



**School of
Management and Law**

**Sparpotentiale im Gesundheitswesen
Massnahmen und Instrumente zur
Beeinflussung der Kostenentwicklung
im Schweizer Gesundheitswesen aus
der Perspektive des Kantons Zürich**

**Eine Studie des WIG – Winterthurer Instituts für
Gesundheitsökonomie – im Auftrag der Gesundheits-
direktion des Kantons Zürich**

Matthias Maurer, Fabio Knöfler, Robin Schmidt, Urs Brügger

IMPRESSUM

Herausgeber

WIG – Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie
ZHAW School of Management and Law
Gertrudstrasse 15
Postfach
8401 Winterthur
Schweiz

www.wig.zhaw.ch

Projektleitung, Kontakt

Matthias Maurer
matthias.maurer@zhaw.ch

November 2017

Zwecks besserer Lesbarkeit wird in dieser Publikation überwiegend die männliche Form verwendet. Die weibliche Form ist selbstverständlich immer mit eingeschlossen.

Copyright © 2017 WIG-Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, School of Management and Law, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Alle Rechte für den Nachdruck und die Vervielfältigung dieser Arbeit liegen beim Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, ZHAW School of Management and Law sowie der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich. Die Weitergabe an Dritte bleibt ausgeschlossen.

Management Summary

Die Gesundheitskosten in der Schweiz steigen konstant an und machen mittlerweile einen Anteil von mehr als 12% des BIP aus. Damit verbunden ist auch eine zunehmende finanzielle Belastung des Kantons Zürich. Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich hat das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie mit einer Studie beauftragt, in der die wichtigsten bisher in der politischen Diskussion erwähnten Massnahmen und Instrumente zur Beeinflussung der Gesundheitskosten systematisch dargestellt und bewertet werden.

Von grosser Bedeutung ist dabei die Unterscheidung zwischen «Kosten» und «Finanzierung». Die wichtigsten Kostentreiber im Gesundheitswesen – zunehmender Wohlstand, technischer Fortschritt, Alterung der Bevölkerung und Zunahme der Bevölkerung – werden dafür sorgen, dass die Kosten in der Tendenz auch in Zukunft weiter steigen werden. Die in der Studie aufgeführten Massnahmen haben keinen Einfluss auf diese Makroumwelt. Eine fundamentale Veränderung der Kostenentwicklung ist von diesen folglich nicht zu erwarten, sondern eher ein Dämpfen des Kostenanstiegs.

Das Vorgehen bei der Erstellung dieser Studie ist in drei Schritten erfolgt. In einem ersten Schritt haben wir untersucht, welche Dimensionen auf die Finanzierungslast des Kantons Zürich wirken. Dazu wurde ein Wirkungsmodell entwickelt, welches die vier Dimensionen Preis, Menge, Finanzierung sowie Governance in einen Zusammenhang bringt. In einem zweiten Schritt haben wir gemeinsam mit Vertretern der Auftraggeberin, der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, 28 thematische Massnahmencluster identifiziert und in die Dimensionen des Wirkungsmodells eingeteilt. Im dritten Schritt bereiteten wir die identifizierten Instrumente und Massnahmen auf und bewerteten diese. Die Bewertung erfolgte aus der Perspektive des Kantons Zürich anhand von drei Bewertungskriterien: Erstens, das Potential zur Kostendämpfung im Gesamtsystem der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP), zweitens, dem Sparpotential für die Kantonsfinanzen des Kantons Zürich, sowie drittens, der Realisierbarkeit für den Kanton Zürich. Die Bewertungen beziehen sich auf die direkten Auswirkungen der Massnahmen. Indirekte Auswirkungen auf den Kanton oder die Bevölkerung, wie z.B. der Verlust von Arbeitsplätzen bei einer starken Mengenbeschränkung bei den Leistungserbringern, sind nicht be-

rücksichtigt worden. Die Bewertungen haben wir unter einer «ceteris paribus-Betrachtung» vorgenommen: Jede Massnahme wird einzeln betrachtet bei sonst gleichbleibenden Bedingungen; die Potentiale und Finanzwirkungen können deshalb nicht summiert werden.

Abgeleitet von den Bewertungen empfehlen wir fünf Massnahmen zur weiteren Prüfung durch den Kanton Zürich:

1. Substitutive Verlagerung von stationärer zu ambulanter Behandlung mittels verbindlicher Listen,
2. Lockerung oder Aufhebung von kostensteigernden Vorschriften,
3. Steuerung der stationären Kapazitäten durch Reduktion der Anzahl Spitäler im Rahmen der Spitalplanung,
4. Kantonales Globalbudget für alle Listenspitäler, sowie
5. Reduktion Prämienverbilligung auf 70% des Bundesbeitrags.

Zusätzliche sechs Empfehlungen für Massnahmen mit einem hohen Potential zur Kostendämpfung betreffen das Gesamtsystem der OKP und sind mit Gesetzesänderungen auf Bundesebene verbunden:

1. Ergänzung nationale Tarifstrukturen um Komplexpauschalen,
2. Einheitliche Wirtschaftlichkeitsprüfung auf Basis eines nationalen Benchmarks beim 30. Perzentil,
3. Einführung Gesundheitssparkonto mit Umwandlung der OKP in eine Hochkostenversicherung,
4. Systematische Anwendung Health Technology Assessment (HTA),
5. Rationierung auf der Basis einer Kostenobergrenze pro Lebensjahr, sowie
6. Aufhebung freie Arztwahl und verpflichtendes Gatekeeping.

Abschliessend empfehlen wir drei begleitende Massnahmen zur Verbesserung der Governance im Gesamtsystem. Diese haben für sich alleine nur geringe direkte Auswirkungen, erhöhen aber die Wirkungskraft anderer Massnahmen teilweise beträchtlich bzw. sind formale oder praktische Voraussetzungen für deren Umsetzung: Entflechtung der Mehrfachrollen der Kantone, einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Behandlungen (EFAS), sowie regionale Versorgungsgebiete.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| Management Summary | 3 |
| Inhaltsverzeichnis | 4 |
| 1. Einleitung | 5 |
| 1.1. Ziel des Berichtes | 5 |
| 1.2. Treiber der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen (Makroumwelt) | 6 |
| 2. Ausgangslage im Kanton Zürich | 7 |
| 2.1. Gute Versorgung – hohe Zufriedenheit der Bevölkerung | 7 |
| 2.2. Steigende kantonale Steuermittel für die Gesundheitsversorgung | 7 |
| 2.3. Hohe Kosten der Gesundheitsversorgung – im Quervergleich jedoch moderat | 7 |
| 2.4. Spitalversorgung top | 9 |
| 2.5. Moderate Subventionen durch den Kanton | 11 |
| 2.6. Blick in die Zukunft | 11 |
| 3. Methodik und Vorgehen | 12 |
| 3.1. Wirkungsmodell | 12 |
| 3.2. Identifikation und Auswahl der Massnahmen | 13 |
| 3.3. Bewertung der Massnahmen | 13 |
| 4. Beurteilung der Massnahmen und Instrumente | 15 |
| 4.1. Beurteilung der preisbezogenen Massnahmen und Instrumente | 16 |
| 4.2. Beurteilung der mengenbezogenen Massnahmen und Instrumente | 32 |
| 4.3. Beurteilung der finanzierungsbezogenen Massnahmen und Instrumente | 58 |
| 4.4. Beurteilung der Governance-bezogenen Massnahmen und Instrumente | 64 |
| 4.5. Übersicht Beurteilung der Massnahmen und Instrumente | 72 |
| 5. Handlungsempfehlungen | 73 |
| 5.1. Empfehlungen an den Kanton Zürich | 73 |
| 5.2. Empfehlungen an den Bund für das OKP-Gesamtsystem | 75 |
| 5.3. Empfehlungen zur Verbesserung der Governance | 77 |
| Literaturverzeichnis | 78 |
| Abbildungsverzeichnis | 82 |
| Anhang | 83 |
| A.1. Gesamtbewertung | 83 |
| A.2. Ordinale Beurteilung des Potentials der Massnahmen | 84 |
| A.3. Ordinale Beurteilung der Auswirkungen auf die Finanzierung | 85 |
| A.4. Ordinale Beurteilung der Realisierbarkeit für den Kanton Zürich | 86 |
| A.5. Berechnungen der Potentiale | 87 |

1. Einleitung

1.1. Ziel des Berichtes

Die Gesundheitskosten steigen konstant an und machen mittlerweile einen Anteil von rund 12% des Bruttoinlandsprodukts (BIP) aus. Dies führt auch zu einer starken finanziellen Belastung des Kantons Zürich. Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich hat das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) mit einer Studie beauftragt, in der die wichtigsten Massnahmen und Instrumente zur Beeinflussung der Gesundheitskosten dargestellt und bewertet werden. Dies soll aus der Perspektive des Kantons Zürich und insbesondere der kantonalen Finanzen geschehen. **Abbildung 1** zeigt den Rahmen auf, in welchem sich die Studie bewegt. Dabei wird ersichtlich, dass zwischen Kosten und Finanzierung klar zu unterscheiden gilt. Medizinische Leistungen im Gesundheitswesen verursachen Kosten in Form von Ressourcenverbrauch. Diese Kosten hängen ab von den Preisen für Gesundheitsleistungen und den konsumierten Mengen. Sie sind kritisch zu hinterfragen und dem Nutzen für Patientinnen und Patienten gegenüberzustellen. Es gilt also zunächst auszuloten, wo im Gesundheitswesen ein Potential für

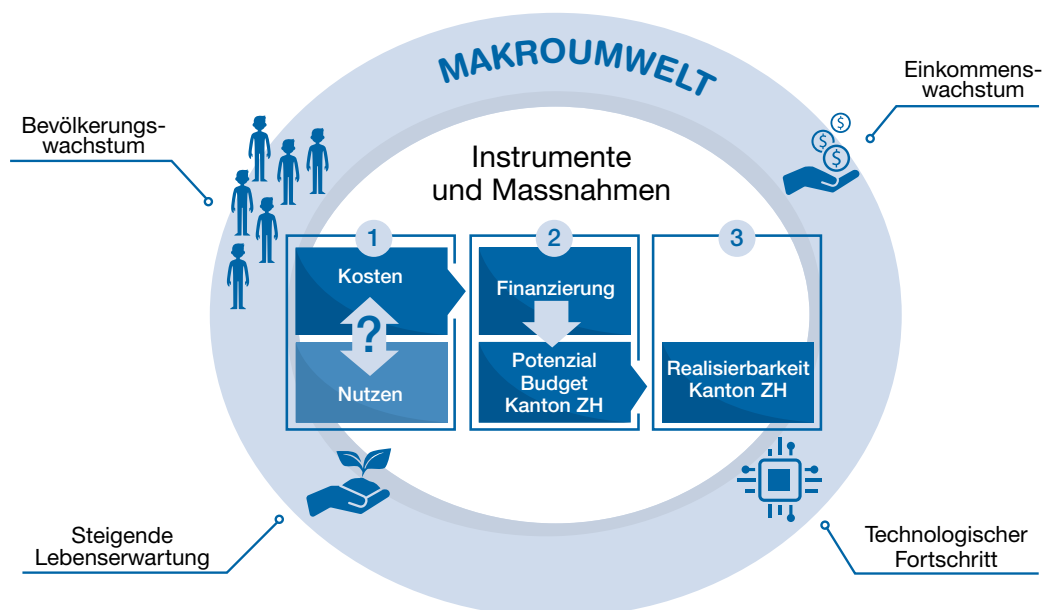
Kostenreduktion besteht und ob eine allfällige Kostenreduktion einen negativen Effekt auf den Patientennutzen, respektive die Qualität im Gesundheitswesen hätte oder nicht (① in **Abbildung 1**).

Bei der Finanzierung geht es um die Frage, wer die Kosten trägt (② in **Abbildung 1**). Die wichtigsten Kostenträger im Gesundheitswesen sind die Sozialversicherungen, der Kanton und die privaten Haushalte über die direkten Gesundheitsausgaben (so genannte «out-of-pocket payments»). Aus Sicht des Kantons ist es grundsätzlich möglich, Kosten auf einen anderen Kostenträger zu verschieben, um damit die Kantonsfinanzen zu entlasten. Dabei ist allerdings an die höheren Belastungen für jene Kostenträger und die dadurch verursachten Konsequenzen zu denken.

Schliesslich gilt es bei der Beurteilung der Instrumente und Massnahmen zu prüfen, inwiefern diese auch zu realisieren sind (③ in **Abbildung 1**). Dabei geht es um rechtliche und zeitliche Aspekte sowie deren Komplexität.

Abbildung 1

ÜBERBLICK ÜBER DIE STUDIE ZUM SPARPOTENTIAL IM GESUNDHEITSWESEN



1.2. Treiber der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen (Makroumwelt)

Die Kosten im Schweizer Gesundheitswesen wachsen im langjährigen Durchschnitt mit 3 bis 4% pro Jahr. Im Jahre 2015 betrug sie rund CHF 78 Mrd., was ungefähr 12% des BIP entspricht (Bundesamt für Statistik, 2017). Das stetige Kostenwachstum kann dabei nicht wirklich als «Kostenexplosion» bezeichnet werden. Die wichtigsten Kostentreiber (vgl. [Abbildung 1](#)) sind das Einkommenswachstum, der technische Fortschritt, die Alterung der Bevölkerung und das Bevölkerungswachstum (OECD, 2010).

Einkommenswachstum

Je reicher eine Gesellschaft ist, desto mehr gibt sie für Gesundheitsleistungen aus. Diese Feststellung gilt über die Zeit aber auch im Quervergleich. Der Anteil am Bruttoinlandprodukt für Gesundheitsleistungen ist über die Zeit mit zunehmendem Wohlstand in allen Ländern der Welt gestiegen. Zudem geben reichere Länder auch prozentual mehr für Gesundheitsleistungen aus als ärmere Länder. Die Schweiz gibt sehr viel aus, allerdings liegt sie mit 12% des BIP etwa gleichauf mit Ländern wie Deutschland, Frankreich oder den Niederlanden.

Technischer Fortschritt

Innovation ist im Gesundheitswesen ein wichtiger Kostentreiber. Laufend kommen neue Medikamente, Geräte und Implantate auf den Markt, welche neue therapeutische Möglichkeiten erlauben. Dies verteuert das Gesundheitswesen.

Alterung der Bevölkerung

Die zunehmende Lebenserwartung trägt ebenfalls zu den Kostensteigerungen bei. Allerdings ist dies ein schwächerer Treiber im Vergleich zu den ersten beiden.

Bevölkerungswachstum

Die Gesundheitskosten sind in der Schweiz auch gestiegen, weil die Bevölkerung im Vergleich mit anderen europäischen Ländern stark gewachsen ist.

Schliesslich ist noch zu erwähnen, dass im Gesundheitswesen die Produktivitätsfortschritte langsamer sind als in anderen Branchen. Dies hängt damit zusammen, dass der Personalanteil sehr hoch ist und deshalb Rationalisierungen

nur bedingt möglich sind. Als Beispiel zu erwähnen sind pflegerische Leistungen oder Gespräche mit Ärzten, die kaum beschleunigt werden können. Diese Tatsache (auch als «Baumol's cost disease» bezeichnet) trägt ebenfalls dazu bei, dass die Kosten im Gesundheitswesen steigen.

Rund ein Fünftel des jährlichen Wirtschaftswachstums fließt ins Wachstum des Gesundheitswesens. Grundsätzlich dürfte somit das Gesundheitswesen auch auf lange Sicht für die Gesellschaft finanziell tragbar bleiben (Gyger & Marty, 2017). Allerdings stellt sich die Frage der Finanzierung, also wer diese Kosten trägt.

Gegenwärtig erfolgt die Finanzierung der Gesamtkosten von CHF 78 Mrd. hauptsächlich durch die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) (35%), Selbstzahlungen der privaten Haushalte (28%) und die Kantone (16%), wobei die Finanzierungsanteile der verschiedenen Träger seit 2010 nahezu unverändert sind (Bundesamt für Statistik, 2017). Die kantonalen Steuermittel werden aufgewendet für die Finanzierung der stationären Einrichtungen, für Prämienverbilligungen und für Ergänzungsleistungen zu AHV/IV.

Die wichtigsten Kostentreiber im Gesundheitswesen – zunehmender Wohlstand, technischer Fortschritt, Alterung der Bevölkerung und Zunahme der Bevölkerung – werden dafür sorgen, dass die Kosten in der Tendenz auch in Zukunft weiter steigen werden.

2. Ausgangslage im Kanton Zürich

In der Schweiz sind die Kantone für die Gesundheitsversorgung ihrer Einwohner zuständig. Allerdings ist ihr Handlungsspielraum eingeschränkt. Einerseits durch die Tatsache, dass der Bund mit Hilfe verschiedener Kompetenzen und Instrumente ins Gesundheitssystem eingreifen kann. Andererseits bestehen nur im Bereich der stationären Versorgung im Rahmen der Spitalisten griffige Möglichkeiten für die Kantone, steuernd einzugreifen. Im ambulanten Bereich sind die Steuerungsmöglichkeiten der Kantone beschränkt. Der Rahmen wird durch das Krankenversicherungsgesetz (KVG) abgesteckt. Seit der Einführung des KVG im Jahre 1996 besteht der politische Konsens, dass die Gesundheitsversorgung in der Schweiz folgende drei Ziele anstreben soll: eine gute Gesundheitsversorgung (Qualität), für alle Bewohnerinnen und Bewohner (Zugangsgerechtigkeit), welche nachhaltig finanzierbar bleibt (Wirtschaftlichkeit). Wie schneidet der Kanton Zürich diesbezüglich ab?

2.1. Gute Versorgung – hohe Zufriedenheit der Bevölkerung

Die Zürcher Bevölkerung ist mit der Qualität und der Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung sehr zufrieden. Die seit 2003 durchgeführten Zufriedenheitsbefragungen (Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, 2016) zeigen sehr hohe Werte. Die generelle Zufriedenheit hat dabei sogar stetig leicht zugenommen. Speziell die Zufriedenheit mit den Spitälern wird als sehr hoch angegeben. Die Zufriedenheit mit den Alters- und Pflegeheimen sowie mit den Spitex-Organisationen punkto Qualität und Verfügbarkeit liegt auf einem tieferen Niveau als mit den Spitälern, allerdings mit steigender Tendenz.

2.2. Steigende kantonale Steuermittel für die Gesundheitsversorgung

Bei der Finanzierung der stationären Kosten sind die Kantone seit dem 1.1.2017 verpflichtet, mindestens 55% der Kosten zu übernehmen. Seit Einführung der neuen Spitalfinanzierung per 1.1.2012 müssen die Kantone zudem auch den gleich hohen Anteil der Kosten von stationären Aufenthalten in Privatspitälern übernehmen, sofern diese auf der Spitalliste aufgeführt sind.

Diese beiden Regelungen haben von 2012 bis 2017 zu einer starken Zunahme der kantonalen Steuermittel geführt, welche ins Gesundheitswesen fliessen.

Inwiefern hat der Kanton diesbezüglich ein Kostensenkungspotential? Der Kanton Zürich wird in Zukunft diesen minimalen Anteil von 55% vergüten. Hier besteht somit kein Potential zur weiteren Senkung unter den gegebenen gesetzlichen Rahmenbedingungen. Der Kanton profitiert zudem von vergleichsweise tiefen Baserates sowie im Quervergleich relativ tiefen Hospitalisierungsraten. Dies bedeutet allerdings im Gegenzug, dass hier ebenfalls wenig Kostensenkungspotential vorliegt.

Um den steigenden kantonalen Ausgaben für die Gesundheitsversorgung entgegenzuwirken, hat der Kanton Zürich gezielte Massnahmen zur Entlastung der Staatsrechnung ergriffen. Gemäss Art. 32 KVG müssen alle von der OKP vergüteten Leistungen die Kriterien Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfüllen. In diesem Sinne ist es weder zweckmässig noch wirtschaftlich, wenn ein Patient stationär behandelt wird, sofern aus medizinischer Sicht nichts gegen eine ambulante Versorgung spricht. So möchte der Kanton Zürich das Prinzip «ambulant vor stationär» zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit und Vermeidung unnötiger Hospitalisationen stärker durchsetzen. Im Gesundheitsversorgungsbericht 2016 des Kantons Zürich wurde auf diese Problematik und das bestehende Potential ausführlich hingewiesen (Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, 2016). Des Weiteren wurde erreicht, dass Versicherer und Spitäler für die Jahre 2016 bis 2018 mehrjährige Verträge mit konstanten Tarifen abgeschlossen haben.

2.3. Hohe Kosten der Gesundheitsversorgung – im Quervergleich jedoch moderat

Im Folgenden werden die Gesundheitskosten, welche durch die OKP bezahlt werden, miteinander verglichen (Abbildung 2). Dargestellt sind die OKP-Kosten nach Leistungserbringer für das Jahr 2015. Zum Vergleich sind neben den Zürcher Werten die Schweizer Durchschnittswerte sowie pro Kostenkategorie der Kanton mit den höchsten und den tiefsten Kosten pro Jahr aufgeführt.

Der Kanton Zürich weist mit CHF 3'652 pro Kopf und Jahr im Quervergleich mit der gesamten Schweiz durchschnittliche Kosten aus.

Interessant ist der Blick auf die einzelnen Kostenkategorien. Der grösste Einzelposten ist «Spital stationär». Hier

liegt der Kanton Zürich mit CHF 856 in der Nähe des Schweizerischen Durchschnitts. Dabei ist zu bedenken, dass dieser Betrag nur die 45% der Kosten der stationären Aufenthalte abdeckt, welche durch die Krankenversicherungen finanziert werden. Der Kantonsanteil von 55% an die stationären Kosten ist in diesen Daten nicht enthalten.

Abbildung 2

OKP-KOSTEN PRO KOPF

Quelle: Bundesamt für Gesundheit, 2015; eigene Darstellung

| Kostenkategorie | CH | ZH | | TIEFST | | HÖCHST | | |
|--------------------------|--------------|--------------|----------------|-----------|--------------|--------|--------------|--------|
| | CHF/ Jahr | CHF/ Jahr | ABW. IN CHF | % ABW. | CHF/ Jahr | Kanton | CHF/ Jahr | Kanton |
| Spital Total | 1'491 | 1'433 | -57 | -4% | 1'218 | ZG | 2'064 | BS |
| Spital stationär* | 835 | 856 | 21 | 3% | 689 | ZG | 1'246 | BS |
| Spital ambulant | 656 | 577 | -78 | -12% | 464 | AI | 853 | VD |
| Arzt | 818 | 935 | 116 | 14% | 492 | UR | 1'304 | GE |
| Medikamente total | 650 | 642 | -9 | -1% | 427 | UR | 818 | BS |
| Apotheken | 430 | 345 | -85 | -20% | 73 | UR | 741 | GE |
| Arzt Medikamente | 221 | 297 | 77 | 35% | 44 | VD | 438 | GL |
| Pflegeheim | 216 | 181 | -35 | -16% | 154 | AG | 330 | NE |
| Labor total | 158 | 162 | 4 | 3% | 101 | UR | 231 | GE |
| Labor | 98 | 94 | -4 | -4% | 45 | UR | 197 | GE |
| Arzt Labor | 61 | 69 | 7 | 12% | 31 | NE | 82 | SZ |
| Physio | 103 | 112 | 9 | 9% | 64 | AI | 138 | BS |
| Spitex | 91 | 73 | -18 | -20% | 52 | ZG | 159 | JU |
| Übrige | 120 | 113 | -6 | -5% | 93 | AI | 163 | NE |
| Totalkosten | 3'648 | 3'652 | 5 | 0% | 2'722 | AI | 4'614 | BS |

* ohne Kantonsbeitrag, inkl. Spital-Medikamente

Die Kosten durch die niedergelassenen Ärzte («Arzt») liegen im Kanton Zürich im Quervergleich CHF 116 pro Kopf und Jahr respektive 14% über dem Schweizer Durchschnitt. Allerdings liegen die Kosten für diese Kate-

gorie immer noch deutlich tiefer als im Kanton Genf, der mit CHF 1'304 pro Kopf und Jahr die weitaus höchsten Kosten ausweist.

2.4. Spitalversorgung top

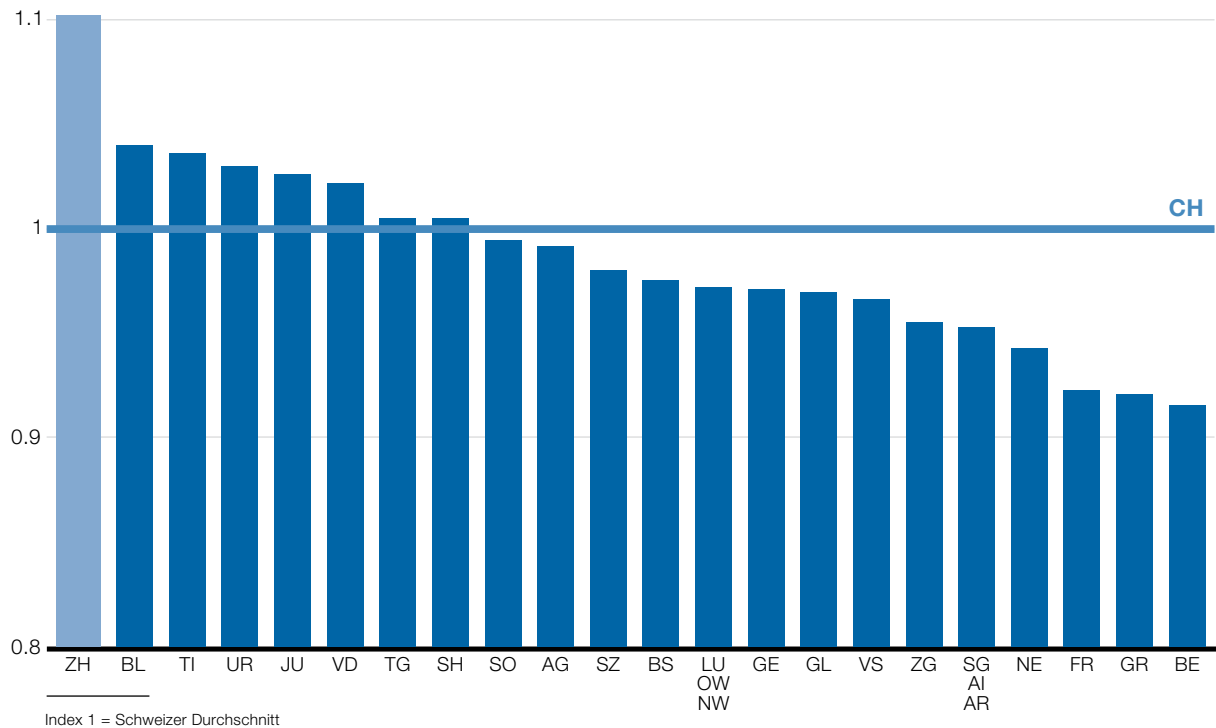
Die Spitalversorgung im Kanton Zürich ist im Quervergleich mit anderen Kantonen ausgezeichnet. Nicht nur bezüglich der schon erwähnten Kriterien Qualität und Zugänglichkeit schneidet der Kanton Zürich sehr gut ab, sondern auch bezüglich Wirtschaftlichkeit. So hat eine Studie der ZHAW

im Auftrag der Santésuisse (Schleiniger & Blöchliger, 2012) gezeigt, dass die Spitäler des Kantons Zürich im untersuchten Zeitraum von 2007 bis 2010 in der ganzen Schweiz die höchste Produktivität ausweisen. Diese liegt rund 10% über dem Schweizer Durchschnitt (vgl. [Abbildung 3](#)).

Abbildung 3

PRODUKTIVITÄT DER SCHWEIZER SPITÄLER NACH KANTONEN

Quelle: Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, 2015



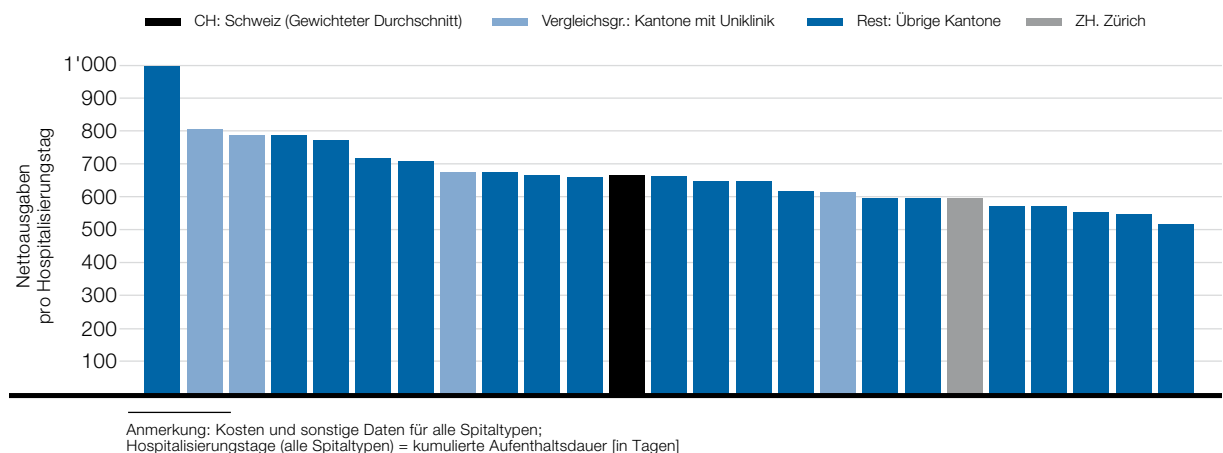
Auch bezüglich der durchschnittlichen Fallkosten schneiden die Zürcher Spitäler sehr gut ab ([Abbildung 4](#)), wie Eberli et al. (2015) aufzeigen. Bei dieser Kennzahl liegen

sie im tiefsten Drittel. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Kanton Zürich im Vergleich mit allen anderen Universitätskantonen die weitaus tiefsten Fallkosten ausweist

Abbildung 4

DURCHSCHNITTLICHE FALLKOSTEN IN AKUTSPITÄLERN

Quelle: Eberli, Fry, Grass, Künnemann, & Möhle, 2015



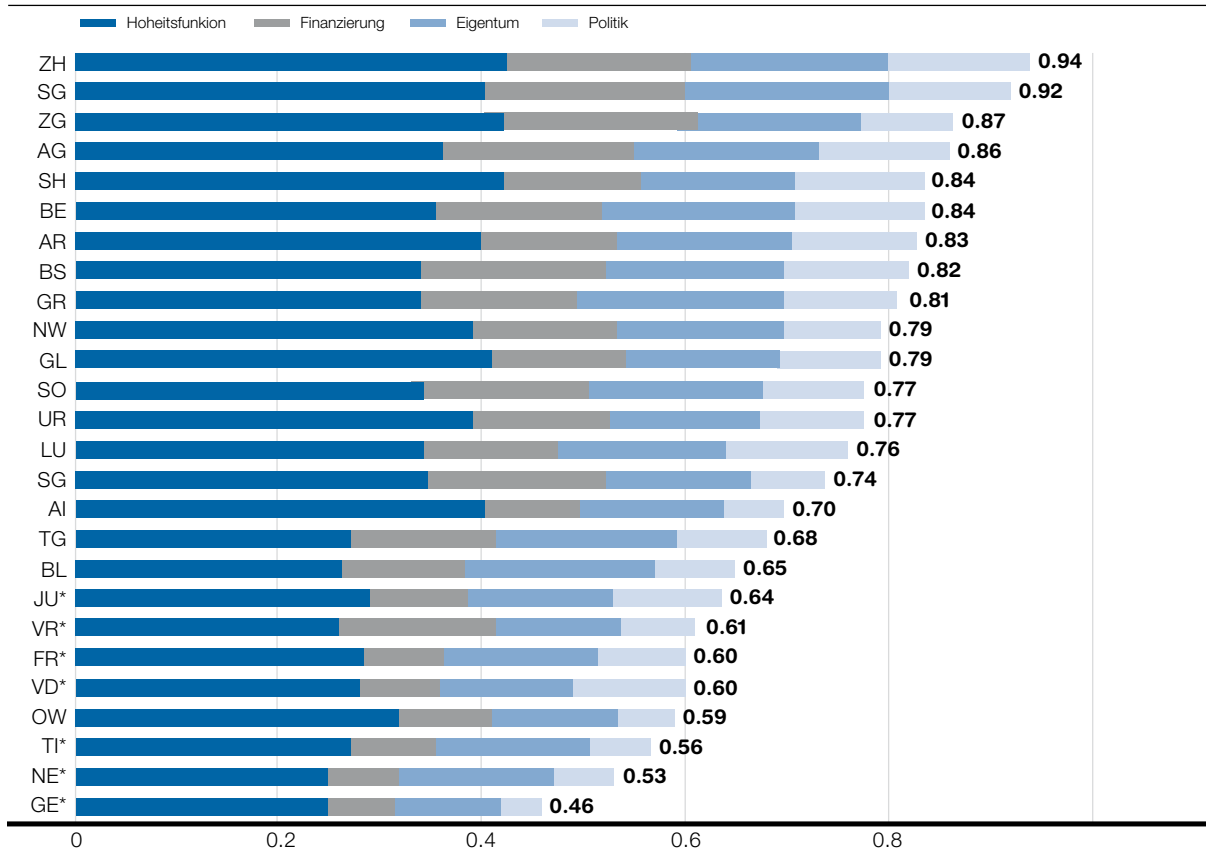
Mit seiner Spitalplanung im Jahr 2012 war der Kanton Zürich wegweisend für die gesamte Schweiz. Die Fokussierung auf Qualität und Wirtschaftlichkeit bei der Erteilung von Leistungsaufträgen trägt zur starken Stellung der Zürcher Spitäler bei. Zudem wurde das Instrument der Mindestfallzahlen bei der Vergabe von Leistungsaufträgen eingeführt (Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, 2015). Das Modell der Zürcher Spitalplanung mit der Einteilung der stationären Leistungen in Fallgruppen diente vielen anderen Kantonen als Vorbild. Schliesslich schneidet der Kanton Zürich bezüglich Go-

vernance im Quervergleich sehr gut ab. Die Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012 verfolgte das Ziel, den Wettbewerb zwischen den Spitalern zu verstärken. Gleichzeitig wurde das Instrument der Spitalplanung beibehalten. Diesen Spagat zwischen staatlicher Steuerung und der Schaffung von wettbewerblichen Bedingungen gelang dem Kanton Zürich sehr gut. So erreichte er in der Studie von Polynomics (Widmer, Telser, & Uebelhart, 2016), welche verschiedene Aspekte der Wettbewerbsfreundlichkeit untersuchte, den ersten Rang (Abbildung 5).

Abbildung 5

WETTBEWERBSFREUNDLICHKEIT DER KANTONALEN SPITALREGULIERUNG

Quelle: Widmer et al., 2016



*Ergebnisse konnten nur mit Spitalvertretern verifiziert werden.

2.5. Moderate Subventionen durch den Kanton

Mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012 fand ein Wechsel von der Objekt- zur Subjektfinanzierung statt. Die Zahlungen über die Fallpauschalen für stationäre Aufenthalte sollen sowohl die Betriebskosten als auch die Anlagenutzungskosten (sprich: die Investitionen für Gebäude und Infrastruktur) abdecken.

