisationen der einzelnen Berufsgruppen, die kontinuierliche Weiterbildungsanforderungen für Ärztinnen und Ärzte oder freiwillige Akkreditierungsmöglichkeiten für Spitäler (Smith et al. 2012). Im Bereich der Krankenversicherung hat der Bund eine neue Gesetzgebung zur Aufsicht über die Krankenversicherer lanciert. Aufgrund der Schwächen in der Prioritätensetzung und der Performancemessung ist die Rechenschaftslegung jedoch nicht systematisch gewährleistet.

<sup>25</sup> WZW-Kriterien: Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit.



### **Einfluss der politischen Rahmenbedingungen auf die Governance**

Die Steuerbarkeit des Gesundheitswesens hängt eng mit den Rahmenbedingungen zusammen, die in einem politischen System vorherrschen. In der Schweiz sind dazu insbesondere das föderalistische System bzw. die subsidiäre Aufgabenteilung zwischen Bund, Kanton und Gemeinden zu nennen. Diese Rahmenbedingungen können die Steuerbarkeit beeinträchtigen, wenn z.B. durch die geteilte Verantwortlichkeit „Shared Responsibility“ niemand die volle Verantwortung wahrnehmen will. In der Schweiz liegt die Verantwortung der Finanzierung, Organisation und Bereitstellung der medizinischen Versorgung sowohl bei den Kantonen und Gemeinden als auch bei den Versicherern und den öffentlichen und privaten Leistungserbringern. Auch dem Bund kommt durch das Krankenversicherungsgesetz eine starke Rolle zu, welche über die Gesamtübersicht des Krankenversicherungssystems hinausgeht (OECD, WHO 2011).

Eine geteilte Verantwortlichkeit muss nicht gleichzeitig bedeuten, dass die Governance schwach ist. Neuere Formen der Governance basieren so auch nicht mehr auf einer Hierarchie, sondern sind horizontal und partizipativ ausgerichtet und beziehen den Markt mit ein (Mixed Models) (Smith et al. 2012). Zentral aus Sicht einer effizienten Governance ist, dass die Strategien, Anreize und Regulierungen so gestaltet sind, dass alle Akteure auf ein gemeinsames Ziel (eine qualitativ gute und effiziente Gesundheitsversorgung) hinarbeiten und Rechenschaft darüber ablegen. Ob die Umsetzung effizienter top-down oder bottom-up (wie bisher) geschieht, ist offen. Eine zentrale Regierung kann die Ressourcen für eine regionale Bevölkerungsstruktur nicht notwendigerweise besser lösen, als wenn dies dezentral organisiert ist. Die WHO und OECD (2011) schlussfolgern so auch, dass grosse Wechsel in der Verantwortlichkeit und eine Rezentralisierung nicht die bevorzugte Lösung sein müssen.

### **Möglichkeiten der Stärkung der Governance in der Schweiz**

Die Governance in der Schweiz müsste in erster Linie dahingehend verbessert werden, dass eine klare und konsistente Steuerung der drei Governance-Funktionen möglich wird. Dazu müssen die Verantwortlichkeiten klar geregelt und auf gemeinsame Ziele hingearbeitet werden. Ein erster Schritt in diese Richtung bildet der Dialog nationale Gesundheitspolitik. Auf Ebene der einzelnen Governance-Funktionen können die folgenden Massnahmen dazu beitragen, Ineffizienzen im schweizerischen Gesundheitswesen zu reduzieren:

- › **Prioritätensetzung:** Konsistente Prioritätensetzung durch die Akteure; transparente und systematische (periodische) Evaluation der im Grundversicherungskatalog enthaltenen Leistungen.
- › **Performancemessung:** Für die bessere Performancemessung braucht es zusätzliche Qualitätsindikatoren und Datenerhebungen, insbesondere im ambulanten Bereich. Vorteilhaft wäre auch, die Daten an zentraler Stelle zu organisieren (vgl. Kap 7).
- › **Rechenschaftslegung:** Die Möglichkeiten zur Verbesserung der Rechenschaftslegung sind vielfältig: Die OECD und WHO (2011) kommen zum Schluss, dass die Rechenschaftslegung der Leistungserbringer z.B. durch Best-Practice-Guidelines, verbesserte Transparenz über medizinische Fehler, Peer-Review-Prozesse oder interne Belohnungs- und Sanktionsmechanismen gestärkt werden könnte. Sogenannte Pay-for-Performance-Modelle (vgl. Kap. 9.3.2) können ebenfalls zur verbesserten Rechenschaftslegung über die Performance beitragen.

## 9.3. INNOVATIVE LÖSUNGSANSÄTZE AUS DEM AUSLAND

### 9.3.1. Strukturreform

#### **Ziel und zu lösende Probleme**

Ein Problem der föderalistischen Struktur sind die kleinen Dimensionen in der Schweiz (Mikroföderalismus), die dazu führen, dass mögliche Skalenerträge zum Beispiel durch die Zusammenlegung von Spitälern nicht voll genutzt werden (die Hälfte der Akutspitäler erreicht in der Schweiz die optimale Betriebsgrösse nicht). Aus ökonomischer Sicht entstehen daraus Ineffizienzen. In Dänemark (5.6 Millionen Einwohner und 43'090 km<sup>2</sup>), um nur ein Beispiel zu nennen, wurde die stationäre Versorgung neuerlich reorganisiert und die Zahl der Krankenhäuser von 40 auf 25 reduziert (Christiansen, 2012). In der Schweiz (7.8 Millionen Einwohner, 41'285 km<sup>2</sup>) gibt es (abgesehen von der Psychiatrie und der Rehabilitation) immer noch 120 Akutspitäler und 80 Spezialkliniken, d.h. die Zahl der somatischen stationären Einrichtungen ist zehnfach grösser als diejenige von Dänemark. Die Einführung der SwissDRG (mit der daraus folgenden Erhöhung der Transparenz und der Erleichterung von Betriebsvergleichen) sowie die neue Spitalfinanzierung, welche die Kantone verpflichtet, Planungsspitäler unabhängig von der Art der Trägerschaft (öffentlich und privat) im Umfang von 55% mitzufinanzieren, wird vermutlich die Anreize zur Reorganisation der Spitallandschaft verstärken. Es ist jedoch unsicher, ob es den Krankenversicherern gelingen wird, die nötige Strukturanpassung über die Verhandlung der *Base-Rate* herbeizuführen. Die Mehrfachrolle der Kantone (die zugleich Spitaleigentümer, Finanzierungsträger, Planungsbehörde und Rekursinstanz sind) und die bereits beobachtbaren Fusionen zwischen Privatkliniken (welche das Ziel verfolgen, die Verhandlungskraft von in mehreren Kantonen tätigen Spitalholdings zu erhöhen) stellen ein Hindernis für die Entstehung eines funktionierenden Wettbewerbs dar. Die Erfahrungen aus dem Ausland (insbesondere aus den Niederlanden) zeigen, dass die Verhandlungsfreiheit oft nicht ausreicht, damit ineffiziente Spitäler tarifmässig von den Krankenversicherern bestraft und zur Schliessung oder Zusammenlegung gezwungen werden (Boonen et al, 2010; Sheldon, 2010, Maarse & Paulus, 2011). Es ist daher unklar, wie viel Zeit vergehen wird, bis eine tiefgreifende Strukturreform im schweizerischen Spitalsektor vollzogen ist, was negative Folgen sowohl für die Kosteneffizienz wie für die Qualität der stationären Versorgung haben könnte.

#### **Alternativer Ansatz**

Eine Alternative zu einer marktgesteuerten Strukturanpassung stellen politische Massnahmen dar. In der Schweiz sind in den letzten Jahren bereits einzelne interkantonale Vereinbarungen und Zusammenarbeitsformen entstanden. Zudem existieren bereits Versorgungsräume, die über die kantonalen Grenzen hinausgehen (Versorgungsregionen). Insbesondere haben die Kantone den im KVG (Art. 39, Abs. 2bis) verankerten Gesetzesauftrag wahrgenommen, für den Bereich der hochspezialisierten Medizin eine gemeinsame gesamtschweizerische Planung vorzunehmen. Dafür ist eine Interkantonale Vereinbarung zur Hochspezialisierten Medizin unterzeichnet worden, mit dem Ziel, anstelle der 26 kantonalen Planungen nur noch eine einzige, von allen Kantonen gemeinsam getragene, Planung der hochspezialisierten Medizin zu haben (siehe GDK). Gemäss Interviewaussagen sollten aus Effizienzgesichtspunkten diese Kooperationen v.a. in der Spitalplanung noch weiter ausgebaut werden.

#### **Ein erfolgreiches Strukturreformbeispiel aus dem Ausland**

Ein interessantes Beispiel einer gelungenen Strukturreform ist in Dänemark vorzufinden. Im Jahr 2001, als noch keine öffentliche Debatte über die Notwendigkeit einer Strukturreform geführt wurde, beauftragte die dänische Regierung einen Expertenrat, mögliche strukturelle Lösungen zu entwerfen und der Politik vorzulegen. Gewählt wurde der Vorschlag, die Zahl der Gemeinden von 271 auf 98 zu reduzieren

und diejenigen der Regionen von 13 auf 5 (Christiansen, 2012). Die grösseren geografischen Einheiten sollten die vorher festgestellten Ineffizienzen reduzieren. Dahinter steht die Annahme, dass eine hohe Qualität in Spitälern ein grösseres Volumen an PatientInnen benötigt (zwischen 200'000 und 400'000 Einwohner je Spital) und die Übereinkunft, dass eine hohe Qualität gegenüber geografischen Distanzen Priorität haben sollte. Im Gegenzug sollten die vorgelagerten Leistungen wie Notfall-Arztpraxen, Telemedizin, Helikopter ausgebaut werden. Durch das darauffolgende neue Gesundheitsgesetz (2005) wurden dem nationalen Amt für Gesundheit (*National Board of Health*) mehr Kompetenzen in der Spitalplanung zugeschrieben, die ihm ermöglichen, Entscheide, die auf regionaler Ebene getroffen werden, zu widerrufen. Im Jahr 2007 wurden durch die Regierung EUR 3 Mia. für den Bau von neuen hochspezialisierten Spitälern und die Renovation von bestehenden Spitälern gesprochen. Für die Verwendung der Mittel des Fonds wurde eine Expertengruppe gebildet, welche Empfehlungen abgab. Die Einbindung der regionalen Ämter und der Expertengruppe bei der Planung trug zur breiten Akzeptanz der Strukturreform bei. Während der Planung scheinbar ein lokaler demokratischer Prozess zugrunde lag, war dieser in Realität relativ stark zentral kontrolliert.

#### **Fazit und mögliche Umsetzung in der Schweiz**

Das dänische Beispiel bringt zum Ausdruck, dass für solche Strukturreformen ein „*Window of Opportunity*“ notwendig ist und die politische Führung des Prozesses (z.B. eine clevere Aufgabenteilung und den Einsatz von geeigneten Anreizen) eine wichtige Rolle für ein erfolgreiches Ergebnis spielen. In der Schweiz stellt man seit der Einführung des KVG eine Verstärkung der Steuerungsrolle des Bundes fest, die zur Schaffung von nationalen Agenturen geführt hat (Swissmedic, SwissDRG) bzw. in den nächsten Jahren führen sollte (z.B. im Bereich HTA, Prävention, Public-Health-Weiterbildung, Qualitäts- und Performancemessung). Um die natürliche Spannung zwischen dem KVG-Ziel einer im ganzen Land gleichwertigen medizinischen Versorgung und dem Föderalismus zu entschärfen, stellt eine Reform der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (welche ja eine Verfassungsänderung erfordert) und des Finanzausgleichs ein wichtiges Handlungsfeld dar. Wenn die heutige Verteilung der Ausgabenlast zwischen Bund und Kantonen im Gesundheitswesen nicht in Frage gestellt wird, besteht ein grosses Risiko, dass die neuen vom Bund wahrgenommenen Steuerungsfunktionen das Prinzip der fiskalischen Äquivalenz verletzen und dass solche Initiativen einen gerechtfertigten Widerstand seitens der Kantone auslösen werden. Langfristig könnte eine Verfassungsreform notwendig sein, die eine klare Rolle des Bundes in der Gesundheitspolitik verfassungsmässig verankert, ohne dabei die offensichtlichen Verdienste einer föderalistischen Organisation zu verlieren. Unter der Regie von Bund und Kantonen sollte eine tiefgreifende Reorganisation der Krankenhauslandschaft erfolgen und die drei Steuerungsfunktionen (Prioritätensetzung, Performance-Messung und Rechenschaftslegung) sollten konsistent und koordiniert ausgeführt werden. Im Finanzierungsbereich ist es wichtig, die Kantonsbeiträge von den stationären Leistungen abzukoppeln. Kantons gelder sollten langfristig als Sockelbeitrag, d.h. als fester Prozentsatz der für den gesamten KVG-Leistungskatalog durch die Kantonsbevölkerung verursachten Kosten in das Gesundheitssystem fließen. Diese dual-fixe Finanzierung des Leistungskatalogs dürfte die Fehlanreize des heutigen Systems beseitigen und gleichzeitig die Kantone veranlassen, ihre Steuerungsfunktion auch in Zukunft wahrzunehmen.