Neben dem Anteil an die Fallpauschalen gelten die Kantone versorgungsnotwendige Sonderleistungen von Listenspitälern ab. Darunter fallen auch an Leistungsaufträge gebundene gemeinschaftlichen Leistungen (GWL). Diese umfassen im Kanton

Zürich zum Beispiel nicht kostendeckende, versorgungsnotwendige Leistungen bei Kindern und Jugendlichen, ambulante Leistungen in Psychatriekliniken, sowie an Leistungsaufträge gebundene GWL für das Gesundheitswesen. GWL beinhalten zudem gemäss Art. 49 Abs. 3 KVG Leistungen für die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen sowie die Forschung und universitäre Lehre.

Die Definition der GWL ist jedoch nicht präzise und die Abgrenzung von den übrigen Leistungen in einem Spital ist nicht einfach. Aus diesem Grund wird immer wieder moniert, dass Kantone versuchen, unter diesem Titel den Spitälern in ihrem Besitz verdeckte Subventionen zukommen zu lassen (Felder, Meyer, & Bieri, 2016). Eine Untersuchung zur Finanzierung von Universitätsspitalen hat gezeigt, dass der Kanton Zürich nach Beendigung der Eigentümerbeiträge (d.h. Anschubfinanzierung aufgrund der Einführung der neuen Spitalfinanzierung zwischen 2012 und 2014) zusätzliche Finanzierungsbeiträge au-

sserhalb Forschung und Lehre an sein Universitätsspital in vergleichbarem Umfang von rund CHF 10 Mio. wie die anderen Deutschschweizer Universitätsspital-Kantone leistet (Maurer et al., 2015). Diese Beiträge dienen u.a. der Führung des kantonalen Krebsregisters und der Transplantationskoordination.

Die Spitalversorgung im Kanton Zürich schneidet sowohl bezüglich der Qualität und Zugänglichkeit als auch der Wirtschaftlichkeit gut ab.

2.6. Blick in die Zukunft

Die wichtigsten Kostentreiber im Gesundheitswesen – zunehmender Wohlstand, technischer Fortschritt, Alterung der Bevölkerung und Zunahme der Bevölkerung – werden dafür sorgen, dass die Kosten in der Tendenz auch in Zukunft weiter steigen werden.

Dabei stellen sich aus Sicht eines Kantons zwei grundsätzliche Fragen. Erstens, lässt sich die Kostensteigerung im Gesundheitswesen eindämmen, und zwar ohne nennenswerte Qualitätseinbussen? Und zweitens, wie wird die Finanzierung in Zukunft geregelt werden? Dieser Bericht versucht, diese beiden unterschiedlichen Fragen umfassend zu beleuchten und darauf Antworten zu geben.

3. Methodik und Vorgehen

Das Vorgehen für die Erstellung dieses Berichtes kann in drei Schritte unterteilt werden. In einem ersten Schritt wurde untersucht, welche Dimensionen auf die Finanzierungslast des Kanton Zürich wirken. In einem zweiten Schritt wurden Instrumente und Massnahmen innerhalb dieser Dimensionen identifiziert. Im letzten Schritt wurden die identifizierten Instrumente und Massnahmen aufbereitet sowie bewertet und Handlungsempfehlungen daraus abgeleitet.

3.1. Wirkungsmodell

Grundsätzlich können vier Dimensionen identifiziert werden, welche sich auf die Finanzierungslast des Kanton Zürich auswirken (vgl. [Abbildung 6](#)). Die ersten beiden Dimensionen umfassen Preis und Menge, welche miteinander multipliziert, die in der OKP anfallenden Kosten definieren. Der Begriff 'Preis' wird in diesem Kontext auch unter dem Aspekt von Produktionskosten verstanden, da diese die Basis für die Verhandlung der Preise (z.B. Baserates

oder Taxpunktwerte) bilden. Massnahmen, welche einen Einfluss auf die Preise oder die Menge haben, wirken sich direkt auf die Finanzierungslast des Kantons aus.

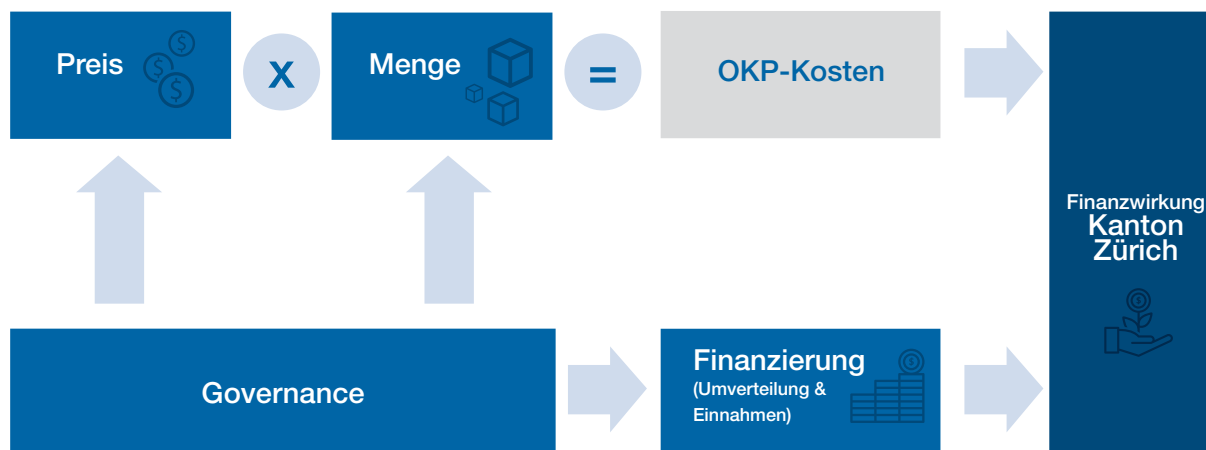
Die dritte Dimension umfasst die Finanzierung. Unter dem Begriff werden Massnahmen subsumiert, welche eine reine Umverteilung der Finanzierungslast oder die Generierung von Einnahmen beinhalten.

Die Umverteilung kann zwischen Privathaushalten, Versicherungen und der öffentlichen Hand (Bund, Kantone, Gemeinden) stattfinden.

Die vierte Dimension umfasst die Governance. Im Vergleich zu den anderen Dimensionen beeinflusst diese die Finanzierungslast des Kanton Zürichs nur indirekt. Der Governance werden Massnahmen zugeordnet, welche Kompetenzen und Verantwortungen regeln, welche potentiell geeignet sind, die Dimensionen Preis, Menge sowie Finanzierung zu beeinflussen.

Abbildung 6

WIRKUNGSMODELL



3.2. Identifikation und Auswahl der Massnahmen

Das Spektrum an Massnahmen, welche die Finanzierungsbelastung des Kantons gemäss dem beschriebenen Wirkungsmodell beeinflussen können, ist extrem breit. Es enthält auch zahlreiche Massnahmen, welche aufgrund der Anforderungen, die die Schweizer Bevölkerung an das Gesundheitswesen stellt, gänzlich ungeeignet sind. Um die Anzahl und Komplexität der Massnahmen zu begrenzen, wurde die Suche folgendermassen eingeschränkt: Es wurden nur Massnahmen berücksichtigt, welche in der politischen Diskussion in der Schweiz bereits erwähnt wurden und welche die grundsätzliche Versorgungssicherheit und Qualität des Schweizer Gesundheitssystems nicht radikal beeinflussen. Nicht berücksichtigt wurden Massnahmen zur Generierung von zusätzlichen Finanzierungsbeiträgen oder Veränderung des Umfangs von GWL. Um die relevanten Massnahmen zu identifizieren wurden Publikationen der in [Abbildung 7](#) dargestellten Akteure berücksichtigt.

Die Recherche ergab unter Berücksichtigung der beschriebenen Einschränkungen 89 unterschiedliche Massnahmen. Davon wurden nachträglich 16 Massnahmen aufgrund mangelnder Relevanz ausgeschlossen. Die restlichen 73 Massnahmen wurden gemeinsam mit Vertretern der Gesundheitsdirektion Zürich in 28 thematische Massnahmencluster eingeteilt. Für jedes Massnahmencluster ist danach jeweils eine Massnahme stellvertretend für das entsprechende Cluster für die weitere Bewertung ausgewählt worden. Die Auswahl erfolgte von den Experten des WIG und der Gesundheitsdirektion Zürich mittels einem Scoring-Modell aufgrund des vermuteten Sparpotentials für den Kanton Zürich. Für die detaillierte Bewertung in den nachfolgenden Kapiteln wird somit jeweils nur die Massnahme innerhalb eines Massnahmenclusters berücksichtigt, welche gemäss dem Scoring-Modell das höchste Potential aufweist.

3.3. Bewertung der Massnahmen

Für die Bewertung der Massnahmencluster wurde ein einheitliches Raster definiert, welches jeden der 28 Cluster kurz und übersichtlich auf einer Doppelseite darstellt und bewertet.

Zu Beginn jedes Rasters befindet sich eine Gesamtbewertung des Sparpotentials (vgl. ① [Abbildung 8](#)), welches sich aus der Bewertung der drei Faktoren „Potential zur Kosten-

Abbildung 7

BERÜCKSICHTIGTE QUELLEN FÜR LITERATURSUCHE

| |
|-----------------|
| Kantone |
| Bund |
| Krankenkassen |
| Parteien |
| Berufsverbände |
| Think Tanks |
| Banken |
| Beratungsfirmen |

dämpfung“, „Sparpotential für den Kanton Zürich“ und „Realisierbarkeit für den Kanton Zürich“ zusammensetzt. Die Gesamtbewertung stellt auf das Verhältnis von Wirkung und Realisierbarkeit sowie die Unmittelbarkeit der Wirkung (d.h. direkte versus indirekte Wirkung) ab. Für die prägnante Zusammenfassung der Gesamtbewertung jedes Massnahmenclusters werden Ampelfarben verwendet. Die Übersicht der Gesamtbewertung ist in [Anhang A.1](#) ersichtlich.

In einem ersten Schritt (vgl. ② [Abbildung 8](#)) werden die verschiedenen Massnahmen des Massnahmenclusters beschrieben. Neben Ziel und Inhalt werden allfällige Zusammenhänge mit anderen Massnahmen aufgezeigt.

Anschliessend wird das Potential der Massnahme zur Kostendämpfung bewertet (vgl. ③ [Abbildung 8](#)). Die Bewertung erfolgt ordinal, indem sämtliche Massnahmen hinsichtlich ihres Potentials zur Kostendämpfung in eine Reihenfolge gebracht werden. Diese ist in [Anhang A.2](#) ersichtlich. Wird das Potential eines Massnahmenclusters als 'hoch' beurteilt, bedeutet dies also, dass der Cluster im Vergleich zu den anderen Clustern ein hohes Potential aufweist. Wenn Datengrundlagen bestehen, wird eine Einschätzung des Betrages vorgenommen. Aus der ordinalen Bewertung sind folgende betragsmässigen Einteilungen für das Potential der Massnahme abgeleitet worden: 'hoch' > 150 Mio., 'mittel' 25 - 150 Mio. und 'tief' < 25 Mio.

Der dritte Schritt (vgl. ④ [Abbildung 8](#)) enthält eine ordinale Beurteilung des Sparpotentials für den Kanton Zürich. Dabei liegt der Schwerpunkt auf den Leistungsgruppen, für welche die Gesundheitsdirektion zuständig ist.

Falls andere Leistungsgruppen aus anderen Direktionen (z.B. der Finanzdirektion) betroffen sind, wird dies erwähnt. Die Bewertung entsteht ebenfalls aufgrund einer Rangfolge, welche in [Anhang A.3.](#) aufgeführt ist. Aus der ordinalen Bewertung sind folgende betragsmässigen Einteilungen für das Sparpotential abgeleitet worden: 'hoch' > 30 Mio., 'mittel' 5 - 30 Mio. und 'tief' < 5 Mio. Zusätzlich wird angegeben, ob sich die Massnahme auf den Finanzierungsanteil der OKP-Versicherer (bzw. der Prämienzahler) oder der Privathaushalte bzw. Patienten (d.h. Selbstzahlung neben Steuern und OKP-Prämien) auswirkt. Als nächstes wird die Realisierbarkeit aus Sicht des Kantons Zürich bewertet (vgl. [5. Abbildung 8](#)) und danach ebenfalls einer ordinalen Beurteilung unterzogen, die in [Anhang A.4.](#) ersichtlich ist.

Die Bewertung der Gesamtrealisierbarkeit ist das Resultat der drei Unterkategorien, die bewerten, welche Rechtsgrundlagen allenfalls angepasst werden müssten, wie lange die Realisierung dauern würde und wie komplex die Umsetzung und Ausgestaltung der Massnahme wäre.

Bei Grenzen und Nebenwirkungen (vgl. [6. Abbildung 8](#)) wird beschrieben, welche weiteren Auswirkungen durch die Massnahme zu erwarten wären und wo das Potential der Massnahme endet. Weiter wird angegeben ob, und falls ja, in welche Richtung sich die Versorgungsqualität verändern würde.

Das Fazit (vgl. [7. Abbildung 8](#)) fasst das Potential der Massnahme zusammen und zeigt die Implikationen auf.

Abbildung 8

BEWERTUNGSRASTER

2 Ziel und Inhalt der Massnahme bzw. des Instrumentes

3 Potential der Massnahme

Potential zur Kostendämpfung für das OKP-Gesamtsystem

tief mittel hoch

4 Auswirkungen auf die Finanzierung

Sparpotential für den Kanton Zürich

tief mittel hoch

Auswirkung auf den Finanzierungsanteil der... OKP-Krankenversicherer → Privathaushalte / Patienten (out-of-pocket) →

5 Realisierbarkeit für den Kanton Zürich

Gesamtrealisierbarkeit

schwer mittel leicht

Rechtliche Realisierbarkeit

Bundesgesetz Kt. Gesetz Kt. Verordnung

Zeitliche Realisierbarkeit

>10 Jahre 2-10 Jahre <2 Jahre

Komplexität der Realisierung

hoch mittel tief

6 Grenzen und Nebenwirkungen

Auswirkung auf die Versorgungsqualität der Privathaushalte / Patienten →

7 Fazit

Allgemein ist festzuhalten, dass sich die Bewertungen auf die direkten Auswirkungen beziehen. Indirekte Auswirkungen auf den Kanton oder die Bevölkerung, wie z.B. der Verlust von Arbeitsplätzen bei einer starken Mengenbeschränkung bei den Leistungserbringern, werden nicht berücksichtigt. Zudem erfolgen die Bewertungen unter

einer ceteris paribus-Betrachtung: Jede Massnahme wird einzeln betrachtet bei sonst gleichbleibenden Bedingungen. Die Konsequenz daraus ist, dass die aufgezeigten Potentiale und Finanzwirkungen nicht summiert werden können und zudem sind Wechselwirkungen und Verstärkungseffekte nicht berücksichtigt.

4. Beurteilung der Massnahmen und Instrumente

| NR. | MASSNAHME / INSTRUMENT | SEITE | BEWERTUNG |
|-----------------------------|---|-------|-----------|
| P PREIS (OKP-KOSTEN) | | | |
| P1 | Ambulant vor stationär (Substitutive Verlagerung)* | 16 | |
| P2 | Optimierung bestehender Tarifstrukturen (ambulant/stationär) | 18 | |
| P3 | Neue Tarifstrukturen | 20 | |
| P4 | Tarifhöhe | 22 | |
| P5 | Wettbewerbspreise (statt national administrierte Preise) | 24 | |
| P6 | Lockerung/Aufhebung Territorialitätsprinzip | 26 | |
| P7 | Lockerung/Aufhebung Vorschriften* | 28 | |
| P8 | Task Shifting von Arzt zu Gesundheitsfachperson (Optimierung Skill-Mix)* | 30 | |
| M MENGE (OKP-KOSTEN) | | | |
| M1 | Limitation Zulassung: niedergelassene Ärzte | 32 | |
| M2 | Limitation Zulassung: Spitäler ambulant | 34 | |
| M3 | Steuerung Kapazitäten: Spital stationär | 36 | |
| M4 | Globalbudgets | 38 | |
| M5 | Erhöhung Eigenverantwortung | 40 | |
| M6 | Gesundheitssparkonto | 42 | |
| M7 | Selbstmanagement | 44 | |
| M8 | Evidence-Based Medicine (EBM) und Health Technology Assessment (HTA) | 46 | |
| M9 | Einschränkung Leistungskatalog (Rationierung) | 48 | |
| M10 | Prüfung WZW im Einzelfall | 50 | |
| M11 | Lockerung/Aufhebung Vertragszwang | 52 | |
| M12 | Aufhebung freie Arztwahl (Gatekeeping) | 54 | |
| M13 | Steuerung Behandlungspfade (Case- / Disease- / Chronic Care Management) | 56 | |
| F FINANZIERUNG | | | |
| F1 | Vergütung Spitalleistungen: Kantonsanteil (reine Finanzierungsumverteilung) | 58 | |
| F2 | Abgaben/Steuern (reine Finanzierungswirkung) | 60 | |
| F3 | Reduktion Prämienverbilligung (reine Finanzierungswirkung) | 62 | |
| G GOVERNANCE | | | |
| G1 | Governance Kantone (Mehrfachrolle, Transparenz Spitalfinanzierung) | 64 | |
| G2 | Einheitliche Finanzierung ambulant und stationär (EFAS bzw. Monismus) | 66 | |
| G3 | Hoheitliche Koordination der Leistungserbringer | 68 | |
| G4 | Hoheitliche Koordination der Krankenversicherer | 70 | |

* Ansatzpunkt bereits bei den Produktionskosten (betriebswirtschaftliche Sicht)

4.1. Beurteilung der preisbezogenen Massnahmen und Instrumente

P1 Ambulant vor stationär (Substitutive Verlagerung)

Ziel und Inhalt der Massnahme bzw. des Instrumentes



Ein Vergleich mit anderen Ländern zeigt, dass die Schweiz stark auf stationäre Versorgung ausgerichtet ist. Dies zeigt zum einen die relativ hohe Anzahl Spitalbetten (4,6 pro 1'000 Einwohner im 2014; Norwegen 3,8, Spanien 3,3, (OECD, 2016)), zum anderen der geringe Anteil ambulanter Chirurgie im Verhältnis zu allen chirurgischen Eingriffen (Schwendener, Sommer, Pfinninger, Schulthess, & Obrist, 2016, p. 8f.). Es wird daher vermutet, dass Leistungen, die ambulant erbracht werden könnten, stationär erbracht werden.

Gemäss Art. 32 KVG müssen von der OKP vergütete Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein (WZW-Kriterien). Daraus folgt erstens, dass ein stationärer Eingriff aus medizinischen Gründen notwendig sein muss (Indikation des stationären Eingriffs). Aus Zweckmässigkeitsüberlegungen sind unnötige Spitalaufenthalte zu vermeiden (vgl. **M10**). Zweitens sind aus Wirtschaftlichkeitsüberlegungen ambulante Behandlungen gegenüber stationären vorzuziehen: Unter der Berücksichtigung, dass die Betriebskosten für ambulant erbrachte Leistungen in der Regel geringer sind als für stationär erbrachte Leistungen, entstehen bereits aus der «Optik Produktionskosten» Effizienzverluste im OKP-Gesamtsystem. Aber auch der Kostenunterschied aus «Tarifoptik» zeigt das gleiche Bild: so werden ausgewählte stationär erbrachte OKP-Leistungen gegenüber ambulant erbrachten Leistungen im Durchschnitt mit dem Faktor 2.3 vergütet (Schwendener, Sommer, Pfinninger, et al., 2016, p. 13).

Zur Förderung der substitutiven Verlagerung von stationärer zu ambulanter Versorgung sind verschiedene Massnahmen denkbar, die einzeln ihre Wirkung zeigen, aber ihr volles Potential erst in gemeinsamer Umsetzung entfalten: Erstens können auf der Vergütungsseite die *Tarifstrukturen* so angepasst werden, dass es keine finanziellen Anreize für die ein oder andere Eingriffswahl gibt. Dieser anreizorientierte Ansatz wird in den Massnahmen **P2** und **P3** diskutiert. Zweitens kann eine *einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Ein-*

griffen eingeführt werden. Dieser eher governanceorientierte Ansatz wird in Massnahme **G2** diskutiert. Drittens, und Grundlage für die hier zu bewertende Massnahme, ist der regulierungsorientierte Ansatz mittels *Vorgabe verbindlicher Listen* von ambulant durchzuführenden Eingriffen. Ein weiterer Ansatz stellt viertens die staatliche *Förderung durch Schaffung von Strukturen* ins Zentrum; in Alters- und Pflegezentren könnten beispielsweise spezialisierte intermediäre ambulante Angebote für die Langzeitpflege geschaffen werden, welche die heutige stationäre akutsomatische Versorgung ablösen könnten.

Deutschland wendet seit einigen Jahren verbindliche Listen an. Diese werden zwischen den Vertragsparteien vereinbart und nicht staatlich verordnet. Das Resultat ist ein Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe sowie deren Vergütungen, die in einem Vertrag (AOP-Vertrag) festgehalten werden. Für die Schweiz stehen hingegen staatlich verordnete Listen im Fokus der Diskussion. Einzelne Kantone planen die Einführung verbindlicher Listen für 2018 (Luzern hat eine solche bereits Mitte 2017 eingeführt). Diese umfassen rund 13 ausgewählte Eingriffe, die in anderen Ländern standardmässig ambulant durchgeführt werden. Darunter fallen Eingriffe wie etwa die Entfernung des grauen Stars, Nierensteinerzürümmung, Meniskus- und Krampfadernoperationen, Hämorrhoideneingriffe oder das Einsetzen von Herzschrittmachern.

Allerdings herrscht rechtlich eine unklare Situation in Bezug auf die Kompetenz zur Verordnung solcher Listen. Die Kantone (vgl. Medienkonferenz der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) vom 19. Mai 2017) sowie der Bundesrat (Antworten auf Interpellationen 17.5164 und 17.5168) sind der Meinung, die Kantone hätten für ihren Finanzierungsanteil von mindestens 55% die Kompetenz zur Überprüfung der WZW-Kriterien von Leistungen im stationären Bereich. Anders sehen dies einige Staats- und Verwaltungsrechtler (Poledna, 2017; Saxer, 2017), welche die diesbezügliche Kompetenz ausschliesslich bei den Krankenversicherern sehen. Sollte der Bund aktiv werden, würde eine analoge Liste in Anhang 1 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) aufgeführt werden.

Potential der Massnahme

Potential zur Kostendämpfung für das OKP-Gesamtsystem

tief

mittel

hoch

Die Beratungsfirma PwC hat eine Studie zum Kosteneinsparungspotential von stationär zu ambulant veröffentlicht (Schwendener, Sommer, Pfinninger, et al., 2016). Danach können bis zum Jahr 2030 auf der Basis von 13 ausgewählten Eingriffen bis zu 70'000 stationäre Fälle in den ambulanten Sektor verlagert werden, was ein Kosteneinsparungspotential von 251 Mio. pro Jahr für die ganze Schweiz betragen soll. Bei Berücksichtigung zusätzlicher Eingriffe gehen die Autoren langfristig von einem Potential von rund 1 Mrd. pro Jahr aus.

Auswirkungen auf die Finanzierung

Sparpotential für den Kanton Zürich

tief

mittel

hoch

Auswirkung auf den Finanzierungsanteil der...

... OKP-
Krankenversicherer



... Privathaushalte /
Patienten (out-of-pocket)



Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich hat geplant, ab 2018 Vorgaben zu machen, welche Eingriffe nicht mehr stationär erfolgen dürfen, damit sie von der OKP vergütet werden. Die Vorgabe erfolgt mittels einer Liste von ausgewählten Eingriffen, die ziemlich genau derjenigen aus der Studie von PwC entspricht. Mit rund 3'400 verlagerten Fällen im Jahr 2018 wird das Sparpotential für den Kanton Zürich auf 9.2 Mio. beziffert (Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, 2017a). Mit Blick auf den von PwC gemachten Zeithorizont bis 2030 und damit zusätzlichem Verlagerungspotential erhöht sich das Sparpotential auch für den Kanton Zürich (vgl. [Anhang A.5](#)): Nimmt man den Bevölkerungsanteil des Kantons von 17.7% (Stand Q1 2017) als Schlüssel und rechnet die 3'400 verlagerten Fälle hoch, so erhöhen sich die 9.2 Mio. auf rund 30 Mio. für den Kanton Zürich. Alternativ kann das von PwC für das Jahr 2030 geschätzte Potential von 251 Mio. auf den Bevölkerungsanteil

runtergebrochen werden, was ein Sparpotential von rund 40 Mio. für den Kanton Zürich ergibt.

Einerseits profitieren die Krankversicherer von den Kosteneinsparungen aufgrund der betriebswirtschaftlich effizienteren und damit günstigeren ambulanten Produktion der Leistungserbringung bzw. den in der Regel günstigeren ambulanten Tarifen. Andererseits sind die Kosten ambulanter Leistungen ausschliesslich über Krankversicherer finanziert (Kostenteiler 45% Prämien/55% Steuern im stationären Sektor, 100% Prämien im ambulanten Sektor). Wie die resultierende Finanzwirkung auf die Krankversicherer effektiv ausfällt ist nicht eindeutig. Hier wird davon ausgegangen, dass es tendenziell zu einer Zusatzbelastung der Krankversicherer kommt. Auf den Finanzierungsanteil der Privathaushalte hat die Massnahme keinen Einfluss, da es sich um eine Verlagerung von einer Steuerfinanzierung zu einer Prämienfinanzierung handelt.

Realisierbarkeit für den Kanton Zürich

Gesamtrealisierbarkeit

schwer

mittel

leicht

Rechtliche Realisierbarkeit

Bundesgesetz

Kt. Gesetz

Kt. Verordnung

Zeitliche Realisierbarkeit

>10 Jahre

2-10 Jahre

<2 Jahre

Komplexität der Realisierung

hoch

mittel

tief

Grenzen und Nebenwirkungen

Kantonale Listen haben ihre rechtlichen Tücken (Poledna, 2017). Bei unterschiedlichen Listen wäre das im KVG geltende Gleichheitsgebot (rechtsgleiche Behandlung und Zugang zu einem Leistungskatalog) nicht gewährleistet. Zudem ist beispielsweise unklar, was bei unterschiedlicher Beurteilung der Zweckmässigkeit zwischen Versicherer und Kantonsliste gelten soll. Abhängig davon, ob bzw. wie konsequent der Kan-

ton Kostengutsprachen bei Abweichungen von Listenvorgabe verlangt, entsteht administrativer Aufwand.

Auswirkung auf die Versorgungsqualität der Privathaushalte / Patienten



Fazit

Eine Massnahme mit sowohl kurz- als auch langfristigem Potential, das relativ gut realisierbar ist. Aufgrund der rechtlich heiklen Grundlage sowie der sich daraus ergebenden rechtlichen Kompetenzabgrenzungen sollten jedoch nicht kantonale Listen, sondern eine national einheitliche Liste in der KLV angestrebt werden.

P2 Optimierung bestehender Tarifstrukturen (ambulant/stationär)

Ziel und Inhalt der Massnahme bzw. des Instrumentes



Die medizinischen Leistungen in der OKP werden auf der Basis von nationalen Tarifstrukturen vergütet. Darin werden alle zu vergütenden Positionen aufgelistet und aufgrund von empirisch ermittelten Kriterien wie zeitlichem Aufwand, Schwierigkeit oder erforderlicher Infrastruktur einem bestimmten Kostengewicht zugeordnet. Um die Vergütung einer Leistung zu erhalten wird dieses Kostengewicht mit der Tarifröhe (Bewertung eines normierten Kostengewichts) multipliziert. So bestimmen beide Elemente, Tarifstruktur und Tarifröhe, zusammen den Preis einer medizinischen Leistung. Massnahmen

zur Beeinflussung der OKP-Kosten können demzufolge bei beiden Elementen getroffen werden: Nachfolgend werden zuerst Einflussmöglichkeiten bei den Tarifstrukturen aufgezeigt. Bei Respektierung der geltenden Zweiteilung in ambulante und stationäre Tarifstrukturen können deren Anreizwirkungen optimiert werden. Das anschliessende Massnahmenbündel **P3** geht dagegen von einer Auflösung der Zweiteilung zwischen ambulanten und stationären Tarifstrukturen aus.

Wird bei der Optimierung bestehender Tarife der Fokus auf eine sektorneutrale Vergütungslösung mit dem Ziel der substitutiven Verlagerung von stationären zu (kostengünstigeren) ambulanten Eingriffen gelegt, können in den Tarifstrukturen einheitliche Pauschalen bei ambulanter und stationärer Durchführung von «potenziell ambulanten» Behandlungen eingeführt werden (z.B. auf der Basis von Zero-Night oder One-Day DRG). Diese Anreizwirkung ist kombinierbar mit der Einführung verbindlicher Listen von ambulant durchzuführender Eingriffe (vgl. **P1**).

Ein weiterer Fokus bezieht sich auf die leistungsangebotsgerechte Vergütung im stationären Sektor: Gefordert ist eine *Revision der Tarifstruktur SwissDRG* mit dem Ziel, diejenigen Kostenunterschiede aufgrund von Patienten- und Strukturmerkmalen zu korrigieren, die nicht auf die (In-)Effizienz der Leistungserbringung zurückzuführen sind (v.a. Vorhalteleistungen aufgrund von Leistungsaufträgen, Komplexitätsumfang der Eingriffe) (Widmer, Spika, & Telsler, 2015). Konkret sind die Kostengewichte innerhalb der Tarifstruktur so umzuverteilen, damit heute defizitäre (und in der Folge in ungenügendem Umfang

angebotene) Eingriffe zulasten von lukrativen (und in der Folge zu häufig ausgeführten) Eingriffen besser vergütet werden.

Der Fokus kann ferner auf Vergütungsmodelle gelegt werden, welche die *Qualität der Leistungserbringung (Pay for Performance)* berücksichtigen. Die Beeinflussung der OKP-Kostenentwicklung ist effektiv, wenn die Anreize aus der Vergütungssystematik zur Vermeidung von nicht zweckmässigen Leistungen (d.h. Erhöhung Indikationsqualität) und Steigerung der Behandlungsqualität eingesetzt werden. Die in der Schweiz weitgehend fehlenden Daten und Indikatoren im ambulanten Sektor in der Schweiz verhindern eine rasche Umsetzung dieses Ansatzes.

Legt man den Fokus auf die Anreizwirkung des Vergütungssystems auf die Mengen, so weist im ambulanten Sektor (Ärzte und Spitäler) die aktuelle Tarifstruktur TARMED die für Einzelleistungstarife typische Anreizwirkung zur Mengenausweitung aus. Eine radikale Massnahme wäre die generelle Aufhebung solcher Einzelleistungstarife und den Ersatz durch neue Tarifstrukturen (vgl. **P3**). Weniger radikal sind Revisionen der Tarifstruktur, die zwischen den Tarifpartnern vereinbart werden, wie z.B. *qualitätsbezogenen Pauschalen für die häufigsten ambulanten Eingriffe* (d.h. mit Qualitätsstandards hinterlegte Tarifstruktur für Bereiche wie z.B. Ophthalmologie, Kardiologie, Orthopädie, Radiologie) oder die Einführung von *Regeln in der Tarifstruktur* (z.B. zur Eruerung und Handhabung von potentiellen Überbehandlungen oder Doppelverrechnungen).

Die grösste Anreizwirkung hat hingegen die Einführung von *degressiven Tarifen*, ein Ansatz, der sowohl im ambulanten als auch stationären Sektor anwendbar ist. Leistungen werden demnach ab einem gewissen Maximalvolumen mit deutlich geringerer Vergütungshöhe abgegolten. Für die Umsetzung sind komplexe Regelwerke sowie hoheitlich festgelegte Maximalmengen notwendig, wie sie im stationären Sektor beispielsweise bei der Abgeltung der das Globalbudget übersteigenden Leistungen auf Grenzkostenbasis umgesetzt wird (vgl. **M4**). Die Kompetenz zur Festlegung solcher Maximalmengen ist eine Voraussetzung, für die im KVG zuerst eine nationale Grundlage gelegt werden müsste, worauf die Tarifpartner die Tarifvereinbarungen treffen können.

Potential der Massnahme

Potential zur Kostendämpfung für das OKP-Gesamtsystem

tief



mittel

hoch

Das Potential von degressiven Tarifen (ambulant/stationär) wird als 'mittel' beurteilt unter der Annahme, dass

- aus datenbasierter Ermittlung des Versorgungsbedarfs restriktive Schwellenwerte für die relevanten Eingriffe sowohl im ambulanten als auch stationären Sektor abgeleitet werden können;
- die Leistungserbringer auch sinkende Vergütungen bis hinunter zu den Grenzkosten akzeptieren.

Auswirkungen auf die Finanzierung

| | | | |
|--|----------------------------|---|---|
| Sparpotential für den Kanton Zürich | tief | mittel | hoch |
| Auswirkung auf den Finanzierungsanteil der... | ... OKP-Krankenversicherer |  | ... Privathaushalte / Patienten (out-of-pocket)  |

Die degressiven Tarife sind so ausgestaltet, dass über das aktuelle Volumen hinausgehende zusätzliche Mengenerhöhungen lediglich zu Grenzkosten vergütet werden.

Die in [Anhang A.5.](#) aufgezeigte Abschätzung des Sparpotentials basiert weitgehend auf Annahmen. So wird das zukünftige OKP-Kostenwachstum von durchschnittlich rund 4% pro Jahr als reiner Mengeneffekt eingestuft, den es über degressive Tarife teilweise zu kompensieren gilt. Im Kanton Zürich ist dann von einem Umsatzwachstum im stationären Sektor von 106 Mio. pro Jahr auszugehen. Mit dem angenommenen Grenzkostenanteil von 35%, der den Leistungserbringern nach wie vor zu vergütet wäre, könnten im Kanton rund 70 Mio. pro Jahr eingespart werden.

Davon würde der Kanton Zürich mit einem Kantonsanteil von 55% rund 40 Mio. pro Jahr einsparen können, die OKP-Krankenversicherer die übrigen 30 Mio.

Die Massnahme hat für die Privathaushalte keine finanziellen Auswirkungen.

Realisierbarkeit für den Kanton Zürich


| | | | |
|-------------------------------------|---------------------|-------------------|----------------|
| Gesamtrealisierbarkeit | schwer | mittel | leicht |
| Rechtliche Realisierbarkeit | Bundesgesetz | Kt. Gesetz | Kt. Verordnung |
| Zeitliche Realisierbarkeit | >10 Jahre | 2-10 Jahre | <2 Jahre |
| Komplexität der Realisierung | hoch | mittel | tief |

Grenzen und Nebenwirkungen

Solange zusätzliche Leistungen über die Volumengrenze hinaus zu Grenzkosten vergütet werden, sind für die Patienten grundsätzlich keine weitreichenden medizinischen Einschränkungen zu befürchten.

Angesichts der Vielzahl im Kanton tätigen Krankenversicherern bleibt unklar, welche Eingriffe von welchen Versicherten zu einem tieferen Tarif vergütet werden (ev. Ungleichbehandlung in Bezug auf Selbstbeteiligung).

Die Leistungserbringer haben einen Anreiz, diejenigen Leistungsangebote zu favorisieren, bei denen die mengenmässige Schwellenwerte noch nicht erreicht sind, unabhängig davon, ob dies aus Versorgungssicht gerechtfertigt ist.

Auswirkung auf die Versorgungsqualität der Privathaushalte / Patienten 

Fazit

Die diskutierte Massnahme sieht keine Wartelisten vor, der Zugang zur Versorgung wird daher nicht stark einschränkt. Jede andere Massnahme auf der Basis von Volumensteuerungen (d.h. absolute Mengenlimitationen) ist effektiver als diese rein tarifseitige Massnahme, birgt aber die Gefahr von Rationierung in Form von Wartelisten.