### 9.3.2. Komplexpauschale (Bundled Payment)

#### Ziel und zu lösende Probleme

Ein weiteres Problem im schweizerischen Gesundheitssektor stellt die **mangelnde Behandlungskoordination** (*Care Coordination*) und die **lückenhafte Versorgungintegration** dar, die sich zum Teil auf die stark fragmentierte ambulante Angebotsstruktur und auf die vorherrschenden Vergütungssysteme (Einzelleistungstarife) zurückführen lassen. Die in der Abstimmung am 17. Juni 2012 abgelehnte „Managed-Care-Vorlage“ verfolgte das Ziel, die Versorgungintegration im Sinne einer multidisziplinären und multiprofessionellen Zusammenarbeit im Rahmen von formellen Organisationen zu fördern, welche die Patientenbetreuung über die ganze Behandlungskette hinweg planen und begleiten und dabei eine Budgetmitverantwortung wahrnehmen. Da das Ziel einer verbesserten Versorgungintegration weiterhin auf der Reformagenda der Schweiz steht (wie es in vielen anderen Ländern auch der Fall ist, vgl. Goodle 2012; Vize 2012; De Maeseneer et al 2012), muss die Politik alternative Wege suchen, um die nötige Prozess- und organisatorische Innovation im Bereich der ambulanten Versorgung zu fördern. Ein mögliches Instrument dazu stellen Komplexpauschalen dar.

#### Funktionsweise

Ein Krankenversicherer handelt mit einer Behandlungsorganisation (Care Group) einen festen Betrag aus, welcher die ambulante Versorgung von Patienten mit einem bestimmten chronischen Krankheitsbild (z.B. Diabetes) pauschal abgeltet soll. Die Leistungen, die durch die Komplexpauschale abgegolten werden, werden in einem krankheitsspezifischen Protokoll festgelegt und umfassen auch die Förderung von Self-Management-Kompetenzen bei den Patienten. Der vereinbarte Betrag wird der Referenzorganisation (*principal contracting entity*) ausbezahlt, welche die Verantwortung übernimmt, die ganze Behandlungskette zu organisieren und die Erbringung der nötigen Einzelleistungen sicherzustellen. Dabei kann die Organisation entscheiden, ob sie die Behandlung selber offerieren oder ob sie lieber Einzelleistungen auf dem Markt der jeweiligen Spezialisten (*subcontractors*) akquirieren will. Die Behandlungsorganisation verpflichtet sich schliesslich, dem Versicherer Performance-Indikatoren (sowohl Prozess- wie Outcome-Indikatoren) zur Verfügung zu stellen.

#### Internationale Beispiele

Das Modell der Komplexpauschalen wurde im Jahr 2010 in Holland als freiwilliges Pilotprojekt für die Versorgung von einzelnen chronischen Krankheiten (Diabetes, chronische Atemwegserkrankungen, vaskuläre Erkrankungen) eingeführt. Seither haben sich bereits über das ganze Land verteilt Behandlungsorganisationen (*Care Groups*) gebildet, welche integrierte, multidisziplinäre Versorgung hauptsächlich für Diabetes-PatientInnen anbieten. Einige Organisationen stellen auch Angebote für PatientInnen mit chronischen Atemwegserkrankungen und PatientInnen mit erhöhtem Risiko für vaskuläre Erkrankungen bereit (de Bakker et al, 2012).

#### Erfahrungen/empirische Evidenz

Da das Modell der Komplexpauschalen erst in einem Land und seit zwei Jahren erprobt worden ist, liegen erst wenige Erfahrungen vor. Gemäss Bakker et al. (2012) lassen sich sowohl positive als auch negative Effekte feststellen, einige Wirkungen sind bisher jedoch unbekannt. Als Erfolg kann verbucht werden, dass sich Organisation und Koordination der Versorgung, die Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern, die Prozessqualität und Transparenz verbessert haben. Auf der anderen Seite wird als negativ vermerkt, dass die Behandlungsorganisationen von Hausärzten dominiert werden, grosse Unterschiede in den Preisen bestehen, die nur teilweise durch Unterschiede in den erbrachten Leistungen erklärt werden

können, und der Administrationsaufwand der Behandlungsorganisation aufgrund von veralteten Informationen und noch nicht angepassten Informationssystemen sehr hoch ist. Bisher nicht bekannt ist, welche Wirkungen das Modell der Komplexpauschalen auf Gesundheitsoutcomes und Kosten hat.

### Beurteilung

Mit dem Modell der Komplexpauschalen sind sowohl negative als auch positive Aspekte verbunden:

Negative Aspekte:

- › Teilweise wird nicht transparent, für welche Leistungen der Versicherer bezahlen muss. Somit ergeben sich Bedenken hinsichtlich einer doppelten Vergütung, insbesondere im Fall von Polymorbidität.
- › Die diagnosebezogene Finanzierung könnte zu einer stärkeren Fragmentierung der Versorgung führen, in dem Sinne, dass PatientInnen für verschiedene Krankheiten zu verschiedenen Grundversorgern gehen müssen.
- › Die Krankenversicherer befürchten, dass in den Modellen mit Komplexpauschalen gute Risiken gepoolt werden, da die Behandlungsorganisationen daran interessiert sind, die stabilen, und einfachen Fälle zu akquirieren.
- › Es entstehen zusätzliche administrative Kosten dadurch, dass Verträge zwischen Versicherern und Behandlungsorganisationen sowie zwischen den Behandlungsorganisationen und Leistungserbringern (*subcontractors*) abgeschlossen werden müssen.

Positive Aspekte:

- › Auch Komplexpauschalen setzen eine Budgetmitverantwortung und den Aufbau von Behandlungsorganisationen voraus, aber im Vergleich zur Managed-Care-Vorlage ist ihre Aktivität und finanzielle Verantwortung auf die ambulante Behandlung von chronisch kranken Patienten begrenzt.
- › Komplexpauschalen zwingen die Leistungserbringer aus den verschiedenen Disziplinen der Grundversorgung zu einer routinemässigen Zusammenarbeit. Heute erfolgt diese Zusammenarbeit eher ad hoc und auf freiwilliger Basis. Komplexpauschalen zwingen ausserdem dazu, den elektronischen Informationsaustausch (Stichwort „eHealth“) zwischen den Leistungserbringern zu verstärken und somit die Abläufe effizienter zu gestalten und die Qualität zu verbessern.
- › Komplexpauschalen sind ein erster Schritt in Richtung risikoadjustierte Kopfpauschalen für multidisziplinäre Behandlungsorganisationen, die Primär- und spezialisierte Versorgung für bestimmte Patientengruppen anbieten. Sie könnten somit eine Zwischenstation sein, um das Misstrauen gegenüber der Budgetverantwortung von Leistungserbringern abzubauen und integrierte Versorgungsnetze in der Schweiz nachhaltig etablieren zu können.

### 9.3.3. Pay for Performance

#### Ziel und zu lösende Probleme

Die **Qualität der Versorgung** in der Schweiz ist zweifellos hoch, allerdings wird sie nicht systematisch erhoben und gemessen. Als Folge des mangelnden Monitorings fehlen Mechanismen, die garantieren, dass die Leistungserbringer einen Qualitätswettbewerb untereinander führen und **Rechenschaft über ihre Performance** ablegen. Sogenannte Pay-for-performance-Modelle (P4P) könnten dazu beitragen, diese Situation zu verbessern. Durch eine geeignete Ausgestaltung eines solchen Modells lässt sich prinzipiell auch das Phänomen der **angebotsinduzierten Nachfrage** eindämmen.

### Konzept und Funktionsweise

Bei P4P-Modellen handelt es sich um leistungsorientierte Vergütungssysteme. Vom Prinzip her funktionieren diese folgendermassen: Leistungserbringer erhalten finanzielle Anreize, die an vordefinierte Qualitäts- und Leistungsziele geknüpft sind. Die Ziele bzw. Bewertungskriterien können die folgenden Dimensionen umfassen: Klinische Qualität, Outcomes, Patientenerfahrungen und -zufriedenheit, finanzielle Performance und Effizienz, Kapazitäten und Zugang. Häufig sind die Modelle auf spezielle Krankheiten oder Behandlungen wie beispielsweise Diabetes ausgerichtet. Das Ziel von P4P-Modellen ist in erster Linie, die Qualität der Versorgung zu verbessern. Beinhalten die Bewertungskriterien auch finanzielle Aspekte, so können sie je nach Ausgestaltung auch zur Verbesserung der produktiven Effizienz oder zur Reduktion der angebotsinduzierten Nachfrage beitragen.

Laut der verfügbaren Literatur sind P4P-Modelle mit folgenden Chancen und Gefahren verbunden:

CHANCEN UND GEFAHREN	
Chancen	Gefahren
Bessere Behandlungsqualität	Selektionseffekte: problematische Patienten werden „out-sourcet“
Messbarkeit der Performance der Leistungserbringer, Möglichkeit des Monitorings und weiterer Forschung	Nicht incentivierte Aspekte könnten bei der Leistungserbringung vernachlässigt werden („teaching to the test“)
Vermeiden von nicht zweckmässigen Leistungen (je nach Ausgestaltung der Ziele und Qualitätsindikatoren): Eindämmung des Phänomens der angebotsinduzierten Nachfrage	Bei kleinen Leistungserbringern besteht die Gefahr, dass die Performance nicht zuverlässig gemessen wird
	Bei der Incentivierung von Gruppen/Netzwerken besteht die Gefahr des Free-Rider-Verhaltens
	Negative Incentives oder Zwang zur Teilnahme könnte die intrinsische Motivation hemmen
	Die Nachhaltigkeit der Belohnungseffekte ist fraglich
	Absolute Performance-Indikatoren bergen die Gefahr, dass belohnt wird, was auch ohne Belohnungsmechanismus erreicht würde oder das Ziel unerreichbar ist; Relative Performance-Indikatoren (bezogen auf die Leistung der anderen Leistungserbringer) beinhalten die Ungewissheit, ob man in den Genuss der Belohnung kommt

**Tabelle 2** Quelle: Eigene Zusammenstellung basierend auf Eijkenaar 2012.

### Internationale Beispiele

P4P-Modelle haben bereits eine Tradition von über zehn Jahren in den USA und wurden seither in mehreren Ländern, darunter Kanada, Australien, UK, Deutschland, Holland, Neuseeland, Israel, Taiwan und Argentinien, eingeführt. Die Ausgestaltung dieser Programme variiert unterdessen relativ stark. Gemeinsam ist bei fast allen bestehenden Programmen, dass sie die klinische Qualität incentivieren. Die meisten verwenden dabei positive finanzielle Anreize und zielen auf die Grundversorger ab. Beträchtliche Unterschiede bestehen jedoch hinsichtlich der folgenden Merkmale (Eijkenaar 2012):

- › Einbezug der Leistungserbringer bei der Definition der Bewertungskriterien,
- › Bezug auf einzelne Leistungserbringer oder Gruppen/Netzwerke,

- › Breite des Sets an definierten Ziele und Bewertungskriterien,
- › Definition der Ziele (relative oder absolute Ziele),
- › Risikoneutralität der Bewertungskriterien (Berücksichtigung unterschiedlicher Schweregrade der PatientInnen),
- › Höhe der finanziellen Anreize.

Das weltweit grösste P4P-Programm läuft seit 2004 in England. Der NHS bewertet Leistungen von Ärztinnen und Ärzte auf der Basis von rund 130 Indikatoren. Bei Erfolg wird ein Bonus gezahlt, so dass niedergelassene Ärzte einen Bonus von bis zu GBP 40'000 pro Jahr erhalten können.