P3 Neue Tarifstrukturen

Ziel und Inhalt der Massnahme bzw. des Instrumentes



Neue Tarifstrukturen setzen einen Schwerpunkt auf die Auflösung der Zweiteilung zwischen ambulanter und stationärer Vergütung. Bereits im vorhergehenden Massnahmenbündel (vgl. **P2**) sind die Grenzen der Optimierung bestehender Tarifstrukturen aufgezeigt worden. So erfordert die gänzliche Aufgabe von Einzelleistungstarifen zugunsten von Pauschalen im ambulanten Sektor oder die einheitliche Vergütung von ambulanten und stationären Leistungen Anpassungen am Gesamtsystem, die nicht innerhalb der geltenden Rahmenbedingungen im KVG realisiert werden können.

Die vielfach geforderte Förderung von Pauschalabgeltungen kann um eine zusätzliche Dimension ergänzt werden: Die Einführung von sogenannten *Komplexpauschalen* (*bundled payments*). Komplexpauschalen sehen vor, dass alle im Rahmen einer Behandlungsepisode für definierte Krankheiten oder Patientengruppen erbrachten Leistungen aggregiert und pauschal abgegolten werden. Dazu werden Betreuungs- und Behandlungszyklen (*bundles*) definiert, welche sämtliche Einzelleistungen und alle beteiligte Leistungserbringer einschliessen (Berchtold, Reich, Schimmann, & Zannoni, 2017). Mit Komplexpauschalen werden zwei Absichten verfolgt (Trageser, Vettori, Fliedner, & Iten, 2014): Erstens die Reduktion der Anreize zur angebotsinduzierten Nachfrage, und zweitens die Verbesserung der mangelnden Behandlungskoordination zwischen den verschiedenen Leistungserbringern bzw. die lückenhafte Versorgungsintegration. Bei akutmedizinischen stationären Ereignissen (z.B. Hüfttransplantation) können Komplexpauschalen als Ergänzung zu den geltenden Fallpauschalen (DRG) betrachtet werden, da sie auch die Leistungen der Vorabklärungen und der nachsorgenden Betreuung umfassen können. Bei chronischen Krankheiten (z.B. insulinpflichtige Diabetes) liegt der Schwerpunkt auf der Optimierung der ambulanten Grundversorgung und damit der Ablösung der heutigen Einzelleistungsvergütung durch Pauschalen über eine definierte Zeitspanne (z.B.

ein Kalenderjahr) für eine oder mehrere chronischen Krankheiten (Berchtold et al., 2017).

Art. 43 KVG ermöglicht es bereits heute, auf Kooperationsbasis (d.h. zwischen einzelnen Krankenversicherern und einer Gruppe ausgewählter Leistungserbringer) Komplexpauschalen zu vereinbaren. Der Mechanismus eines Vergütungssystems basierend auf Komplexpauschalen sieht heute wie folgt aus (Berchtold et al., 2017, p. 23): «Kern des Modells ist ein bilateralen Vertrag zwischen einem Kostenträger und einer Gruppe von Leistungserbringern, der ohne Vertragszwang zwischen den Parteien ausgehandelt wird. Auf Seiten der Leistungserbringer schliessen sich Organisationen zusammen, welche für die im Vertrag eingeschlossenen Krankheiten (*Bundles*) ihre ambulanten Leistungen (z.B. Ärztenetze, Gesundheitszentren, Apotheken), stationären Angebote (z.B. Spitäler, Rehabilitation) und Weiteres bündeln wollen. Die Zusammenarbeit zwischen diesen Leistungserbringern ist gekennzeichnet durch einen verbindlichen Rahmen, gemeinsam festgelegte Ziele, ein gemeinsames Verständnis von Performance und die kontinuierliche Entwicklung der Kooperation».

Das Ziel der hier skizzierten Massnahme ist es aber, möglichst viele Betreuungs- und Behandlungsschritte mit Komplexpauschalen abzudecken. Für eine rasche und weitreichende Verbreitung dieses Vergütungsansatzes sind die geltenden Rahmenbedingungen gemäss KVG nicht geeignet. Zuerst müssen auf nationaler Ebene folgende formale oder praktische Voraussetzungen im Rahmen der OKP geschaffen werden:

- Verbindliche Liste von Behandlungszyklen
- Neue Tarifstruktur mit Komplexpauschalen für diese Behandlungszyklen
- Mehrjährige Dauer, sowohl in Bezug auf die Versicherungsverträge (zwischen Krankenversicherern und Versicherten) als auch Tarifverträge (zwischen Krankenversicherern und den Leistungserbringern)
- Elektronisches Patientendossier
- Einheitliche Finanzierung aller OKP-Leistungen (vgl. **G2**)

Potential der Massnahme

Potential zur Kostendämpfung für das OKP-Gesamtsystem

tief

mittel

hoch

Während für akutmedizinische Komplexpauschalen bereits relativ gesicherte Einsparungspotentiale aus Erfahrungen der Medicare in den USA erhältlich sind (Einsparungspotential für ausgewählte Eingriffe wie beispielsweise Gelenktransplantationen zwischen 10% bis 20%), liegen aufgrund der später gestarteten Programme nur wenige gesicherte Hinweise bei den chronischen Krankheiten vor. Unter Verwendung verschiedener Annahmen kann ein Potential für die Schweiz von gegen 240 Mio. pro Jahr geschätzt werden (vgl. [Anhang A.5.](#)).

Auswirkungen auf die Finanzierung

| | | | |
|--|----------------------------|---------------|---|
| Sparpotential für den Kanton Zürich | tief | mittel | hoch |
| Auswirkung auf den Finanzierungsanteil der... | ... OKP-Krankenversicherer | ↓ | ... Privathaushalte / Patienten (out-of-pocket) → |

Ausgehend vom Potential von 240 Mio. und einem Bevölkerungsanteil des Kantons von 17.7% (Stand Q1 2017), besteht ein Sparpotential von 28 Mio. Davon kann der Kanton im Rahmen seines Finanzierungsanteils von 55% 15 Mio. einsparen (vgl. [Anhang A.5.](#)), die Krankenversicherer die restlichen 13 Mio. Die Massnahme hat für die Privathaushalte keine finanziellen Auswirkungen.

Realisierbarkeit für den Kanton Zürich

| | | | |
|-------------------------------------|---------------------|-------------------|----------------|
| Gesamtrealisierbarkeit | schwer | mittel | leicht |
| Rechtliche Realisierbarkeit | Bundesgesetz | Kt. Gesetz | Kt. Verordnung |
| Zeitliche Realisierbarkeit | >10 Jahre | 2-10 Jahre | <2 Jahre |
| Komplexität der Realisierung | hoch | mittel | tief |

Grenzen und Nebenwirkungen

Nebeneinander verschiedener Tarifstrukturen: neue Komplexpauschalen und bisherige Vergütungssysteme (TAR-MED, SwissDRG) für übrige Behandlungen und Krankheiten (Berchtold et al., 2017).

Die Komplexpauschalen und ihnen zugrundeliegenden Bundes erzeugen neue Fragmentierungen in der Versorgung (unterschiedliche Grundversorger für verschiedene Krankheiten) so wie entsprechende Abgrenzungsprobleme (Trageser, Vettori, Iten, & Crivelli, 2012).

Auswirkung auf die Versorgungsqualität der Privathaushalte / Patienten →

Fazit

Die Einführung neuer Tarifstrukturen auf der Basis von Komplexpauschalen wäre eine Massnahme mit grossem Potential zur Beeinflussung der Kostenentwicklung, sofern die Umsetzung nicht derart komplex wäre und anderweitig nicht neue Fragmentierungen in der Versorgung entstehen würden.

P4 Tarifhöhe

Ziel und Inhalt der Massnahme bzw. des Instrumentes



Mit der neuen Spitalfinanzierung wird seit 2012 der Wettbewerb unter den Spitälern gefördert, indem sich die Spitaltarife gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG an der Wirtschaftlichkeit («Leistung effizient und günstig erbringen») zu orientieren haben. In der Rechtsprechung und der Praxis wird zur Bestimmung der Wirtschaftlichkeit ein Benchmarking angewendet, das sich auf «schweizweiten Betriebsvergleichen zu Kosten» (Art. 49 Abs. 8 KVG) abstützt. Der Benchmark, also der Trennlinie zwischen effizienten und nicht effizienten Spitäler, welcher auch die Grundlage für die Fest-

legung der Baserate bildet (d.h. Basispreis einer schweregradkorrigierten stationären Behandlung), wird in einigen Kantonen (darunter im Kanton Zürich) in Perzentilen angegeben. Die Grundsatzfrage, welches Perzentil sowohl unter juristischen als auch ökonomischen Kriterien massgebend ist, wurde bisher nicht abschliessend geklärt. Grundsätzlich handelt es sich ohnehin um eine normative Vorgabe, wie intensiv der Wettbewerb letztlich ausfallen soll. Den Tarifparteien und Kantonen ist bisher ein weiter Beurteilungs- und Ermessensspielraum eingeräumt worden. So wendete der Kanton Zürich bis 2014 das 40. Perzentil als innerkantonalen Benchmark an, was vom Bundesverwaltungsgericht in 2014 bestätigt wurde (C-2283/2013 und C-3617/2013). Für den Preisüberwacher ist das 40. Perzentil für einen nationalen interkantonalen Vergleich zu wenig restriktiv; er schlägt das 20. Perzentil als maximalen Benchmark vor (Preisüberwacher, 2017a). Während von der GDK in 2012 noch die Anwendung des 40. bis 50. Perzentils empfohlen wurde, besteht heute auch gemäss GDK ein grösserer Handlungsspielraum nach unten.

Angesichts der gesetzlichen Vorgabe von interkantonalen Vergleichen auf gesamtschweizerischer Ebene (Art. 49 Abs. 8 KVG) ist demnach eine Massnahme zur Reduktion der Kosten in der OKP die *national verbindliche Festlegung des (in-*

terkantonalen) Benchmarks (realistischerweise ohne Einbezug der Universitätsspitäler) auf das 30. Perzentil. Es handelt sich um eine normative Vorgabe, die mit einer KVG-Teilrevision umgesetzt werden könnte. Ohne KVG-Teilrevision könnten die Kantone über die GDK selber einen nationalen Benchmark empfehlen. Es ist jedoch fraglich, ob die Kantone einer solch strengen Regelung zustimmen würden, hätte dies doch bereits mittelfristig Auswirkungen auf die Spitalstrukturen.

Ein alternativer Ansatz könnte für den Kanton Zürich darin liegen, *Anreize zur weiteren Effizienzsteigerung* zu setzen, indem über ein *Bonussystem* diejenigen Spitäler honoriert würden, die bereits unter dem aktuellen Benchmark des 30. Perzentils liegen (also als effizient beurteilt werden) und dennoch eine Senkung der Fallkosten erreichen. Während die Anreizwirkung sinnvoll verhindert, dass über die Zeit auch die effizienten Spitäler im allgemeinen Trend der Fallkostensteigerungen mitgetragen werden, bleibt die Frage nach der Finanzierung des Bonustopfs unklar. Steht die OKP-Kostenreduktion im Fokus, so muss die Finanzierung aus anderen OKP-Finanzquellen umverteilt werden, damit netto eine Reduktion erfolgt. Dies ist sehr schwer umzusetzen.

Direkter als über die Festlegung von Benchmarks oder das Setzen von Anreizen werden OKP-Kosten im stationären Sektor über die *Begrenzung von Tariferhöhungen* beeinflusst. Die Leistungserbringer werden dazu angehalten bzw. verpflichtet, mehrjährige Verträge mit konstanten Tarifen (basierend auf den aktuellen Kosten) abzuschliessen. Mehrjährige Tarife sind nach KVG grundsätzlich möglich, die Handlungsmöglichkeiten des Kantons sind hingegen beschränkt, da die Tarifhoheit bei den Tarifpartnern liegt. Das Einfrieren von Tarifen durch den Kanton ist nach Art. 55 Abs. 1 KVG als ausserordentliche Massnahme dann möglich, wenn die durchschnittlichen Kosten in der OKP doppelt so stark ansteigen wie die allgemeine Preis- und Lohnentwicklung. Damit wird der Kostenanstieg jedoch eher zeitlich verschoben als behoben.

Potential der Massnahme

Potential zur Kostendämpfung für das OKP-Gesamtsystem

tief

mittel

hoch

Die nationale Festlegung des interkantonalen Benchmarks (ohne Universitätsspitäler) auf das 30. Perzentil würde mittelfristig einen hohen Druck auf die ineffizienten Spitäler ausüben und die Strukturbereinigung in vielen Kantonen beschleunigen. Die Effizienz wird erhöht, da Überkapazitäten abgebaut werden, eine Spezialisierung auf die Kernkompetenzen erfolgt sowie die Optimierung aller Prozesse vorgenommen wird. Das maximale Potential von 360 Mio. ergibt sich aus der Multiplikation der rund 1.2 Mio. Spitalbehandlungen pro Jahr (Basis: Anzahl Austritte allgemeine Krankenhäuser in 2015) mit der Reduktion der Baserates um 300 CHF, d.h. der geschätzten Differenz zwischen dem Durchschnitt der Fallkosten und dem 30. Perzentil. Im Zeitverlauf und unter Berücksichtigung der dynamischen Anpassungsprozesse wird dieses Potential jedoch tiefer liegen, aber dennoch als 'hoch' zu bewerten sein.


Auswirkungen auf die Finanzierung

| | | | |
|--|----------------------------|--|---|
| Sparpotential für den Kanton Zürich | tief | mittel | hoch |
| Auswirkung auf den Finanzierungsanteil der... | ... OKP-Krankenversicherer |  | ... Privathaushalte / Patienten (out-of-pocket) |
| <p>Die Senkung des nationalen Benchmarks für Nicht-Universitätsspitäler auf das 30. Perzentil hätte auf die Tarifhöhe im Kanton Zürich wenig Einfluss: Wie der Medienmitteilung zum Zürcher Fallkostenvergleich 2016 (Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, 2017b) zu entnehmen ist, dürfte der aktuell angewendete Benchmark (ohne Universitätsspital) im Kanton Zürich von 9'650 CHF bereits mehr oder weniger auf der Höhe des 30. Per-</p> | | <p>zentils im nationalen Vergleich liegen. Somit besteht praktisch kein Sparpotential, weder für den Kanton selber noch für die Krankenversicherer im Kanton Zürich, die sich die Baserates gemäss dem fixen Finanzierungsschlüssel aufteilen.</p> | |
| <p>Die Massnahme hat für die Privathaushalte keine finanziellen Auswirkungen.</p> | | | |

Realisierbarkeit für den Kanton Zürich

| | | | |
|-------------------------------------|---------------------|-------------------|-----------------------|
| Gesamtrealisierbarkeit | schwer | mittel | leicht |
| Rechtliche Realisierbarkeit | Bundesgesetz | Kt. Gesetz | Kt. Verordnung |
| Zeitliche Realisierbarkeit | >10 Jahre | 2-10 Jahre | <2 Jahre |
| Komplexität der Realisierung | hoch | mittel | tief |

Grenzen und Nebenwirkungen

| | |
|--|---|
| <p>Mit der deutlich verschärften Wettbewerbssituation für die Listenspitäler der Schweiz und dem damit beschleunigten Strukturwandel werden Spitalstandorte in Frage gestellt. Dies müssen nicht zwingend die kleinen Spitäler sein; sind diese spezialisiert oder fokussiert auf eine regionale Basisversorgung (d.h. tiefer Case Mix Index), haben sie auch mit tieferen Baserates ihre Existenzbasis.</p> | <p>Träger aus regionalpolitischen Überlegungen die aufgrund der reduzierten Baserates anfallenden Defizite der ineffizienteren Spitäler über Subventionen kompensieren.</p> |
| <p>Es besteht die Gefahr, dass die Kantone oder andere öffentliche</p> | <p>Auswirkung auf die Versorgungsqualität der Privathaushalte / Patienten</p>  |

Fazit

Die Verschärfung der Wirtschaftlichkeitsanforderungen mittels Durchsetzung eines restriktiven nationalen Benchmarks als Massnahme ist mittelfristig auf gesamtschweizerischer Ebene nicht nur kostensenkend, sondern auch konsequent, da sie dem mit der neuen Spitalfinanzierung nach Art. 49f. KVG eingeführten Wettbewerb unter den Spitalern Nachachtung verschafft. Für den Kanton Zürich hingegen fällt kaum Sparpotential an, da die als Benchmark geltende Baserate bereits ungefähr auf dem Niveau des 30. Perzentils festgelegt ist.

P5 Wettbewerbspreise (statt national administrierter Preise)

Ziel und Inhalt der Massnahme bzw. des Instrumentes



Der Wettbewerb unter Leistungserbringern wird in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens durch die oftmals hoheitlich administrierten Preise weitgehend eingeschränkt. Würden Leistungserbringer und Krankenversicherer die Preise gemeinsam verhandeln, könnte dies den Wettbewerb in diesen Bereichen verstärken und den Preisdruck erhöhen, was zu tieferen Preisen führen dürfte.

So werden etwa in der *Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGeL)* die von den Krankenversicherern im Rahmen der OKP als

Pflichtleistung zu übernehmenden Mittel und Gegenstände geregelt, wobei gleichzeitig Höchstvergütungsbeträge hoheitlich festgelegt werden. Laut einer Analyse des Preisüberwachers fallen die Preise für Mittel und Gegenstände in der Schweiz im Vergleich zum Ausland dabei um 14 bis 37% höher aus, entsprechend wird hier ein beträchtliches Sparpotential geortet (Preisüberwacher, 2017b). Durch die garantierten Höchstpreise erhalten die Anbieter jedoch keinen Anreiz, tiefere Preise zu akzeptieren. Dasselbe trifft auf die *Labormedizin* zu, wo die von den Krankenversicherern zu übernehmenden Leistungen inklusive der entsprechenden Tarife auch hoheitlich festgelegt werden. In beiden Bereichen könnten die Pflichtleistungen weiterhin hoheitlich geregelt werden, während für die Preisfestsetzung das Vertragsprinzip eingeführt würde.

Auch im Bereich der *Medikamentenpreisbildung* bestehen verschiedene Möglichkeiten, eine Preissenkung zu erreichen. Etwa indem die Medikamente nicht mehr wie bisher alle drei Jahre, sondern jährlich überprüft werden, was eine schnellere Reaktion auf Preissenkungen erlauben würde.

Auch könnte das Beschwerderecht bei der Preisfestsetzung, welches zurzeit lediglich für die Pharmafirmen vorgesehen ist, auf Versicherer und Verbände ausgeweitet werden, damit auch diese die Möglichkeit erhalten, bei Verdacht auf ungerechtfertigte Festlegungen eine Änderung der Preise zu erreichen. Zudem könnte, um eine Senkung der in der Schweiz im Vergleich zum Ausland um etwa 53% höheren Preise für Generika zu erreichen, ein sogenanntes *Festbetragssystem* eingeführt werden. Dabei werden alle patentabgelaufenen Medikamente und Generika mit demselben Wirkstoff in eine Gruppe eingeteilt und pro Wirkstoff nur noch ein fixer Betrag vergütet, der sich an einem günstigen Generikum orientiert (Preisüberwacher, 2015).

Im Rahmen der Vergabe der Leistungsaufträge könnte durch einen Wechsel von einem kosten- zu einem preisbasierten System zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit eine Senkung der Tarife erreicht werden. So könnte etwa das Kriterium eingeführt werden, dass die Leistungserbringer bei der Bewerbung um einen Leistungsauftrag angeben sollen, zu welchem *Höchstpreis* sie bereit sind, diese Leistung für grundversicherte Personen für einen bestimmten Zeitraum zu übernehmen. Die entsprechenden Angebote wären im Rahmen eines *Submissionsverfahrens* auszuschreiben. Die Bewerbung müsste dabei mit einer Verpflichtung der Spitäler einhergehen, dass ein höherer Tarifabschluss als der als Höchstpreis definierte dem Kanton das Recht gibt, die Wirtschaftlichkeit des entsprechenden Leistungserbringers zu überprüfen und dessen stationären Leistungen (oder Leistungsteile davon) von der Spitalliste zu streichen. Durch die Ausschreibung medizinischer Leistungsaufträge mit Höchstpreisabgeltung kann, gerade im Bereich der elektiven Eingriffe, mit einer vermehrten Konkurrenz im Bewerbungsverfahren durch neue inner- und ausserkantonale Leistungserbringer gerechnet werden, was wiederum zu einer Senkung der Tarife führen dürfte.

Potential der Massnahme

Potential zur Kostendämpfung für das OKP-Gesamtsystem


tief

mittel

hoch

Unter der Annahme, dass aufgrund der Ausschreibung medizinischer Leistungsaufträge mit Höchstpreisabgeltung die Baserate von 25% des derzeitigen Case Mix (ohne Unispitäler) um 2% gesenkt werden könnte, würde eine Umsetzung dieser Massnahme im Kanton Zürich zu Einsparungen in der Höhe von ungefähr 7 Mio. in der OKP führen. Auf die Schweiz hochgerechnet, kann von Einsparmöglichkeiten in der Höhe von ungefähr 40 Mio. ausgegangen werden (vgl. [Anhang A.5.](#)).


Auswirkungen auf die Finanzierung

| | | | |
|---|----------------------------|--|---|
| Sparpotential für den Kanton Zürich | tief | mittel | hoch |
| Auswirkung auf den Finanzierungsanteil der... | ... OKP-Krankenversicherer |  | ... Privathaushalte / Patienten (out-of-pocket) |
| <p>Ausgehend von Einsparmöglichkeiten in der Höhe von ungefähr 7 Mio., die sich bei einer Umsetzung im Kanton Zürich ergeben würden, beinhaltet diese Massnahme für den Kanton angesichts seines Finanzierungsanteils von 55% ein Sparpotential von rund 4 Mio.</p> | | <p>Entsprechend ergeben sich für die OKP-Versicherer mit ihrem Finanzierungsanteil von 45% Einsparmöglichkeiten von rund 3 Mio.</p> <p>Auswirkungen auf die Finanzlast der Privathaushalte sind keine zu erwarten.</p> | |

Realisierbarkeit für den Kanton Zürich

| | | | |
|-------------------------------------|---------------------|-------------------|-----------------------|
| Gesamtrealisierbarkeit | schwer | mittel | leicht |
| Rechtliche Realisierbarkeit | Bundesgesetz | Kt. Gesetz | Kt. Verordnung |
| Zeitliche Realisierbarkeit | >10 Jahre | 2-10 Jahre | <2 Jahre |
| Komplexität der Realisierung | hoch | mittel | tief |

Grenzen und Nebenwirkungen

| | |
|--|---|
| <p>Es bestehen mehrere juristische Unsicherheiten, etwa in Bezug auf die Zulässigkeit unterschiedlicher Baserates für verschiedene Leistungspakte innerhalb eines Spitals. Auch ist unsicher, ob der Kanton Zürich Spitäler von der Spitalliste streichen dürfte, wenn diese mit den Krankenkassen zwar höhere Tarife als den angebotenen Höchstpreis abschliessen, diese Leistungen aber immer noch wirtschaftlich und in guter Qualität erbringen würden.</p> <p>Wenn Spitäler Höchstpreise anbieten können, die unter den bisherigen Preisen liegen, könnte dies einerseits bedeuten,</p> | <p>dass sie sich steigende Marktanteile erhoffen, was wiederum zu einer höheren Fallzahl und somit zu einer Verbesserung der Qualität führen dürfte. Andererseits könnten höhere Fallzahlen auch als Folge von «Overuse» zustande kommen.</p> |
| | <p>Auswirkung auf die Versorgungsqualität der Privathaushalte / Patienten</p>  |

Fazit

Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich hätte grundsätzlich bereits Erfahrungen mit Submissionsverfahren, was die Umsetzung in dieser Hinsicht erleichtern würde. Die Umsetzung der Massnahme wäre aber mit juristischen Unsicherheiten verbunden und es wäre wahrscheinlich eine Änderung des KVG nötig, weshalb die Gesamtrealisierbarkeit als 'schwer' eingestuft wurde. Zumindest aber müsste mit einem Bundesverwaltungsgerichtsprozess gerechnet werden.

P6 Lockerung/Aufhebung Territorialitätsprinzip

Ziel und Inhalt der Massnahme bzw. des Instrumentes



In der OKP werden – mit wenigen Ausnahmen – nur Leistungen, die in der Schweiz von in der Schweiz zugelassenen Leistungserbringern erbracht werden, von der Versicherung übernommen. Dieses Territorialitätsprinzip ist im Art. 34 des Krankenversicherungsgesetzes verankert. Gemäss Krankenversicherungsverordnung besteht die Möglichkeit, dass Pilotprojekte bewilligt werden, die eine Kostenübernahme durch Versicherer für Leistungen vorsehen, die in Grenzgebieten für in der Schweiz wohnhafte Versicherte erbracht werden. Mit Frankreich hat der Bundesrat zudem erst vor

kurzem ein Rahmenabkommen ausgehandelt, welches nun den Räten zur Behandlung eingereicht wurde und die grenzüberschreitende regionale Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich erleichtern und fördern soll. Das Territorialitätsprinzip findet aber auch Anwendung im Bereich der Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL), was bedeutet, dass im Ausland bezogene medizinische Hilfsmittel von den Krankenversicherern nicht vergütet werden. Diese Umstände schränken die Wahlfreiheit der Patienten ein, schotten inländische Anbieter von der ausländischen Konkurrenz weitgehend ab und führen somit zu einer Behinderung des Wettbewerbs.

Entsprechend würden mit der *Lockerung oder Aufhebung des Territorialitätsprinzips* primär zwei Ziele verfolgt:

Zum einen würde das Beziehen von im Ausland oftmals *preisgünstigeren Medikamenten und medizinischen Produkten* zu einer Kostendämpfung im Bereich der OKP führen. So konnte anhand ausgewählter Medizinalprodukte eine Differenz von 14 bis 37% zwischen den in der Schweiz und den

im nahen Ausland verlangten Preise ausgemacht werden, wobei die jährliche Vergütung der Krankenversicherer an ärztlich verschriebenen Mittel und Gegenständen knapp 612 Mio. beträgt (Bundesamt für Gesundheit, 2016b). Aber auch patentgeschützte Medikamente sind hierzulande 14% und Generika sogar 53% teurer als in europäischen Vergleichsländern (Aschwanden, 2017).

Zum anderen würde die Möglichkeit, *medizinische Leistungen* im Ausland zu beziehen, den Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern verstärken und inländische Anbieter zu mehr Effizienz animieren sowie den Preisdruck erhöhen, was wiederum zu günstigeren Preisen führen dürfte (CSS, 2016).

Das Territorialitätsprinzip könnte beispielsweise dahingehend aufgeweicht werden, als dass eine Vergütungspflicht für von den Versicherten selber im Ausland bezogene Medikamente sowie für medizinische Hilfsmittel und Gegenstände eingeführt würde, sofern ein entsprechendes Arztrezept vorliegt. Eine entsprechende Gesetzesanpassung würde den Preisdruck auf die Anbieter in der Schweiz erhöhen, was zu einer positiven Preisdynamik führen dürfte. Diese Massnahme könnte unabhängig davon umgesetzt werden, ob die Höchstpreise weiterhin hoheitlich festgelegt oder zwischen den Vertragspartnern verhandelt würden (vgl. **P5**).

Eine andere Möglichkeit besteht darin, das Territorialitätsprinzip vollständig abzuschaffen. Dies würde den Versicherten die Option eröffnen, nicht nur medizinische Hilfsmittel und Gegenstände im Ausland zu kaufen, sondern auch ihre Arzt- und Spitalbesuche im Ausland zu tätigen. Voraussetzungen hierfür wären, dass die Auslandspreise unter den jeweiligen maximalen OKP-Vergütungspreisen liegen und die Arzt- und Spitalbesuche im Ausland auf freiwilliger Basis getätigt würden.

Potential der Massnahme

Potential zur Kostendämpfung für das OKP-Gesamtsystem

tief



mittel

hoch

Wird im Bereich der MiGeL von Gesamtkosten von rund 612 Mio. und von einer Preisdifferenz von 25% zum Ausland ausgegangen, könnten, unter der Annahme, dass 25% aller Medizinalprodukte im Ausland eingekauft würden, insgesamt 38 Mio. eingespart werden. Die Kosten für Medikamente, die von Patienten in den Apotheken bezogen werden, betragen derzeit 3.46 Mrd. (Bundesamt für Gesundheit, 2016b). Ausgehend von der Annahme, dass 10% aller Patienten ihre Medikamente im Ausland und mit einer Preisdifferenz von 14% einkaufen würden, könnten hier wiederum rund 48 Mio. eingespart werden. Insgesamt ergibt sich dadurch ein Einsparpotential von 86 Mio.

Zahlen des Bundesamtes für Statistik zeigen, dass stationäre Gesundheitsdienstleistungen in der Schweiz im Vergleich zur EU um bis zu 173% teurer sind (Müller, 2016). Ein Pilotprojekt zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Raum Basel kam jedoch zum Schluss, dass sich die Kosten von in Deutschland durch Schweizer bezogenen Leistungen lediglich auf 1.2 Mio. summieren (CSS, 2016). Wie auch schon bei der Einführung der neuen Spitalfinanzierung, ist davon auszugehen, dass sich die Patientenströme erst mittel- bis langfristig entwickeln.

Auswirkungen auf die Finanzierung


| | | | |
|--|--|---|-------------|
| Sparpotential für den Kanton Zürich | tief | mittel | hoch |
| Auswirkung auf den Finanzierungsanteil der... | ... OKP-Krankenversicherer  | ... Privathaushalte / Patienten (out-of-pocket)  | |

Das Sparpotential dieser Massnahme für den Kanton Zürich ergibt sich dadurch, dass der kantonale Finanzierungsanteil an den im Ausland günstiger erbrachten stationären Spitalleistungen entsprechend tiefer ausfallen würde. Das Sparpotential hängt entsprechend auch von der Mobilität der Zürcher Patienten ab. Im Kanton Zürich decken die verschiedenen Spitäler und Kliniken im akutsomatischen Bereich das vollständige medizinische Angebot ab und sind verkehrstechnisch gut erschlossen. Wird davon ausgegangen, dass eine wohnortnahe Versorgung für die Bevölkerung ein bedeutendes Kriterium für die Spitalwahl darstellt, dann kann die Patientenmobilität im Allgemeinen als gering eingestuft werden. Auch der verstärkte Wettbewerb unter den Leistungsanbietern und die dadurch effizientere Erbringung von Spitalleistungen würde zu günstigeren Preisen führen, wobei die Spitäler und Kliniken im Kanton Zürich im schweizweiten Vergleich bereits überdurchschnittlich effizient arbeiten. Insgesamt kann das Sparpotential für den Kanton Zürich deshalb als gering eingestuft werden. Die Senkung der Finanzierungslast für die OKP-Krankenversicherer ergibt sich im stationären Bereich aus denselben Gründen. Eine deutlichere Entlastung ergäbe sich für die Krankenversicherer aber aufgrund der im Ausland bezogenen ambulanten Leistungen sowie Mitteln und Gegenständen, die vollständig zu Lasten der OKP vergütet werden. Für die Privathaushalte ergäbe sich eine Entlastung aufgrund der tieferen Preise im Rahmen der Eigenbeteiligung.

Realisierbarkeit für den Kanton Zürich

| | | | |
|-------------------------------------|---------------------|-------------------|-----------------------|
| Gesamtrealisierbarkeit | schwer | mittel | leicht |
| Rechtliche Realisierbarkeit | Bundesgesetz | Kt. Gesetz | Kt. Verordnung |
| Zeitliche Realisierbarkeit | >10 Jahre | 2-10 Jahre | <2 Jahre |
| Komplexität der Realisierung | hoch | mittel | tief |

Grenzen und Nebenwirkungen

| | |
|---|---|
| <p>Tendenziell könnte der verstärkte Wettbewerb zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität führen. Voraussetzung hierfür wäre unter anderem eine verstärkte Patientenmobilität. Damit sich Patienten für oder gegen eine Behandlung im Ausland entscheiden können, bräuchte es zudem sowohl in der Schweiz als auch im Ausland Transparenz bezüglich der Qualität der angebotenen Leistungen. Diesbezüglich besteht in der Schweiz aber auch im benachbarten Ausland weiterhin Nachholbedarf (KPMG, 2017). Tatsächliche Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sind deshalb keine zu erwarten.</p> | <p>Eine weitere Herausforderung ergibt sich aus der Einführung gleicher Rechte und Pflichten für inländische und ausländische Leistungserbringer. Auch die Regelung der Haftpflicht im Ausland dürfte wohl eine Herausforderung darstellen.</p> |
| <p>Auswirkung auf die Versorgungsqualität der Privathaushalte / Patienten</p> |  |

Fazit

Die Massnahme hat zwar ein 'mittleres' Sparpotential für das OKP-Gesamtsystem. Da die Patientenmobilität jedoch als gering eingeschätzt wird, dürften die Einsparungen für den Kanton Zürich wohl tief ausfallen.

P7 Lockerung/Aufhebung Vorschriften

Ziel und Inhalt der Massnahme bzw. des Instrumentes



Für die Spitäler bestehen etwa in den Bereichen Brandschutz oder Denkmalschutz eine Vielzahl kostentreibender Vorschriften. Es kann angezweifelt werden, ob aus betriebswirtschaftlicher Sicht der Nutzen dieser Vorschriften in einem angemessenen Verhältnis zu den dadurch entstehenden Kosten steht.

Die Lockerung von kostentreibenden Anforderungen kann dabei auf unterschiedliche Weisen zu Kosteneinsparungen führen. Einerseits können angepasste Vorschriften dazu führen, dass etwa die Produktionskosten

tiefer ausfallen, was sich in tieferen Tarifen widerspiegeln würde. Andererseits könnten bei Neubauten, etwa durch die Anpassung von baulichen Anforderungen, Baukosten eingespart werden.

Im Bereich der *Baunormen* werden verschiedene Vorschriften schon länger kritisiert, da sie im Verdacht stehen, kostentreibend zu wirken. So etwa die Norm des Schweizerischen Ingenieur- und Architektenvereins zu den Architektenhonoraren. Die Honorare können sich dabei nach der Höhe der Bausumme richten, was entsprechende Anreize setzen kann (Baumgartner, 2015). Auch besteht für kantonale Bauten beispielsweise die Vorgabe, dass ein gewisser Prozentsatz der Bausumme für «Kunst am Bau» eingesetzt werden muss, was wiederum kostentreibend wirkt.

Auch *Brandschutzvorschriften* dürften sowohl bei Neu- als auch bei Umbauten kostensteigernd wirken, beispielsweise, weil teurere Materialien verwendet oder zusätzliche Sicherheitselemente eingebaut werden müssen. Dabei scheint es auch eine Rolle zu spielen, wie die Vorschriften interpretiert und angewendet werden. So führte die strenge Interpretation von Vorschriften im Bereich Hygiene und Brandschutz bei

Bauten der Stadt Zürich zu deutlich höheren Kosten als bei vergleichbaren Neubauten (Gindely, 2012).

Gerade im Falle von Umbauten und Renovationen können auch Vorschriften im Bereich *Denkmalschutz* kostentreibend wirken. So musste beispielsweise der Kredit für den Modulbau des Universitätsspitals um 5% oder 4,6 Millionen aufgestockt werden, da es unter anderem wegen Verhandlungen mit dem Heimatschutz zu Verzögerungen gekommen war, was eine grössere Umplanung nötig machte (Hotz, 2017).

Auch im Bereich *Arbeitsrecht* können kostentreibende Anforderungen ausgemacht werden. So führte etwa die Einführung der 50-Stunden-Woche für das ärztliche Personal zu einer markanten Kostensteigerung, da die Spitäler das Personal aufstocken mussten. Als Teil der Produktionskosten können sich höhere Personalkosten wiederum in höheren Preisen niederschlagen.

Um für den Kanton Kosteneinsparungen zu ermöglichen, müssten die entsprechenden gesetzlichen Regelungen – gegebenenfalls durch ein Expertengremium – in einem ersten Schritt ausgemacht und in einem weiteren Schritt entsprechend angepasst werden. Dazu muss angemerkt werden, dass der Regierungsrat die Baudirektion im Rahmen der Leistungsüberprüfung 2016 bereits mit einer Überprüfung der gesetzlichen, betrieblichen und quantitativen Vorgaben im Hochbau sowie der baulichen Rahmenbedingungen beauftragt hat (Regierungsrat Kanton Zürich, 2017).

Selbstverständlich gilt es zu beachten, dass kostentreibenden Vorschriften oft auch einen Nutzen generieren. So besteht beispielsweise die Möglichkeit, dass die Aufhebung gewisser Vorschriften – etwa im Bereich des Brandschutzes – die Personal- und Patientensicherheit gefährden könnte. Bei der Evaluation kostentreibender Anforderungen müsste deshalb zwingend auch die Nutzendimension beachtet werden.

Potential der Massnahme

Potential zur Kostendämpfung für das OKP-Gesamtsystem

tief

mittel

hoch

Das Potential einer Lockerung oder Aufhebung von Vorschriften hängt von der Anzahl kostentreibender Anforderungen ab, welche einerseits ausgemacht und andererseits tatsächlich auch angepasst werden können. Insgesamt wird das Potential zur Kostenreduktion als 'mittel' eingeschätzt.

Auswirkungen auf die Finanzierung

| | | | |
|--|----------------------------|---------------|---|
| Sparpotential für den Kanton Zürich | tief | mittel | hoch |
| Auswirkung auf den Finanzierungsanteil der... | ... OKP-Krankenversicherer | ↓ | ... Privathaushalte / Patienten (out-of-pocket) → |

Die Lockerung von kostentreibenden Vorschriften dürfte für die Spitäler zu tieferen Personal-, Unterhalts-, und Anlagennutzungskosten und somit zu tieferen Fallkosten führen, was wiederum eine Senkung der Tarife (Baserate) zur Folge hätte. Da die spezifischen, kostentreibenden Anforderungen und die dadurch entstehenden Kosten zuerst ausgemacht werden müssten, ist eine quantitative Einschätzung des Sparpotentials nicht möglich. Für den Kanton Zürich wird das Sparpotential insgesamt als 'mittel' eingeschätzt.

Auch für die OKP-Krankenversicherer ergibt sich die finanzielle Entlastung aus den tieferen Tarifen im stationären Bereich.

Die Massnahme hat keine direkte Wirkung auf den Finanzierungsanteil der Privathaushalte.

Realisierbarkeit für den Kanton Zürich

| | | | |
|-------------------------------------|--------------|-------------------|----------------|
| Gesamtrealisierbarkeit | schwer | mittel | leicht |
| Rechtliche Realisierbarkeit | Bundesgesetz | Kt. Gesetz | Kt. Verordnung |
| Zeitliche Realisierbarkeit | >10 Jahre | 2-10 Jahre | <2 Jahre |
| Komplexität der Realisierung | hoch | mittel | tief |

Grenzen und Nebenwirkungen

Kosteneinsparungen sind erst mittel- bis langfristig zu erwarten, da die Kosteneinsparungen im Bereich der Unterhaltskosten erst später eine kostensenkende Wirkung auf die Tarife haben dürften. Einsparungen bei Neubauten erfordern zudem tatsächliche Bauprojekte.

Die Lockerung oder Aufhebung von gewissen Vorschriften könnte mittel- bis langfristig unter Umständen zu höheren Kosten führen. So wäre es denkbar, dass beispielsweise Einsparungen an der Bausubstanz zwar kurzfristig die Kosten senken, langfristig aber zu höheren Kosten führen, wenn etwa vermehrt Mängel beseitigt werden müssen.

Auswirkung auf die Versorgungsqualität der Privathaushalte / Patienten →

Fazit

Um das Potential der Massnahme genauer einschätzen zu können, müssten die kostentreibenden Vorschriften in einem ersten Schritt ausgemacht werden. Hierfür könnten unter anderem die Ergebnisse der erwähnten Überprüfung, welche der Regierungsrat der Baudirektion in Auftrag gegeben hat, beigezogen werden. Erst auf dieser Basis könnte in einem weiteren Schritt die Anpassung der Vorschriften vorgenommen werden. Die Komplexität hierfür wird aber als 'hoch' eingeschätzt, da die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich nur beschränkt Einfluss auf die kostentreibenden Vorschriften, beispielsweise auf Bauvorschriften, hat.

P8 Task Shifting von Arzt zu Gesundheitsfachperson (Optimierung Skill-Mix)

Ziel und Inhalt der Massnahme bzw. des Instrumentes



Task Shifting beschreibt die Umverteilung von Aufgaben, die normalerweise von Ärzten ausgeführt werden, auf andere Gesundheitsfachpersonen. Eine damit einhergehende Optimierung des Skill-Mix, also der Arbeits- und Kompetenzverteilung innerhalb der Behandlungsteams, stellt ein Instrument dar, um das Erbringen von Leistungen mit einem möglichst optimalen Ressourceneinsatz zu ermöglichen.



Durch das Aufkommen neuer Rollen und Berufsbilder beim Pflegepersonal besteht zunehmend die Möglichkeit, dass bisher «klassische» ärztliche Tätigkeiten auf hochqualifizierte Pflegefachpersonen mit erweitertem Fachwissen übertragen werden. So verfügen etwa Advanced Practice Nurses (APN) über die nötigen Voraussetzungen, um – sofern die entsprechenden gesetzlichen Grundlagen bestehen – definierte medizinische Handlungen auszuüben sowie bestimmte Medikamente oder auch diagnostische Tests zu veranlassen und zu interpretieren (Bundesamt für Gesundheit, 2013). Im ambulanten Setting könnten diese gerade bei der Versorgung chronisch Kranker gewisse hausärztliche Tätigkeiten übernehmen, wie dies in der Schweiz bisher vereinzelt der Fall ist (Anderegg, 2016). Neuerdings besteht in der Schweiz zudem die Möglichkeit, sich für einfache Erkrankungen in einer Apotheke («mini-clinic») von erfahrenen Praxisassistenten untersuchen und beraten zu lassen. Diese kann per Videokonferenz einen Arzt zuschalten, welcher bei Bedarf weitere Untersuchungen anordnen kann. Auch Administrations- und Koordinationstätigkeiten der Ärzte, die laut Experten etwa 20 - 40% ihrer Arbeitszeit in Anspruch nehmen, können auf andere Gesundheitsfachpersonen umverteilt werden. So werden im Kantonsspital Winterthur Pflegefachpersonen mit erweiterten Rollen – sogenannte «klinische Fachspezialis-

ten» – eingesetzt, welche die Ärzte von solchen Aufgaben entlasten.

Durch die Übertragung bisher ärztlicher Tätigkeiten auf andere Gesundheitsfachpersonen können potenziell Personalkosten eingespart und dadurch die Produktionskosten für Gesundheitsdienstleistungen gesenkt werden, was wiederum zu einer Senkung der Preise führen würde. Zudem kann, durch die Fokussierung der einzelnen Gesundheitsfachpersonen auf spezialisierte Tätigkeiten, gleichzeitig die Effizienz der Leistungserbringung gesteigert werden.

Um die Einführung von entsprechenden Skill-Mix-Modellen zu ermöglichen und zu fördern, müssten aber vorerst die nötigen Voraussetzungen geschaffen werden.

Zum einen müssten die gesetzlichen Rahmenbedingungen angepasst werden, wobei in erster Linie Fragen der Verantwortung und Haftpflicht zu regeln wären. Die Rolle von hochqualifizierten Pflegefachpersonen mit ärztlichen Aufgaben ist gesetzlich noch nicht definiert, was bedeutet, dass die Pflegefachpersonen auf Delegation arbeiten und die Verantwortung hierfür weiterhin von den Ärzten getragen wird.

Zum anderen müsste im ambulanten Bereich eine Anpassung des Tarifsystems erfolgen. Im Gegensatz zum stationären Bereich, in welchem die Behandlungen pauschal vergütet werden, werden erbrachte Leistungen im ambulanten Bereich einzeln vergütet. Dabei besteht zurzeit kein Tarif, um Leistungen, die von Pflegefachpersonen im Rahmen ihrer erweiterten Rolle erbracht werden, abzurechnen. Gleichzeitig muss angefügt werden, dass eine parlamentarische Initiative, die den Pflegefachpersonen lediglich das selbstständige Abrechnen von gewissen Pflegeleistungen erlauben wollte, erst kürzlich vom Parlament abgelehnt wurde (Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK), 2016).

Potential der Massnahme

Potential zur Kostendämpfung für das OKP-Gesamtsystem

tief


mittel

hoch

Für die Schweiz sind derzeit keine Daten vorhanden, inwieweit produktive Ineffizienzen durch einen suboptimalen Skill-Mix bei der Bereitstellung von Leistungen bestehen. Experten gehen davon aus, dass bei einer beispielhaften Form des Skill-Mix in der Grundversorgung kurzfristig lediglich geringe Kosteneinsparungen zu erwarten sind (Trageser et al., 2014). Mit der fortschreitenden Akademisierung und neuen Qualifikationen der Gesundheitsfachpersonen könnten diese Kosteneinsparungen durch höhere Lohnforderungen zusätzlich geschmälert werden.

Die Möglichkeit der selbstständigen Bereitstellung und Verrechnung von Leistungen durch zusätzliche Gesundheitsfachpersonen beinhaltet zudem die Gefahr einer Mengenausweitung und einer damit einhergehenden Kostensteigerung.

Auswirkungen auf die Finanzierung

| | | | |
|--|----------------------------|---|---|
| Sparpotential für den Kanton Zürich | tief | mittel | hoch |
| Auswirkung auf den Finanzierungsanteil der... | ... OKP-Krankenversicherer |  | ... Privathaushalte / Patienten (out-of-pocket) |

Für den Kanton Zürich könnte sich ein Sparpotential durch die Einführung von Skill-Mix-Modellen im stationären Bereich ergeben, wobei sich die Senkung der Preise für stationäre Spitaldienstleistungen aufgrund niedrigerer Produktionskosten entsprechend auf die Finanzlast des Kantons auswirken dürfte. Wie bereits erwähnt, kann jedoch mit einer Abnahme der Lohndifferenz zwischen Gesundheitsfachpersonen mit erweiterten Rollen und dem ärztlichen Personal ausgegangen werden, was den Effekt auf die Finanzierung durch den Kanton verringern dürfte. Hingegen würde die Umstrukturierung von Aufgaben und Rollen sowie die Anpassung bestehender Strukturen und Prozesse für die Spitäler kurzfristig wohl mit einer Kostensteigerung einhergehen.

Einerseits könnte die Übernahme (haus-)ärztlicher Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen APN im ambulanten Bereich voraussichtlich zu Kosteneinsparungen führen. Die Krankenversicherer, die den ambulanten Sektor vollständig finanzieren, würden somit finanziell entlastet werden. Andererseits kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Möglichkeit der selbstständigen Bereitstellung und Verrechnung von Leistungen durch zusätzliche Gesundheitsfachpersonen zu einer Mengensteigerung und somit zu einer Kostensteigerung führt.

Für Privathaushalte könnte die Möglichkeit, sich für die Behandlung von Bagatellfällen bei einer (günstigeren) Pflegefachperson anstatt bei einem Hausarzt vorzustellen, zu einer Reduktion der out-of-pocket Ausgaben führen.

Realisierbarkeit für den Kanton Zürich


| | | | |
|-------------------------------------|---------------------|-------------------|-----------------------|
| Gesamtrealisierbarkeit | schwer | mittel | leicht |
| Rechtliche Realisierbarkeit | Bundesgesetz | Kt. Gesetz | Kt. Verordnung |
| Zeitliche Realisierbarkeit | >10 Jahre | 2-10 Jahre | <2 Jahre |
| Komplexität der Realisierung | hoch | mittel | tief |

Grenzen und Nebenwirkungen

Bereits heute besteht sowohl im ärztlichen wie auch im pflegerischen Bereich ein Mangel an Fachkräften, welcher sich in Zukunft weiter verschärfen dürfte. Eine Umverteilung von ärztlichen Aufgaben auf Pflegefachpersonen würde den Fachkräftemangel in dieser Berufsgruppe zusätzlich verstärken.

Die Massnahme dürfte kurzfristig keinen Einfluss auf die Versorgungsqualität haben. Mittel- bis langfristig könnte die Versorgungsqualität verbessert werden, da die Massnahme zu einer spezialisierten Tätigkeit der unterschiedlichen Berufsgruppen führt (Trageser et al., 2014).

Auswirkung auf die Versorgungsqualität der Privathaushalte / Patienten



Fazit

Die Implementierung von Skill-Mix-Modellen im Rahmen von Pilotprojekten und neuen Versorgungsmodellen sowie eine Evaluation der Auswirkungen auf die Kosten und die Qualität sind grundsätzlich zu begrüssen. Falls zu einem späteren Zeitpunkt mehr Evidenz zu den Auswirkungen auf die Kosten und die Qualität der Behandlungen vorliegt – etwa nach der Evaluation von Modellen wie dasjenige des Kantonsspitals Winterthur – könnten Umsetzungsmöglichkeiten in Betracht gezogen werden.

4.2. Beurteilung der mengenbezogenen Massnahmen und Instrumente

M1 Limitation Zulassung: niedergelassene Ärzte

Ziel und Inhalt der Massnahme bzw. des Instrumentes



Die Kostenentwicklung im ambulanten Bereich ist hauptsächlich eine Mengenzunahme: Während die Preise der ambulanten Leistungen stabil geblieben sind, haben die Mengen stark zugenommen. Die kantonalen Mengenunterschiede im ambulanten Bereich lassen sich neben dem Geschlecht (Frauenanteil) massgeblich durch die Dichte an Spezialärzten erklären. Die Dichte der Allgemeinärzte hat dagegen keinen Einfluss (Schleiniger & Blöchliger, 2012).

Ein bedeutender Anteil der neu erteilten Berufsausübungsbewilligungen für Spezialärzte vereinen Ärztinnen und Ärzte auf sich, die ihre Aus- und Weiterbildung im Ausland absolviert haben. Folgerichtig legt die seit 2002 wiederholt angewendete Beschränkung der Zulassung von Ärztinnen und Ärzten zur Tätigkeit zu Lasten der OKP («Zulassungsstopp») zunehmend einen Schwerpunkt auf die Zuwanderung von Spezialärzten aus dem Ausland (Roth & Sturny, 2015). Der aktuell geltende Zulassungsstopp läuft Mitte 2019 aus und eine Nachfolgelösung wird im Parlament zurzeit diskutiert.

Mit einem breiten Verständnis von «Steuerung», welches nicht nur staatlich festgesetzte Massnahmen sondern auch Anreizwirkungen umfasst (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), 2016), gehört die Limitierung der Zulassung sicherlich zu den einschneidenden Formen der Steuerung des medizinischen Angebots. Der Bundesrat hat in seinem Bericht in Erfüllung des Postulats 16.3000 Alternativen zur heutigen Steuerung der Zulassung aufgezeigt und beurteilt (Bundesrat, 2017). Neben einer Verbesserung der Zulassungssteuerung werden auch die Lockerung des Vertragszwangs (vgl. **M11**) sowie Anreizwirkungen über die Tarife (vgl. **P2** und **P3**) diskutiert.

Im Juli 2017 hat der Bundesrat die mit der Motion 16.3001 SGK-N geforderte Teilrevision des KVG betreffend die Verbesserung der Zulassungsbeschränkung von ambulanten Leistungserbringern (niedergelassene und im Spital) in die Vernehmlassung geschickt. Der vorgeschlagene Ansatz umfasst drei Interventionsebenen:

1. Gewährleistung *Qualifikation* durch Erhöhung der Anforderungen an die Berufspraxis
2. Formales *Zulassungsverfahren*: Neue Voraussetzungen für die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP (Wartefrist von zwei Jahren nach der Aus- und Weiterbildung, Kenntnisse des Schweizer Gesundheitssystems, Beteiligung an Qualitätsverbesserungsmassnahmen, Datenweitergabe)
3. Regulierung des Versorgungsangebots durch die Kantone mittels *Zulassungsbeschränkung* basierend auf Höchstzahlen pro medizinischem Fachgebiet

Die zweite Interventionsebene reguliert zum einen gezielt die Zuwanderung von Spezialisten aus dem Ausland. Zum anderen erhöht sie die Anforderungen betreffen Qualität und Wirtschaftlichkeit für alle zugelassenen Leistungserbringer. Alternativ könnte die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP auch über Qualitätskriterien geregelt werden. Nur sollten diese nicht wie nun vom Bundesrat vorgeschlagen reine Strukturqualitätskriterien, sondern Ergebnisqualitätskriterien (d.h. medizinische Outcomes) enthalten. Dafür fehlen heute und wohl auch in absehbarer Zeit jedoch die Datengrundlagen, was die Realisierbarkeit erheblich erschwert bzw. unmöglich macht.

Die dritte Interventionsebene hat das höchste Potential, die Kostenentwicklung im ambulanten Bereich zu beeinflussen. Ergänzend zur Kompetenz zur Mengenbeschränkung durch die Festlegung von Höchstzahlen pro Fachgebiet werden die Kantone ergänzend einen «Notschalter» erhalten, der sie ermächtigt, bei massivem Kostenanstieg auf einem Fachgebiet die Zulassung jeglicher neuer Leistungserbringer gänzlich zu unterbinden.

Potential der Massnahme

Potential zur Kostendämpfung für das OKP-Gesamtsystem



tief

mittel

hoch

Gemäss den Akademien der Wissenschaften Schweiz (Trageser et al., 2012): 1 bis 2 Mrd. CHF pro Jahr aufgrund von angebot-induzierter Nachfrage (ambulant und stationär). Der Anteil dieses theoretischen Potentials für den Sektor Arzt ambulant beträgt 180 bis 360 Mio. pro Jahr (vgl. [Anhang A.5.](#)). Alleine mit der geplanten Steuerung der Kapazitäten mittels der Zulassungsbeschränkung auf der Basis von Höchstzahlen pro Fachgebiet kann dieses Potential nicht ausgeschöpft werden. Dazu müssten auch die bestehenden Zulassungen zur Tätigkeit zu Lasten der OKP hinterfragt werden. Unter der Annahme, dass maximal 20% des Potentials ausgeschöpft werden können, reduziert sich dieses auf 35 bis 70 Mio. pro Jahr.


Auswirkungen auf die Finanzierung

| | | | |
|--|---|---|-------------|
| Sparpotential für den Kanton Zürich | tief | mittel | hoch |
| Auswirkung auf den Finanzierungsanteil der... | ... OKP-Krankenversicherer  | ... Privathaushalte / Patienten (out-of-pocket)  | |
| <p>Alle ambulanten Leistungen werden in der OKP zu 100% von den Krankenversicherern vergütet und somit vollständig über Prämien finanziert. Die mit der Massnahme angestrebte Kostenreduktion reduziert demnach die Finanzierungslast über Prämien tendenziell.</p> <p>Auf die Finanzlast des Kanton hat die Massnahme keine unmittelbaren Auswirkungen. Allenfalls kann eine indirekte Wirkung auf die Kantonsfinanzen nicht ausgeschlossen werden:</p> <p>a) Je erfolgreicher die Massnahme die Kosten reduziert und</p> | <p>Prämien gesenkt werden können, desto eher kann die Höhe der vom Kanton aus Steuermitteln mitfinanzierten Individuellen Prämienverbilligung (IPV) reduziert werden. Dies hätte eine positive Auswirkung (Sparpotential) auf die Kantonsfinanzierung.</p> <p>b) Sofern der Zugang zu ambulanten Spezialisten durch die Höchstzahlen von der Bevölkerung als eingeschränkt empfunden wird, könnten diese vermehrt auf das stationäre Angebot der Spitäler ausweichen. Die vom Kanton zu 55% mitfinanzierten stationären Aufenthalte könnten zunehmen, was eine negative Auswirkung auf die Kantonsfinanzierung hätte.</p> | | |

Realisierbarkeit für den Kanton Zürich

| | | | |
|-------------------------------------|---------------------|-------------------|-----------------------|
| Gesamtrealisierbarkeit | schwer | mittel | leicht |
| Rechtliche Realisierbarkeit | Bundesgesetz | Kt. Gesetz | Kt. Verordnung |
| Zeitliche Realisierbarkeit | >10 Jahre | 2-10 Jahre | <2 Jahre |
| Komplexität der Realisierung | hoch | mittel | tief |

Grenzen und Nebenwirkungen

| | |
|--|--|
| <p>Die Wirksamkeit der Massnahme hängt stark davon ab, ob und wie die Kantone ihre neue Kompetenz wahrnehmen. Heute wenden vier Kantone (AI, AR, GR und ZH) die Zulassungsbeschränkung nicht an, weil sie neben grundsätzlichen Bedenken zu staatlich festgesetzten Massnahmen Vorbehalte in Bezug auf die Wirksamkeit haben.</p> <p>Ein Kernproblem der Zulassungsbeschränkung betrifft die ungleiche Behandlung von Ärzten, welche bereits über eine</p> | <p>Zulassung verfügen (Insider) und den anderen, die neu eine solche zur Ausübung der beruflichen Tätigkeit benötigen (Outsider).</p> <p>Auswirkung auf die Versorgungsqualität der Privathaushalte / Patienten </p> |
|--|--|

Fazit

Das Instrument der Zulassungsbeschränkung über Höchstzahlen ist grundsätzlich wirksam und geeignet, da es direkt das Angebot beeinflusst. Die Wirksamkeit in Bezug auf die Reduktion der angebotsinduzierten Nachfrage in der Praxis hängt stark von der Umsetzung durch die Kantone ab. Dabei stellen sich neben konzeptionellen Schwierigkeiten (Ermittlung des angemessenen Bedarfs, ergebnisbasierte Qualitätskriterien) auch die politische Frage, wie stark der Staat in den Gesundheitsmarkt intervenieren soll.

M2 Limitation Zulassung: Spitäler ambulant

Ziel und Inhalt der Massnahme bzw. des Instrumentes



Der vom Bundesrat vorgeschlagene Ansatz einer kantonalen Zulassungsbeschränkung mittels Höchstzahlen gilt «für alle Ärztinnen und Ärzte, die zur Tätigkeit zu Lasten der OKP im ambulanten Sektor des Kantons zugelassen sind, unabhängig davon, ob sie in der Praxis oder einer Einrichtung der ambulanten Krankenpflege, einschliesslich des ambulanten Bereichs der Spitäler, tätig sind» (Eidgenössisches Departement des Innern (EDI), 2017, p. 4).

Zu Ziel und Inhalt der Massnahme wird daher auf die in Massnahme 'Limitation Zulassung: niedergelassene Ärzte' (vgl. **M1**) gemachten Ausfuhnungen verwiesen. Eine verwandte Massnahme, die nicht die Zulassung von Ärzten steuert, sondern auf die Einrichtungen (d.h. Organisationen) abzielt, ist die *Bewilligungspflicht für neue ambulante Angebote von Spitälern*. Aus Sicht von Spitälern macht es aus zwei Gründen betriebswirtschaftlich Sinn, insbesondere das ambulante Angebot auszuweiten:

Neben der organisatorischen erfolgt zusätzlich eine geographische Trennung von ambulanter und stationärer Leistungserbringung. Damit können die Strukturen und Prozesse in beiden Sektoren gezielt den Anforderungen des jeweiligen Sektors angepasst werden. Die Folge ist oftmals eine Auslagerung einzelner spezialisierter Fachbereiche in ein ambulantes Setting (z.B. Interdisziplinäre ambulante Tagesklinik des Kantonsspitals Baselland am Standort Liestal, Facharztezentrum des Kantonsspitals Winterthur in Wallisellen).

Die Spitäler erweitern ihre Wertschöpfungskette durch eine vertikale Integration, indem sie der stationären Versorgung vorgelagerte ambulante Leistungserbringer in ihre Organisation integrieren (Rückwärtsintegration). So werden etwa Hausarztpraxen oder diagnostische Zentren aufgekauft und in die Organisation integriert (z.B. Praxiszentren der Hirslanden-Gruppe, Übernahme Airport Medical Center durch das Spital Bülach, Ambulatorien des Universitätsspitals Zürich beim Flughafen). Ziel der vertikalen Integration ist neben dem besseren Schnittstellenmanagement auch eine bessere Akquisition für stationäre Behandlungen (d.h. effektivere Zuweisung).

Mit neuen Einrichtungen wird in der Regel auch die Anzahl der zugelassenen Ärzte erhöhet. Mit einer stark ausgebauten und attraktiven ambulanten Versorgungsstruktur über viele Fachgebiete (Vielfalt des Angebots) und einfachem Zugang (örtlich, zeitlich, versichert über die OKP) wird vermutet, dass die Attraktivität ambulanter Leistungserbringung für die Bevölkerung insgesamt zunimmt. Damit wird die Gefahr für angebotsinduzierte Nachfrage weiter erhöhet.

Mit einer Bewilligungspflicht für neue ambulante Angebote von Spitälern durch den Kanton könnte analog der Zulassungsbeschränkung für Ärzte (vgl. **M1**) direkt Einfluss auf das Angebot genommen werden. Die rechtliche Grundlage für diese Einschränkung ist zurzeit nicht gegeben: wie bei den niedergelassenen Ärzten sind im spitalambulanten Sektor gemäss Art. 35 in Kombination mit 36a KVG Einschränkungen über die Berufsausübungsbewilligung nicht vorgesehen. Will der Staat eine weitergehende Steuerung von Einrichtungen vornehmen, so müssten zuerst die Grundlagen im KVG gelegt werden.

Potential der Massnahme

Potential zur Kostendämpfung für das OKP-Gesamtsystem


tief

mittel

hoch

Gemäss den Akademien der Wissenschaften Schweiz (Trageser et al., 2012): 1 bis 2 Mrd. CHF pro Jahr aufgrund von angebotsinduzierter Nachfrage (ambulant und stationär). Der Anteil dieses theoretischen Potentials für den Sektor Spital ambulant beträgt 80 bis 160 Mio. pro Jahr (vgl. [Anhang A.5.](#)). Alleine mit der geplanten Steuerung der Kapazitäten mittels der Zulassungsbeschränkung auf der Basis von Höchstzahlen pro Fachgebiet kann dieses Potential nicht ausgeschöpft werden. Dazu müssten auch die bestehenden Zulassungen zur Tätigkeit zu Lasten der OKP hinterfragt werden. Im Vergleich zum Sektor Arzt ambulant (vgl. **M1**) erhöhet sich der Wirkungsgrad der Massnahme, weil im Spital nur spezialärztliche Fachgebiete angesiedelt sind (im Sektor Arzt ambulant haben die Spezialisten einen Anteil von rund 40%). Unter der Annahme, dass maximal 50% des Potentials ausgeschöpft werden können, reduziert sich dieses auf 40 bis 80 Mio. pro Jahr.


Auswirkungen auf die Finanzierung

| | | | |
|---|---|---|---|
| Sparpotential für den Kanton Zürich | tief | mittel | hoch |
| Auswirkung auf den Finanzierungsanteil der... | ... OKP-Krankenversicherer |  | ... Privathaushalte / Patienten (out-of-pocket) |
| <p>Alle ambulanten Leistungen werden in der OKP zu 100% von den Krankenversicherern vergütet und somit vollständig über Prämien finanziert. Die mit der Massnahme angestrebte Kostenreduktion reduziert demnach die Finanzierungslast über Prämien tendenziell.</p> <p>Auf die Finanzlast des Kanton hat die Massnahme keine unmittelbaren Auswirkungen. Allenfalls kann eine indirekte Wirkung auf die Kantonsfinanzen aufgrund der beiden folgenden Überlegungen nicht ausgeschlossen werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Je erfolgreicher die Massnahme die Kosten reduziert und Prämien gesenkt werden können, desto eher kann die Höhe der | <p>vom Kanton aus Steuermitteln mitfinanzierten Individuellen Prämienverbilligung (IPV) reduziert werden. Dies hätte eine positive Auswirkung (Sparpotential) auf die Kantonsfinanzierung.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sofern der Zugang zu ambulanten Spezialisten durch die Höchstzahlen von der Bevölkerung als eingeschränkt empfunden wird, könnten diese vermehrt auf das stationäre Angebot der Spitäler ausweichen. Die vom Kanton zu 55% mitfinanzierten stationären Aufenthalte könnten zunehmen, was eine negative Auswirkung auf die Kantonsfinanzierung hätte. | | |

Realisierbarkeit für den Kanton Zürich

| | | | |
|-------------------------------------|---------------------|-------------------|-----------------------|
| Gesamtrealisierbarkeit | schwer | mittel | leicht |
| Rechtliche Realisierbarkeit | Bundesgesetz | Kt. Gesetz | Kt. Verordnung |
| Zeitliche Realisierbarkeit | >10 Jahre | 2-10 Jahre | <2 Jahre |
| Komplexität der Realisierung | hoch | mittel | tief |

Grenzen und Nebenwirkungen

| | |
|--|--|
| <p>Die Wirksamkeit der Massnahme hängt stark davon ab, ob und wie die Kantone ihre neue Kompetenz wahrnehmen. Heute wenden vier Kantone (AI, AR, GR und ZH) die Zulassungsbeschränkung nicht an, weil sie neben grundsätzlichen Bedenken zu staatlich festgesetzten Massnahmen Vorbehalte in Bezug auf die Wirksamkeit haben.</p> <p>Schränkt der Staat neue ambulante Einrichtungen mittels Bewilligungen ein, so besteht die Gefahr, dass auch die er-</p> | <p>wünschte Substitution von stationären durch (kostengünstigere) ambulante Angebote (vgl. P1) gefährdet wird.</p> |
| | <p>Auswirkung auf die Versorgungsqualität der Privathaushalte / Patienten</p>  |

Fazit

Das Instrument der Zulassungsbeschränkung über Höchstzahlen ist grundsätzlich wirksam und geeignet, da es direkt das Angebot beeinflusst. Die Wirksamkeit in Bezug auf die Reduktion der angebotsinduzierten Nachfrage in der Praxis hängt stark von der Umsetzung durch die Kantone ab. Dabei stellen sich neben konzeptionellen Schwierigkeiten (Ermittlung des angemessenen Bedarfs, ergebnisbasierte Qualitätskriterien) auch die politische Frage, wie stark der Staat in den Gesundheitsmarkt intervenieren soll.

M3 Steuerung Kapazitäten: Spital stationär

Ziel und Inhalt der Massnahme bzw. des Instrumentes



Mit einer direkten Steuerung der Menge soll erstens die zur medizinischen Versorgung zur Verfügung stehende Kapazität (insbesondere der Anzahl Betten) reduziert (direkte Wirkung), zweitens das Potential für angebotsinduzierter Nachfrage eingeschränkt (indirekte Wirkung über Anreize), und drittens die Verlagerung von Behandlungen zu effizienteren Leistungserbringern gefördert (Effizienzwirkung) werden.

Die Festlegung der Kapazitäten erfolgt über die Anzahl Spitäler, welche vom Kanton einen Leistungsauftrag erhalten, sowie über definierten Umfang des Leistungsauftrags mit einem bestimmten Spital. Das grösste Potential dürfte in der *Reduktion der Anzahl Spitäler auf der Spitalliste* liegen. Damit wird die Anzahl Spitäler, die auf Kosten der Grundversicherung abrechnen dürfen, reduziert. In der unmittelbaren Umsetzung könnte dies bedeuten, dass keine neuen Leistungserbringer berücksichtigt würden, dass die für die Qualifizierung notwendigen Mindestfallzahlen erhöht würden, oder dass die Einhaltung der Leistungsaufträge strenger überprüft würde.

Alternativ kann die Zusammensetzung der Spitalliste aufgrund weiterer Kriterien vorgenommen werden:

Zum einen wäre denkbar, eine *Mindestquote für Grundversicherung* festzulegen, welche alle Listenspitäler erfüllen müssten. In der politischen Diskussion (zwei parlamentarische Initiativen im Kanton ZH) wird beispielsweise von einem Anteil in der Höhe von 50% bzw. 60% ausgegangen (d.h. mindestens 50% der behandelten Patienten sind nur grundversichert, bzw. maximal 50% der Patienten sind Zusatzversichert, erhalten aber den Kantonsbeitrag von 55% für die im Rahmen der OKP erbrachten Leistungen). Eine Erhöhung der Quote würde andere Spitäler (v.a. Regionalspitäler im Ballungsraum der Stadt Zürich) unter Druck setzen (Hudec, 2017).

Zum anderen können aber auch die *Anforderungen an die Wirtschaftlichkeit eines Listenspitals* verschärft werden, indem die Toleranzbandbreite für den Wirtschaftlichkeitsvergleich von heute 15% über den Durchschnittskosten auf 7.5% gesenkt würde. In diesem Sinne würden «ineffiziente» Leistungserbringer ganz oder hinsichtlich einzelner Leistungen von der Spitalliste gestrichen und die Behandlungen werden dementsprechend in effizienteren Spitälern erbracht.

Das Leistungswachstum eines Spitals ist ferner über den Umfang des Leistungsauftrags beeinflussbar, indem neben den bereits heute geltenden Vorgaben zu Minimalmengen (d.h. Mindestfallzahlen) die Mengensteuerung mit *Vorgaben von Maximalmengen* (d.h. Höchstfallzahlen für bestimmte Eingriffe) eingeführt wird.

Neben dem Eingriff über die Definition des Leistungsauftrags mittels Spitallisten ist die Mengensteuerung mittels Einführung von Bewilligungspflichten denkbar:

Das medizinische Angebot in Spitälern umfasst neben stationären auch ambulant erbrachte Leistungen. In beiden Bereichen werden die Leistungen sowohl von Spitalärzten als auch von Belegärzten erbracht. Auch die öffentlichen Spitäler erweitern momentan ihr ambulant erbrachtes Angebot, indem sie vom Spital örtlich getrennte Leistungserbringungszentren eröffnen (z.B. Ambulatorien USZ im «The Circle» beim Flughafen; Fachärzteezentrum KSW in Wallisellen). Der Kanton könnte eine *Bewilligungspflicht für (neue) ambulante Angebote von Spitälern* für alle Listenspitäler vorsehen. Dieser Ansatz zielt auf die Eindämmung des Risikos aus angebotsinduzierter Nachfrage ab, welches über eine (zu) hohe Kapazität im ambulanten Bereich geschaffen würde.

In Analogie könnte das Risiko aus angebotsinduzierter Nachfrage neben dem ambulanten auch im stationären Bereich reduziert werden, indem eine *Bewilligungspflicht für Infrastruktur* in den Listenspitälern (z.B. für Immobilien, Grossgeräte, etc.) eingeführt würde. So wird beispielsweise im Kanton Wallis eine Kommission beurteilen, ob für Apparaturen, die mehr als eine Million Franken kosten, die Anschaffung Sinn macht.