### **Erfahrungen und empirische Evidenz**

Die empirische Evidenz zu Wirkungen von P4P-Modellen ist zum heutigen Zeitpunkt noch verhalten:

- › Gemäss einer Meta-Analyse zeigen die Wirkungen auf die *Qualität* der erbrachten Leistungen in die positive Richtung. Ein systematisches Review aus dem Jahr 2008, das Studien aus den USA und UK analysierte, zeigt, dass in den meisten Fällen Qualitätsverbesserungen zu beobachten waren. Dies betrifft sowohl auf ambulante als auch auf stationäre Leistungserbringer zugeschnittene Modelle. Qualitätsverbesserungen konnten zum Beispiel bei Wartezeiten bei Notfalldiensten, Behandlungen von Herzversagen, Lungenentzündung und Herzinfarkten, Aufenthaltsdauern im Spital, Komplikationen bei chirurgischen Behandlungen und Patientenzufriedenheit (hier gemischte Ergebnisse) beobachtet werden. Allerdings ist bei vielen dieser Ergebnisse unklar, inwieweit jeweils die P4P-Modelle zu den Qualitätsverbesserungen beigetragen haben, da diese häufig gleichzeitig mit anderen Massnahmen eingeführt wurden (Christianson et al. 2008).
- › In Bezug auf mögliche *Kosteneinsparungen* durch P4P-Modelle ist die Evidenzlage sehr dünn und unklar.
- › Verschiedene Studien zeigen, dass P4P-Programme *unerwünschtes Verhalten der Leistungserbringer* hervorrufen können. Dies betrifft die Selektion von „guten Risiken“ bzw. die Ausselektion von problematischen PatientInnen, insbesondere, wenn die Bewertungssysteme nicht risikoneutral ausgestaltet sind). Auch sogenanntes „teaching to the test“-Verhalten (Leistungserbringer konzentrieren sich auf Ergebnisse die belohnt werden und vernachlässigen andere Aspekte bei der Behandlung) wird in einzelnen Studien nachgewiesen (Eijkenaar 2012).
- › Ein systematisches Review zeigt, dass Ungleichheiten in der Behandlung von Personen aus unterschiedlichen sozioökonomischen Verhältnissen mit P4P-Modellen leicht nachgelassen haben, was darauf zurückgeführt wird, dass in P4P-Programmen stärker mit standardisierten Leitlinien gearbeitet wird (Alshamsan et al. 2010).

Eine Studie, die eine Reihe von verschiedenen P4P-Programmen untersucht hat, kommt zum Schluss, dass es für den Erfolg stark auf die Ausgestaltung ankommt, die ein komplexes Unterfangen sei. Die bisherigen Erfahrungen zeigten u.a., dass (basierend auf Eijkenaar 2012):

- › die Anreize risikoneutral ausgestaltet sein müssen, d.h. unterschiedliche Schweregrade berücksichtigen sollten, um Selektionseffekte zu vermeiden,
- › die Performance immer über mehrere Indikatoren hinweg gemessen werden sollte und die Definition der Indikatoren umfassend sein muss,
- › die Teilnahme an P4P-Programmen freiwillig sein sollte,
- › die definierten Ziele mit den Normen und Werten der Leistungserbringer konform sein sollten, die Leistungserbringer in die Ausgestaltung partizipativ einbezogen werden sollten und
- › kleinere aber häufigere Belohnungen wirksamer und nachhaltiger sind als grosse jährliche Prämien.

### Gesamtbeurteilung

Aus unserer Sicht könnten P4P-Programme ein geeignetes Mittel zur Verbreitung von Qualitätsindikatoren in der Grundversorgung bilden. Zwar lassen internationale Vergleiche von Outcomes und Patientenzufriedenheit im Allgemeinen nicht an der Qualität der Versorgung zweifeln. Dennoch könnte ein P4P-Modell dazu beitragen, die Transparenz der Qualitätsunterschiede in der ambulanten Versorgung zu erhöhen, nicht gerechtfertigte Qualitätsunterschiede aufzudecken und im besten Fall auch der angebotsinduzierten Nachfrage entgegen zu wirken.

Die internationalen Erfahrungen zeigen, dass die Umsetzung einer sorgfältigen und partizipativen Planung bedarf, damit die gewünschten positiven Wirkungen erzielt werden können. Insbesondere muss darauf geachtet werden, dass mit den definierten Qualitätszielen und -indikatoren Selektionseffekte durch die Leistungserbringer und anderes unerwünschtes Verhalten ausgeschlossen werden.

Aufgrund der fehlenden Daten und Indikatoren im ambulanten Sektor ist die Schweiz wohl auch noch weit von einer Umsetzung eines solchen Modelles entfernt. Die Erfahrungen im stationären Sektor zeigen so auch, dass die Entwicklung von Qualitätsindikatoren in der Schweiz eines längeren Prozesses bedarf, der gemeinsam mit den verschiedenen Interessensgruppen abgestimmt werden muss. Um den Prozess zu beschleunigen, können Erfahrungen helfen, welche im Ausland mit P4P-Modellen gemacht wurden.

Das P4P-Modell könnte auf freiwilliger Basis ergänzend und schrittweise auf dem heutigen System aufgebaut werden.

### 9.3.4. Medical Savings Accounts

#### Ziel und zu lösende Probleme

Medical Savings Accounts (MSA) sind ein Lösungsansatz, um dem Problem des **Moral Hazards** zu begegnen. Bei den MSA handelt es sich im Prinzip um ein Spezialmodell von Kostenbeteiligungen, welche in Theorie und Praxis als Mittel gelten, die unnötige Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen einzuschränken. Im schweizerischen Gesundheitssystem sind Kostenbeteiligungen bereits in Form von wählbaren Franchisen und Selbstbehalten implementiert. Ausserdem spielen Out-of-Pocket-Zahlungen im schweizerischen Gesundheitssystem eine wichtigere Rolle als in Nachbarländern (OECD, 2011). Da das „Moral Hazard Problem“ teils durch die Patienten und teils durch die Leistungserbringer (**angebotsinduzierte Nachfrage**) verursacht wird, ist es äusserst fraglich, ob eine Erhöhung der Kostenbeteiligung ausreicht, um die Kostenentwicklung in den Griff zu bekommen. Deshalb werden MSA in der Regel mit flankierenden Massnahmen ergänzt, die auf der Angebotsseite wirken (Kanchan et al, 2012).

#### Konzept und Funktionsweise

MSA sind individuelle Gesundheitssparkonten, über welche ein Teil der Gesundheitsausgaben finanziert wird. Insofern können MSA im Gegensatz zu kollektiven Versicherungen als Selbstversicherung betrachtet werden. Das Modell der MSA kann z.B. hinsichtlich der Beiträge (einkommensabhängig oder nicht), der Verwendung der Zinserträge, evtl. Steuerbefreiungen etc. unterschiedlich ausgestaltet sein (Borda 2011).

Ziel dieser Modelle ist es, das Kostenbewusstsein der Versicherten zu steigern und die Inanspruchnahme von unnötigen Leistungen zu senken. Versicherte mit einem solchen Modell haben einen Anreiz, ihre Inanspruchnahme zu senken, da sie auf diese Weise mehr Kapital akkumulieren können. Im Unterschied zu einer kollektiven Versicherung, bei denen die Versicherten die Wahl zwischen „using or losing“ haben, stehen die Versicherten im Modell der MSA vor der Entscheidung „spend it or save it“ (Robinson 2005).



In der Praxis finden MSA auf unterschiedliche Weise Anwendung im Gesundheitssystem. Grundsätzlich haben sich zwei Systeme herausgebildet:

- › „Stand-Alone“-Versicherung. Die MSA decken alle Gesundheitsrisiken ab, d.h. es findet kein Risikoausgleich zwischen Gesunden und Kranken statt (Modell Singapur).
- › Kombination mit einem Risikopool. Die MSA decken nur einen Teil der Gesundheitskosten. Bei höheren Ausgaben, die über ein bestimmtes Limit hinausgehen, greift eine umlagefinanzierte Versicherung (Modell USA).

### Chancen und Gefahren

Das Konzept der MSA birgt auf der einen Seite grosse Chancen, auf der anderen Seite besteht die Gefahr, dass das Solidaritätsprinzip verletzt wird und die Gesundheit von weniger privilegierten Personen beeinträchtigt wird. Die möglichen Vor- und Nachteile, welche die Idee der MSA theoretisch mit sich bringt, sind in der folgenden Tabelle zusammengefasst.

CHANCEN UND GEFAHREN	
Chancen	Gefahren
Verhinderung von Moral Hazard und Einsparung von Gesundheitsausgaben	Kein Risikoausgleich zwischen Gesunden und Kranken (Verletzung Solidaritätsprinzip)
Stärkeres Kostenbewusstsein der Versicherten kann sich darauf auswirken, dass Anbieter weniger nicht nützliche Leistungen erbringen (weniger angebotsinduzierte Nachfrage)	Wenn MSA freiwillig sind, werden vor allem gute Risiken angezogen, so dass die traditionelle Versicherung tendenziell teurer wird (Selbstselektionseffekt)
Entlastung der öffentlichen Finanzierung macht Ressourcen frei, um auf unterprivilegierte Personen zu fokussieren	Gefahr, dass weniger notwendige Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen werden, um die Ersparnisse nicht zu beanspruchen (Verschleppung von Krankheiten)
Langfristige Ersparnis generiert Ressourcen für höhere Gesundheitsausgaben in späteren Jahren. Stärkere intergenerationale Gerechtigkeit	Weniger privilegierte Personen sind insbesondere bei „Stand-Alone“-Modellen stärker der Gefahr ausgesetzt, dass sie notwendige Gesundheitsleistungen nicht in Anspruch nehmen können, da die Ersparnisse erschöpft sind
Intertemporales Risikopooling ist weniger anfällig bei wirtschaftliche Schwankungen	

**Tabelle 3** Quelle: Hanvoravongchai (2002) mit eigenen Ergänzungen.

### Internationale Beispiele

MSA werden zwar in der Literatur viel diskutiert, bisher haben aber erst wenige Länder und insbesondere nichteuropäische Länder MSA in ihrem Gesundheitssystem eingeführt:

- › Singapur hat als erstes Land im Jahr 1984 MSA als obligatorischen Bestandteil in ihr Gesundheitssystem integriert. Die Beiträge zu den MSA werden von Arbeitgeber und Arbeitnehmer getragen und sind abhängig von Alter und Bruttoeinkommen. Die Konten werden vom Staat verwaltet. Finanziert werden nur stationäre und ausgewählte ambulante Leistungen über diese Konten. Leichte Krankheiten zahlen die Versicherten selbst. Ergänzt wird das Modell der MSA durch zwei freiwillige umlagefinanzierte Hochrisikoversicherungen, die im Fall von überraschenden und schweren Krankheiten greifen. Diese übernehmen einerseits teure stationäre Behandlungen und andererseits Ausgaben für chronische Krankheiten (Asher, et al 2008, Schreyögg 2002).
- › Verbreitet sind MSA auch in den USA. Sie sind dort Teil der privaten Krankenversicherung und wurden im Rahmen des *Medicare Modernization Act* im Jahr 2003 etabliert. Die in den USA bekanntesten und meist geförderten Modelle sind Health Savings Accounts (HSA) und Health Reimbursement Arrangements

(HRA). Während die HRA den Unternehmen gehören, sind die HSA im Besitz der Versicherten. HSA werden beim Arbeitgeberwechsel übertragen (Braun, Böcken 2006). Die HSA werden in Kombination mit Versicherungen mit hoher Franchise (Minimum USD 1'100 und Maximum USD 5'600 pro Jahr) angeboten und sind steuerbefreit. Bei Überschreitung der Franchise greift die umlagefinanzierte Privatversicherung.

- › In *Südafrika* wurden MSA im Jahr 1994 eingeführt. Wie in den USA werden sie im privaten Versicherungssektor als Alternative zu konventionellen Versicherungspolicen angeboten. Sie decken Ausgaben für ambulante Leistungen unterhalb der geltenden Franchise ab. Stationäre Leistungen und Leistungen, die chronische Erkrankungen betreffen, werden von der umlagefinanzierten Risikoversicherung gedeckt.
- › In *China* existieren MSA seit den späten 90er Jahren. Die MSA sind dort Teil der obligatorischen Versicherung für Arbeitnehmende und Pensionierte auf städtischer Ebene. Die MSA werden durch einen umlagefinanzierten Risikopool ergänzt, der für stationäre Leistungen und Leistungen für bestimmte chronische Erkrankungen ab einer Franchise greift. Ambulante Leistungen müssen durch die MSA komplett finanziert werden.