Potential der Massnahme

Potential zur Kostendämpfung für das OKP-Gesamtsystem

tief

mittel

hoch

Durch die Reduktion der Anzahl Spitäler auf den Spitallisten ist gesamtschweizerisch von einem hohen Potential durch Abbau von Überkapazitäten auszugehen, wobei es aufgrund des Verhältnisses von heutiger Versorgungsdichte und Bevölkerungsentwicklung grosse Unterschiede gibt (Christen et al., 2013, p. 29f.). Entsprechend wird ein hohes Potential beispielsweise im Kanton SG und der Agglomeration Bern vermutet.

Gemäss den Akademien der Wissenschaften Schweiz (Trageser et al., 2012): 1 bis 2 Mrd. CHF pro Jahr aufgrund von angebotsinduzierter Nachfrage (ambulant und stationär). Anteil für den Bereich Spital stationär 90 bis 180 Mio. pro Jahr (vgl. [Anhang A.5.](#)).

Auswirkungen auf die Finanzierung

| | | | |
|---|----------------------------|--|---|
| Sparpotential für den Kanton Zürich | tief | mittel | hoch |
| Auswirkung auf den Finanzierungsanteil der... | ... OKP-Krankenversicherer | ↓ | ... Privathaushalte / Patienten (out-of-pocket) |
| <p>Der Kanton Zürich hat im schweizweiten Vergleich bereits unterdurchschnittliche Kosten, die im nichtuniversitären Spitalbereich (stationär und ambulant) anfallen (vgl. Kapitel 2.4). Zudem ist die Spitalliste in Bezug auf die Anzahl Spitäler im Vergleich zu anderen Kantonen stärker konsolidiert. So ist für den Kanton Zürich eher der untere Referenzwert des Potentials angemessen. Von den Einsparmöglichkeiten von rund 90 Mio. pro Jahr würden auf den Kanton Zürich, ausgehend von einem Bevölkerungsanteil von 17.7%, anteilmässig etwa 9 Mio. entfallen. Zu beachten ist dabei, dass nicht ausgeschlossen werden kann, dass es zu einer Zunahme ausserkantonalen Behandlungen kommen könnte. Sollte dies im grösseren Ausmass der Fall sein, würde dies das Sparpotential für den Kanton Zürich reduzieren, da der Kanton durch die seit 2012</p> | | <p>geltende Subjektfinanzierung ausserkantonale Behandlungen in der Höhe des Referenzsatzes ebenfalls mitfinanziert.</p> <p>Der Finanzierungsanteil der OKP-Krankenversicherer von 45% führt zu einer anteilmässigen Reduktion der Finanzierungslast, wie sie auch beim Kanton anfällt.</p> <p>Die Privathaushalte bzw. Patienten müssten hingegen mehr bezahlen, indem der Finanzierungsanteil sowohl der Kantone als auch der OKP-Krankenversicherer wegfällt, wenn die Behandlung in einem Spital erfolgen soll, das neu weder auf der Spitalliste des Kantons Zürich noch auf einer Spitalliste der anderen Kantone geführt wird. Fangen dies die Krankenzusatzversicherungen auf, werden deren Prämien stark ansteigen.</p> | |

Realisierbarkeit für den Kanton Zürich

| | | | |
|-------------------------------------|--------------|-------------------|-----------------------|
| Gesamtrealisierbarkeit | schwer | mittel | leicht |
| Rechtliche Realisierbarkeit | Bundesgesetz | Kt. Gesetz | Kt. Verordnung |
| Zeitliche Realisierbarkeit | >10 Jahre | 2-10 Jahre | <2 Jahre |
| Komplexität der Realisierung | hoch | mittel | tief |

Grenzen und Nebenwirkungen

| | |
|---|---|
| <p>Bei einer Reduktion der Anzahl Spitäler auf der Spitalliste weichen die Patienten auf Nachbarkantone und deren Listenspitäler aus, welche durch den Kanton Zürich in der Höhe des Referenzsatzes mitfinanziert werden. Es besteht die Gefahr der Gewinnreduktion der kantonalzürcherischen Spitäler. Dies wiederum ist mit einem juristischen und politischen Risiko verbunden (z.B. Anfechtung der Spitallisten vor Gericht).</p> | <p>Auswirkung auf die Versorgungsqualität der Privathaushalte / Patienten</p> <p>→</p> |
|---|---|

Fazit

Die Reduktion der Anzahl Spitäler auf der Spitalliste im Kanton Zürich ist eine effektive Massnahme zur Beeinflussung der Kostenentwicklung und zudem «technisch» relativ einfach umsetzbar. Sie ist hingegen mit politischen Risiken verbunden, da Spitalschliessungen unpopulär sind.

M4 Globalbudgets

Ziel und Inhalt der Massnahme bzw. des Instrumentes



Unter dem Begriff 'Globalbudget' werden verschiedene Ansätze diskutiert, wobei aus Finanzsicht der Kantone das *Globalbudget für Spitäler gemäss Art. 51 KVG* im Zentrum steht: Danach kann der Kanton für seinen Kantonsanteil von mindestens 55% an den in den Listenspitälern stationär erbrachten Leistungen einen Gesamtbetrag festsetzen. Aktuell wenden in der Schweiz drei Kantone Globalbudgets an (GE, TI, VD). Das BAG (Eidgenössisches Departement des Innern (EDI), 2016) hat aufgezeigt, dass die Kantone mit Globalbudgets im stationären Bereich ein

deutlich geringeres Kostenwachstum vorweisen als die übrigen Kantone. Konkret sind die Spitalkosten der Kantone mit Globalbudget zwischen 2001 bis 2014 um 48.9% angewachsen, bei den übrigen Kantonen ohne Globalbudget hingegen um 103.8%, also doppelt so stark. Dieser Vergleich ist aus zwei Gründen zu relativieren: Erstens, die tieferen Wachstumsraten bei den lateinischen Kantonen könnten auch eine Folge von strukturell bedingten höheren Spitalkosten sein (Niveaueffekt). Zweitens, die im Vergleich dargestellten OKP-Leistungskosten umfassen nicht die gesamten Spitalkosten. So fehlen beispielsweise kantonale Subventionen wie gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL).

Mit hoheitlich festgelegten prospektiven Globalbudgets soll die Kostenentwicklung gebremst werden, indem erstens das Mengenwachstum direkt eingeschränkt wird, und zweitens Anreize zu eigenverantwortlichem Verhalten für die Leistungserbringer gesetzt werden. Beides zusammen fördert sowohl die Effektivität (d.h. höhere Indikationsqualität, da nur die notwendigen und zweckmässigen Eingriffe vorgenommen werden) als auch die Effizienz (d.h. die Eingriffe werden so kostengünstig wie möglich vorgenommen).

Es sind verschiedene Ausgestaltungen eines Globalbudgets denkbar. In Bezug auf den Umfang kann der Kanton ein Globalbudget a) für alle Listenspitäler als Einheit festlegen, b) für jedes Listenspital einzeln nach Massgabe der in den Leistungsaufträgen vorgegebenen Fallzahlen, oder c) dieses nur für gewisse Fallkategorien oder Patientengruppen anwenden

(z.B. nur für im Kanton wohnhafte Patienten).

Eine restriktive aber umso effektivere Ausgestaltung der Globalbudgets, wie sie üblicherweise in Gesundheitssystemen mit staatlicher Gesundheitsversorgung (z.B. England) vorgefunden wird, führt zu Wartelisten. Weniger strenge Formen sehen dagegen einen Mechanismus im Umgang mit Abweichungen zwischen Budget und den tatsächlich erbrachten Leistungsvolumen vor. Aus Anreizüberlegungen dürften zusätzliche Leistungen ausserhalb des Budgets nur in der Höhe der Grenzkosten zusätzlich vergütet bzw. vom Budget abgezogen werden, damit kein Anreiz für Mengenausweitung besteht (vgl. **P2**).

Als konkrete Umsetzung der Massnahme werden folgende Annahmen getroffen:

- in allen Kantonen werden eigenständig Globalbudgets eingeführt, die alle Listenspitäler umfassen;
- es werden restriktive Globalbudgets festgelegt, welche vereinzelt auch Wartelisten für gewisse elektive Eingriffe nicht ausschliessen (ohne aber die Versorgungssituation grundsätzlich zu verschlechtern);
- die Budgets für die Listenspitäler werden einzeln normativ festgelegt anhand der in den Leistungsaufträgen festgelegten Fallmengen (z.B. mittels Case Mix);
- bei Abweichungen vom Budget werden die Grenzkosten der tatsächlich erbrachten Leistungen vergütet (d.h. es werden nur die variablen Kosten vergütet, nicht jedoch die Fixkostenanteile).

Globalbudgets erlauben es zudem, die aufgezeigten Mengenbeschränkungen mit Massnahmen bei den Preisen zu kombinieren. Die Begrenzung des Kostenvolumens kann zum einen mittels *hoheitlicher Tariffestsetzungen* erfolgen, wie sie in Art. 55 KVG als ausserordentliche Massnahme bei übermässiger Kostensteigerung vorgesehen ist. Aber auch die Tarifpartner (d.h. Krankenversicherer und Leistungserbringer als Vertragsparteien) haben aufgrund von Art. 43 Abs. 3 KVG die Möglichkeit, in ihren Verträgen für ganze *Versicherungskollektive prospektive Globalbudgets zu vereinbaren*, die wie bei den hoheitlichen Tariffestsetzungen prinzipiell sowohl den stationären als auch ambulanten Sektor umfassen können.

Potential der Massnahme

Potential zur Kostendämpfung für das OKP-Gesamtsystem

tief

mittel

hoch

Das Potential der so konkretisierten Ausgestaltung von gesamtschweizerisch (aber kantonal eigenständig) eingeführten Globalbudgets, welche vereinzelt auch Wartelisten für gewisse elektive Eingriffe nicht ausschliessen, wird im Quervergleich mit den anderen Massnahmen als 'mittel' beurteilt.

Auswirkungen auf die Finanzierung

| | | | |
|--|----------------------------|---------------|---|
| Sparpotential für den Kanton Zürich | tief | mittel | hoch |
| Auswirkung auf den Finanzierungsanteil der... | ... OKP-Krankenversicherer | ↓ | ... Privathaushalte / Patienten (out-of-pocket) → |

Sieht man von den übergeordneten Kostentreibern wie beispielsweise das Bevölkerungswachstum (vgl. Kapitel 1) ab, so hat der Kanton Zürich mit der skizzierten Ausgestaltung eines alle Listenspitäler umfassenden Globalbudgets die Möglichkeit, den Finanzierungsbetrag für die stationäre Leistungserbringung weitgehend zu beeinflussen. Damit die Auswirkungen auf die Versorgungssituation nicht zu negativ ausfallen, kann das Globalbudgets dennoch nicht in der restriktiven Form wie bei staatlichen Gesundheitssystemen ausgestaltet werden. Die mögliche Auswirkung auf die Finanzen wird im Quervergleich mit den anderen Massnahmen als 'mittel' beurteilt.

Wird die Mengenbeschränkung wie angenommen über die Festlegung von Fallmengen (z.B. Case Mix) umgesetzt, so reduziert sich bei gegebenen Baserates (ceteris paribus) auch das anteilmässige Finanzierungsvolumen für die Krankenversicherer von 45%.

Die Massnahme hat für die Privathaushalte keine finanziellen Auswirkungen.

Realisierbarkeit für den Kanton Zürich

| | | | |
|-------------------------------------|--------------|---------------|-----------------------|
| Gesamtrealisierbarkeit | schwer | mittel | leicht |
| Rechtliche Realisierbarkeit | Bundesgesetz | Kt. Gesetz | Kt. Verordnung |
| Zeitliche Realisierbarkeit | >10 Jahre | 2-10 Jahre | <2 Jahre |
| Komplexität der Realisierung | hoch | mittel | tief |

Grenzen und Nebenwirkungen

Falls die Globalbudgets sehr restriktiv ausgestaltet werden, kann ein negativer Effekt auf die Versorgungsqualität nicht ausgeschlossen werden, da die Spitäler Kostenreduktionen auch im medizinischen Bereich (z.B. Medikamente) vornehmen müssen.

Aus ökonomischer Sicht ist es bedauernd, wenn der Qualitätswettbewerb über hochstehende Dienstleistungen (als Teil der seit 2012 geltenden Spitalfinanzierungsregelung) mit flächendeckenden Globalbudgets eingeschränkt würde. Gäbe es doch weniger Anreize für die Spitäler, sich über Qualität zu differenzieren, da zusätzliche Patienten nur das Budget schneller aufbrauchen würden.

Auswirkung auf die Versorgungsqualität der Privathaushalte / Patienten →

Fazit

Wird eine rasche Auswirkung auf die kantonale Finanzierung erwünscht, ist die Einführung von Globalbudgets eine mögliche Massnahme, die «technisch» relativ einfach umsetzbar ist. Erschwerend ist dabei, dass eine Änderung des kantonalen Spitalgesetzes zwar formal nicht notwendig, zur Sicherstellung der politischen Akzeptanz aber angezeigt wäre.

M5 Erhöhung Eigenverantwortung

Ziel und Inhalt der Massnahme bzw. des Instrumentes



Massnahmen zur Erhöhung der Eigenverantwortung zielen in erster Linie darauf ab, die durch den Versicherungsschutz entstehenden Fehlanreize durch eine höhere Eigenbeteiligung der Patienten abzufedern. Durch den Versicherungsschutz besteht nämlich einerseits ein geringer Anreiz, ungesunde Lebensgewohnheiten einzuschränken. Andererseits spielen die Kosten bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen aufgrund der Deckung durch die Krankenkassen eine untergeordnete Rolle, was dazu führen kann, dass Individuen mehr Leistungen nachfragen, als sie dies ohne Deckung der Kosten durch die Krankenkasse tun würden. Diese Effekte, auch «Moral Hazard» genannt, führen zu einer nachfrageinduzierten Mengenausweitung und somit zu einer Kostensteigerung im Gesamtsystem und einer stärkeren finanziellen Belastung aller Versicherten.

In den letzten Jahren konnte etwa die Tendenz ausgemacht werden, dass Patienten mit Bagatellerkrankungen vermehrt die Notfallabteilungen der Spitäler aufsuchen, obwohl viele dieser Fälle auch in einer Hausarztpraxis und somit günstiger behandelt werden könnten (Birrer, 2015). Dieser Tendenz könnte mit einer *Gebühr* begegnet werden, die fällig wird, wenn sich Patienten *nicht* aufgrund medizinischer Notfälle im Spitalnotfall behandeln lassen. Eine weitere Möglichkeit besteht in der Einführung einer für alle Patienten geltenden, *fixen Gebühr* in der Höhe von 20 bis 50 CHF, die jeweils beim Aufsuchen von Notfallabteilungen zu zahlen wäre.

Die Eigenverantwortung könnte aber auch durch die Einführung *risikobasierter Prämien* erhöht werden. Menschen mit ungesundem Lebensstil – etwa Raucher oder Übergewichtige – müssten dabei höhere Prämien in Kauf nehmen und würden dadurch den Anreiz erhalten, ihr Verhalten hin zu einem

gesünderen Lebensstil zu ändern. So werden die direkten Kosten von nichtübertragbaren Krankheiten auf etwa 52 Mrd. geschätzt, wobei 50% dieser Krankheiten mit einem gesunden Lebensstil vermieden werden könnten (Bundesamt für Gesundheit, 2016).

Das grösste Potential zur Kostenbeeinflussung dürfte aber in einer *allgemeinen Erhöhung der Eigenbeteiligung* für alle Versicherten liegen, wobei hierfür verschiedene Massnahmen denkbar wären. Einerseits wäre eine *Erhöhung der Wahlfranchisen* denkbar, was entweder anhand einer einmaligen Erhöhung oder durch eine regelmässige Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung geschehen kann. Die letzte Erhöhung der Mindestfranchise im Jahr 2004 wurde mit der Kostenentwicklung zulasten der sozialen Krankenversicherung begründet. Würde bei einer erneuten Erhöhung der Mindestfranchise per 1. Januar 2018 identisch vorgegangen, müsste die Mindestfranchise auf 528 CHF erhöht werden. Denkbar wäre auch eine *allgemeine Erhöhung des maximalen Selbstbehalts*, etwa durch eine Verdopplung von derzeit 700 auf 1400 CHF, was wohl dazu führen dürfte, dass weniger medizinische Leistungen in Anspruch genommen werden. Dabei muss jedoch erwähnt werden, dass der Selbstbehalt seit 1996 bereits stärker angestiegen ist als die Konsumentenpreise und nahezu gleich schnell wie die Löhne und die AHV-Renten (Antwort Bundesrat auf Interpellation 15.3172). Eine Erhöhung des Selbstbehalts auf 1000 CHF wurde vom Volk zudem mit der Managed Care-Vorlage im Jahr 2012 abgelehnt. *Mehrjährige Verträge* bei den Wahlfranchisen wären ein weiteres Instrument zur Stärkung der Eigenverantwortung und würden verhindern, dass Versicherte in eine tiefere Franchise wechseln, wenn teure Behandlungen anstehen. Kritiker sehen darin eine Form des Missbrauchs, welchem durch mehrjährige Verträge begegnet werden könnte. Ein systematischer «Missbrauch» durch Versicherte konnte aber bisher noch nicht belegt werden, weshalb auch Krankenkassenverbände in diesem Bereich keinen dringenden Handlungsbedarf sehen.

Potential der Massnahme

Potential zur Kostendämpfung für das OKP-Gesamtsystem



tief

mittel

hoch

Durch die Erhöhung des Selbstbehalts und die Einführung mehrjähriger Verträge sind voraussichtlich kaum Kosteneinsparungen zu erwarten. Berechnungen des Bundesrates ergaben aber, dass bei einer Erhöhung der Mindestfranchise auf 500 CHF mit einer Senkung der durch die OKP zu vergütenden Leistungen im Umfang von 430 Mio. zu rechnen ist (SRF, 2015). Unter der Annahme, dass aufgrund dieser Finanzierungsverteilung in den Bereich der Privathaushalte und der damit einhergehenden Reduktion von Moral Hazard-Effekten 10% dieser Kosten eingespart werden können, ergeben sich Einsparmöglichkeiten von rund 40 Mio.


Auswirkungen auf die Finanzierung

| | | | |
|--|--|--|-------------|
| Sparpotential für den Kanton Zürich | tief | mittel | hoch |
| Auswirkung auf den Finanzierungsanteil der... | ... OKP-Krankenversicherer  | ... Privathaushalte / Patienten (out-of-pocket)  | |
| <p>Von den Einsparmöglichkeiten von rund 40 Mio. würden auf den Kanton Zürich, ausgehend von einem Bevölkerungsanteil von 17.7%, etwa 7.6 Mio. entfallen. Diese Einsparungen würden aber aufgrund der elastischeren Nachfrage wohl eher im Bereich der ambulanten Leistungen stattfinden. Unter der Annahme, dass deshalb nur 10% dieser Einsparungen im stationären Bereich stattfinden würden, würde dies für den Kanton Zürich bei einem Finanzierungsanteil von 55% zu einer Entlastung in der Höhe von weniger als 1 Mio. führen.</p> | | <p>Auf den stationären Sektor im Kanton Zürich bezogen, würden für die OKP-Krankenversicherer Einsparungen von weniger als 1 Mio. resultieren. Aufgrund der Finanzierungsverteilung hin zu den Privathaushalten würden die OKP-Krankenversicherer schweizweit insgesamt deutlich entlastet.</p> <p>Für die Privathaushalte würde aufgrund der höheren Kostenbeteiligung hingegen eine Mehrbelastung resultieren.</p> | |

Realisierbarkeit für den Kanton Zürich

| | | | |
|-------------------------------------|---------------------|-------------------|-----------------------|
| Gesamtrealisierbarkeit | schwer | mittel | leicht |
| Rechtliche Realisierbarkeit | Bundesgesetz | Kt. Gesetz | Kt. Verordnung |
| Zeitliche Realisierbarkeit | >10 Jahre | 2-10 Jahre | <2 Jahre |
| Komplexität der Realisierung | hoch | mittel | tief |

Grenzen und Nebenwirkungen

| | |
|---|--|
| <p>Die Kostenbeteiligung der Versicherten in der Schweiz ist im internationalen Vergleich bereits hoch und ist seit der Einführung der OKP im Vergleich zu den Nominallöhnen um ein Vielfaches stärker gestiegen. Weiter würden gerade chronisch Kranke zusätzlich belastet und die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken geschwächt.</p> | <p>nicht oder verspätet in Anspruch nehmen würden. Da der Zugang zum Gesundheitssystem für ein Teil der Bevölkerung erschwert würde, hätte diese Massnahme für vereinzelte Bevölkerungsgruppen tendenziell eine negative Auswirkung auf die Versorgungsqualität.</p> |
| <p>Zwar werden für finanzschwache Haushalte Prämienverbilgungen gewährt, diese leisten jedoch keinen Beitrag an die Kostenbeteiligung. Es besteht somit die Gefahr, dass finanzschwache Patienten auch medizinisch notwendige Leistungen</p> | <p>Auswirkung auf die Versorgungsqualität der Privathaushalte / Patienten </p> |

Fazit

Die Massnahme dürfte zwar zu einer Reduktion von «Moral Hazard» und zu entsprechenden Kosteneinsparungen für das OKP-Gesamtsystem führen. Sie würde jedoch gewissen Bevölkerungsschichten wohl den Zugang zur Gesundheitsversorgung erschweren. Zudem steht der als 'schwierig' eingeschätzten Realisierbarkeit lediglich ein geringes Sparpotential für den Kanton Zürich gegenüber.

M6 Gesundheitssparkonto

Ziel und Inhalt der Massnahme bzw. des Instrumentes



Wie im vorhergehenden Massnahmenbündel **M5** dargelegt, spielen die Kosten bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen aufgrund des umfassenden Versicherungsschutzes eine untergeordnete Rolle. Die Fehl-anreize infolge von «Moral Hazard» können dazu führen, dass Versicherte zu viele Leistungen konsumieren oder zu wenig auf ihre Gesundheit achten, da sie die daraus entstehenden Kosten nur zu einem sehr geringen Teil selbst bezahlen müssen.

An diesem Punkt setzt die Idee der «*Medical Savings Accounts*» (MSA) an. Bei den MSA handelt es sich um individuelle Gesundheitssparkonten, auf welche Kontoinhaber regelmässig Beiträge einzahlen und im Krankheitsfall die anfallenden Kosten für die Behandlung aus diesen angesparten Mitteln finanzieren. Die Ausgestaltung solcher Gesundheitssparkonten kann unterschiedlich ausfallen. Die MSA könnten als «stand-alone»-Versicherungen existieren, die alle Gesundheitskosten abdecken würden. In den Ländern jedoch, in denen MSA bereits in der einen oder anderen Weise eingeführt wurden (Singapur, China, Südafrika, USA), existieren sie als Ergänzung zu bereits bestehenden Systemen der gesetzlichen Krankenversicherung. In Singapur beispielsweise wurde das ursprünglich existierende System der Steuerfinanzierung von Gesundheitsleistungen nicht vollständig abgeschafft, sondern auf eine Säule des Gesamtsystems reduziert. Als eine weitere Säule wurde ein System von MSA eingeführt, wobei jeder Bürger verpflichtet wird, einen gewissen Anteil seines Einkommens (ca. 10%) auf ein staatlich verwaltetes Gesundheitskonto einzuzahlen. Die Einlagen sind steuerbefreit, verzinst und können vererbt werden. Von diesen Ersparnissen dürfen

jedoch nur stationäre und ausgewählte ambulante Leistungen, die in einem Leistungskatalog staatlich festgelegt werden, beglichen werden. Ausgeschlossen sind medizinische Leistungen mit hoher Preiselastizität oder geringem finanziellen Risiko. Die out-of-pocket-Ausgaben liegen dementsprechend auf sehr hohem Niveau. Als dritte Säule dieses Krankenversicherungssystems wurde eine Hochrisikoversicherung eingeführt, welche die Kosten für besonders kostspielige Behandlungen abdeckt (Schreyögg, 2003).

Bezogen auf die Schweiz könnte die OKP etwa in eine Hochkostenversicherung umgewandelt werden, welche lediglich einen reduzierten Leistungskatalog abdecken würde. Vorstellbar wäre, dass gerade Leistungen mit unelastischer Nachfrage, also teure stationäre Leistungen und die Behandlungen chronischer Krankheiten, abgedeckt würden. Die Leistungen, die nicht durch diese Hochkostenversicherung abgedeckt sind, müssten durch die Ersparnisse im MSA beglichen werden. Unter der Annahme, dass 20% der Bevölkerung 80% der OKP-Kosten verursachen (Pareto-Prinzip) und dass diese Kosten aufgrund teurer Leistungen mit relativ unelastischer Nachfrage entstehen, könnte eine Hochrisikoversicherung beispielsweise diese Kosten abdecken. Die restlichen 20% der OKP-Kosten müssten neu durch die Privathaushalte über die MSA abgedeckt werden, was bei einer derzeitigen Kostenbeteiligung von ungefähr 10% einer Verdoppelung derselben entsprechen würde.

Die Einführung von MSA würde zu einer Erhöhung der Kostenbeteiligung führen und könnte gezielt kostentreibende Moral Hazard-Probleme adressieren, indem das Kostenbewusstsein der Versicherten gestärkt wird und sie dazu animiert, auf ihre Gesundheit zu achten und nicht zu viele Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen.

Potential der Massnahme

Potential zur Kosten-dämpfung für das OKP-Gesamtsystem


tief

mittel

hoch

Die Kosten in der OKP belaufen sich für die ganze Schweiz auf insgesamt 38.5 Mrd. Eine Verdoppelung der Eigenbeteiligung auf von derzeit ungefähr 10% auf 20% würde zu einer Mehrbelastung von insgesamt 3.85 Mrd. für die Privathaushalte führen. Unter der Annahme, dass aufgrund einer Verminderung von Moral Hazard-Effekten 10% dieser Kosten eingespart werden könnte, würde sich ein Einsparpotential von insgesamt 385 Mio. ergeben.

Auswirkungen auf die Finanzierung

| | | | |
|--|----------------------------|---|---|
| Sparpotential für den Kanton Zürich | tief | mittel | hoch |
| Auswirkung auf den Finanzierungsanteil der... | ... OKP-Krankenversicherer |  | ... Privathaushalte / Patienten (out-of-pocket) |

Von den 385 Mio. würden auf den Kanton Zürich – ausgehend von einem Bevölkerungsanteil von 17.7% – ungefähr 68 Mio. entfallen. Der grösste Teil dieser Einsparungen würde aber wohl im Bereich der ambulanten Leistungen mit elastischer Nachfrage anfallen. Wird deshalb angenommen, dass lediglich 10% dieser Einsparungen im stationären Bereich erzielt werden, würde das zu Einsparungen in der Höhe ungefähr 7 Mio. in diesem Bereich führen. Für den Kanton mit einem Finanzierungsanteil von 55% würde somit eine finanzielle Entlastung von rund 4 Mio. resultieren.

Analog würde sich im Kanton Zürich im stationären Bereich für die OKP-Versicherer, beziehungsweise für die Hochkostenversicherer, bei einem Finanzierungsanteil von 45% eine Entlastung in der Höhe von rund 3 Mio. ergeben. Die grössere finanzielle Entlastung würde sich für die Versicherer aber in der Finanzierungsverteilung hin zu den Privathaushalten ergeben.

Für die Privathaushalte wiederum würde diese Massnahme aufgrund der höheren Kostenbeteiligung zu einer deutlich stärkeren finanziellen Belastung führen.

Realisierbarkeit für den Kanton Zürich


| | | | |
|-------------------------------------|---------------------|-------------------|-----------------------|
| Gesamtrealisierbarkeit | schwer | mittel | leicht |
| Rechtliche Realisierbarkeit | Bundesgesetz | Kt. Gesetz | Kt. Verordnung |
| Zeitliche Realisierbarkeit | >10 Jahre | 2-10 Jahre | <2 Jahre |
| Komplexität der Realisierung | hoch | mittel | tief |

Grenzen und Nebenwirkungen

Da kein Ausgleich zwischen Kranken und Gesunden stattfindet und weil MSA sozial Schwächere und chronisch Kranke tendenziell benachteiligt, würde das Solidaritätsprinzip gefährdet und der Zugang zu Gesundheitsleistungen für diese Bevölkerungsschichten erschwert, was eine Verschlechterung der Versorgungsqualität bedeuten würde.

Auch ist die Kostenbeteiligung in der Schweiz bereits heute hoch, weshalb die Umsetzung von MSA in der Bevölkerung wohl eher auf Widerstand stossen würde.

Auswirkung auf die Versorgungsqualität der Privathaushalte / Patienten



Fazit

Obwohl die Einführung von Gesundheitssparkonten zur Finanzierung von Gesundheitsausgaben zu bedeutenden Kosteneinsparungen führen könnte, sind einer Umsetzung in der Schweiz einige Grenzen gesetzt. Nicht nur muss die Gesamtrealisierbarkeit aufgrund fehlender gesetzlicher Grundlagen und der hohen Komplexität als schwer eingestuft werden, die Idee von MSA wäre politisch wohl auch schwer durchsetzbar, da die Kostenbeteiligung der Privathaushalte in der Schweiz im internationalen Vergleich bereits hoch ist.

M7 Selbstmanagement

Ziel und Inhalt der Massnahme bzw. des Instrumentes



Gerade im Hinblick auf die Zunahme von chronischen Krankheiten könnten verstärkte Aktivitäten im Bereich des Selbstmanagements dazu beitragen, die Folgekosten dieser Krankheiten zu senken.



Obwohl die Definitionen von Selbstmanagement variieren, wird der Begriff oft für Therapieansätze verwendet, welche die Patienten zur eigenständigen Problembewältigung befähigen sollen. Selbstmanagement kann übergeordnet als die Fähigkeit von Patienten bezeichnet werden, mit der eigenen Erkrankung, ihren Symptomen, den Therapien aber

auch ihren Folgen umzugehen (Trageser et al., 2014). Dadurch soll sich der Gesundheitszustand der Betroffenen verbessern und die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen reduziert werden.

So wäre es möglich, zur *Förderung des Selbstmanagements* vermehrt Selbstmanagementprogramme zu implementieren, was gerade im Rahmen neuer Versorgungsansätze für chronisch Kranke geschehen könnte. Denkbar wäre, dass Hausärzte die chronisch erkrankten Patienten für Beratungs- und Schulungssequenzen an eine speziell ausgebildete Pflegefachperson mit erweiterten Kompetenzen weiterleitet (vgl. **P8**). Gerade die Beratung, ob in einer Praxis oder zu Hause, würde den Patienten die Möglichkeit bieten, ihren Bedürfnissen ent-

sprechende, direkte Hilfestellungen für den Alltag zu erhalten. Dadurch soll einerseits erreicht werden, dass Patienten länger zu Hause selbständig oder mit Hilfe der Angehörigen leben können. Andererseits sollen durch die Verbesserung des Selbstmanagements Hospitalisationen und die daraus entstehenden Kosten vermieden werden.

Zum Selbstmanagement gehört auch, dass Patienten Entscheidung bezüglich ihrer Therapie selbstbestimmt fällen können. Dies gilt insbesondere auch für die Behandlung am Lebensende. Es gibt Hinweise darauf, dass Patienten am Lebensende in vielen Fällen noch belastende Therapien über sich ergehen lassen müssen, deren Nutzen nicht selten zumindest zu hinterfragen ist (Weiss, 2016). Es darf bezweifelt werden, dass dies immer im Sinne der Patienten geschieht. Die Kosten steigen dabei im letzten Lebensjahr stark an. Durch eine *stärkere Berücksichtigung des Patientenwillens* könnte wohl ein Teil dieser Therapien am Lebensende verhindert und die betreffenden Kosten eingespart werden. Die Artikel 370f ZGB sehen derzeit aber lediglich eine freiwillige Patientenverfügung vor. Da sich viele Personen davor scheuen, sich mit einem solch belastenden Thema auseinanderzusetzen, könnte beispielsweise eine Verpflichtung zum Erstellen einer Patientenverfügung obligatorisch eingeführt werden. Diese Verpflichtung könnte dabei auf Patienten ab dem 50. Lebensjahr beschränkt sein, da mit zunehmendem Alter die Gefahr steigt, ernsthaft zu erkranken. Da sich die Lebensstellung der einzelnen Patienten im Verlaufe des Lebens ändern kann, müsste diese aber auch jederzeit änderbar sein.

Potential der Massnahme

Potential zur Kostendämpfung für das OKP-Gesamtsystem

tief



mittel

hoch

Das Potential einer stärkeren Berücksichtigung des Patientenwillens zur Kostenreduktion hängt in erster Linie vom Anteil der Bevölkerung ab, welcher am Lebensende keine «Maximalbehandlung» wünscht und dies in der Patientenverfügung so festhält. Dies könnte bedeuten, dass etwa zu einem früheren Zeitpunkt von einer kurativen auf eine palliative Behandlung gewechselt wird und somit weniger «kurative» und somit meist teurere Leistungen in Anspruch genommen werden. Experten gehen dabei von einem Einsparpotential dank «Palliative Care» in den letzten Lebenswochen von 30 bis 50% aus (Rathgeb, 2015). Das berechnete Sparpotential (vgl. [Anhang A.5.](#)) liegt bei ungefähr 22 Mio. Die Berechnung basiert dabei unter anderem auf folgenden Annahmen:

- Tendenziell dürften sich eher ältere Menschen gegen eine «Maximalbehandlung» beziehungsweise für eine palliative Behandlung am Lebensende aussprechen.
- Die Patientenverfügung greift nur bei denjenigen Personen, die im Spital sterben.


Auswirkungen auf die Finanzierung

| | | | |
|---|--|---|-------------|
| Sparpotential für den Kanton Zürich | tief | mittel | hoch |
| Auswirkung auf den Finanzierungsanteil der... | ... OKP-Krankenversicherer  | ... Privathaushalte / Patienten (out-of-pocket)  | |
| <p>Unter den getroffenen Annahmen würden sich die Einsparungen von 22 Mio. vollständig im stationären Sektor erzielen lassen. Diese wären in erster Linie darauf zurückzuführen, dass teure kurative Leistungen vermehrt wegfallen würden. Berechnet für den Kanton Zürich mit einem Bevölkerungsanteil von 17.7%, würden sich bei einem gleichbleibenden Finanzierungsanteil von 55% jährliche Einsparungen in der Höhe von ungefähr 2 Mio. ergeben. Dies unter der Annahme, dass sich ein entsprechend hoher Anteil der Patienten mittels Patientenverfügung gegen eine «Maximalbehandlung»</p> | | <p>am Lebensende entscheidet und die Kosten in dieser Phase durch eine palliative Versorgung um 30 bis 50% gesenkt werden können.</p> <p>Auch die OKP-Krankenversicherer würden durch die Kosteneinsparungen im stationären Bereich entlastet, wo sie die Leistungen zu 45% mitfinanzieren.</p> <p>Auf die Privathaushalte sind durch diese Massnahme keine Auswirkungen zu erwarten.</p> | |

Realisierbarkeit für den Kanton Zürich

| | | | |
|-------------------------------------|---------------------|-------------------|-----------------------|
| Gesamtrealisierbarkeit | schwer | mittel | leicht |
| Rechtliche Realisierbarkeit | Bundesgesetz | Kt. Gesetz | Kt. Verordnung |
| Zeitliche Realisierbarkeit | >10 Jahre | 2-10 Jahre | <2 Jahre |
| Komplexität der Realisierung | hoch | mittel | tief |

Grenzen und Nebenwirkungen

| | |
|---|---|
| <p>Ausgehend von der Annahme, dass aufgrund der Patientenverfügungen die Patientenpräferenzen vermehrt in die Behandlung am Lebensende einfließen würden, könnte die Massnahme tendenziell zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen.</p> <p>Denkbar wäre aber auch, dass etwa die Diskussionen um Altersrationierung die Befürchtung aufkommen lässt, dass nicht mehr alles medizinisch Mögliche getan wird. Patienten</p> | <p>könnten dann vermehrt dazu tendieren, in der Patientenverfügung festzuhalten, möglichst alle möglichen medizinischen Leistungen in Anspruch nehmen zu wollen.</p> <p>Auswirkung auf die Versorgungsqualität der Privathaushalte / Patienten </p> |
|---|---|

Fazit

Es ist unsicher, ob die Bevölkerung eine Verpflichtung zum Verfassen einer Patientenverfügung akzeptieren würde, gerade weil es sich beim Sterben um ein sensibles und teilweise noch tabuisiertes Thema handelt. Auch aus ethischer Sicht kann die Massnahme hinterfragt werden. So scheint der Zwang zur Autonomie einen Widerspruch in sich zu beinhalten. Auch stellt «Palliative Care» im Grunde kein Instrument zur Kostenersparnis dar, sondern sollte in erster Linie einer besseren Betreuung am Lebensende dienen. Der als 'schwer' eingeschätzten Realisierbarkeit steht zudem ein geringes Sparpotential für den Kanton Zürich gegenüber.