### **Erfahrungen und empirische Evidenz**

#### *Wirkungen auf die Gesundheit*

Medical Savings Accounts haben gemäss der empirischen Evidenz eine tendenzielle negative Wirkung auf die Gesundheit, wobei die Evidenz nicht sehr gross und nicht ganz eindeutig ist. Bisherige Studien deuten darauf hin, dass MSA-Versicherte ein schlechteres Verhalten in Bezug auf Prävention und Früherkennung sowie eine schlechtere Compliance bei der Einnahme von verschriebenen Medikamenten aufweisen (Fronstin 2010). In einer anderen Studie werden auch andere Tendenzen sichtbar: Dixon et al. (2008) zeigen, dass beispielsweise Personen mit Depressionen eine bessere Compliance aufweisen (Dixon et al. 2008). Die Evidenz deutet auch auf eine verzögerte Inanspruchnahme von Leistungen insbesondere bei Personen mit tiefem Einkommen und/oder chronischen Krankheiten und eine Verschleppungen von Krankheiten hin (Dixon et al. 2008).

#### *Wirkungen auf die Kosten*

In Bezug auf die Kosten deutet die empirische Evidenz darauf hin, dass diese tendenziell eingedämmt werden können, wobei die Wirkung auf die Kosten von verschleppten Krankheiten nicht ganz geklärt ist. Die Evidenz ist jedoch aufgrund der wenigen Erfahrungen auch hier eher schwach und nicht ganz eindeutig:

- › In Singapur deutet die Evidenz darauf hin, dass Spitäler produktiver und effizienter geworden sind und die Qualität eher gestiegen ist. Dass dies positive Effekte auf die Kosten hat, wurde jedoch bisher noch nicht nachgewiesen (Folland et al 2007).
- › Die Kosten bei Versicherten mit MSA in den USA sind gemäss einer Studie in den USA um rund 5% tiefer als bei Versicherten mit tieferen Selbstbehalten. Nähere Untersuchungen zeigen, dass der Grossteil dieser Kosteneinsparungen mit Selbstselektionseffekten zu erklären ist. Die Studie geht davon aus, dass nach Berücksichtigung der unterschiedlichen Risiken, der Kosteneinspareffekt durch MSA 1.5% beträgt (Fronstin 2010).
- › In Südafrika haben MSA einen Marktanteil von ca. 50% des privaten Versicherungsmarktes. Bei Versicherten mit MSA sind die Ausgaben für ambulante Leistungen deutlich geringer als bei traditioneller Vollversicherung. Es konnte auch keine Substitution von ambulanten durch stationäre Leistungen festgestellt werden (Matisonn 2000).

- › In China zeigt sich, dass die MSA in der Pilotphase Kosteneinsparungen bewirkten, die aber langfristig nicht mehr nachgewiesen werden konnten (Thomson, Mossialos 2008).

#### *Wirkungen auf die Verteilungsgerechtigkeit*

Die Literatur deutet auf Selektionseffekte hin. Eine EBRI/Commonwealth Fund Studie zeigt zum Beispiel, dass Personen mit MSA weniger Gesundheitsprobleme haben und weniger rauchen. Zudem werden HSA eher von höheren Einkommensgruppen und jungen studierten Personen gewählt (Fronstin, Collins 2008).

#### **Gesamtbeurteilung**

Basierend auf den wenigen Erfahrungen, die im Ausland gemacht wurden, lässt sich schwer schliessen, ob MSA ein guter Lösungsansatz sind, um Moral Hazard in der Schweiz zu reduzieren. Die Erfahrungen deuten darauf hin, dass sich negative Wirkungen auf die Gesundheit ergeben könnten. Hingegen scheinen MSA das Kostenbewusstsein der Versicherten zu schärfen und lassen sie weniger unnötige Leistungen in Anspruch nehmen. Gegen MSA spricht wieder, dass das Solidaritätsziel untergraben werden könnte. Aber die Schweiz befindet sich bereits heute in einer Situation, in welcher der Anteil der Eigenfinanzierung im internationalen Vergleich sehr hoch ist. 2.44 Millionen Schweizer Versicherte (es handelt sich meistens um Personen, die in guter Gesundheit sind und die sich somit teilweise ihrem Solidaritätsbeitrag entziehen) haben im Jahr 2011 eine Jahresfranchise gewählt, die zwischen CHF 1'000 und CHF 2'500 liegt (BAG, 2012). Für sie stellt das KVG bereits eine Hochrisikoversicherung nach amerikanischer Definition dar. Sobald diese Personen krank werden, können sie zur ordentlichen Franchise zurückkehren und somit vollständig von der Solidarität zwischen Gesunden und Kranken profitieren. Eine mögliche Anwendung der MSA für die Schweiz könnte darin bestehen, dass sich die Versicherten in Zukunft für hohe Franchisen langfristig verpflichten müssen (z.B. zehn Jahre) und gleichzeitig verpflichtet wären, die erzielten Prämiennachteile in steuerbefreite MSA einzuzahlen. Somit hätten sie bei einem späteren Krankheitsfall genug Kapital angehäuft, um die verbleibende Vertragsdauer mit hoher Franchise ohne schwerwiegende Gesundheitsfolgen zu bestreiten. Als Nachteil muss man anfügen, dass die Steuerbefreiung von MSA regressiv wirken würde (besser bemittelte Versicherte sind ja mit höheren Steuersätzen konfrontiert), was angesichts der bereits regressiven Finanzierung des schweizerischen Gesundheitssystems (vgl. Crivelli und Salari, 2012) nicht gerade wünschenswert wäre. Eine mögliche Lösung dafür könnte darin bestehen, die wählbare Franchise nach Einkommensklassen abzustufen. Da die Preiselastizität der Nachfrage nach medizinischen Leistungen vom Einkommen abhängig ist (für einkommensschwache PatientInnen wirkt sich eine Kostenbeteiligung von CHF 300 bereits auf das Moral-Hazard-Verhalten aus, während für einkommensstärkere PatientInnen höhere Beträge nötig sind, um das Kostenbewusstsein zu stärken), könnte diese Lösung durchaus Sinn machen.

Das Modell der MSA beinhaltet somit interessante Elemente, aufgrund derer vorstellbar ist, dass eine adäquate Ausgestaltung in der Schweiz Vorteile bringen könnte. Werden die Beiträge zum MSA in der Höhe der heutigen Eigenbeiträge (Franchise und Selbstbehalt) festgelegt, so bleibt der Anteil der Eigenverantwortung unberührt. Das neue Element der individuellen Kapitalbildung hätte aber die folgenden Vorteile:

- › Ist die Inanspruchnahme gering, so bleibt für die Versicherten das Kapital länger erhalten und es fallen höhere Zinsen an.
- › Man würde verhindern, dass die Versicherten ein Jahr eine hohe Franchise wählen, im Folgejahr zurück zur ordentlichen Franchise kehren und dabei die medizinischen Leistungen von zwei Jahren in Anspruch nehmen.
- › Die Idee des individuellen Sparens weist grundsätzlich einige interessante Stärken auf und ist – wie an der zweiten und dritten Säule der Altersvorsorge zu sehen – in der Bevölkerung akzeptiert.

## 10. FORSCHUNGSBEDARF

Die Tabelle zum Ausmass der Ineffizienzen (vgl. Tabelle 3) zeigt deutlich, dass in vielen Bereichen die quantitative empirische Evidenz noch schwach ist. Hier besteht eindeutig noch Forschungsbedarf, vor allem in dem Sinne, dass die Grössenordnungen der Ineffizienzen mit geeigneten Verfahren quantifiziert werden sollten. Zweitens sehen wir Forschungsbedarf bei möglichen Lösungsansätzen zur Behebung der Ineffizienzen.

1) In Bezug auf die Quantifizierung der Ineffizienzen sehen wir die grössten Lücken in den folgenden Bereichen:

› Überangebot:

- › Ausmass der angebotsinduzierten Nachfrage im stationären Bereich (inkl. Überangebot an Spitzentechnologie und Spitzenmedizin),
- › Ex-ante-Moral-Hazard-Effekte,
- › Kosten-Effektivitätsstudien zur Identifikation von nicht zweckmässigen und wirtschaftlichen Leistungen,
- › Wirkung von Kostenbeteiligungen auf den Gesundheitszustand,
- › Wirkung von Managed-Care Modellen auf die Qualität der Versorgung in der Schweiz.

› Unterangebot:

- › Auswirkungen des Ressourcenmangels auf die Qualität der Versorgung und den Gesundheitszustand,
- › Gesundheitliche Auswirkungen bzw. Einsparpotenziale einer verstärkten Gesundheitsförderung und Prävention,
- › Gesundheitliche Folgen der Unterschiede in der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems zwischen Bevölkerungsgruppen.

› Verzerrte Preise:

- › Kostenstrukturen/Kostenfunktionen der Leistungserbringer für verschiedene Leistungsarten,
- › Analyse Generikasubstitution nach Absatzkanal und Ausmass Einsparpotenziale durch Generika.

› Ineffizienzen in der Leistungserbringung:

- › Identifikation von Leistungen und Ausmass Kosten, welche im kosteneffektiveren Setting (stationär/ambulant) erbracht werden könnten,
- › Effizienzgrenzenanalysen für den ambulanten Bereich,
- › Outcomebezogene Effizienzgrenzenanalysen.

2) Im Bereich der Lösungsansätze sollte aus unserer Sicht die Forschung (Chancen und Risiken, Möglichkeiten der Implementierung) zu innovativen Lösungsansätzen aus dem In- und Ausland verstärkt werden. Dies betrifft einerseits die vier aufgeführten Lösungsansätze und andererseits weitere, u.a. von den befragten Experten genannte und vielversprechende Lösungsansätze:

› Versorgungsbereich:

- › Weitere Modelle der integrierten Versorgung (Case-Management, Chronic-Care-Management, Accountable Care Organizations etc.),
- › Förderung der evidenzbasierten Medizin: Anwendung von anerkannten Behandlungs- und Betreuungsrichtlinien.

› Medikamentenbereich:

- › Aushandlung Rabatte zwischen Versicherern und Pharmaunternehmen/selektive Listen/Ausschreibungen,

- › Value Based Pricing bzw. Einbezug von HTA als Preisreferenz,
- › Wissenschaftliche Validierung des Auslandspreisvergleichs,
- › Wirkstoffverschreibung in Kombination mit Festpreisen,
- › Verstärkung der Bildungsanstrengungen zur Erhöhung der Akzeptanz von Generika bei Leistungserbringern,
- › Förderung von Qualitätszirkeln zwischen Apotheken und Leistungserbringern.
- › Faktorbereich (Personelle Ressourcen):
  - › Förderung der Zufriedenheit des Personals,
  - › Abbildung Pflege in DRG,
  - › Förderung Exzellenter Pflege,
  - › Einführung neuer Berufsbilder (Advanced Nurse Practitioner etc.).

#### *Grenzen der Forschung*

Die Literatur und Gespräche mit Experten zeigen auf, dass die Wissenschaft bei der Erforschung der Ineffizienzen in Form von Über- und Unterversorgung mangels verfügbarer Daten und Informationen an ihre Grenzen stösst. Insbesondere fehlt es in der Schweiz an Daten, um die Performance der Ärztinnen und Ärzte, d.h. eine mögliche Überversorgung, die Angemessenheit und Qualität der Behandlung zu messen (vgl. Kap. 7). Aus diesen Gründen ist es zum Beispiel nicht möglich, das Ausmass tatsächlich überflüssiger Leistungen, die zu keiner Verbesserung des Gesundheitszustandes führen, im Detail zu bestimmen. Auch Outcome- und Versorgungsforschung, welche die gesamte Behandlungskette inkl. Langzeitbetreuung und die Kombinationen aller erbrachten Leistungen betrachtet, wird in der Schweiz dadurch stark erschwert. Ein Hauptproblem ist auch, dass im ambulanten Bereich grosse Datenlücken bezüglich Diagnosen, Kosten und Qualitätsindikatoren bestehen. Einzelne Informationen sind nur über die Versicherer verfügbar. Im Bereich der Medikamente können für die Forschung wichtige Marktdaten nur über einen kostenpflichtigen privaten Anbieter bezogen werden.