M8 Evidence-based Medicine (EBM) und Health Technology Assessment (HTA)

Ziel und Inhalt der Massnahme bzw. des Instrumentes



Damit die Versicherer Leistungen im Gesundheitswesen im Rahmen der OKP vergüten, müssen diese den WZW-Kriterien entsprechen. Diese Kriterien sollen unter anderem dazu beitragen, den Ressourcenverbrauch und somit auch die Kosten im Gesundheitssystem einzudämmen. Es bestehen sowohl auf lokaler Ebene (Spitäler) als auch auf nationaler Ebene verschiedene Instrumente um zu gewährleisten, dass die erbrachten Leistungen diesen Vorgaben auch wirklich entsprechen.

Auf Ebene der Spitäler kann die Förderung von evidenzbasierter Medizin (EBM) dazu beitragen, dass die Wirksamkeit der angebotenen Leistungen gewährleistet wird. Unter EBM wird der Gebrauch der gegenwärtig besten wissenschaftlichen Evidenz – mit Einbezug der klinischen Erfahrung und der Patientenpräferenzen – in der medizinischen Versorgung verstanden. EBM kann wiederum durch die verstärkte *Implementierung von medizinischen Guidelines*, also von evidenzbasierten Handlungsempfehlungen, gestärkt werden. Solche Guidelines decken einen klar identifizierten Bereich ab und können sich sowohl auf das Management von Symptomen als auch auf ganze Behandlungsprozesse spezifischer Krankheiten beziehen. Anhand von Guidelines durchgeführte Behandlungen entsprechen somit nicht nur dem Wirksamkeitskriterium, sondern sie werden auch standardisiert und somit effizienter gestaltet. Zudem werden obsolete Behandlungen vermieden sowie Unsicherheiten und damit Fehler reduziert, was wiederum die Behandlungsqualität sowie die Kosteneffizienz erhöht.

Auf nationaler Ebene könnte wiederum durch die *systematische Anwendung von Health Technology Assessments (HTA)* gewährleistet werden, dass von der OKP nur Leistungen ver-

gütet werden, die auch den WZW-Kriterien entsprechen. HTA stellt eine Methode zur Beurteilung bestehender oder neuer medizinischer Leistungen aus medizinischer, ökonomischer, gesellschaftlicher, ethischer und juristischer Sicht dar. HTA zielt darauf ab, evidenzbasierte Grundlagen für Entscheidungen über die Ressourcenallokation und somit für die Vergütung von Leistungen zur Verfügung zu stellen (vgl. **M9**). Neben der Wirksamkeit werden auch ökonomische Aspekte, etwa anhand von Kosten-Wirksamkeits-Analysen, evaluiert. Anhand solcher Kosten-Wirksamkeits-Analysen können etwa die Kostendifferenz und die Nutzendifferenz einer neuen Behandlung mit einer bisherigen Standardintervention verglichen werden, wobei die Mehrkosten im Verhältnis zum Mehrnutzen berechnet werden können. Ein HTA-Bericht berücksichtigt bei der Würdigung der wissenschaftlichen Evidenz aber auch weitere, oben genannte Aspekte und spricht dann eine Empfehlung zu Händen der Entscheidungsträger aus. HTA eignet sich aber auch zur Evaluation bestehender Leistungen, wobei das Ziel sein sollte, obsolete Leistungen aus dem Leistungskatalog zu entfernen oder die Preise der Leistungen anzupassen. Obwohl in der Schweiz neuere Medikamente einen HTA-Prozess durchlaufen, gilt für medizinische Leistungen das «Vertrauensprinzip», es wird also davon ausgegangen, dass die von den Ärzten angebotenen Leistungen die WZW-Kriterien grundsätzlich erfüllen.

Der Kanton Zürich hat mit dem Pilotprojekt «Medical Board» bereits einen Beitrag zur Verbreitung von HTA geleistet, die systematische Anwendung von HTA müsste nun aber auf Bundesebene geregelt werden. Das Ziel der Massnahme wäre es, dass alle relevanten Leistungen der OKP, etwa umstrittene und besonders teure Leistungen, mit Hilfe von HTA evaluiert würden. Experten favorisieren hierfür eine Netzwerk-Lösung, wobei für diese Aufgabe Leute und Gremien zusammengeschlossen würden, die sich bereits im Bereich von HTA engagieren (Schoch & Niederer, 2013).

Potential der Massnahme

Potential zur Kostendämpfung für das OKP-Gesamtsystem



tief

mittel

hoch

Der jährliche Finanzierungsbedarf zur systematischen Anwendung von HTA würde sich laut Experten auf 15 Mio. belaufen. Diesen Ausgaben steht ein Einsparpotential für das OKP-Gesamtsystem gegenüber, welches selbst bei sehr konservativen Annahmen auf das Zehnfache der voraussichtlichen Kosten, also auf 150 Mio., geschätzt wird (Schlander et al., 2011).


Auswirkungen auf die Finanzierung

| | | | |
|---|--|--|-------------|
| Sparpotential für den Kanton Zürich | tief | mittel | hoch |
| Auswirkung auf den Finanzierungsanteil der... | ... OKP-Krankenversicherer  | ... Privathaushalte / Patienten (out-of-pocket)  | |
| <p>Gemäss Taschenstatistik der Kranken- und Unfallversicherung (2016) machen stationäre Spitalleistungen 22.8% der OKP-Kosten aus. Bei einem Sparpotential von insgesamt 150 Mio. könnten in diesem Bereich folglich 34 Mio. jährlich eingespart werden. Berechnet für den Kanton Zürich mit einem Bevölkerungsanteil von 17.7% (Stand Q1 2017), würde dies zu Einsparungen von ungefähr 6 Mio. im Bereich der stationären Spitalbehandlungen führen. Bei einem Finanzierungsanteil von 55% würde die systematische Anwendung von HTA für den Kanton Zürich jährliche Einsparungen in</p> | | <p>der Höhe von rund 3 Mio. ermöglichen.</p> <p>Für die OKP-Versicherer mit einem Finanzierungsanteil von 45% würden sich im Kanton Zürich im Bereich der stationären Spitalleistungen somit Einsparungen in der Höhe von etwa 2 Mio. ergeben.</p> <p>Für die Privathaushalte sind keine Auswirkungen auf den Finanzierungsanteil zu erwarten.</p> | |

Realisierbarkeit für den Kanton Zürich

| | | | |
|-------------------------------------|---------------------|-------------------|-----------------------|
| Gesamtrealisierbarkeit | schwer | mittel | leicht |
| Rechtliche Realisierbarkeit | Bundesgesetz | Kt. Gesetz | Kt. Verordnung |
| Zeitliche Realisierbarkeit | >10 Jahre | 2-10 Jahre | <2 Jahre |
| Komplexität der Realisierung | hoch | mittel | tief |

Grenzen und Nebenwirkungen

| | |
|--|---|
| <p>Da die Pflichtleistungen im KVG geregelt sind, ist es nötig, dass eine systematische (Re)-Evaluation von Pflichtleistungen mittels HTA auf nationaler Ebene geregelt wird.</p> <p>Die systematische Anwendung von HTA und die Überprüfung sämtlicher relevanter Pflichtleistungen wären mit einem hohen zeitlichen und finanziellen Aufwand verbunden, wobei nicht sicher ist, dass die untersuchte Leistung auch tatsächlich aus dem Leistungskatalog gestrichen wird und die Durchführung des HTAs somit zu Kosteneinsparungen führt.</p> | <p>Die systematische Überprüfung der Leistungen mittels HTA würde dazu führen, dass die angebotenen Behandlungen auch tatsächlich den WZW-Kriterien entsprechen, was wiederum zu einer besseren Versorgungsqualität beitragen würde.</p> <p>Auswirkung auf die Versorgungsqualität der Privathaushalte / Patienten </p> |
|--|---|

Fazit

Auf Bundesebene laufen bereits Bemühungen, HTA systematisch anzuwenden. Die Überprüfung sämtlicher relevanter Leistungen wäre aber erst langfristig realisierbar. Obwohl der Kanton bereits zur Verbreitung von HTA beigetragen hat, stellt die systematische und umfassende Anwendung im Bereich der OKP-Leistungen eine Bundesaufgabe dar. Einer als 'schwierig' eingeschätzten Gesamtrealisierbarkeit steht zudem nur ein 'tiefes' Sparpotential für den Kanton gegenüber.

M9 Einschränkung Leistungskatalog (Rationierung)

Ziel und Inhalt der Massnahme bzw. des Instrumentes



Unter Leistungsbeschränkungen werden implizite oder explizite Mechanismen verstanden, die dazu führen, dass den Patienten potentiell nützliche Leistungen und Behandlungen vorenthalten werden (Zimmermann-Acklin, 2013). In der Schweiz ist etwa das Kriterium der Wirtschaftlichkeit von medizinischen Leistungen neben den Kriterien der Wirksamkeit und der Zweckmässigkeit im KVG verankert und wird als Grundlage einer Beschränkung medizinischer Leistungen in Zukunft tendenziell wichtiger werden. Explizite Rationierungen, welche zu echten Kosteneinsparungen führen könnten, finden

aufgrund dieser eher unscharf formulierten Kriterien aber kaum statt. Dabei wären verschiedene Möglichkeiten zur expliziten Leistungsbeschränkung, die an jeweils unterschiedlichen Punkten ansetzen und im Ausland teilweise bereits umgesetzt werden, vorhanden.

Das wohl grösste Sparpotential besteht in der *generellen Beschränkung des Grundleistungskatalogs* auf wesentliche gesundheitliche Bedürfnisse. Dieser Grundleistungskatalog könnte um frei wählbare, über Zusatzversicherungen finanzierte Leistungen ergänzt werden kann. Die Definition der «wesentlichen gesundheitlichen Bedürfnisse» müsste wohl in einem politischen Prozess ausgemacht und in einem Leistungskatalog explizit festgehalten werden, wobei das Sparpotential unter anderem davon abhängen würde, wie breit diese Definition ausfällt.

Die altersbezogene Rationierung von medizinischen Leistungen – beispielsweise durch die Einführung von *Altersgrenzen*

für bestimmte Behandlungen – stellt eine weitere Möglichkeit dar, die Leistungen im Gesundheitswesen explizit zu beschränken. Ab einem gewissen Alter würden Patienten somit bestimmte (lebensverlängernde) Therapien zwar nicht mehr erhalten, sie hätten aber weiterhin Anrecht auf palliative beziehungsweise leidensvermindernde Behandlungen. Die Einführung solcher Altersgrenzen könnte etwa damit begründet werden, dass sich das Kosten-Nutzen-Verhältnis mit zunehmendem Alter verschlechtert.

Im Rahmen der Rationierungsdiskussionen werden teilweise auch generelle Kostenobergrenzen, beispielsweise in Form von *Kostenobergrenzen pro Lebensjahr*, gefordert. Eine Umsetzung solcher Kostenobergrenzen findet in England bereits statt, wo bei der Zulassung von Therapien anhand von Kosten-Nutzen-Analysen zuerst geprüft wird, in welchem Verhältnis der Preis zum medizinischen Fortschritt steht: ab einem Schwellenwert von 30'000 Pfund pro zusätzlichem qualitätskorrigiertem Lebensjahr (QALY) wird eine Behandlung in der Regel nicht mehr bezahlt (Foppa, 2011). Eine solche Kostenobergrenze könnte auch in der Schweiz eingeführt werden. Zahlen aus vergleichbaren Ländern lassen darauf schliessen, dass für die Schweiz die Bandbreite für einen oberen und unteren Schwellenwert von 50'000 bis 100'000 CHF pro zusätzlichem QALY plausibel wäre (Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, 2009). Auch das Bundesgericht hat in einer Gerichtsentscheid eine Kostenobergrenze von 100'000 pro gewonnenem qualitätsbereinigtem Lebensjahr noch als zumutbar für die OKP beurteilt (BGE 136 V 395). Darüberhinausgehende Kosten müssten durch eine Zusatzversicherung abgedeckt werden. Diese Massnahme wäre damit weitreichender als die Massnahme **M8**, da bei der Wirtschaftlichkeitsbeurteilung klare Schwellenwerte für eine noch akzeptable Kosteneffektivität festgelegt würden.

Potential der Massnahme

Potential zur Kostendämpfung für das OKP-Gesamtsystem



tief

mittel

hoch

Zur Einschätzung des Sparpotentials von Kostenobergrenzen kann ein Berechnungsbeispiel aus dem Medikamentenbereich dienen. In der Schweiz verursachen die fünfzehn teuersten Onkologika Kosten in der Höhe von ungefähr 350 Mio. (Biétry et al., 2016). In England sind alle diese Medikamente einer Vergütungseinschränkung unterworfen oder es mussten bei den Preisverhandlungen Rabatte gewährt werden, was auf ein ungünstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis schliessen lässt. Ausgehend von der Annahme, dass die Medikamente mit einem ungünstigen Kosten-Nutzen-Verhältnis Kosten in der Höhe von 600 Mio. verursachen und diese Kosten aufgrund fester Kostenobergrenzen um 25% gesenkt werden könnten, würde sich bereits im Bereich der Medikamente ein Einsparpotential von 150 Mio. ergeben. Das Potential der Massnahme zur Kostenreduktion für das OKP-Gesamtsystem kann deshalb als hoch eingestuft werden. Zudem müsste dieses Potential für weitere Leistungen mit einem ungünstigen Kosten-Nutzen-Verhältnis hochgerechnet werden, weshalb diese Berechnung ein Mindestpotential darstellen dürfte.

Auswirkungen auf die Finanzierung

| | | | |
|--|--|---|-------------|
| Sparpotential für den Kanton Zürich | tief | mittel | hoch |
| Auswirkung auf den Finanzierungsanteil der... | ... OKP-Krankenversicherer  | ... Privathaushalte / Patienten (out-of-pocket)  | |

Berechnet für den Kanton Zürich mit einem Bevölkerungsanteil von 17.7%, ist im Bereich der Medikamente mit einem Einsparpotential von insgesamt 27 Mio. zu rechnen. Ein grosser Teil dieser Einsparungen würde im ambulanten Bereich erzielt. Davon ausgehend, dass 20% davon im stationären Sektor eingespart werden könnten, würde dies für den Kanton bei einem Finanzierungsanteil von 55% zu einer Entlastung in der Höhe von 3 Mio. führen. Dabei gilt es zu beachten, dass die Berechnung des Sparpotentials anhand eines Beispiels (teuerste Onkologika) erfolgt ist. Es wäre denkbar, dass das Sparpotential je nach ausgewähltem Beispiel auch höher sein könnte.

Für die OKP-Krankenversicherer, die sowohl den ambulanten wie auch den stationären Bereich finanzieren, dürfte sich eine besonders starke finanzielle Entlastung ergeben.

Obschon gewisse (nützliche) Therapien aufgrund der Kosten-Nutzen-Bewertung von den Krankenkassen nicht vergütet werden, ist davon auszugehen, dass Patienten diese teilweise dennoch nachfragen werden, was tendenziell zu einer Erhöhung der out-of-pocket Ausgaben führen dürfte.

Realisierbarkeit für den Kanton Zürich


| | | | |
|-------------------------------------|---------------------|-------------------|-----------------------|
| Gesamtrealisierbarkeit | schwer | mittel | leicht |
| Rechtliche Realisierbarkeit | Bundesgesetz | Kt. Gesetz | Kt. Verordnung |
| Zeitliche Realisierbarkeit | >10 Jahre | 2-10 Jahre | <2 Jahre |
| Komplexität der Realisierung | hoch | mittel | tief |

Grenzen und Nebenwirkungen

Obwohl aufgrund des zunehmenden Kostendrucks Diskussionen zu Leistungsbeschränkungen in Zukunft unumgänglich sein werden, scheint der Zahlungswille der Schweizer Bevölkerung weiterhin sehr hoch zu sein. Es stellt sich deshalb die Frage, ob die Akzeptanz für weitreichende, explizite Rationierungen in der Bevölkerung zum jetzigen Zeitpunkt gegeben ist (Friedli, 2016).

Durch explizite Rationierungen könnte es sein, dass schwer-

ranke Patienten teils lebensbedrohliche Abstriche bei den Therapien hinnehmen, weshalb die Auswirkungen auf die Versorgungsqualität als eher negativ beurteilt werden müssen.

Auswirkung auf die Versorgungsqualität der Privathaushalte / Patienten 

Fazit

Explizite Rationierungen, etwa in Form von Kostenobergrenzen pro Lebensjahr, widersprechen weitgehend der hiesigen Behandlungskultur und würden von der Schweizer Bevölkerung wohl nicht akzeptiert. Da sie als Sparmassnahmen aber ein grosses Potential beherbergen und die Solidarität in der OKP aufgrund der steigenden Kosten weiter strapaziert werden dürfte, werden solche Rationierungsdiskussionen in Zukunft wohl geführt werden müssen. Insgesamt steht der als 'schwer' eingeschätzten Gesamtrealisierbarkeit lediglich ein 'tiefes' Sparpotential für den Kanton Zürich gegenüber.

M10 Prüfung WZW im Einzelfall

Ziel und Inhalt der Massnahme bzw. des Instrumentes



Die im Rahmen der OKP vergüteten Leistungen müssen gemäss Art. 32 KVG den WZW-Kriterien genügen. Das gilt zum einen für die grundsätzliche Entscheidung über die Aufnahme der Leistungen in den sogenannten Leistungskatalog (vgl. **M8** und **M9**). Zum anderen müssen die Leistungen auch im Einzelfall diesen drei Anforderungen genügen, wobei die Wirksamkeit meistens unbestritten bzw. vorgängig bei der Aufnahme in den Leistungskatalog allgemein geklärt worden ist. Damit verbleibt im Einzelfall die Prüfung von Zweckmässigkeit (d.h. der medizinischen Indikation der Behandlung) und

Wirtschaftlichkeit der konkreten Leistungserbringung. Diese Prüfung ist grundsätzlich Aufgabe der Krankenversicherer.

Im Kontext dieses Berichts zu möglichen Sparpotentialen für den Kanton Zürich stehen zwei Ansatzpunkte für eine verbesserte Prüfung der WZW-Kriterien im stationären Sektor unter Beteiligung der Kantone im Vordergrund. Beide haben die Verringerung der Anzahl Hospitalisierungen bzw. die Reduktion unnötiger stationärer Behandlungen zum Ziel. Anmerkung: In der politischen Diskussion wird vereinzelt auch ein Zusammenhang zwischen der Indikationsqualität und den Mengenzielvorgaben der Spitäler für Ärzte hergestellt (z.B. Postulat 16.4120). Es wird unterstellt, dass die Erfolgsbeteiligungen (Boni) Anreize für eine Mengenausweitung ausüben und daher kritisch zu beurteilen sind. Hier verfügen die Kantone als Betreiber von öffentlichen Spitälern über ein zusätzliches Handlungsfeld.

Die Pflicht zur *Prüfung der Indikationsqualität stationärer Behandlungen* sieht eine unabhängige Beurteilung durch Fachexperten bei bestimmten Eingriffen vor (präventive Second Opinion). Eine solche Verpflichtung wäre eigentlich im KVG zu regeln, da sie die Therapiefreiheit des Arztes sowie das Selbstbestimmungsrecht des Patienten beschneiden würde. Ohne entsprechenden Auftrag und Kompetenzen aus dem KVG wäre es für die Kantone daher schwierig, selber eine Prüfung von Indikationen vorzunehmen und bei Differenzen eine alternative ambulante Behandlung zu empfehlen oder bei Zuwiderhand-

lung der Prüfungspflicht gar die Vergütung des Kantonsanteils von 55% zu verweigern.

Eine weniger direkte, aber aus rechtlicher Sicht realistischere Massnahme ist der *Ausbau der Rechnungsprüfung in Zusammenarbeit mit den Krankenversicherern*. Die Krankenversicherer (bzw. die Vertrauensärzte) prüfen heute basierend auf Art. 58 Abs. 3 KVG bei der Erteilung von Kostengutsprachen für bestimmte kostspielige diagnostische oder therapeutische Behandlungen die medizinische Indikation eines geplanten stationären Eingriffs. Für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit stationärer Behandlungen hingegen fehlen den Krankenversicherern weitgehend die Grundlagen. Hier verfügen die Kantone teilweise über mehr Datengrundlagen aus ihrer Regulierungs- und Finanzierungsaufgaben. Die Gesundheitsdirektion Zürich beispielsweise verfügt aufgrund ihrer Spitalplanungsaufgabe über Prozess- und Strukturdaten der Spitäler über alle Versicherer und mehrere Jahre. Auf dieser Basis liessen sich zusammen mit den Krankenversicherern spezifische Leistungen in bestimmten Spitälern identifizieren, welche die Wirtschaftlichkeitsanforderungen nicht erfüllen. Diese Erkenntnisse könnten zum einen in den Rechnungsprüfungsprozess der Krankenversicherer einfließen und zum anderen bei der erneuten Vergabe der Leistungsaufträge (Spitalplanung/-listen) durch die Kantone verwendet werden.

Für die im ambulanten Sektor durch niedergelassene Ärzte erbrachten Leistungen wird die Prüfung im Einzelfall durch die *systematische Wirtschaftlichkeitsprüfung medizinischer Leistungen durch die Krankenversicherer* gemäss Art. 56 KVG ergänzt. Dabei handelt es sich somit um eine nachträgliche Kontrolle der Wirtschaftlichkeit. Mittels statistischen Methoden wird versucht, diejenigen Leistungserbringer zu erkennen, die im Vergleich zur Gesamtheit der Ärzte signifikant höhere Kosten verursachen. Die aktuell angewendete Methode soll verbessert werden, indem soweit zusätzliche Morbiditätsfaktoren berücksichtigt werden. Dazu fehlen allerdings weitgehend die Daten, weshalb versucht wird, diese indirekt über Indikatoren wie das Alter der Patienten, ihrer Franchise oder den Medikamentenkonsum abzubilden (Kessler, D'Angelo, & Trittin, 2017).

Potential der Massnahme

Potential zur Kostendämpfung für das OKP-Gesamtsystem


tief

mittel

hoch

Der gemeinsame Ausbau der Rechnungsprüfung mit den Krankenversicherern reduziert die OKP-Kosten im stationären Sektor über die Verbesserung der Datengrundlagen und Erstellung detaillierter Leistungsaufträge (d.h. kein Leistungsauftrag für ineffiziente Leistungserbringer und solche mit zu hohem stationären Anteil an gewissen Leistungen) lediglich indirekt und erst mittel- bis langfristig. Das Potential ist daher als 'tief' zu beurteilen, zumal die stationären Leistungen nicht vollständig wegfallen, sondern teilweise einfach ambulant erfolgen (was zwar tendenziell kostengünstiger ist, das Potential insgesamt aber wenig verändert).


Auswirkungen auf die Finanzierung

| | | | |
|--|----------------------------|---|---|
| Sparpotential für den Kanton Zürich | tief | mittel | hoch |
| Auswirkung auf den Finanzierungsanteil der... | ... OKP-Krankenversicherer |  | ... Privathaushalte / Patienten (out-of-pocket) |
| <p>Aufgrund der nur indirekt und zeitlich verzögert eintretenden Reduktion der OKP-Kosten fällt auch die Finanzwirkung für den Kanton Zürich im Umfang von 55% entsprechend 'tief' aus.</p> <p>Die OKP-Krankenversicherer gewinnen im Umfang ihres Finanzierungsanteils von 45% die gleiche Einsparung wie der Kanton. Da ein Teil der verhinderten stationären Leistungen aber nicht ersatzlos wegfallen, sondern ambulant durchge-</p> | | <p>führt würden, verschiebt sich die Finanzierung für diesen Anteil zu den Krankenversicherern. Mittel- bis langfristig dürfte aber für die Krankenversicherer unter dem Strich dennoch ein kleiner Spareffekt resultieren.</p> <p>Die Massnahme hat für die Privathaushalte keine finanziellen Auswirkungen.</p> | |

Realisierbarkeit für den Kanton Zürich

| | | | |
|-------------------------------------|---------------------|-------------------|-----------------------|
| Gesamtrealisierbarkeit | schwer | mittel | leicht |
| Rechtliche Realisierbarkeit | Bundesgesetz | Kt. Gesetz | Kt. Verordnung |
| Zeitliche Realisierbarkeit | >10 Jahre | 2-10 Jahre | <2 Jahre |
| Komplexität der Realisierung | hoch | mittel | tief |

Grenzen und Nebenwirkungen

| | | |
|--|--|---|
| <p>Für die Umsetzung wäre die Bereitschaft möglichst aller Krankenversicherer notwendig.</p> <p>Während beim Kanton Zürich «lediglich» ein Ausbau des Personals für die verbesserte Rechnungsprüfung notwendig wäre, müssten andere Kantone die Rechnungsprüfung von Grund auf entwickeln, was zusätzliche Zeit erfordert.</p> <p>Durch die Verbesserung der durchschnittlichen Indikations-</p> | <p>qualität (Reduktion unnötiger stationärer Eingriffe) besteht die Möglichkeit, die Versorgungsqualität tendenziell zu erhöhen. Kurz- bis mittelfristig ändert sich daran hingegen nichts.</p> <p>Auswirkung auf die Versorgungsqualität der Privathaushalte / Patienten</p> |  |
|--|--|---|

Fazit

Aufgrund der indirekten und erst mittel- bis langfristigen Wirkung auf die Mengen im stationären Sektor hat die Massnahme wenig Potential. Zudem ist die Bereitschaft der Krankenversicherer zur (freiwilligen) Zusammenarbeit ungewiss.

M11 Lockerung/Aufhebung Vertragszwang

Ziel und Inhalt der Massnahme bzw. des Instrumentes



Unter dem Begriff ‚Vertragszwang‘ versteht man, dass die Krankenversicherer in der OKP grundsätzlich verpflichtet sind, mit jedem Leistungserbringer, der nach Art. 35 KVG zugelassen ist, einen Vertrag abzuschliessen.



Für die Lockerung bzw. gänzliche Aufhebung des Vertragszwangs sind verschiedene Varianten möglich: Von der Aufhebung des Vertragszwangs lediglich für alle Spezialärzte im ambulanten Sektor, über die Ausweitung für alle im ambulanten Sektor tätigen Ärzte bis zur vollständigen Aufhebung sowohl im ambulanten als auch stationären Sektor.

Bei der heute geltenden Zuständigkeit der Kantone für die medizinische Versorgung (Spitalplanung) sowie Spitalfinanzierung muss die Aufhebung des Vertragszwangs im gesamten ambulanten Sektor mit Mindestvorschriften in Bezug auf Versorgungsdichte (d.h. Mindestzahl Leistungserbringer) als die geeignetste Variante beurteilt werden. Im Gegensatz zur Variante mit Aufhebung des Vertragszwangs lediglich für alle Spezialärzte können hier durch den Einbezug der Grundversorger vermehrt integrierte Versorgungsmodelle und Pauschalvergütungen (capitation) eingeführt werden. Die in der laufenden politischen Diskussion erwähnten Modelle orientieren sich ebenfalls an dieser Variante mit Einbezug des gesamten ambulanten Sektors (Motion 16.3001, Parlamentarische Initiative der SGK-NR (17.442)). Anmerkung: Prinzipiell ist eine weitgehende Aufhebung des Vertragszwangs über die Einschränkung der freien Ärztwahl im Rahmen der Managed Care-Netzwerke (Ärztetzwerke, HMO) unter Einhaltung der gesetzlichen Pflichtleistungen (keine Einschränkung des Leistungskatalogs) bereits heute möglich. Die faktische Situation in Bezug auf die Alternativen Versicherungsmodelle (AVM) zeigt aber, dass von dieser Möglichkeit der Lockerung vorwiegend in der Grundversorgung Gebrauch gemacht

wird, die Spezialisten also nicht erfasst werden.

Mit der Aufhebung des Vertragszwangs entsteht für die Krankenversicherer die Möglichkeit, die Leistungen selektiv einzukaufen, d.h. die ambulanten Leistungserbringer frei auszuwählen, mit denen sie einen Vertrag eingehen möchten. Als Auswahlkriterien stehen die Wirtschaftlichkeit sowie die Qualität der Leistungserbringung im Zentrum. Die Verhandlung der Preise wäre aus ökonomischer Sicht die logische Ergänzung; die Liberalisierung der Preisbildung (z.B. Taxpunktwerte bei bestehendem TARMED) ist trotz der neu angestossenen aktuellen politischen Diskussion (Postulat Jauslin 17.3516) nicht Bestandteil dieser Massnahme, da sie den Preisaspekt und nicht den Mengenaspekt betrifft (vgl. **P5**)

Gegenüber der aktuellen Situation mit Vertragszwang erfolgt eine Verschiebung vom heutigen Verkäufermarkt zu einem Einkäufermarkt, indem die Versicherer gegenüber den Leistungserbringern an Marktmacht gewinnen. Damit entsteht ein effektiver Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit unter den ambulanten Leistungserbringern. Der Wettbewerbsdruck bewirkt

- eine Reduktion der Anzahl der Leistungserbringer (insbesondere bei den Spezialisten)
- eine Erhöhung der Integration auf der Leistungserbringerseite (grösserer Wille zur Partizipation der Spezialärzte in Modellen integrierter Versorgung)
- eine Erhöhung der Wirtschaftlichkeit insbesondere in Bezug auf die Zweckmässigkeit des Mitteleinsatzes.

Grundsätzlich haben die Versicherer den Anreiz, mit möglichst vielen Leistungserbringern einen Vertrag einzugehen, da dies ihre Chancen auf dem Versicherungsmarkt erhöht. Bei den Grundversorgern kann infolge der teilweise bereits knappen Versorgungssituation davon ausgegangen werden, dass faktisch die meisten Grundversorger unter Vertrag genommen würden. Dies zeigt auch die Erfahrung in den Niederlanden, wo die Vertragsfreiheit seit 2006 gilt.

Potential der Massnahme

Potential zur Kostendämpfung für das OKP-Gesamtsystem

tief



mittel

hoch

Die Massnahme entfaltet ihre Wirkung indirekt über einen effektiveren Wettbewerb unter den Leistungserbringern um Wirtschaftlichkeit und Qualität, der wiederum die Mengenentwicklung beeinflusst.

Mit einem langfristigen Horizont ist das Potential 'mittel', da letztlich eine vergleichbare Auswirkung auf die ambulant erbrachten Mengen und damit die OKP-Kosten wie in den beiden direkt wirkenden Massnahmen zur Limitation der Zulassung (vgl. **M1** und **M2**) sowie der Steuerung der Behandlungspfade (vgl. **M13**) möglich ist.


Auswirkungen auf die Finanzierung

| | | | |
|--|----------------------------|--|---|
| Sparpotential für den Kanton Zürich | tief | mittel | hoch |
| Auswirkung auf den Finanzierungsanteil der... | ... OKP-Krankenversicherer |  | ... Privathaushalte / Patienten (out-of-pocket)  |
| <p>Mit der skizzierten Massnahme und die Beschränkung der Aufhebung des Vertragszwangs auf den ambulanten Sektor (unter Beibehaltung der Versorgungsplanung mittels Spitallisten durch den Kanton) fällt das Sparpotential für die Kantone weg. Sollte jedoch auch der stationäre Sektor vom Vertragszwang befreit werden (d.h. Wegfall der kantonalen Spitallisten), so wäre die Finanzwirkung auf die Kantone 'mittel'. Im Gegensatz zu M4 würden hier die Krankenversicherer (und nicht die Kantone) mit den Spitälern ein jährliches Globalbudget für ihr Versichertenkollektiv auf Basis von Art. 43 Abs. 3 KVG verhandeln wollen, wie dies in den Niederlanden aktuelle Praxis ist. Aber auch dort ist unsicher, ob damit die Mengenausweitung effektiv beschränkt werden kann, wieso</p> | | <p>man auf nationaler Ebene zusätzlich ein (rechtlich unverbindliches) staatliches Globalbudget vereinbart hat (Schut & Varkevisser, 2017, p. 128).</p> <p>Das Potential zur Kostenreduktion käme vollständig der OKP-Krankenversicherern bzw. ihren Prämienzahlern zugute.</p> <p>Bildet die heutige in der Bevölkerung stark verwurzelte freie Arztwahl den Vergleichsmaßstab für das Patientenverhalten, so würden konsequenterweise die Patienten zumindest eine Einschränkung bei der Wahl der Spezialisten in Kauf nehmen bzw. für die Finanzierung selber aufkommen (z.B. über Privatversicherungen, die eine freie Arztwahl anbieten).</p> | |

Realisierbarkeit für den Kanton Zürich

| | | | |
|-------------------------------------|---------------------|-------------------|-----------------------|
| Gesamtrealisierbarkeit | schwer | mittel | leicht |
| Rechtliche Realisierbarkeit | Bundesgesetz | Kt. Gesetz | Kt. Verordnung |
| Zeitliche Realisierbarkeit | >10 Jahre | 2-10 Jahre | <2 Jahre |
| Komplexität der Realisierung | hoch | mittel | tief |

Grenzen und Nebenwirkungen

| | |
|--|--|
| <p>Mit der Selektionsmöglichkeit der Krankenversicherer ist die heutige freie Arztwahl nicht mehr gegeben.</p> <p>Hohe Transaktionskosten für alle Akteure (Krankenversicherer, Leistungserbringer und Versicherte): Grosser wiederkehrender Aufwand zur Auswahl der Vertragspartner.</p> <p>Die Operationalisierung von Qualität und Wirtschaftlichkeit</p> | <p>der Leistungserbringer als Selektionskriterien stellt eine grosse Herausforderung dar.</p> <hr/> <p>Auswirkung auf die Versorgungsqualität der Privathaushalte / Patienten </p> |
|--|--|

Fazit

Das Potential dieser Massnahme kann erst langfristig ausgeschöpft werden. Ein wichtiger Grund dafür ist die heutige ungenügende Datenbasis zur Qualität der Leistungserbringer. Zudem entfaltet sie ihre Wirkung nur indirekt über einen effektiveren Wettbewerb unter den Leistungserbringern um Wirtschaftlichkeit und Qualität. Die hohen Transaktionskosten für alle Akteure sowie die herausfordernde Operationalisierung stellen einen bleibenden Nachteil dieser Massnahme dar.

M12 Aufhebung freie Arztwahl (Gatekeeping)

Ziel und Inhalt der Massnahme bzw. des Instrumentes



Gemäss KVG dürfen Versicherte für die ambulante Behandlung unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung zugelassen sind, frei wählen. Das Gesetz erlaubt aber bereits Versicherungsmodelle, bei denen diese Wahlfreiheit kleiner ist. Patienten können sich freiwillig für ein solches Versicherungsmodell entscheiden und erhalten dafür einen Rabatt auf ihre Prämien. Dabei handelt es sich meist um Hausarzt- oder HMO-Modelle, sogenannte «Managed Care»-Versicherungsmodelle, bei denen die Versicherten

im Krankheitsfall immer zuerst den Hausarzt oder ihre HMO-Praxis aufsuchen müssen.

Die beiden Modelle zeichnen sich unter anderem dadurch aus, dass ein Grundversorger, meistens ein Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, als *Gatekeeper* den Patienten zum Spezialisten bzw. in das Spital überweist und die Therapie- und Gesundheitsfragen der Patienten koordiniert und steuert. Somit soll einerseits verhindert werden, dass Patienten unnötigerweise einen (oftmals teureren) Spezialisten oder gar für das gleiche gesundheitliche Problem mehrerer Spezialisten aufsuchen («Ärztelisting»).

Eine Massnahme zur *Aufhebung der freien Arztwahl* könnte beinhalten, dass in der Grundversicherung nur noch Modelle angeboten würden, bei denen der Zugang zum Gesundheitssystem ausser in Notfällen immer über einen Gatekeeper zu erfolgen hat. Möchten Versicherte weiterhin in den Genuss einer freien Arztwahl kommen, müssten sie dies über eine Zusatzversicherung abdecken lassen.

Dabei lassen sich in der Literatur verschiedene Organisationsformen sowohl für die Hausarztmodelle als auch für die HMO-Modelle ausmachen. So wird das Gatekeeping unterschiedlich strikt angewendet und teilweise werden gewisse Spezialisten, etwa Pädiater oder Gynäkologen, von der Einschränkung ausgeklammert.

Arbeiten zum Kostenreduktionspotential von Hausarztmodellen weisen Kostenersparnisse zwischen 7% und 26% nach. Obwohl ein gewisses Einsparpotential vorhanden ist, können diese Ergebnisse aufgrund der heterogenen Strukturen der untersuchten Hausarztmodelle nicht generalisiert werden (Berchtold & Hess, 2006). Auch ist unklar, wieviel das Gatekeeping als einziges Steuerungsinstrument zur Kostenreduktion beitragen kann, da die meisten Studien das Kostenreduktionspotential von Gatekeeping lediglich als integrierter Teil von Managed Care-Modellen untersuchen.

Potential der Massnahme

Potential zur Kostendämpfung für das OKP-Gesamtsystem

tief


mittel

hoch

Das Sparpotential des Gatekeeping ergibt sich in erster Linie durch die Verhinderung von «Ärztelisting» und dadurch, dass den Patienten einen direkten Zugang zu den oftmals teureren Spezialisten verunmöglicht wird.

Es wird angenommen, dass alleine mit dem Gatekeeping 5% der Kosten Arzt ambulant (inkl. Medikamente) von rund 9 Mrd. reduziert werden können. Unter Berücksichtigung des Bevölkerungsanteils, welcher bereits heute über ein Versicherungsmodell mit eingeschränkter Arztwahl verfügt, ergibt sich insgesamt ein Potential von rund 150 Mio. (vgl. [Anhang A.5.](#)). Das Potential der Massnahme wird deshalb als 'hoch' eingeschätzt.


Auswirkungen auf die Finanzierung

| | | | |
|--|----------------------------|---|---|
| Sparpotential für den Kanton Zürich | tief | mittel | hoch |
| Auswirkung auf den Finanzierungsanteil der... | ... OKP-Krankenversicherer |  | ... Privathaushalte / Patienten (out-of-pocket) |
| <p>Da es sich bei stationären Gesundheitsleistungen grösstenteils um Behandlungen mit einer unelastischen Nachfrage handelt, dürfte auch das Gatekeeping in diesem Bereich zu keinen grösseren Einsparungen führen. Unter der Annahme, dass Grundversorger in bestimmten Fällen mit einer Überweisung ins Spital zuwarten und beispielweise in einem ersten Schritt eine «konservative» Therapie einleiten, dürften geringe Einsparungen erwartet werden. Insgesamt wird das Sparpotential für den Kanton Zürich aber als 'tief' eingeschätzt.</p> <p>Für die OKP-Krankenversicherer ist die weitaus stärkere finanzielle Entlastung zu erwarten, da vor allem im ambulanten Bereich Einsparungen erzielt werden könnten.</p> <p>Für die Privathaushalte sind keine finanziellen Auswirkungen zu erwarten.</p> | | | |

Realisierbarkeit für den Kanton Zürich

| | | | |
|-------------------------------------|---------------------|-------------------|-----------------------|
| Gesamtrealisierbarkeit | schwer | mittel | leicht |
| Rechtliche Realisierbarkeit | Bundesgesetz | Kt. Gesetz | Kt. Verordnung |
| Zeitliche Realisierbarkeit | >10 Jahre | 2-10 Jahre | <2 Jahre |
| Komplexität der Realisierung | hoch | mittel | tief |

Grenzen und Nebenwirkungen

| | |
|--|--|
| <p>Das Einsparpotential ist nicht gleichzusetzen mit einer Verbesserung der Wirtschaftlichkeit, denn hierfür wären Angaben zur klinischen Qualität der Behandlungen erforderlich. Es wäre möglich, dass die Einsparungen nicht nur aufgrund verhinderter Ineffizienzen, sondern auch aufgrund unterlassener, notwendiger Behandlungen zustande kommen. Dieser Aspekt wurde noch nicht genauer untersucht, weshalb derzeit keine Indizien für eine Verschlechterung der Versorgungsqualität bestehen.</p> | <p>Auswirkung auf die Versorgungsqualität der Privathaushalte / Patienten</p>  |
|--|--|

Fazit

Zwar besteht für das OKP-Gesamtsystem ein hohes Sparpotential. Im Jahr 2012 wurde aber die Managed Care-Vorlage, welche unter anderem eine Einschränkung der freien Arztwahl vorsah, von der Bevölkerung an der Urne deutlich verworfen. Hauptgrund war die Sorge vor der Einschränkung der freien Arztwahl. Der als 'schwer' eingeschätzten Realisierbarkeit steht zudem ein geringes Sparpotential für den Kanton Zürich gegenüber.

M13 Steuerung Behandlungspfade (Case- / Disease- / Chronic Care Management)

Ziel und Inhalt der Massnahme bzw. des Instrumentes



Die bessere *Steuerung der Behandlungspfade* zielt unter anderem darauf ab, die Effizienz der Leistungserbringung zu erhöhen und unnötige Behandlungen, die aufgrund von unkoordinierter Versorgung entstehen, zu verhindern.



Als ein Instrument zu besseren Steuerung der Behandlungspfade könnte sich die *Förderung von e-Health und speziell von elektronischen Patientendossiers* anbieten. Die elektronische Vernetzung der Leistungserbringer und die Einführung eines elektronischen Patientendossiers könnte dazu beitragen, dass Fehler sowie kostspielige Doppel- und Mehrfachbehandlungen vermieden sowie Prozesse effizienter gestaltet würden, da die Leistungserbringer unmittelbar auf Informationen über den Patienten zugreifen könnten.

Die in der Massnahme **M12** beschriebenen HMO-Modelle würden sich besonders eignen, um weitere Instrumente zur besseren Steuerung der Behandlungspfade einzuführen. Dazu gehören unter anderem auch «*Disease Management-Programme*», welche insbesondere für die Versorgung von chronisch und mehrfach Erkrankten eingesetzt werden können. Das Disease-Management-Konzept geht davon aus, dass ein koordinierter Versorgungsansatz in Form strukturierter und möglichst evidenzbasierter Behandlungsprogramme sowohl die Qualität der Behandlung verbessern als auch die Kostenfolgen bei einer bestimmten Krankheit positiv beeinflussen kann. Ziele dieses Konzept sind unter anderem die bessere Abstimmung und Koordination der Betreuung und Behandlung. Als konkreter, organisatorischer Ansatz ist hier etwa das «*Chronic Care-Modell*» (CCM) zu nennen. Wichtiger Bestandteil des CCM ist die Förderung des Selbstmanagements der Patienten, indem Wissen und Kompetenzen vermittelt und die Rolle des Patienten gestärkt wird (vgl. **M7**). Evidenzbasierte Informationen, beispielsweise in Form medizinischer Guidelines, unterstützen die Versorger beim Fällen klinischer Entscheidungen. Auch sollen die Leistungs- und

Versorgungsabläufe so gestaltet werden, dass eine *umfassende integrierte Versorgung* sichergestellt werden kann (Trageser et al., 2014). Durch die Einführung strukturierter Arbeitsabläufe soll die Versorgung effizienter gestaltet werden und die Einführung klinischer Informationssysteme soll garantieren, dass aktuelle Informationen zeitgerecht abgerufen und Langzeitverläufe dargestellt werden können.

Als ein weiteres Instrument zur besseren Steuerung der Behandlungspfade können sogenannte «*Case Manager*» in die Versorgung chronisch und mehrfach Erkrankter eingebunden werden. Das Case Management kann unterschiedlich ausgestaltet werden, es wird aber häufig bei komplexen Problematiken mit hohem Koordinationsbedarf angewendet. Der Case Manager übernimmt dabei als Fallführer unter anderem die bedarfsgerechte Planung und Organisation von Hilfeleistungen, die Koordination zwischen den Leistungserbringern und die Betreuung von Schnittstellen.

Ideale Voraussetzungen, um eine verstärkte Anwendung solcher Programme sowie eine Neugestaltung der Versorgung – im Sinne einer integrierten Versorgung – zu erreichen, könnten etwa durch die Lockerung oder Aufhebung des Vertragszwangs für sämtliche ambulante Leistungserbringer geschaffen werden. Der effektivere Wettbewerb unter den Leistungserbringern um Wirtschaftlichkeit und Qualität könnte dazu beitragen, dass vermehrt Anreize für eine integrierte Leistungserbringung und für die Einführung von Disease-Management-Programmen entstehen (vgl. **M11**). Die Einführung von Komplexpauschalen (bundled payments) könnte zudem die Zusammenarbeit im Rahmen von integrierten Versorgungsnetzwerken zusätzlich verbessern und zu einer effizienteren Leistungserbringung beitragen (vgl. **P3**).

Die Implementierung von Programmen und Instrumenten zur besseren Steuerung der Behandlungspfade geschieht zurzeit auf freiwilliger Basis. Um eine flächendeckende Implementierung der erwähnten Instrumente erreichen zu können, müssten entsprechende Vorgaben auf nationaler Ebene gesetzlich verankert werden.

Die Implementierung von Programmen und Instrumenten zur besseren Steuerung der Behandlungspfade geschieht zurzeit auf freiwilliger Basis. Um eine flächendeckende Implementierung der erwähnten Instrumente erreichen zu können, müssten entsprechende Vorgaben auf nationaler Ebene gesetzlich verankert werden.

Ideale Voraussetzungen, um eine verstärkte Anwendung solcher Programme sowie eine Neugestaltung der Versorgung – im Sinne einer integrierten Versorgung – zu erreichen, könnten etwa durch die Lockerung oder Aufhebung des Vertragszwangs für sämtliche ambulante Leistungserbringer geschaffen werden. Der effektivere Wettbewerb unter den Leistungserbringern um Wirtschaftlichkeit und Qualität könnte dazu beitragen, dass vermehrt Anreize für eine integrierte Leistungserbringung und für die Einführung von Disease-Management-Programmen entstehen (vgl. **M11**). Die Einführung von Komplexpauschalen (bundled payments) könnte zudem die Zusammenarbeit im Rahmen von integrierten Versorgungsnetzwerken zusätzlich verbessern und zu einer effizienteren Leistungserbringung beitragen (vgl. **P3**).

Die Implementierung von Programmen und Instrumenten zur besseren Steuerung der Behandlungspfade geschieht zurzeit auf freiwilliger Basis. Um eine flächendeckende Implementierung der erwähnten Instrumente erreichen zu können, müssten entsprechende Vorgaben auf nationaler Ebene gesetzlich verankert werden.

Die Implementierung von Programmen und Instrumenten zur besseren Steuerung der Behandlungspfade geschieht zurzeit auf freiwilliger Basis. Um eine flächendeckende Implementierung der erwähnten Instrumente erreichen zu können, müssten entsprechende Vorgaben auf nationaler Ebene gesetzlich verankert werden.

Potential der Massnahme

Potential zur Kostendämpfung für das OKP-Gesamtsystem


tief

mittel

hoch

Gerade integrierte Versorgungsmodelle enthalten Elemente wie CCM und Case Management zur besseren Steuerung der Behandlungspfade. Es konnte gezeigt werden, dass die Behandlungskosten für Patienten in integrierten Versorgungsmodellen tiefer ausfallen als bei Patienten, die eine «Standardversorgung» erhalten (Huber, Reich, Früh, & Rosemann, 2016). Gemäss Berechnungen am Beispiel von drei Erkrankungen ergibt sich ein jährliches Sparpotential von insgesamt 35 Mio. aufgrund von integrierter Versorgung (vgl. [Anhang A.5.](#)). Da für die Berechnungen lediglich drei Erkrankungen beachtet wurden, dürfte dies ein Mindestsparpotential darstellen.

Auswirkungen auf die Finanzierung

| | | | |
|--|----------------------------|---|---|
| Sparpotential für den Kanton Zürich | tief | mittel | hoch |
| Auswirkung auf den Finanzierungsanteil der... | ... OKP-Krankenversicherer |  | ... Privathaushalte / Patienten (out-of-pocket) |

Das Sparpotential für den Kanton Zürich ergibt sich in erster Linie durch ein verbessertes Überweisungsmanagement und durch die Reduktion von Hospitalisationen sowie Re-Hospitalisationen. Ein verbessertes Selbstmanagement der Patienten dürfte tendenziell zu einer Reduktion von Hospitalisationen führen. Gerade bei chronisch Erkrankten dürfte zudem die Wahrscheinlichkeit erhöht sein, dass etwa eine suboptimale Versorgung sowie eine schlechte Koordination zwischen den Leistungserbringern im Anschluss an einen Spitalaufenthalt zu Re-Hospitalisationen führen. Da unsere Berechnungen lediglich am Beispiel von drei Erkrankungen durchgeführt wurden, darf davon ausgegangen werden, dass das Sparpotential der Massnahme höher liegt. Unter der Annahme, dass alleine im stationären Spitalbereich Einsparungen in der Höhe von 35 Mio. erzielt werden könnten, dürften für den Kanton Zürich mit einem Bevölkerungsanteil von 17.7% Einsparungen in der Höhe von ungefähr 6 Mio. möglich sein. Bei einem Finanzierungsanteil von 55% würde dies zu einer finanziellen Entlastung von ungefähr 3 bis 4 Mio. führen.

Für die OKP-Krankenversicherer ergibt sich neben den Einsparungen im stationären Bereich eine zusätzliche Entlastung aufgrund der Einsparungen im ambulanten Bereich, den sie zu 100% finanzieren.

Für die Privathaushalte sind keine finanziellen Auswirkungen zu erwarten.

Realisierbarkeit für den Kanton Zürich

| | | | |
|-------------------------------------|---------------------|-------------------|-----------------------|
| Gesamtrealisierbarkeit | schwer | mittel | leicht |
| Rechtliche Realisierbarkeit | Bundesgesetz | Kt. Gesetz | Kt. Verordnung |
| Zeitliche Realisierbarkeit | >10 Jahre | 2-10 Jahre | <2 Jahre |
| Komplexität der Realisierung | hoch | mittel | tief |


Grenzen und Nebenwirkungen

Weil durch diese Massnahme die Koordination der Versorgung verbessert wird, der Informationsfluss gewährleistet bleibt und die Behandlung anhand evidenzbasierter Informationen geschieht, ist mit einer Verbesserung der Versorgungsqualität zu rechnen.

len zum Ziel hatte, wurde im Jahr 2012 vom Volk an der Urne deutlich abgelehnt.

Eine Vorlage (sog. 'Managed Care-Vorlage'), welche unter anderem die Stärkung von integrierten Versorgungsmodel-

Auswirkung auf die Versorgungsqualität der Privathaushalte / Patienten



Fazit

Die Massnahme dürfte zwar zu Kosteneinsparungen für das OKP-Gesamtsystem führen und gleichzeitig die Qualität der Versorgung erhöhen. Es ist jedoch fraglich, ob eine Verankerung von entsprechenden Vorgaben auf nationaler Ebene zurzeit realisierbar wäre. Der als 'schwierig' eingeschätzten Realisierbarkeit steht zudem ein als 'tief' eingeschätztes Sparpotential für den Kanton Zürich gegenüber.

4.3. Beurteilung der finanzierungsbezogenen Massnahmen und Instrumente

F1 Vergütung Spitalleistungen: Kantonsanteil (reine Finanzierungsumverteilung)

Ziel und Inhalt der Massnahme bzw. des Instrumentes



Neben Massnahmen, die eine Beeinflussung der Kostenentwicklung über die Menge oder den Preis erreichen, besteht für den Kanton Zürich die Möglichkeit, durch eine Umverteilung der Finanzierungslast oder die Generierung von Einnahmen eine finanzielle Entlastung zu erreichen. So sind die Kantone nach Art. 49a KVG dazu verpflichtet, die Vergütung der stationären Leistungen zu einem Anteil von mindestens 55% zu übernehmen (ab 1. Januar 2017). Der restliche Anteil von maximal 45% muss durch die Krankenversicherer getragen werden. Der Kanton Zürich hält die

Mehrbelastung in diesem Bereich insofern bereits in Grenzen, als dass auf eine Erhöhung des Kantonsanteils über das Minimum von 55% verzichtet wird.

Erhebliche Einsparungen für die Kantone wären durch die Sen-

kung des Kantonsanteils zu erreichen. Die einzige Möglichkeit für den Kanton Zürich, den Kostenteiler zu senken, besteht im Einreichen einer entsprechenden Standesinitiative. Mit der Standesinitiative hat jeder Kanton die Möglichkeit, der Bundesversammlung einen Entwurf oder eine Anregung zu einer Verfassungsänderung, einem Gesetz oder einem Bundesbeschluss einzureichen. In diesem Fall könnte der Kanton Zürich der Bundesversammlung mittels Standesinitiative eine KVG-Änderung vorschlagen, etwa im Sinne einer Veränderung des Kostenteilers auf 50% / 50% anstatt den bisherigen 55% / 45%.

Obwohl die Kantone 55% der Vergütungen für stationäre Leistungen zu tragen haben, sind sie derzeit von der Tarifpartnerschaft ausgeschlossen. Vor diesem Hintergrund könnte deshalb argumentiert werden, dass ihnen entweder erweiterte Kompetenzen im Bereich der Tarifverhandlungen zugesprochen werden, oder dass sie einen geringeren Kostenanteil übernehmen müssen.

Potential der Massnahme

Potential zur Kostendämpfung für das OKP-Gesamtsystem



tief

mittel

hoch

Da diese Massnahme lediglich eine Umverteilung der Finanzlast vom Kanton hin zu den OKP-Krankenversicherern bewirkt, ergeben sich keine Einsparungen für das OKP-Gesamtsystem.


Auswirkungen auf die Finanzierung

| | | | |
|--|--|---|-------------|
| Sparpotential für den Kanton Zürich | tief | mittel | hoch |
| Auswirkung auf den Finanzierungsanteil der... | ... OKP-Krankenversicherer  | ... Privathaushalte / Patienten (out-of-pocket)  | |
| <p>Mit einem Finanzierungsanteil von 53% bezahlte der Kanton Zürich im Jahr 2016 für stationäre Behandlungen 1.4 Mrd. (Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, 2016). Unter der Annahme, dass die Kosten für stationäre Behandlungen im Jahr 2017 auf diesem Niveau stabil bleiben, würden sich für den Kanton Zürich – mit einem Finanzierungsanteil von neu 55% (ab 1. Januar 2017) – Kosten in der Höhe von ungefähr 1.45 Mrd. ergeben. Könnte der Kostenteiler auf beispielsweise 50% reduziert werden, würden die Ausgaben für stationäre</p> | <p>Behandlungen auf 1.32 Mrd. reduziert, was zu Einsparungen in der Höhe von 130 Mio. führen dürfte.</p> <p>Die Einsparungen für den Kanton in der Höhe von 130 Mio. würden vollständig zu Lasten der OKP-Krankenversicherer beziehungsweise der Prämienzahler erzielt.</p> <p>Für die Privathaushalte sind keine finanziellen Auswirkungen zu erwarten.</p> | | |

Realisierbarkeit für den Kanton Zürich

| | | | |
|-------------------------------------|---------------------|-------------------|----------------|
| Gesamtrealisierbarkeit | schwer | mittel | leicht |
| Rechtliche Realisierbarkeit | Bundesgesetz | Kt. Gesetz | Kt. Verordnung |
| Zeitliche Realisierbarkeit | >10 Jahre | 2-10 Jahre | <2 Jahre |
| Komplexität der Realisierung | hoch | mittel | tief |

Grenzen und Nebenwirkungen

| | |
|--|---|
| <p>Würde sich eine Veränderung des Kostenteilers tatsächlich in höheren Prämien niederschlagen, würde dies zu einem höheren Bevölkerungsanteil führen, der Anrecht auf eine individuelle Prämienverbilligung hat. Die Kosteneinsparungen für den Kanton dürften dadurch entsprechend reduziert werden.</p> <p>Die Massnahme ist aufgrund der langwierigen Entscheidungsprozesse auf Bundesebene erst langfristig realisierbar und sie wäre kurzfristig unter anderem mit einem we-</p> | <p>sentlichen Marketingaufwand verbunden.</p> <p>Es sind keine Auswirkungen auf die Versorgungsqualität zu erwarten.</p> <p>Auswirkung auf die Versorgungsqualität der Privathaushalte / Patienten </p> |
|--|---|

Fazit

Die Massnahme beinhaltet ein beachtliches Sparpotential für den Kanton Zürich. Es ist jedoch unsicher, wie stark das Sparpotential etwa durch die Zunahme an ausbezahlten Prämienverbilligungen reduziert wird. Zudem wäre eine Umsetzung kurz- bis mittelfristig mit einigem Aufwand verbunden, wobei die Annahme einer entsprechenden Vorlage durch die Bundesversammlung nicht garantiert werden kann.

F2 Abgaben/Steuern (reine Finanzierungswirkung)

Ziel und Inhalt der Massnahme bzw. des Instrumentes



Für den Kanton Zürich bestehen grundsätzlich mehrere Möglichkeiten, durch die Einführung von Abgaben bzw. Steuern zusätzliche Mittel für den Staatshaushalt zu generieren.



So wäre es denkbar, eine *Abgabe für Zusatzversicherte* einzuführen, welche die Listenspitäler an den Kanton entrichten müssten. Der Kanton könnte somit von den Listenspitälern pro Patient mit einer Spitalzusatzversicherung eine prozentuale Abgabe verlangen. In diesem Zusammenhang muss aber angefügt werden, dass

entsprechende Änderungen der gesetzlichen Grundlagen, beispielsweise eine Vorlage zum «Spitalfonds» oder die «Lex Hirslanden», erst kürzlich vom Kantonsrat abgelehnt wurden.

Auch könnten die Kantone den eigenen öffentlichen Spitälern *Gewinnvorgaben* machen, wobei ein Teil des Gewinns jeweils an den Eigentümer, also den Kanton, abgeführt wird. Grundsätzlich entscheidet der Kantonsrat über die Verwendung des Gewinns. Alternativ könnte die Gewinnabgabe auch im Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz festgehalten werden, wobei dieses entsprechend angepasst werden müsste.

Zahlreiche Institutionen, welche auf der Spitalliste des Kantons Zürich aufgelistet sind, sind steuerbefreit. Eine einheitliche *Besteuerung aller Spitäler* würde einerseits zu einer Gleichbehandlung der Spitäler führen, andererseits würden dadurch auch Mehreinnahmen für den Kanton generiert. Während die kantonalen und städtischen Institutionen von Gesetzes wegen steuerbefreit

sind (Bundesgesetz über die direkte Bundessteuer; Steuergesetz), geniessen andere (nicht-öffentliche) Institutionen die Steuerbefreiung, weil sie gemeinnützige Zwecke verfolgen. Die Steuerbefreiung wird dabei nur auf Gesuch hin gewährt und die Institutionen müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllen (Antwort RR Kanton Zürich; KR-Nr. 428/2016). Institutionen, die privatrechtlich organisiert sowie zu einem überwiegenden Anteil in privater Hand sind und die Voraussetzungen zur Steuerbefreiung nicht erfüllen, unterliegen hingegen den Gewinn- und Kapitalsteuern.

Vor der Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012 galt im Kanton Zürich die Defizitsubventionierung. Die subventionsberechtigten Spitäler mussten ihre Gewinne aus dem Zusatzversichertengeschäft also im Wesentlichen zur Mitfinanzierung der Behandlung von allgemeinversicherten Patienten verwenden, da die Tarife hier nicht kostendeckend waren. Seit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung stehen den Spitälern die mit den Zusatzversicherten erwirtschafteten Gewinne zur freien Verfügung. Entsprechend müssten die in der Vergangenheit gewährten Steuerbefreiungen überprüft werden. Diese Überprüfung würde aber nur jene Spitäler betreffen, die gemeinnützige Zwecke verfolgen und deshalb steuerbefreit sind. Damit eine Steuerbefreiung der derzeit als kantonale Anstalten geführte Spitäler aufgehoben werden könnte, wäre entweder eine Gesetzesanpassung oder eine Anpassung der Rechtsform, etwa im Sinne einer Umwandlung in eine Aktiengesellschaft, nötig. So wären etwa das Kantonsspital Winterthur oder die Integrierte Psychiatrie Winterthur im Falle einer Umwandlung in eine Aktiengesellschaft steuerpflichtig geworden (Antwort RR Kanton Zürich; KR-Nr. 428/2016). Im Folgenden wird aber als Massnahme die Anpassung der entsprechenden Gesetze beurteilt.

Potential der Massnahme

Potential zur Kostendämpfung für das OKP-Gesamtsystem



tief

mittel

hoch

Bei der Besteuerung aller Spitäler handelt es sich um eine Massnahme zur zusätzlichen Generierung von Mitteln für den Kantonshaushalt und somit um keine echte Sparmassnahme. Für das OKP-Gesamtsystem ist deshalb keine Kostenreduktion zu erwarten.

Auswirkungen auf die Finanzierung

| | | | |
|--|--|---|-------------|
| Sparpotential für den Kanton Zürich | tief | mittel | hoch |
| Auswirkung auf den Finanzierungsanteil der... | ... OKP-Krankenversicherer  | ... Privathaushalte / Patienten (out-of-pocket)  | |

Von den im Jahr 2017 auf der «Spitalliste 2012 Akutsomatik» (Stand 1. Januar 2017) aufgeführten Institutionen waren sieben Kliniken von Gesetzes wegen und 22 Kliniken wegen öffentlicher oder gemeinnütziger Zweckverfolgung steuerbefreit (Kantonales Steueramt Zürich, 2017). Unter den steuerbefreiten Institutionen finden sich unter anderem auch das Kantonsspital Winterthur (KSW), das Spital Uster und das GZO Spital Wetzikon. Die erwirtschafteten Gewinne beliefen sich bei diesen Spitälern im Jahr 2016 auf 29.8 Mio. (KSW), auf 6.8 Mio. (Uster) und 2.4 Mio. (Wetzikon). Im Hinblick auf die Anzahl steuerbefreiter Institutionen und die von ihnen erwirtschafteten Gewinne, dürfte die steuerliche Gleichbehandlung im Sinne einer Besteuerung aller Spitäler ein mittleres Sparpotential für den Kanton Zürich beinhalten. Liegt der Fokus aber auf dem Sparpotential im Bereich der Leistungsgruppen der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, so muss das Potential als 'tief' eingeschätzt werden.

Diese Massnahme ist weder eine echte Sparmassnahme noch hat sie eine Umverteilung der Finanzierungslast zur Folge, weshalb weder Auswirkungen auf die OKP-Krankenversicherer noch auf die Privathaushalte zu erwarten sind.


Realisierbarkeit für den Kanton Zürich

| | | | |
|-------------------------------------|---------------------|-------------------|-----------------------|
| Gesamtrealisierbarkeit | schwer | mittel | leicht |
| Rechtliche Realisierbarkeit | Bundesgesetz | Kt. Gesetz | Kt. Verordnung |
| Zeitliche Realisierbarkeit | >10 Jahre | 2-10 Jahre | <2 Jahre |
| Komplexität der Realisierung | hoch | mittel | tief |

Grenzen und Nebenwirkungen

Die Besteuerung der Spitäler könnte es diesen erschweren, die nötigen Reserven zu schaffen, um zukünftige Investitionen zu tätigen.

Die Massnahme hat keine direkte Auswirkung auf die Versorgungsqualität. Es ist aber darauf zu achten, dass die Massnahme die langfristige Investitionsfähigkeit der Spitäler und dadurch gegebenenfalls auch die Versorgungssicherheit gefährden könnte.

Auswirkung auf die Versorgungsqualität der Privathaushalte / Patienten 

Fazit

Eine steuerliche Gleichbehandlung der Spitäler wäre auch aus wettbewerbspolitischen Gründen zwar wünschenswert. Der Besteuerung der (derzeit) öffentlichen Institutionen stehen aber einige Hindernisse im Weg. Obwohl die Besteuerung der Spitäler, die derzeit aufgrund gemeinnütziger Zwecke steuerbefreit sind, wohl einfacher zu realisieren wäre, würde ein solch einseitiger Eingriff den Wettbewerb zugunsten der öffentlichen Spitäler verzerren.

F3 Reduktion Prämienverbilligung (reine Finanzierungswirkung)

Ziel und Inhalt der Massnahme bzw. des Instrumentes



Für Personen in bescheidenen Verhältnissen führen die steigenden Krankenkassenprämien zunehmend zu einer erhöhten finanziellen Belastung. Das KVG sieht dabei vor, dass die Kantone für diese Personenkreise individuelle Prämienverbilligungen (IPV) gewähren. Auch unterstützt der Kanton unter anderem Zusatzleistungs- und Sozialhilfebezüger, indem er deren Prämien übernimmt. Die Prämienverbilligung wird dabei durch den Kanton und den Bund finanziert. Für das Jahr 2017 hat der Bund dem Kanton Zürich für die Prämienverbilligungen 441 Mio. ausbezahlt. Der Kanton hat seinerseits 352.8 Mio. beigesteuert, was 80% des Bundesbeitrags entspricht. Massnahmen, die zur Reduktion der ausbezahlten Prämienverbilligungen führen, dürften deshalb für den Kanton Zürich ein nennenswertes Sparpotential beinhalten.

So könnten *Auflagen für den Erhalt von IPV* eingeführt werden. Personen, die IPV erhalten wollen, müssten sich etwa verpflichten, ein HMO-Versicherungsmodell abzuschliessen. Die Massnahme würde ihre Sparwirkung somit auf zwei Arten entfalten: einerseits würden die Managed Care-Modelle durch eine bessere Steuerung der Behandlung zu Kosteneinsparungen führen (vgl. **M13**). Andererseits würde ein Teil der IPV-Berechtigten weiterhin an Modellen mit freier Arztwahl festhalten wollen, was die Anzahl IPV-Be-

züger reduzieren würde. Dabei gilt die Annahme, dass die heutigen IPV-Bezüger (noch) nicht in HMO-Modellen versichert sind.

Auch wäre es möglich, das heutige Prämienverbilligungssystem zu optimieren und die dadurch freiwerdenden Mittel nicht im Prämienverbilligungssystem zu belassen, sondern durch eine *Reduktion des Kantonsbeitrags* zur Entlastung des kantonalen Haushalts einzusetzen. Eine Optimierung könnte etwa bedeuten, dass Studenten keine Prämienverbilligung erhalten, wenn ihr steuerbares Einkommen zusammen mit dem steuerbaren Einkommen der Eltern eine bestimmte Höhe erreicht. Weiter könnte beispielsweise auch bestimmt werden, dass Hauseigentümer keine Prämienverbilligung erhalten. Hauseigentümer können heute Prämienverbilligungen erhalten, wenn sie zum Beispiel Investitionen an ihrem Haus von den Steuern abziehen und das steuerbare Einkommen folglich tief ausfällt. Andere Kantone kennen bereits tiefere Beiträge, so liegt der Kantonsbeitrag im Kanton Aargau beispielsweise bei ungefähr 50% des Bundesbeitrags. Als Berechnungsgrundlage für den Kanton Zürich wird hier ein Szenario verwendet, in welchem der Kantonsbeitrag von derzeit 80% auf 70% des Bundesbeitrags reduziert wird.

Eine solche Optimierung des Prämienverbilligungssystems (zur Verhinderung nicht gerechtfertigter IPV-Bezüge) und eine gleichzeitige Anpassung des Kantonsbeitrags stehen derzeit im Zürcher Kantonsrat zur Debatte.

Potential der Massnahme

Potential zur Kostendämpfung für das OKP-Gesamtsystem

tief

mittel

hoch

Die Reduktion des Kantonsbeitrags hat lediglich eine Umverteilung der Finanzierungslast zur Folge. Für das OKP-Gesamtsystem ist deshalb keine Kostenreduktion zu erwarten.

Auswirkungen auf die Finanzierung

| | | | |
|--|----------------------------|--|---|
| Sparpotential für den Kanton Zürich | tief | mittel | hoch |
| Auswirkung auf den Finanzierungsanteil der... | ... OKP-Krankenversicherer | | ... Privathaushalte / Patienten (out-of-pocket) |
| <p>Eine Reduktion des Kantonsbeitrags von 80% auf 70% des Bundesbeitrags (441 Mio. im 2017), würde die Ausgaben von 352.8 Mio. auf 308.7 Mio. reduzieren, was Einsparungen in der Höhe von rund 44 Mio. möglich machen würde. Dies entspricht einem vergleichsweise 'hohen' Sparpotential.</p> <p>Es sind keine Auswirkungen auf den Finanzierungsanteil der</p> | | <p>OKP-Krankenversicherer zu erwarten.</p> <p>Eine Reduktion des Kantonsbeitrags an die Prämienverbilligungen würde zu einer Mehrbelastung für die Privathaushalte führen, wobei lediglich Haushalte betroffen wären, die tatsächlich Anspruch auf IPV geltend machen könnten.</p> | |

Realisierbarkeit für den Kanton Zürich

| | | | |
|-------------------------------------|--------------|-------------------|----------------|
| Gesamtrealisierbarkeit | schwer | mittel | leicht |
| Rechtliche Realisierbarkeit | Bundesgesetz | Kt. Gesetz | Kt. Verordnung |
| Zeitliche Realisierbarkeit | >10 Jahre | 2-10 Jahre | <2 Jahre |
| Komplexität der Realisierung | hoch | mittel | tief |

Grenzen und Nebenwirkungen

| | |
|--|--|
| <p>Der Kantonsbeitrag von 80% ist im kantonalen Einführungsgesetz zum Krankenversicherungsgesetz (EG KVG) festgehalten. Die Umsetzung dieser Massnahme wäre nur durch eine Revision des EG KVG zu bewerkstelligen.</p> <p>Die stetig steigenden Prämien stellen für einkommensschwache Haushalte eine zunehmende Belastung dar, weshalb auf politischer Ebene die Forderung aufkommen könnte, dass die durch die Optimierung freiwerdenden Mittel im System belassen und nicht über eine Kürzung des Kantonsbeitrags abge-</p> | <p>schöpft werden sollten. Es ist deshalb davon auszugehen, dass gegen eine Revision des EG KVG mit gleichzeitiger Kürzung des Kantonsbeitrags das Referendum ergriffen würde.</p> <p>Auswirkung auf die Versorgungsqualität der Privathaushalte / Patienten </p> |
|--|--|

Fazit

Die Massnahme beinhaltet ein nennenswertes Sparpotential für den Kanton Zürich und wäre grundsätzlich auch zu realisieren. Die Umsetzung ist aber auch mit einigen Unsicherheiten verbunden. So müsste der Kantonsrat einer Revision des EG KVG zustimmen und es besteht die Möglichkeit, dass gegen eine solche Revision das Referendum ergriffen würde.