#### *Kurz- und mittelfristige Forschungsmöglichkeiten*

Basierend auf den heute verfügbaren Informationen sehen wir kurz- bis mittelfristig folgende mögliche Hauptstossrichtungen:

- › Erstens könnte die Forschung im Bereich von Kosten-Effektivitätsstudien verstärkt werden. Diese können Auskunft geben über vergütete Leistungen, welche nicht zweckmässig und kosteneffektiv sind sowie Leistungen, die Kosteneinsparpotenziale und/oder Verbesserungen im Gesundheitszustand liefern (insbesondere Massnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention).
- › Zweitens könnten die Kostenstrukturen der Leistungserbringer und der Pharmaindustrie vertieft analysiert werden, damit die Kostenwahrheit der festgesetzten Preise und verhandelten Tarifen besser gewährleistet werden kann.
- › Drittens könnte die Effizienz der gegebenen Versorgungsstrukturen stärker unter Berücksichtigung des Outcomes (z.B. mit dem Indikator der vermiedenen Mortalität) analysiert werden, um nicht nur betriebliche, sondern auch allokativen Ineffizienzen (Versorgungsstrukturen, die keine Verbesserungen im Gesundheitszustand mehr hervorrufen) aufzudecken.
- › Viertens könnten die Effizienzpotenziale von weiteren innovativen Lösungsansätzen auf Basis ausländischer Studien und qualitativer Forschung (z.B. Fallstudien) in der Schweiz näher unter die Lupe genommen werden.

## 11. SCHLUSSFOLGERUNGEN

Zusammenfassend lassen sich die folgende Schlussfolgerungen zu den Hauptfragestellungen der Studie ziehen:

### 1. In welchen Bereichen führen Fehlanreize zu Ineffizienzen im Gesundheitswesen?

Ineffizienzen können verschiedene Formen annehmen. Ausgehend vom ökonomischen Konzept der Effizienz, das zwischen allokativer Effizienz<sup>26</sup> und produktiver Effizienz<sup>27</sup> unterscheidet, lassen sich die Ineffizienzen im Gesundheitswesen folgendermassen strukturieren:

- › Über-/Unterversorgung mit Leistungen des Gesundheitssystems,
- › Verzerrte Preise,
- › Ineffizienzen in der Produktion/Leistungserbringung/Nicht ausgeschöpfte Skalenerträge,
- › mangelnde Qualitätsnachweise.

Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass auf allen betrachteten Märkten (ambulante und stationäre Versorgung, Versicherungen, Medikamente, Faktormärkte) Ineffizienzen in einer oder in mehreren Formen zu finden sind. Basierend auf der analysierten Literatur schätzen wir die folgenden Ineffizienzen als am relevantesten ein (vgl. folgende Tabelle):

RELEVANTE INEFFIZIENZEN IM SCHWEIZERISCHEN GESUNDHEITSWESEN		
Ineffizienzen	Erläuterung	Betroffene Märkte/Bereiche
<b>Übersversorgung</b>		
Angebotsinduzierte Nachfrage	Anbieter weiten die Leistungsmenge aus, auch wenn die Leistungen kaum Zusatznutzen bringen	› ambulante und stationäre Versorgung (inkl. Medikamentenabgabe)
Überangebot Spitzentechnologie/Spitzenmedizin	Zu hohes Angebot an Spitzentechnologie und Spitzenmedizin, das durch angebotsinduzierte Nachfrage amortisiert wird	› Spitzentechnologie/Spitzenmedizin
Intransparentere und lückenhafte Überprüfung der WZW-Kriterien	Es werden Leistungen von der Grundversicherung vergütet, die nicht oder wenig zweckmässig und wirtschaftlich sind	› ambulante und stationäre Versorgung › Medikamente
Mangelnde Koordination in der Versorgung	Doppelte Untersuchungen, Behandlungen, überflüssige Arztbesuche und fehlerhafte Behandlungen durch mangelnde Koordination zwischen den Leistungserbringern	› ambulante und stationäre Versorgung (inkl. Medikamentenabgabe)
Ex-post Moral Hazard	Versicherte fragen zu viele Leistungen nach, die kaum oder keinen Nutzen bringen	› Leistungen, die durch die Grund- oder Zusatzversicherung gedeckt sind
<b>Unterversorgung</b>		
Fehlende personelle Ressourcen	Knappe personelle Ressourcen führen zu schlechterer Qualität oder zum Unterlassen von Leistungen mit ausgemessenem Bedarf	› Grundversorgung › Pflege (akut, Reha, Langzeit) › Weitere, z.B. Chirurgie, Neonatologie
Fehlende Angebote in der Gesundheitsförderung und	Entgangener Nutzen in Form von verhinderten chronischen Krankheiten und längerer Lebenszeit in guter	› Gesundheitsförderung und Prävention und nachgelagert

<sup>26</sup> Allokative Effizienz: Leistungen werden in der Menge, Art und Qualität angeboten, die sich die Konsumenten wünschen.

<sup>27</sup> Produktive Effizienz: ein bestimmtes Gut wird zu minimalen Kosten produziert bzw. mit einem gegebenen Aufwand wird möglichst viel von diesem Gut erzeugt.

<b>RELEVANTE INEFFIZIENZEN IM SCHWEIZERISCHEN GESUNDHEITSWESEN</b>		
<b>Ineffizienzen</b>	<b>Erläuterung</b>	<b>Betroffene Märkte/Bereiche</b>
Prävention	Gesundheit durch ein zu knappes Angebot an Gesundheitsförderung und Präventionsmassnahmen	ambulante und stationäre Versorgung
Unterversorgung von einzelnen Bevölkerungsgruppen	Tiefere Inanspruchnahme von Leistungen mit Bedarf führt zu aufgestauter Morbidität und einem suboptimalen Gesundheitszustand	› ambulante und stationäre Versorgung (inkl. Medikamentenabgabe)
<b>Verzerrte Preise</b>		
Tarife ambulante/stationäre Versorgung	Ausgehandelte Taxpunktwerte und Base-Rates, die nicht dem Marktpreis entsprechen, können zu hohe oder zu niedrige Entschädigungen beinhalten	› ambulante und stationäre Versorgung
Medikamentenpreise	Festgesetzte Preise, die nicht dem „Marktpreis“ entsprechen, können zu hohe oder zu tiefe Gewinnmargen beinhalten	› Medikamente
<b>Ineffizienzen in der Leistungserbringung</b>		
Risikoselektion in der Krankenversicherung	Durch Risikoselektion werden Kosten zwischen Versicherungen verschoben, ohne einen Zusatznutzen, z.B. in Form von integrierten Versorgungsmodellen zu generieren (ineffizienter Wettbewerb)	› Krankenversicherer KVG (Verwaltungskosten)
Mangelnde Konzentration der stationären Versorgung	Durch viele kleine Spitäler und Pflegeheime werden Grössenvorteile (Skaleneffekte) zu wenig genutzt, mit möglichen Auswirkungen auf Kosten und Behandlungsqualität	› Pflegeheime › Spitäler
Ineffizienter Mix ambulante/stationäre Leistungen	Stationär erbrachte Leistungen könnten z.T. ambulant mit weniger Ressourcen erbracht werden	› ambulante und stationäre Versorgung

Tabelle 4

## **2. Mit welchen Verfahren können diese Ineffizienzen festgestellt und inwieweit kann das Ausmass eingeschätzt werden?**

Die von uns als relevant eingeschätzten Ineffizienzen sind zum Teil sehr ausführlich, zum Teil sehr spärlich bis gar nicht empirisch untersucht.

- › Eine längere Tradition und relativ breite Studienbasis hat die Forschung in den Bereichen der angebotsinduzierten Nachfragen, des (ex-post) Moral Hazards, der mangelnden Koordination der Versorgung und der mangelnden Konzentration der Versorgung (ungenutzte Skaleneffekte). In diesen Bereichen wurden die folgenden Verfahren angewendet, um die Ineffizienzen festzustellen und quantitativ einzugrenzen:
  - › Angebotsinduzierte Nachfrage: Multivariate (Panel-)Analysen, die den Einfluss der Angebotsstrukturen auf kantonale Unterschiede zwischen Kosten und Mengen der erbrachten Leistungen analysieren.
  - › Ex-post-Moral-Hazard: Analyse von Versicherungsdaten: Wirkung der Kostenbeteiligung (unterschiedliche Franchisestufe) auf die Inanspruchnahme von Leistungen.
  - › Mangelnde Koordination der Versorgung: Analyse von Versicherungsdaten: Kostenunterschiede zwischen Versicherten in Managed-Care-Organisationen und „Normalversicherten“ unter Bereinigung von Selektionseffekten.
  - › Mangelnde Konzentration der Versorgung: Statistische Effizienzgrenzenanalysen, die den Anteil der produktiven Ineffizienz (nicht genutzte Skalenerträge und reine technische Ineffizienzen) anhand des Best Practice messen.
- › Kaum bis gar keine empirische Evidenz existiert zum Phänomen des ex-ante-Moral-Hazard sowie möglichen Ineffizienzen durch die Tarife in der ambulanten und stationären Versorgung.

› In den anderen Bereichen bestätigen empirische Studien, dass Ineffizienzen vorliegen. Die Studienbasis reicht jedoch entweder nicht aus oder die Verfahren sind nicht dazu geeignet, Sparpotenziale zu bestimmen. Diese Studien greifen meist auf die folgenden Verfahren zurück, um Ineffizienzen festzustellen:

- › Internationale Indikatorenvergleiche,
- › Kantonale Indikatorenvergleiche,
- › Bivariate Zusammenhangsanalysen,
- › Multivariate Zusammenhangsanalysen,
- › Kosten-Effektivitätsstudien einzelner Leistungen.

Die auf Basis von verschiedenen vorhandenen Studien **bezahlbaren grossen Ineffizienzen belaufen sich auf rund sechs bis sieben Milliarden Franken pro Jahr** (vgl. Tabelle 3). Dies entspricht ca. **9.5% bis 11% der gesamten Gesundheitskosten** (CHF 62.5 Mrd., Basis 2010) oder dem Zuwachs der Gesundheitskosten der letzten 3-4 Jahre (2007-2010).<sup>28</sup>

Daneben sehen wir drei Bereiche, bei denen wir das Ausmass der Ineffizienzen als *mittel* (zwischen CHF 100 Mio. und CHF 1 Mia.) einschätzen. Diese Bereiche sind – mit einer Ausnahme – quantitativ noch zu wenig erforscht, um sie genauer zu beziffern. Zu diesen Ineffizienzen zählen:

- › die Überversorgung mit wenig bzw. nicht wirksamen Behandlungen infolge der intransparenten und unsystematischen Überprüfung der WZW-Kriterien,
- › nicht ausgeschöpfte Skalenerträge und technische Ineffizienzen im Alters- und Pflegeheimsektor sowie in der stationären Spitalversorgung (in der stationären Versorgung schätzen wir das Ausmass als *mittel-hoch* ein) und
- › zu hohe Preise und ein zu geringer Marktanteil der Generikamedikamente.

Bei den übrigen Bereichen schätzen wir das Ausmass der Ineffizienzen entweder als *gering* ein (bis zu CHF 100 Mio.) oder sie lassen sich mangels Grundlagen nicht näher eingrenzen.

### 3. Welches sind mögliche Schritte zur Beseitigung von Fehlanreizen?

Ausgangspunkt für eine Optimierung des schweizerischen Gesundheitssystems durch eine möglichst weitgehende Beseitigung von Fehlanreizen sind aus unserer Sicht zwei Leitlinien:

- › Das Konzept des „**nutzenorientierten Wettbewerbs**“ stellt eine erste, vielversprechende Leitlinie dar. Dieses Konzept fokussiert auf die Perspektive der KundInnen des Gesundheitswesens, die Versicherten bzw. die PatientInnen. Der Wettbewerb soll die Gesundheitsdienstleistungen bzw. die Gesundheit und die Effizienz immer mit dem Blick auf eine hohe Qualität verbessern.
- › Eine zweite wichtige Leitlinie ist das Konzept der „**Governance**“. Eine gute Governance verlangt, dass die Steuerungsstrukturen des Gesundheitssystems so ausgestaltet sind, dass die Interessen der Bevölkerung optimal gewahrt werden können. Dies betrifft Regelungen in drei Bereichen: (1) Prioritätensetzung, (2) Performancemessung und (3) Rechenschaftslegung.

Um diese Leitlinien verwirklichen zu können, sind die **verfügbaren Datengrundlagen** unbedingt zu **verbessern**. Derzeit fehlen (insbesondere aber nicht ausschliesslich in der ambulanten Versorgung) Daten, Indikatoren und Messinstrumente, so dass der Qualitätsnachweis nur lückenhaft erbracht wird.

<sup>28</sup> Gesundheitsausgaben 2007: CHF 55.2 Mrd., Zuwachs 2007-2010: CHF 7.3 Mrd.



Konkrete Ansätze, um wichtige Fehlanreize zu beseitigen und den Ineffizienzen entgegenzutreten, sind auf verschiedenen Ebenen anzusiedeln. Einerseits sind bekannte Lösungsansätze zu nennen, ohne die eine wirksame Optimierung des schweizerischen Gesundheitssystems nicht erreicht werden kann. Es sind dies v.a. folgende vier Stossrichtungen:

- › Eine Verbesserung des **Risikoausgleichs** zwischen Krankenkassen ist eine zwingende Voraussetzung, da nur so ein nutzenbringender Wettbewerb zwischen den Krankenkassen erreicht werden kann.
- › Die Aufhebung des **Kontrahierungszwangs** ist die zweite zentrale Stossrichtung, um nicht wirtschaftlich arbeitende Leistungserbringer zu sanktionieren und auf diese Weise die Effizienz des Systems bei mindestens gleich bleibender Qualität zu steigern
- › Die **monistische Spitalfinanzierung** ist schliesslich wichtig, um gegen die ineffiziente Verlagerung von ambulanten Behandlungen in den stationären Bereich vorzugehen.
- › Des Weiteren darf unter dem Gesichtspunkt der Effizienz, die Rolle der Sozial- und Präventivmedizin (**Public Health**) nicht vergessen gehen. Bevölkerungsbezogene Massnahmen, die chronischen Krankheiten vorbeugen und soziale Ungleichheiten in der Gesundheit bekämpfen, können wesentlich zur Optimierung des Patientennutzens beitragen und zum Teil Kosteneinsparungen erzielen.

Weitere Massnahmen, welche in der Schweiz diskutiert werden und auf eine möglichst weitgehende Reduktion der Ineffizienzen abzielen sind u.a.: (1) eine transparentere und systematischere Anwendung der WZW-Kriterien, (2) eine Überprüfung der Optionen zur Stärkung von Health Technology Assessments HTA<sup>29</sup>, (3) Förderung von effizienteren und qualitätssteigernden Prozessen sowie Erhöhung der Transparenz der Qualität der Versorgung durch eHealth bzw. elektronische Patientendossiers, (4) Überprüfung der TARMED<sup>30</sup>-Tarife und DRG-Baserates<sup>31</sup>, sowie (5) Wirkstoffverschreibung und Festpreise gegen zu hohe Medikamentenausgaben.

Daneben sehen wir – mit Blick auf das Ausland – neue innovative und unkonventionelle Ansätze, denen wir ein viel versprechendes Potenzial einräumen, um verbleibende Fehlanreize anzugehen:

- › Die **Struktur** des Schweizer Gesundheitswesens könnte nach dem Beispiel Dänemark dahingehend **reformiert** werden, dass anstelle der 26 kantonalen Versorgungsgebiete grössere Zuständigkeitsbereiche gebildet werden. Dadurch könnten Ineffizienzen infolge der kleinräumigen (föderalistischen) Fragmentierung gemindert werden.
- › Die Überversorgung infolge angebotsinduzierter Nachfrage und mangelnder Koordination kann mit **Pay for Performance** und **Bundled Payments** (Komplexpauschalen) angegangen werden. Bei ersterem handelt es sich um eine leistungsorientierte Vergütung, welche bei geeigneter Ausgestaltung für Leistungserbringer die richtigen Anreize setzt, um die Qualität bei gegebenem Budget zu optimieren. Die Komplexpauschale entspricht einem Festbudget für die Behandlung von bestimmten Krankheiten (z.B. Diabetes), welche Anreize setzt, die integrierte und damit effizientere Versorgung der Patienten zu fördern.
- › Die Fehlanreize infolge von Moral Hazard der Versicherten können durch eine Kombination der Krankenversicherung mit **Medical Savings Accounts (MSA)** reduziert werden. MSA bezeichnen eine Selbstversicherung, bei denen die Versicherten die für den Krankheitsfall benötigten Mittel selbst ansparen, indem

<sup>29</sup> HTA ist ein Verfahren zur systematischen Bewertung medizinischer Technologien, Prozeduren, Medikamente und Hilfsmittel.

<sup>30</sup> TARMED = Tarif für ambulante ärztliche Leistungen in der Schweiz.

<sup>31</sup> DRG: Entgeltsystem für stationäre Leistungen nach diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG = Diagnosis Related Groups, diagnosebezogene Fallgruppen). Die Fallpauschale ergibt sich aus der Multiplikation der Baserate (Basisfallwert) mit dem Kostengewicht. Die Baserate entspricht dem krankenhausindividuellen Preis, das Kostengewicht dem durchschnittlichen Behandlungsaufwand der betreffenden Fallgruppe. Die Baserates werden zwischen Versicherern und Spitalern ausgehandelt.

eine höhere Franchise an den Aufbau von zweckgebundenen Sparkonten gekoppelt wird. So werden die Eigenverantwortung und die Eigenvorsorge der Versicherten gestärkt.

Die aufgeführten Vorschläge können teilweise einmalige Effizienzverbesserungen – im Sinne eines Niveaueffekts – erzielen (z.B. Ausschöpfung von Skalenerträgen), teilweise sind sie auch dazu geeignet, den Wachstumstrend der Gesundheitsausgaben zu brechen bzw. abzuschwächen und damit dynamische Wirkungen zu entfalten (z.B. Bundled Payment). Verschiedene dieser Vorschläge sind seit langem bekannt und in anderen Ländern teilweise erfolgreich umgesetzt. In der Schweiz ist die Umsetzung tiefgreifender Massnahmen jedoch offensichtlich schwieriger, nicht zuletzt wegen der starken Partikularinteressen und der Hürde der direkten Demokratie.

#### **4. In welchen Bereichen besteht zusätzlicher Forschungsbedarf?**

Forschungsbedarf besteht aus unserer Sicht einerseits bei der Abschätzung der Grössenordnung der Ineffizienzen und andererseits bei möglichen Lösungsansätzen:

- › In Bezug auf die Quantifizierung der Ineffizienzen sehen wir noch grössere Lücken in allen Bereichen, d.h. bei der Überversorgung (u.a. angebotsinduzierte Nachfrage im stationären Bereich, ex-ante-Moral-Hazard), der Unterversorgung (Auswirkungen des Ressourcenmangels auf Qualität der Versorgung und Gesundheit, gesundheitliche Konsequenzen einer tieferen Inanspruchnahme von Leistungen durch spezielle Bevölkerungsgruppen), den verzerrten Preisen (Analyse der Kostenstrukturen der Leistungserbringer, Generikasubstitution) und den Ineffizienzen in der Leistungserbringung (u.a. Effizienzgrenzenanalysen für den ambulanten Bereich und outcomebezogene Forschung).
- › Bei den Lösungsmöglichkeiten sollten die Chancen und Risiken sowie die Möglichkeiten der Implementierung innovativer Ansätze weiter vertieft werden. Dies betrifft einerseits die in dieser Studie betrachteten und andererseits weitere nicht näher analysierten Lösungsansätze aus dem In- und Ausland.

Der Forschung sind zum heutigen Zeitpunkt durch die Lücken in den Datenerhebungen, welche für die Analysen notwendig wären, Grenzen gesetzt. Insbesondere fehlt es in der Schweiz an Qualitäts- und Outcome-Daten (auch auf Patientenebene). Dadurch sind die Möglichkeiten der Outcome- und Versorgungsforschung, die im Ausland bereits viel stärker etabliert ist, eingeschränkt.

Basierend auf den verfügbaren Informationen sehen wir kurz- bis mittelfristig folgende mögliche Hauptstossrichtungen:

- › Erstens könnte die Forschung verstärkt werden im Bereich von Kosten-Effektivitätsstudien. Diese können Auskunft geben über vergütete Leistungen, welche nicht zweckmässig und kosteneffektiv sind sowie Leistungen, die Kosteneinsparpotenziale und/oder Verbesserungen im Gesundheitszustand liefern (insbesondere Massnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention).
- › Zweitens könnten die Kostenstrukturen der Leistungserbringer und der Pharmaindustrie vertieft analysiert werden, damit die Kostenwahrheit der festgesetzten Preise und verhandelten Tarifen besser gewährleistet werden kann.
- › Drittens könnte die Effizienz der gegebenen Versorgungsstrukturen stärker unter Berücksichtigung des Outcomes (z.B. mit dem Indikator der vermiedenen Mortalität) analysiert werden, um nicht nur betriebliche, sondern auch allokativen Ineffizienzen (Versorgungsstrukturen, die keine Verbesserungen im Gesundheitszustand mehr hervorrufen) aufzudecken.
- › Viertens könnten die Effizienzpotenziale von weiteren innovativen Lösungsansätzen auf Basis ausländischer Studien und qualitativer Forschung (z.B. Fallstudien) in der Schweiz näher unter die Lupe genommen werden.

## IV ANHANG

### EXPERTENGESPRÄCHE

Die folgende Tabelle listet diejenigen Personen auf, mit denen im Rahmen der Detailanalyse Gespräche geführt wurden.

EXPERTENGESPRÄCHE			
Name	Funktion	Organisation	Fokus
Anne Decollogny	Head of Research Project	Institute of Health Economics and Management Université de Lausanne	Fehlanreize/Ineffizienzen im Bereich Medikamente
Maria Trottmann		Gesundheitsforen Leipzig	Fehlanreize/Ineffizienzen im Bereich Medikamente
Urs Metzger	Mitglied Expertenrat	Swiss Medical Board	Überversorgung infolge intransparenter und unsystematischer Überprüfung der WZW-Kriterien
Regula Jenzer Bürcher	Direktorin Pflege und MTTB	Universitätsspital Zürich	Ineffizienzen in der Pflege, Fachkräftemangel in der Pflege
Pius Gyger	Leiter Gesundheitspolitik	Helsana Versicherungen	Ineffizienzen im Bereich Versicherung/Finanzierung
Petra Busch Thomas Straubhaar	Geschäftsleitung Präsident	ANQ Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken	Mangelnde Qualitätsnachweise in der Behandlung
Semya Ayoubi	Referentin für Bundesratsgeschäfte	Eidgenössisches Departement für auswärtige Angelegenheiten EDA	Ungenügende Governance, föderalistische Struktur
Peter Suter	Honorarprofessor Vizepräsident SAMW	Universität Genf	Überversorgung mit Spitzentechnologie

**Tabelle 5**

Die Hauptfragen, die mit den ExpertInnen diskutiert wurden, waren:

- › Wie relevant beurteilen Sie das angesprochene Problem?
- › Welche Akteure und Bereiche sind betroffen?
- › Durch welche Fehlanreize wird das Problem verursacht?
- › Wie und aufgrund welcher Grundlagen schätzen Sie das Ausmass der Fehlallokation/Ineffizienz ein?
- › Welches sind die Folgen auf die Gesundheit bzw. die Gesundheitskosten?
- › Wie könnte das angesprochene Problem gelöst bzw. Fehlanreize gemindert werden?

## LITERATUR

- Abrahamsen Y, Schips B. 2001:** Quantitative Analyse des Systems der Krankenpflegeversicherung. Schlussbericht. Arbeitspapier der Konjunkturforschungsstelle KOF, ETH, Zürich.
- Alshamsan et al. 2010:** Impact of pay for performance on inequalities in health care: systematic review. *Journal of Health Services Research & Policy*, Vol 15, No 3.
- Anderson G. F., U. E. Reinhardt, P. S. Hussey, V. Petrosyan 2003:** It's the Prices, Stupid: Why the United States is so different from other Countries. *Health Affairs*, Volume 22(3), Pages 89-105.
- Asher M., M. Ramesh, A. Maresso, 2008:** Medical savings accounts in Singapore. *Euro Observer* Vol 10, no 4.
- Ayoubi S., P. Huth 2002:** Das Schweizer Gesundheitswesen – Diagnose für einen Patienten. Economic Briefing Nr. 30. Herausgeberin: CREDIT SUISSE Economic Research & Consulting.
- BAG 2012:** Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2011, Tabelle 11.16.
- BAG 2011:** Einbezug eines weiteren Morbiditätsfaktors in den Risikoausgleich. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 07.3769 der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates vom 9. November 2007.
- BAG 2005:** RICH-Nursing Study. Rationing of Nursing Care in Switzerland = CH. Effects of Rationing of Nursing Care in Switzerland on Patients' and Nurses' Outcomes.
- BASS Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien 2005:** „Grundversorgungsmedizin“ in der Schweiz. Standortbestimmungen Gesundheitsberufe, Bericht Nr. 15. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Bern, 14. November 2005.
- Beck K, Trottmann M, Zweifel P 2010:** Risk adjustment in health insurance and its long-term effectiveness. *Journal of Health Economics* 29(2010).
- Beck K., U. Käser, M. Trottmann, S. von Rotz 2009:** Effizienzsteigerung dank Managed Care?
- Beck et al. 2011:** Steigern Schweizer Ärztenetzwerke die Effizienz im Gesundheitswesen? CSS Institut für empirische Gesundheitsökonomie 2011.
- Beck et al. 2003:** Risk adjustment in Switzerland, *Health Policy*, Vol. 65(1), 63-74.
- Berchtold et al. 2012:** Zwischenbericht 2: Systematische Review zur Integrierten Versorgung von chronisch kranken Patienten.
- Bisig, Gutzwiller 2004 (Hrsg):** Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung? Die Bedeutung von Sozialschicht, Wohnregion, Nationalität, Geschlecht und Versicherungsstatus. Bd 1: Gesamtübersicht. Zürich: Rüegger Verlag, 2004.
- Boonen, L.H.H.M., Schut, F.T, 2010:** Preferred providers and the credible commitment problem in health insurance: first experiences with the implementation of managed competition in the Dutch health care system. *Health Economics, Policy and Law*, 2010.
- Breyer F, Zweifel P, Kifmann M, 2005:** Gesundheitsökonomik. Springer, 5. Auflage. Heidelberg.
- Brügger U., R. Schleiniger, S. Wieser, M. Pletcher, R. Plessow, 2011:** Teil 1 Kantonale oder regionale Krankenkasse (KRK): Ökonomische Beurteilung der Vor- und Nachteile. Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, Zürcher Fachhochschule für angewandte Wissenschaften ZHAW.
- Buddeberg-Fischer B., M. Stamm, C. Buddeberg, R. Klaghofer, 2008:** The New Generation of Family Physicians – Career Motivation, Life Goals and Work-life Balance . *Swiss Medical Weekly*, Vol. 138, no. 21–22 pp. 305–312.
- Bundesrat 2010:** Einheitliche Finanzierung von Spital- und ambulanten Leistungen durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung. Bericht des Bundesrates zur Motion 06.3009 der

ständerätlichen Kommission für Gesundheit und soziale Sicherheit und in Erfüllung des Postulates Grin 10.3137.

- Busato A, von Below G, 2010:** The implementation of DRG-based hospital reimbursement in Switzerland: A population-based perspective. *Health Research Policy and Sstems*.
- Busato A., P. Matter, B. Künzi, D. C. Goodman 2010:** Supply sensitive services in Swiss ambulatory care: An analysis of basic health insurance records for 2003–2007. *BMC Health Services Research* 2010, 10:315.
- Busato A., P. Matter, B. Künzi, D. C. Goodman 2011:** Geographic variation in the cost of ambulatory care in Switzerland. *J Health Serv Res Policy*, vol 17 no 1, 18-23.
- Camenzind P.A., 2010:** Explaining regional variations in health care utilization between Swiss cantons using panel econometric models. *Swiss Health Observatory and University of Neuchâtel*.
- Christianson, JB et al 2008:** Lessons from Evaluations of Purchaser Pay-for-Performance Programs: A Review of the Evidence *Med Care Res Rev* December 2008 65: 5S-35S.
- Crivelli L., 2004:** La Sanità in Svizzera: tra 'devolution' di poteri allo Stato centrale e le riforme dell'assicurazione malattia. *Epistula ALASS*, Bd. 55 März, S. 17–21.
- Crivelli L., P. Salari, 2012:** Fiscal federalism and income redistribution through healthcare financing : an empirical analysis for the Swiss cantons. *CEPRA working paper* 04/2012.
- Crivelli L., M. Filippini, D. Lunati 2002:** Regulation, Ownership and Efficiency in the Swiss Nursing Home Industry. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 2, Pages 79–97, 2002.
- Crivelli L, G. Domenighetti, 2001:** Sécurité de l'approvisionnement en médecine de ville dans le cadre de la suppression de l'obligation de contracter. *Università della Svizzera italiana, Université de Lausanne, iems*, août 2001.
- Crivelli L, Domenighetti G 2003:** The physician / population ratio in Switzerland: the impact of its regional variation on mortality, health expenditures and user's satisfaction. *Cahiers de sociologie et de démographie mödicales* 43(3).
- Crivelli L., M. Filippini, I. Mosca 2006:** Federalism and regional health care expenditures: an empirical analysis for the Swiss cantons. *Health Economics* 15, Pages 535–541, 2006.
- Crivelli L., M. Filippini, B. Mantegazzini-Antonioli, F. Pallotti 2007:** I Costi dell'Assicurazione Malattia nel Cantone Ticino. *Rapporto finale*. Lugano, 15 dicembre 2007.
- Cutler D. M., D. P. Ly 2011:** The (Paper)Work of Medicine: Understanding International Medical Costs. *Journal of Economic Perspectives*, Volume 25, Number 2, Spring 2011, Pages 3–25.
- Coelli, T.J, Rao D.S.P, O'Donnell C.J, Battese G.E 2005:** An introduction to efficiency and productivity analysis. *Springer Science + Business Media*, New York.
- De Bakker D., J. Struijs, C. Baan, J. Raams, J.-E. Wildt, H. Vrijhoef, F. Schut 2012:** Early Results From Adoption Of Bundled Payment For Diabetes Care In Netherlands Show Improvement In Care Coordination. *Health Affairs*, 31, no.2 (2012):426–433.  
<http://content.healthaffairs.org/content/31/2/426.full.html>
- Devaux M, de Looper M 2012:** Income-Related Inequalities in Health Service Utilisation in 19 OECD Countries, 2008-2009. *OECD Health Working Papers*, No. 58, OECD Publishing.  
<http://dx.doi.org/10.1787/5k95xd6stnxt-en>.
- De Wolff F. 2002:** Planification hospitalière. *Visions + Actions, Essais de modélisation pour la Suisse*, 30.5.2002.

- Decollogny A., Y. Egli, P. Halfon, T. M. Lufkin 2011:** Determinants of generic drug substitution in Switzerland. Decollogny et al. BMC Health Services Research.
- De Maeseneer et al. 2012:** Tackling NCDs: a different approach is needed , The Lancet, Volume 379, Issue 9829, Pages 1860 - 1861, 19 May 2012
- Dixon, A. et al 2008:** Do Consumer-directed health plans drive change in enrollees' health care behaviour? Health Affairs, July/August 2008; 27(4).
- Domenighetti, Crivelli 2001:** Sécurité de l'approvisionnement en médecine de ville dans le cadre de la suppression d'obligation de contracter. Université de Lausanne et Università della Svizzera italiana.
- Domenighetti G, Gutzwiller F, Guillod O, Quaglia J, Pennetti C, 1997:** Dépense et maîtrise des coûts sanitaires en Suisse. L'opinion d'un échantillon représentatif du corps médical. Verlag Hans Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle.
- Domenighetti G., Gutzwiller F., Martinoli S., Casabianca A. 1993: Revisiting the most informed consumer of surgical service: the physician patient.** International Journal of Technology Assessment in Health Care, 4, 503-513.
- Domenighetti, G, Pipitone, E 2002:** Induction de l'offre de prestations médicales par la demande. Primary Care, 2, 241-245.
- Drabrinski T, Eschweiler J, Schmidt U, 2008 :** Preisbildung von Arzneimitteln im internationalen Vergleich. Kieler Studien. Springer. Berlin Heidelberg.
- EFK Eidgenössische Finanzkontrolle 2010:** Tarmed – der Tarif für ambulant erbrachte ärztliche Leistungen. Evaluation der Zielerreichung und der Rolle des Bundes.
- Eggl Y., P. Halfon, M. Chikhi, T. Bandi, 2006:** Ambulatory healthcare information system: A conceptual framework. Health Policy 78 (2006) 26–38.
- EFK Eidgenössische Finanzkontrolle 2010:** Tarmed – der Tarif für ambulant erbrachte ärztliche Leistungen. Evaluation der Zielerreichung und der Rolle des Bundes.
- Eijkenaar F., 2012:** Pay for Performance in Health Care: An International Overview of Initiatives. Med Care Res Rev publ. online 6 Feb 2012.  
<http://mcr.sagepub.com/content/early/2012/01/18/1077558711432891>
- Farsi M., M. Filippini 2008:** Effects of ownership, subsidization and teaching activities on hospital costs in Switzerland. Health Economics, 17, Pages 335–350, 2008.
- Farsi M, Filippini M, Lunati D, 2008:** Economies of scale and efficiency measurement in Switzerland's nursing homes. Swiss Journal of Economics and Statistics (SJES), Swiss Society of Economics and Statistics (SSES), vol. 144(III), pages 359-378.
- Felder, S, Werblow, A, 2003:** Der Einfluss von freiwilligen Selbstbehalten in der gesetzlichen Krankenversicherung: Evidenz aus der Schweiz. Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie ISMHE, Universität Magdeburg.
- Filippini M., G. Masiero, K. Moschetti, 2009:** Small area variations and welfare loss in the use of outpatient antibiotics. Health Economics, Policy and Law, Vol 4, issue 01, p. 55–77.
- Filippini M., G. Masiero, K. Moschetti, 2006:** Socioeconomic determinants of regional differences in outpatient antibiotic consumption: Evidence from Switzerland. Health Policy Vol 75, issue 1, p. 77–92.
- Frank, R, Lamiraud, K 2008:** Choice, price competition and complexity in markets for health insurance. Working Paper 13817, National Bureau of economic Research.
- Frank M., Weihofen A., Nocera S., Henrichs, S., Paccaud F. 2012:** Public Health Workforce in Switzerland: A National Census, still unpublished document.

- Fronstin, P. 2010:** What do we really know about consumer-driven health plans? EBRI Issue Brief, No. 345, Aug 2010.
- Fronstin, P., Collins, S. 2008:** Findings from the 2007 EBRI/Commonwealth Fund Consumerism in Health Survey. EBRI Issue Brief, No. 315, March 2008.
- Gardiol, L. et al. 2003:** Separating selection and incentive effects: An econometric study of swiss health insurance claims data.
- Gardiol, L. et al. 2005:** Separating selection and incentive effects in health insurance. Paris-Jourdan Sciences Economiques, Working Paper No 2005-38.
- Gay, J. G. et al. 2011:** Mortality Amenable to Health Care in 31 OECD Countries: Estimates and Methodological Issues, OECD Health Working Papers, No. 55, OECD Publishing.  
<http://dx.doi.org/10.1787/5kgj35f9f8s2-en>.
- Gerfin, M., Schellhorn, M. 2006:** Nonparametric bounds on the effect of deductibles in health care insurance on doctor visits - Swiss evidence, Health Econ. 15: 1011–1020.
- Gnägi M, 2010:** Auslandpreisvergleich 2010. Präsentation an einer Medienkonferenz organisiert von Interpharma, vips und Santésuisse am 21.12.2010 in Bern.
- Godlee F., 2012:** Integrated care is what we all want. BMJ 2012; 344:e3959.
- Goehring, C., M.B. Bouvier-Gallacchi, B. Künzi, P. Bovier, 2005:** Psychosocial and Professional Characteristics of Burnout in Swiss Primary Care Practitioners: A Cross-sectional Survey. Swiss Medical Weekly, Vol. 135, pp.101–108.
- Greppi S et al. 2000:** Analyse der Auswirkungen des KVG auf die Finanzierung des Gesundheitswesens und anderer Systeme der sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 5/00. BSV, Bern.
- Haari R. et al. 2001:** Wirkungsanalyse KVG: Kostendifferenzen zwischen den Kantonen. Sozialwissenschaftliche Analyse kantonaler Praktiken. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 15/01. BSV, Bern.
- Hajen L., H. Paetow, H. Schumacher 2010:** Gesundheitsökonomie Strukturen – Methoden – Praxis. W. Kohlhammer, Stuttgart, 2000/2010.
- Holly et al. 1998:** An econometric model of health care utilization and health insurance in Switzerland. European Economic Review 42, Elsevier, 513- 522.
- Huber CA, 2009:** Kostenbeteiligungen: Schaden oder Nutzen für die Gesundheitsversorgung? Eine vergleichende Wirkungsanalyse zwischen Deutschland und der Schweiz». Studien zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft. Bern: Verlag Hans Huber 2009.
- Hurst S et al. 2006:** Prevalenz und Determinanten ärztlicher Rationierung: Europäische Zahlen. Journal of GeneralInternal Medicine 2006
- Hsiao, W. 1995:** Abnormal economics in the health sector, Health Policy 32, Pages 125-139.
- INFRAS 2010:** Kosten-Wirksamkeit ausgewählter Präventionsmassnahmen in der Schweiz. Eine gesundheitsökonomische Untersuchung.
- INFRAS 2008:** Wettbewerb im Gesundheitswesen: Auslegeordnung. Im Auftrag des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums Obsan. Neuchâtel, Oktober 2008.
- Interpharma 2012:** Pharma-Markt Schweiz. 19. Auflage. Interpharma, Basel 2012.
- Jaccard-Ruedin H., F. Weaver, M. Roth, M. Widmer, 2009:** Personnel de santé en Suisse - Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020. Observatoire suisse de la santé. Document de travail 35.
- Jaccard-Ruedin, H., F. Weaver, 2009:** Ageing Workforce in an Ageing Society. Careum Working Paper no. 1, Observatoire Suisse de la santé, Careum, Neuchâtel.

- Kaderli R., C.A. Pfortmueller, A.P. Businger, 2012:** Healthcare quality management in Switzerland – a survey among providers. *Swiss Med Wkly.* 2012;142:w13561.
- Kanchan M., Th. Levine, S.Q. Zahiruddin, S. Zodpey, 2012:** Medical Savings Account: Implications for consumer choice, individual responsibility and efficiency. *Int. J. Med. Public health*, Vol 2, Issue 2, 2012.
- Kirchgässner G., B. Gerritzen 2011:** Leistungsfähigkeit und Effizienz von Gesundheitssystemen: Die Schweiz im internationalen Vergleich.
- Krause S, 2010:** Swiss generic and off-patent brand price comparison. Präsentation an einer Medienkonferenz organisiert von Interpharma, vips und Santésuisse am 21.12.2010 in Bern.
- Kristensen T., K.R. Olsen, J. Kilsmark, J. Lauridsen, K. Moeller Pedersen, 2012:** Economies of scale and scope in the Danish hospital sector prior to radical restructuring plans. *Health Policy* 106 (2012) 120– 126.
- Kommission für Konjunkturfragen 2006:** Reform des Gesundheitswesens, Jahresbericht 2006, 385. Mitteilung, Beilage zur Volkswirtschaft, dem Magazin für Wirtschaftspolitik.
- Lamiraud K., S. Lhuillery, 2010:** New Technologies and medical costs. Draft April 2010,
- Lehmann HJ, Zweifel P, 2004:** Innovation and risk selection in deregulated social insurance, in: *Journal of Health Economics*, Vol. 23, S. 997–1012.
- Leu R.E et al. 2009:** The Swiss and Dutch Health Insurance Systems: Universal Coverage and Regulated Competitive Insurance Markets. *The Commonwealth Fund*, No. 1220.
- Leu R.E., M. Schellhorn, 2004:** The Evolution of Income-Related Inequalities in Health Care Utilization in Switzerland over Time. IZA DP No. 1316. September 2004.
- Leu R.E., C. Eisenring 2002:** Fehlanreize im schweizerischen Gesundheitswesen und ihre Therapie. Eine Analyse aus ökonomischer Sicht, im Auftrag des Gesundheitsrates, Bern und Zürich.
- Lunati 2009:** La valutazione dell'(in)efficienza produttiva nel settore delle case anziani in Svizzera: stima econometrica di una frontiera di costo stocastica. Dissertation an der wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Università della Svizzera italiana.
- Lurie, N et al. 1989:** How free care improved vision in the health insurance experiment. *American Journal of Public Health* 79.
- Maarse H., Paulus A. 2011:** The politics of health care reform in the Netherlands since 2006. *Health Economics, Policy and Law*, 2011. 6(1): p. 125-134.
- Mathauer I, Nicolle E 2011a:** A Global Overview of Health Insurance Administrative Costs: What are the reasons for variations found? *Health Policy*.
- Mathauer I, Carrin G. 2011b:** The role of institutional design and organizational practice for health financing performance and universal coverage. *Health Polic* 99, 183-192.
- Matisonn, S. 2000:** Medical Savings Accounts in South Africa, National Center for Policy Analysis, Study No 234, Washington.
- Meyer K. (Hrsg.) 2008:** Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008. Mitherausgeber: Ilona Kickbusch, Walter Weiss, Stefan Spycher. Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums Obsan, Verlag Hans Huber.
- OECD, 2008:** The Looming Crisis in the Health Workforce. How Can OECD Countries Respond? OECD Publishing, Paris.
- OECD, WHO 2011:** Reviews of Health Systems: Switzerland 2011.
- OECD, WHO 2006:** OECD Reviews of Health Systems Switzerland. 2006.



- Oggier W., A. Walter, S. Reichlin, M. Egli (Hrsg.) 2008:** Handbuch Gesundheitswesen Schweiz im Umbruch, eHealthCare.ch.
- Pauly M, 1968:** „The Economics of Moral Hazard: Comment. In: American Economic Review, vol 58.
- Porter M.E. and Teisberg E.O. 2006:** Redefining Health Care. Creating Value-Based Competition on Results, Boston/Massachusetts.
- Reich O., R. Rapold, M. Flatscher-Thöni 2012:** An empirical investigation of the efficiency effects of integrated care models in Switzerland. International Journal of Integrated Care, Volume 12, 13 January 2012.
- Reich O., C. Weins, C. Schusterschitz, M. Thöni 2011:** Exploring the disparities of regional health care expenditures in Switzerland: some empirical evidence. Eur J Health Econ, Springer, published online, 3 February 2011.
- Reilly BM 2004:** The essence of EBM. Brit Med J 2004 ; 329 : 991-992.
- Rüefli C., Vatter 2001:** Wirkungsanalyse KVG: Kostendifferenzen zwischen den Kantonen. Statistische Analyse kantonaler Indikatoren. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 14/01. BSV, Bern.
- Rüefli C. 2005:** Wirkungsanalyse der kantonalen Spitalplanungen. Forschungsprogramm KVG II. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Bern, März 2005.
- Santésuisse 2011:** Datenpool, Stand November 2011.
- Santos-Eggimann B., 2005:** Is there evidence of implicit ration in the Swiss Health Care System? Health Services Research Unit University of Lausanne Institute of Social and Preventive Medicine, Lausanne, July 2005.
- Schellhorn, M. 2001:** The effect of variable health insurance deductibles on the demand for physician visits, Health Econ. 10: 441–456.
- Schellhorn, M. 2002:** Auswirkungen wählbarer Selbstbehalte in der Krankenversicherung: Lehren aus der Schweiz? Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung 71 (2002), 4, S. 411–426
- Schellhorn, M. 2004:** Wählbare Selbstbehalte in der Schweiz: Nachfragesteuerung oder Selektion? Diskussionsschriften. Universität Bern.
- Schleiniger R. et al. 2007:** Bestimmung und Erklärung der kantonalen Mengenindizes der OKP-Leistungen. ZHAW Winterthur.
- Schleiniger R. 2008:** Regional Quantity, Productivity and Efficiency Measures of the Swiss Health Care System.
- Schoen, C., R. Osborn, D. Squires, M.M. Doty, R. Pierson and S. Applebaum 2010:** How Health Insurance Design Affects Access to Care and Costs, by Income, in Eleven Countries, Health Affairs, Vol. 29, No. 12.
- Schopper D et al. 2001:** Mittelverteilung im schweizerischen Gesundheitswesen. Befunde und Empfehlungen. Schweizerisches Tropeninstitut und Dialog Ethik 2001.
- Schreyögg, J. 2002:** Finanzierung des Gesundheitssystems durch Medical Savings Accounts. In: List-Forum für Wirtschafts- und Finanzpolitik, Bd. 28, H.2, S. 157-173.
- Schwenkglens M, Preiswerk G, Lehner R, Weber F, Szucs TD. 2006:** Economic efficiency of gatekeeping compared with fee for service plans: a Swiss example. Journal of Epidemiology and Community Health 2006;60:24–30.
- Seematter-Bagnoud L., J. Junod, H. Jaccard Ruedin, M. Roth, C. Foletti, B. Santos-Eggimann, 2008:** Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse – Projections à l’horizon 2030. Observatoire suisse de la santé. Document de travail 33.

- Sheldon, T. 2010:** Dutch health insurer ranks hospitals on breast cancer surgery. *BMJ*, 2010. 341(6853): p. doi: 10.1136/bmj.c6853.
- Siffert, N 2004:** Krankenversicherung: Welche Wahlfranchise für 2005, *Soziale Sicherheit*. Heft 6/04, 371-376.
- Slembeck T. 2006:** Kostentreiber im Schweizer Gesundheitswesen – eine Auslegeordnung. Studie im Auftrag von santésuisse.
- Smith P. C., A. Anell, R. Busse, L. Crivelli, J. Healy, A. K. Lindahl, G. Westert, T. Kene 2012:** Leadership and governance in seven developed health systems. *Health Policy*.
- Steinmann, L, Zweifel P, 2003:** On the (in)efficiency of Swiss hospitals. *Applied Economics*, 35(3):361-370.
- Steurer J., H. Groth 2010:** Suche nach sinnvoller Entwicklung des Gesundheitswesens. *Neue Zürcher Zeitung*, Nr. 215, 16.9.2010.
- Sturny I 2004:** 5-JahresVergleich 1999-2003 der Kosten der stationären und ambulanten Gesundheitsversorgung in der Schweiz. Analyse der Krankenversicherer OKP mit dem Datenpool santésuisse. Arbeitsdokument 10 des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums, Neuchâtel.
- Swica 2011:** Tiefere Kosten durch integrierte Versorgung. Eine Untersuchung von SWICA, Mai 2011
- SWTR Schweizerischer Wissenschaft- und Technologierat 2007:** Ärztedemographie und Reform der ärztlichen Berufsbildung. Bern, 6. September 2007.
- Teisberg E. 2008:** Nutzenorientierter Wettbewerb im schweizerischen Gesundheitswesen: Möglichkeiten und Chancen.
- Telser H, Vaterlaus S, Zweifel P, Eugster P, 2004:** Was leistet unser Gesundheitswesen? Verlag Rüegger, Zürich/Chur.
- Thomson S., E. Mossialos, 2008:** Medical savings accounts: can they improve health system performance in Europe? *Euro Observer* Vol 10, no. 4.
- Trottmann M, Zweifel P, Beck K. 2012:** Supplside and demandside cost sharing in deregulated social health insurance: Which is more effective? *Journal of Health Economics*. 2012;31(1):231–42.
- Trutmann M. 2005:** Zur aktuellen Situation der medizinischen Grundversorgung in der Schweiz.
- van de Ven W.P.M.M. et al. 2007:** Risk adjustment and risk selection in Europe: 6 years later. *Health Policy* 83, 162-179.
- Van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X 2006:** Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ* 174(2).
- Varian H. R. 1989:** Grundzüge der Mikroökonomik. R. Oldenbourg Verlag, München.
- Vize R., 2012:** Integrated care: a story of hard won success. *BMJ* 2012;344:e35.
- WHO World Health Organization 2000:** The World Health Report 2000. Health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000.
- Widmer W., K. Beck, L. Boos, L. Steinmann, R. Zehnder 2007:** Eigenverantwortung, Wettbewerb und Solidarität: Analyse und Reform der finanziellen Anreize im Gesundheitswesen. SGGPSchriftenreihe Bd. 91, Zürich 2007.
- Wieser S., L. Kauer, S. Schmidhauser, M. Pletscher, U. Brügger, 2010:** Synthesebericht – Ökonomische Evaluation von Präventionsmassnahmen in der Schweiz. Kosten-Nutzen-Analyse der Verkehrsunfallprävention: WIG / ZHAW.
- Zweifel, P., Manning, W. 2000:** Moral hazard and consumer incentives in health care. In: *Handbook of Health Economics*, Volume 1.



Akademien der Wissenschaften Schweiz  
Académies suisses des sciences  
Accademie svizzere delle scienze  
Academias svizras da las ciencias  
Swiss Academies of Arts and Sciences

**Akademien der Wissenschaften Schweiz**

Hirschengraben 11, Postfach 8160, 3001 Bern

Telefon: +41 31 313-14 40, Telefax: +41 31 313-14 50

E-Mail: [info@akademien-schweiz.ch](mailto:info@akademien-schweiz.ch)

[www.akademien-schweiz.ch](http://www.akademien-schweiz.ch)

Effizienz, Nutzung und Finanzierung des Gesundheitswesens

**ISBN 978-3-905870-32-9**