4.4. Beurteilung der Governance-bezogenen Massnahmen und Instrumente

G1 Governance Kantone (Mehrfachrolle, Transparenz Spitalfinanzierung)

Ziel und Inhalt der Massnahme bzw. des Instrumentes



Die Kantone haben heute mehrere Rollen inne: Neben (Mit-)Finanzierer sind sie zudem Regulatoren (Ausübung von hoheitlichen Funktionen wie Spitalplanung, gesundheitspolizeiliche Zulassungsprüfung der Leistungserbringer oder Tarifgenehmigung) sowie Leistungserbringer (als Eigentümer und Betreiber von Spitälern).



Die Ausgestaltung dieser Rollen in den verschiedenen Kantonen ist unterschiedlich, insbesondere was die Hoheitsfunktion in Bezug auf die Spitalversorgung betrifft und die Bedeutung die dabei dem Wettbewerb

unter den Leistungserbringern beigemessen wird (Widmer et al., 2016). Während die Rolle der Kantone als Regulatoren weitgehend akzeptiert ist, werden die Rollen als Finanzierer und Leistungserbringer für sich alleine und insbesondere in der Kumulation kritisch beurteilt (vgl. etwa Postulat 15.3464).

Die *Aufhebung der Mehrfachrollen* der Kantone zielt darauf ab, die mit der Mehrfachrolle zwangsweise auftretenden Interessenkonflikte zu reduzieren und damit den Wettbewerb unter den Spitälern zu fördern. Damit verbunden ist die Forderung nach Transparenz in der Spitalfinanzierung durch die Kantone (z.B. Motion 16.3623). Die heutige – insbesondere für die Öffentlichkeit – ungenügende Transparenz über die Finanzierung von GWL und Investitionen (von Stokar, Vettori, Gschwend, & Boos, 2016, p. 8) leistet dem Argument Vorschub, dass die Kantone in der Doppelrolle als Eigentümer und Finanzierer die öffentlichen Spitäler mit Subventionen unterstützen, die über

den vom KVG für die GWL vorgesehenen Umfang hinausgehen (vgl. Kapitel 2.5).

Die Entflechtung der verschiedenen Rollen würde konkret bedeuten, einige der heutigen Rollen ganz aufzugeben oder zumindest die geltenden Praktiken anzupassen.

Umfassender Entflechtungsansatz:

- der Kanton tritt nur noch als Regulator auf, nicht mehr als Eigentümer von Spitälern
- Verbot von GWL zur Erhaltung von Spitalinfrastrukturen aus regionalpolitischen Gründen
- Trennung von Steuerfinanzierung und Leistungsvergütung; Wechsel zum Monismus (vgl. nachfolgend **G2**)

Minimaler Entflechtungsansatz:

- Juristische Auslagerung der Spitäler (der Kanton als Eigentümer soll die eigenen Spitälern nicht betreiben)
- Transparente Unterscheidung zwischen erlaubten und nicht erlaubten GWL bzw. Subventionen (Voraussetzungen für erlaubte GWL: 1. expliziter Auftrag an die Leistungserbringer; 2. keine Defizitdeckung, sondern Abgeltung von tatsächlichen Leistungen der Leistungserbringer; 3. kostenbasierte Abgeltung).

Mit der Entflechtung der Mehrfachrollen wird der Wettbewerb zwischen den Spitälern gefördert. Der Wettbewerbsdruck reduziert bestehende Überkapazität im stationären Bereich (beschleunigte Strukturanpassung). Damit ist es weniger wahrscheinlich, dass diese Überkapazität im stationären Bereich durch angebotsinduzierte Übernachtung ausgelastet wird.

Potential der Massnahme

Potential zur Kostendämpfung für das OKP-Gesamtsystem

tief

mittel


hoch

Geben die Kantone ihre Eigentümerrolle auf und wird auf die Erhaltung der Spitalinfrastrukturen aus regionalpolitischen Gründen verzichtet, erhöht dies den Wettbewerbsdruck unter den Spitälern und beschleunigt die Strukturanpassung, was wiederum indirekt die Mengenentwicklung beeinflusst.

Mit einem langfristigen Horizont ist das Potential 'mittel', da letztlich eine vergleichbare Auswirkung auf die ambulant erbrachten Mengen und damit die OKP-Kosten wie in der direkt wirkenden Massnahme zur Steuerung der Spitalkapazitäten (vgl. **M3**) möglich ist.

Mittelfristig verfügt die Massnahme aufgrund der indirekten Wirkung allerdings nur über ein 'tiefes' Potential.


Auswirkungen auf die Finanzierung

| | | | |
|---|--|---|---|
| Sparpotential für den Kanton Zürich | tief | mittel | hoch |
| Auswirkung auf den Finanzierungsanteil der... | ... OKP-Krankenversicherer |  | ... Privathaushalte / Patienten (out-of-pocket) |
| <p>Das Potential zur Einsparung von kantonalen Steuermitteln ist für einzelne Kantone in einer langfristigen Perspektive als 'mittel' zu bewerten. Dies trifft insbesondere – aber nicht nur – bei den Westschweizer Kantonen zu, wo aufgrund des Staatsverständnisses die Entflechtung in Bezug auf die Eigentümerrolle wenig fortgeschritten ist und eine grosszügige (und teilweise intransparente) Finanzierung von öffentlichen Spitälern über GWL und Investitionen gängige Praxis ist (Widmer et al., 2016, pp. 33, 44).</p> <p>Der Kanton Zürich dagegen zeichnet sich durch eine transparente Finanzierungspraxis aus und bezahlt für einen Universitätskanton bereits wenig Subventionen und GWL.</p> | <p>Zudem ist die Entflechtung der Eigentümerrolle fortgeschritten, wenn auch mit den nach wie vor kantonseigenen Akutspitälern Universitätsspital und Kantonsspital nicht abgeschlossen (Widmer et al., 2016, pp. 34, 43). Entsprechend ist das Sparpotential für den Kanton Zürich eher als 'tief' einzustufen.</p> <p>In der Höhe ihrer Finanzierungsanteile (45% stationär, 100% ambulant) kommen die kostensenkenden Wirkungen den OKP-Versicherern bzw. den Prämienzahlern zu gute.</p> <p>Die Massnahme hat für die Privathaushalte keine finanziellen Auswirkungen.</p> | | |

Realisierbarkeit für den Kanton Zürich

| | | | |
|-------------------------------------|---------------------|-------------------|-----------------------|
| Gesamtrealisierbarkeit | schwer | mittel | leicht |
| Rechtliche Realisierbarkeit | Bundesgesetz | Kt. Gesetz | Kt. Verordnung |
| Zeitliche Realisierbarkeit | >10 Jahre | 2-10 Jahre | <2 Jahre |
| Komplexität der Realisierung | hoch | mittel | tief |

Grenzen und Nebenwirkungen

| | |
|--|--|
| <p>Die Bevölkerung hat eine hohe Identifikation mit öffentlichen Spitälern. Eine gänzliche Aufhebung der Eigentümerrolle der Kantone scheint zum heutigen Zeitpunkt bei der Bevölkerung nicht mehrheitsfähig zu sein, wie dies die Ablehnung zur Überführung des KSW in eine kantonseigene Aktiengesellschaft gezeigt hat.</p> | <p>Auswirkung auf die Versorgungsqualität der Privathaushalte / Patienten</p>  |
|--|--|

Fazit

Aufgrund der indirekten und erst mittel- bis langfristigen Wirkung auf die Kapazitäten im stationären Sektor hat die Massnahme insgesamt wenig Potential. Zudem scheint das Interesse in der Bevölkerung an einer Entflechtung der Rollen gering zu sein. Will man einen ersten Schritt zur Entflechtung der Rollen nehmen, so könnte dieser in der juristischen Auslagerung aller Spitäler begleitet von einer OKP-kompatiblen Subventionierung bestehen (d.h. ein minimaler Entflechtungsansatz).

G2 Einheitliche Finanzierung ambulant und stationär (EFAS bzw. Monismus)

Ziel und Inhalt der Massnahme bzw. des Instrumentes



Mit Einführung der neuen Spitalfinanzierung per 1. Januar 2012 werden seit dem 1. Januar 2017 stationäre Leistungen zu mindestens 55% von den Kantonen (aus Steuern) und zu maximal 45% von den Krankenversicherern (Prämien) finanziert (duale Finanzierung). Im Unterschied dazu werden ambulante Leistungen (Spital ambulant und Arztpraxis ambulant) ausschliesslich von den Krankenversicherern (aus Prämien) finanziert.

Auf Bundesebene wird vermutet, dass die ungleiche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen zu Fehlanreizen für die Therapiewahl zwischen stationärer und ambulanter Behandlung und somit zu unnötigen Kosten führt. Zudem wird die mangelnde Transparenz in der Finanzierung als störend beurteilt.

Aufgrund von parlamentarischen Vorstössen werden unterschiedliche Finanzierungsmodelle geprüft: Zum einen die duale Finanzierung für alle OKP-Leistungen (Motion 13.3213), zum anderen eine monistische Finanzierung aller OKP-Leistungen (09.528). Die *Einheitliche Finanzierung ambulant/stationär (EFAS)* und *Monismus* sind keine Synonyme. Die einheitliche Finanzierung fordert die gleiche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen, also die Prämien- und Steuerfinanzierung zu gleichen Anteilen für alle OKP-Leistungen (d.h. Mittelherkunft). Die monistische Finanzierung ist das «Finanzierungsmodell, in dem die formale Finanzierungsverantwortung (Zahllast) ausschliesslich bei einem Akteur liegt.» (Leu, 2004, p. 29). Die in diesem Bericht beurteilte Massnahme wird wie folgt konkretisiert: EFAS in der Form des Monismus mit den Krankenversicherern als Monisten, welche alle OKP-Leistungen (am-

bulant und stationär) zu 100% vergüten. Die steuerfinanzierten Anteile der Kantone werden auf eine geeignete Art und Weise den Krankenversicherern zugewiesen.

Die Einführung von EFAS in der Form des Monismus wirkt auf die Kostenentwicklung (und die Versorgungsqualität) über drei dynamische Wirkungszusammenhänge (Maurer, 2017):

Der erste Wirkungszusammenhang führt über die Erhöhung der Attraktivität von Modellen Integrierter Versorgung mit Budgetmitverantwortung der Ärztenetzwerke auf der Basis einer capitation-Formel. Diese Modelle ermöglichen eine bessere Steuerung der Behandlungskette, was die Indikationsqualität und die Überweisungsqualität erhöht sowie Präventionsaktivitäten finanziell lohnenswerter macht.

Im zweiten Wirkungszusammenhang sind innovative Tarifstrukturen der Krankenversicherer das Bindeglied. Mit der neuen Gesamtsicht auf die Behandlungskette und der Transparenz auf der Leistungskostenseite haben die Krankenversicherer einen grösseren finanziellen Anreiz, mit einzelnen Leistungserbringern individuelle tarifäre Vereinbarungen ausserhalb des Arzttarifs zu entwickeln (z.B. Komplexpauschalen).

Die Krankenversicherer spielen auch im dritten Wirkungszusammenhang eine massgebende Rolle. Indem sie bei EFAS sowohl die Leistungen des ambulanten als auch des stationären Bereichs vergüten, können sie die Zweckmässigkeit des zu wählenden Versorgungsbereichs sowohl direkt als auch indirekt (z.B. über Leistungs-/Rechnungskontrolle) besser steuern. EFAS stärkt die Krankenversicherer m.a.W. in ihrer Funktion, «ambulant vor stationär» durch Steuerung und Leistungskontrolle durchzusetzen.

Potential der Massnahme

Potential zur Kostendämpfung für das OKP-Gesamtsystem

tief

mittel

hoch

Wie alle Massnahmen zur Verbesserung der Governance entfaltet sie nur eine indirekte Wirkung auf die Kostenentwicklung in der OKP. Die Komplexität der Wechselwirkungen verunmöglicht es, den EFAS-Effekt isoliert für sich zu quantifizieren. Das isolierte Potential (ceteris paribus) ist aber als 'tief' zu bewerten.

Die Massnahme leistet einen positiven Beitrag insbesondere zu folgenden Massnahmen: Ambulant vor stationär (vgl. **P1**), Neue Tarifstrukturen (vgl. **P3**), Prüfung WZW im Einzelfall (vgl. **M10**) sowie Steuerung Behandlungspfade (vgl. **M13**).

Auswirkungen auf die Finanzierung

Sparpotential für den Kanton Zürich **tief** mittel hoch

Auswirkung auf den Finanzierungsanteil der... ... OKP-Krankenversicherer ... Privathaushalte / Patienten (out-of-pocket)

Die effektive Wirkung auf die Finanzen des Kantons Zürich ist abhängig von der konkreten Lösung zur Umsetzung des EFAS-Modells. Wenn angenommen wird, dass in Bezug auf die Höhe des kantonalen Finanzanteils die Kantonsgelder im jeweiligen Kanton bleiben (keine Querfinanzierung unter den Kantonen) und sich die Kantone anteilmässig (mindestens) im gleichen Umfang wie heute an den gesamten OKP-Kosten beteiligen, so wäre der (neu festzulegende) Finanzanteil der einzelnen Kantone nicht höher als im heutigen System mit den Kantonsanteilen an den stationären Leistungen. Das Sparpotential aus den erwähnten indirekten Wirkungen auf andere Massnahmen kommt dem Kanton Zürich und allen anderen Kantonen in der Höhe dieses Finanzanteils zu gute. Das Potential ist aufgrund der indirekten Wirkungsentfaltung der Massnahme als 'tief' zu bewerten.

In der Höhe des übrigen Finanzierungsanteils kommen die Wirkungen den OKP-Versicherern bzw. den Prämienzahlern zu gute.

Die Massnahme hat für die Privathaushalte keine finanziellen Auswirkungen.

Realisierbarkeit für den Kanton Zürich

Gesamtrealisierbarkeit **schwer** mittel leicht

Rechtliche Realisierbarkeit **Bundesgesetz** Kt. Gesetz Kt. Verordnung

Zeitliche Realisierbarkeit >10 Jahre **2-10 Jahre** <2 Jahre

Komplexität der Realisierung **hoch** mittel tief

Grenzen und Nebenwirkungen

Abhängig von der Umsetzungslösung für die Finanzierungsanteile kann das EFAS-Modell zu einer Steigerung der Kosten für die Kantone führen. Die Finanzierungsanteile der Kantone und der Versicherer könnten zwar so kalkuliert werden, dass zu einem bestimmten Zeitpunkt eine für beide Seiten kostenneutrale Überführung erfolgen könnte. Dynamisch betrachtet würden die Kantone in einem solchen System aber neu ein überproportionales Wachstum des ambulanten Bereichs mittragen, was absolut zu einer finanziellen Mehrbelastung der Kantone gegenüber der Weiterführung des heutigen Finanzierungssystems führen könnte.

Die Förderung der Integrierten Versorgung erhöht die Versorgungsqualität.

Auswirkung auf die Versorgungsqualität der Privathaushalte / Patienten

Fazit

EFAS in der Form des Monismus könnte eine positive Wirkung auf die Kostenentwicklung entfalten. Diese positive Wirkung ist vorwiegend indirekter Art, indem EFAS andere Massnahmen katalysiert, die ihrerseits direkter auf die OKP-Kosten wirken. Somit unterstützt und erhöht der Monismus die Wirkung anderer Massnahmen zur Beeinflussung der Kostenentwicklung. Als Massnahme zur Verbesserung der Governance hilft sie beim Abbau bestehender Fehlanreize auf anderen Ebenen im Gesamtsystem OKP (Anreize aus Tarifsystemen Akutsomatik, Versorgungsstrukturen aufgrund Mehrfachrolle der Kantone) und erhöht die Transparenz bei den Leistungskosten.

G3 Hoheitliche Koordination der Leistungserbringer

Ziel und Inhalt der Massnahme bzw. des Instrumentes



Das Schweizer Gesundheitswesen ist föderalistisch strukturiert. Die 26 Kantone sind für die Versorgungsplanung innerhalb des Kantonsgebiets zuständig. Entsprechend fragmentiert erfolgt insbesondere die Planung der Spitalinfrastrukturen. Abgesehen von der interkantonalen Planung der hochspezialisierten Medizin werden die Planungen aus einer rein kantonalen Optik erstellt. Es dominieren die «Partikularinteressen» der Kantone, was ein «Reformhindernis» darstellt (Teisberg, 2008, p. 66).

Die mit den Kantonsgrenzen einhergehende geografische Kleinräumigkeit verhindert die Nutzung von Skalenerträgen, was insbesondere im Spitalsektor eine effektive und effiziente Leistungserbringung verunmöglicht. Mit einer *Versorgungsplanung in (fünf bis sieben) grösseren regionalen Versorgungsgebieten*, wie im Bundesparlament verschiedentlich gefordert worden ist (z.B. abgeschriebene Motion 10.3449), könnte die Auslastung der vorhandenen Infrastrukturen optimiert werden, die Bildung von Pools und Kompetenzzentren gefördert, und Doppelspurigkeiten beseitigt und Synergiemöglichkeiten konsequent genutzt werden. Insgesamt würden die vorhandenen Ressourcen effizienter eingesetzt. Zur Diskussion steht mit anderen Worten eine Strukturreform, welche die heutige Kompetenzverteilung und Finanzierungsverantwortung zwischen Bund und Kantonen in Frage stellt und letztlich eine Verfassungsänderung notwendig machen würde (Trageser et al.,

2012, p. 46f.). Da ein solcher Umbau der Aufgaben und Kompetenzen der Staatsebenen generell und erst noch speziell für das Gesundheitswesen alleine politisch schwer realisierbar ist, steht nachfolgend eine Umsetzung der Versorgungsregionen über interkantonale Vereinbarungen (Konkordate) im Fokus. Bund und Kantone könnten zusammen die Versorgungsregionen für die gesamte Schweiz unter Einbezug der grenznahen Versorgungskapazitäten koordinieren. Die Umsetzung der vereinbarten Schwerpunkte und Kapazitätsaufteilungen würde wie heute über die Vergabe von Leistungsaufträgen (d.h. Spitalplanung über Spitallisten) erfolgen.

Als Beispiel kann die geplante gemeinsame Gesundheitsregion Nordwestschweiz angeführt werden. Als erster Schritt soll eine Gesundheitsregion beider Basel geschaffen werden (Regierungsrat Kanton Basel-Stadt & Regierungsrat Kanton Basel-Landschaft, 2017). Das laufende Projekt steht auf zwei tragenden Pfeilern, einerseits der gemeinsamen Gesundheitsversorgung mit Planungsinstrumenten der beiden Kantone, und andererseits der Gründung einer gemeinsamen Spitalgruppe zwischen dem Universitätsspital Basel (USB) und dem Kantonsspital Baselland (KSBL). Vom Projekt erhofft man sich eine optimierte Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung beider Kantone, eine Dämpfung des Kostenwachstums sowie eine langfristige Sicherung der Hochschulmedizin in der Region. Als weiterer Schritt besteht die Vorstellung, das Konzept zusammen mit den zuständigen Regierungen der Kantone Aargau und Solothurn auf die gesamte Versorgungsregion Nordwestschweiz auszudehnen.

Potential der Massnahme

Potential zur Kostendämpfung für das OKP-Gesamtsystem

tief


mittel

hoch

Ausgehend von der Annahme, es würden fünf bis sieben Versorgungsgebiete für die Spitalplanung auf der Grundlage von Konkordaten geschaffen, so könnten die stationären Kapazitäten besser als heute am tatsächlichen Versorgungsbedarf angepasst werden, unabhängig von den Kantonsgebieten.

Ähnlich wie bei der kantonalen Steuerung der Kapazitäten durch Reduktion der Anzahl Spitäler auf der Spitalliste (vgl. **M3**) könnten idealerweise heutige Überkapazitäten aufgrund von regionalpolitischen Entscheidungen abgebaut werden. Im Gegensatz zu jener primär auf Kosteneinsparungen ausgerichteten Massnahme legen Versorgungsregionen das Gewicht auf die Abstimmung des Versorgungsbedarfs in der Hoffnung, allfällige Überkapazitäten abbauen zu können. Die Auswirkungen auf die OKP-Kosten sind deswegen geringer als diejenigen von **M3**, das Potential wird dennoch als 'mittel' bewertet.


Auswirkungen auf die Finanzierung

| | | | |
|--|----------------------------|---|---|
| Sparpotential für den Kanton Zürich | tief | mittel | hoch |
| Auswirkung auf den Finanzierungsanteil der... | ... OKP-Krankenversicherer |  | ... Privathaushalte / Patienten (out-of-pocket) |
| <p>Eine interkantonale Spitalplanung muss dem realen Versorgungsbedarf und den tatsächlichen Patientenströmen unter Berücksichtigung der Mobilität gerecht werden. Die heutigen historisch gewachsenen Grenzen sind zugunsten von funktionalen Räumen basierend auf realen Zusammenhängen bei der Planung aufzugeben. Im «Raumkonzept Schweiz» des Bundesamts für Raumentwicklung ist die Schweiz in solche funktionalen Räume eingeteilt worden (Stalder, 2017). So umfasst der an dieser Stelle relevante Metropolitanraum Zürich die heutigen Kantone Zürich, Schaffhausen, Zug und Glarus sowie Teile des Thurgaus, von St. Gallen, des Aargaus, von Luzern und Schwyz und zählt 2,14 Millionen Menschen. Ausgehend von einer Versorgungsregion dieses geografischen Ausmasses würde eine Strukturbereinigung der stationären</p> <p>Kapazitäten vermutlich eher in den heute den Kanton Zürich angrenzenden Gebieten erfolgen und in geringerem Ausmass auf dem Zürcher Kantonsgebiet. Auf dem Platz der Stadt Zürich gibt es vermutlich Optimierungspotential, aber dies betrifft alleine den Kanton Zürich und wäre Gegenstand der Kapazitätssteuerung (vgl. M3) und nicht der interkantonalen Koordination. Daher wird das Sparpotential als 'tief' beurteilt.</p> <p>Der Finanzierungsanteil der OKP-Krankenversicherer von 45% führt zu einer anteilmässigen Reduktion der Finanzierungslast, wie sie auch beim Kanton anfällt.</p> <p>Die Massnahme hat für die Privathaushalte keine finanziellen Auswirkungen.</p> | | | |

Realisierbarkeit für den Kanton Zürich

| | | | |
|-------------------------------------|---------------------|-------------------|-----------------------|
| Gesamtrealisierbarkeit | schwer | mittel | leicht |
| Rechtliche Realisierbarkeit | Bundesgesetz | Kt. Gesetz | Kt. Verordnung |
| Zeitliche Realisierbarkeit | >10 Jahre | 2-10 Jahre | <2 Jahre |
| Komplexität der Realisierung | hoch | mittel | tief |

Grenzen und Nebenwirkungen

| | |
|---|--|
| <p>Die Massnahme unterstellt, dass regionale Versorgungsregionen neben der besseren Versorgungsplanung über die zunehmende Grösse der Spitaleinheiten zu Skalenerträgen beiträgt. Wie eine Studie von PwC (Schwendener, Sommer, Bieri, et al., 2016, p. 15f.) aber zeigt, sind mittelgrosse Spitäler am profitabelsten. Bei der konkreten Ausgestaltung der Versorgungsregionen darf die Anzahl Betten somit nicht überbewertet werden. Bei Spitälern mit einer Bettenanzahl unter 200 werden die Skalenerträge jedoch nicht ausge-</p> | <p>schöpft, wodurch diese im Fokus der Koordinationsüberlegungen stehen sollten.</p> |
| | <p>Auswirkung auf die Versorgungsqualität der Privathaushalte / Patienten</p>  |

Fazit

Da aufgrund der föderalistischen Versorgungsplanung bisher noch wenig Optimierung der Kapazitäten über die Kantonsgrenzen hinaus stattgefunden hat, bieten regionale Versorgungsregionen schweizweit ein Sparpotential, welches es zu nutzen gilt. Für den Kanton Zürich würden sich aufgrund des bereits existierenden Metropolitanraums dagegen nur geringe Optimierungsmöglichkeiten durch den Einbezug der umliegenden Kantonsgebiete ergeben. Aus Sparüberlegungen wäre für den Kanton Zürich die direkte Kapazitätssteuerung auf dem Kantonsgebiet durch Schliessung kleinerer Spitäler (vgl. M3) aussichtsreicher.

G4 Hoheitliche Koordination der Krankenversicherer

Ziel und Inhalt der Massnahme bzw. des Instrumentes



Die OKP-Prämien haben sich seit der Einführung des KVG im Jahr 1996 mehr als verdoppelt (interpharma, 2017, p. 51). Daher ist es nicht überraschend, wenn die Suche nach möglichen Massnahmen zur Beeinflussung der Kostenentwicklung bei den zentralen Akteuren, den Krankenversicherern, beginnt. Dabei scheint speziell der Wettbewerb um Versicherte unter den Krankenversicherern in der Bevölkerung und verschiedenen Politikern kein hohes Ansehen zu geniessen.

Verschiedene politische Vorstösse haben in den letzten Jahren wiederholt versucht, diesem Wettbewerb um Versicherte Einhalt zu gebieten. Neben dem Wechsel zu einer *nationalen Einheitskrankenkasse* ist auch die Einführung von *öffentlichen kantonalen oder regionalen Krankenkassen* als alleinige Anbieter der obligatorischen Krankenversicherung nach KVG diskutiert worden. Bei beiden Ansätzen würden die privaten Krankenkassen und der Wettbewerb zwischen diesen Kassen auf dem Markt der obligatorischen Krankenversicherung abgeschafft. Über die Einführung einer nationalen Einheitskasse ist letztmals am 28. September 2014 an der Urne abgestimmt worden; mit 61.5% Nein-Stimmen wurde die eidgenössische Volksinitiative abgelehnt.

Unter dem Arbeitstitel *Kantonale Kompensationskassen bzw. Ausgleichskassen* ist eine Volksinitiative der beiden Gesundheitsdirektoren Mauro Poggia (GE) und Pierre-Yves Maillard (VD) lanciert worden. Mit der «caisses de compensation» soll ein Kompromiss zwischen heutigem System mit privatrechtlichen Krankenversicherern und der kantonalen Einheitskasse geschaffen werden: Den Kantonen soll es erlaubt werden, eine Art unabhängige Ausgleichskasse einzuführen. Diese ist für Festlegung und Inkasso der (einheitlichen) Prämien zuständig, den Kostenausgleich zwischen Versichertengruppen sowie den Abschluss von Tarifstrukturen und Tarifverträgen mit den Leistungserbringern. An die nach wie vor bestehenden Krankenversicherer wird der Leistungseinkauf sowie die Kontrolle der Leistungsabrechnungen delegiert.

Die Initianten glauben, auf zwei Ebenen Einfluss auf die Prämienentwicklung nehmen zu können: Innerhalb eines Kantons haben alle die gleich hohen Prämien. Die Prämien werden von den heutigen Reserven entkoppelt und entwickeln sich mit dem effektiven Kostenverlauf; markante Prämienenerhöhungen sollen so vermieden werden. Zusätzlich fallen die heutigen, kostspieligen Kassenwechsel weg. Damit verschwindet auch die «Jagd nach guten Risiken» mittels Werbung und teuren Maklern und Callcentern.

Potential der Massnahme

Potential zur Kostendämpfung für das OKP-Gesamtsystem

tief

mittel

hoch

OKP-Kosten unterteilen sich ungefähr in 95% Leistungskosten (von den Leistungserbringern verursacht) und 5% Verwaltungskosten (von den Krankenversicherern verursacht). Die von den Initianten vorgeschlagene Massnahme setzt ausschliesslich bei den Verwaltungskosten an.

In einer Studie zur kantonalen und regionalen Krankenkasse ist die Einsparung der wegfallenden Kassenwechsel mit jährlichen Wechselkosten von CHF 300 Mio. geschätzt worden (Wieser, Schleiniger, Pletscher, Plessow, & Brügger, 2011). Dafür müssen aber 26 Ausgleichskassen neu geschaffen werden, die aufgrund des Weiterbestands der Krankenversicherer neue Verwaltungskosten verursachen.

Entsprechend fällt das Potential insgesamt 'tief' aus. Die Wirkung auf die Leistungskosten ist sogar inexistent.


Auswirkungen auf die Finanzierung

| | | | |
|---|---|---|-------------|
| Sparpotential für den Kanton Zürich | tief | mittel | hoch |
| Auswirkung auf den Finanzierungsanteil der... | ... OKP-Krankenversicherer  | ... Privathaushalte / Patienten (out-of-pocket)  | |
| Die Verschiebung von Verwaltungsaufgaben von den Krankenversicherern an eine unabhängige kantonale Ausgleichskasse hat keine Auswirkung auf die Finanzen der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich. | den Verwaltungskosten ermöglicht, ist das Sparpotential für die OKP-Krankenversicherer und ihre Prämienzahler als 'tief' zu bewerten. | | |
| Da die Massnahme, falls überhaupt, nur Einsparungen bei | Die Massnahme hat für die Privathaushalte keine finanziellen Auswirkungen. | | |

Realisierbarkeit für den Kanton Zürich

| | | | |
|-------------------------------|---------------------|-------------------|-----------------------|
| Gesamtrealisierbarkeit | schwer | mittel | leicht |
| Rechtliche Realisierbarkeit | Bundesgesetz | Kt. Gesetz | Kt. Verordnung |
| Zeitliche Realisierbarkeit | >10 Jahre | 2-10 Jahre | <2 Jahre |
| Komplexität der Realisierung | hoch | mittel | tief |

Grenzen und Nebenwirkungen

| | | |
|---|--|---|
| Aus Sicht der Initianten der Massnahme erbringt der Staat die Leistungen mindestens so effizient und effektiv wie die Krankenversicherer. Es bleibt eine offene Frage, ob dem so ist. Es wäre auch denkbar, dass mit einer kantonalen Ausgleichskasse aufgrund des nun fehlenden Wettbewerbsdrucks nicht nur die Verwaltungskosten, sondern auch die Leistungskosten ansteigen könnten. | kasse die Möglichkeit, durch einen Wechsel ihre Präferenzen in Bezug auf Versicherungsmodell und Servicelevel kund zu tun. | |
| Die Versicherten verlieren mit einer kantonalen Ausgleichs- | Auswirkung auf die Versorgungsqualität der Privathaushalte / Patienten |  |

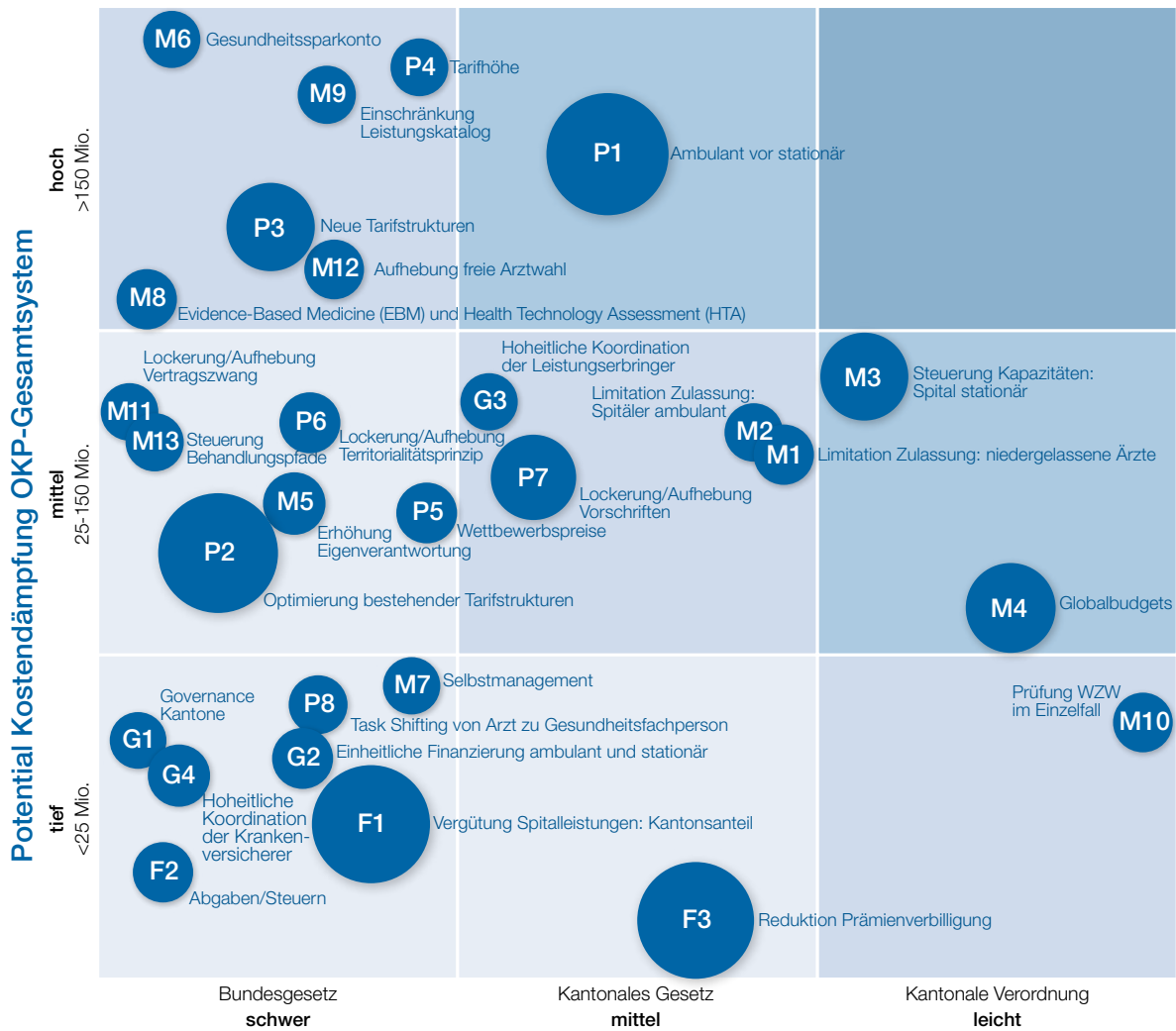
Fazit

Die Massnahme ist noch zu wenig durchdacht bzw. konkret, als dass ihre allfälligen Vorzüge offensichtlich würden. Sie basiert auf der Annahme, dass mit weniger Wettbewerb unter den Krankenversicherern Verwaltungskosten in der OKP eingespart werden können.

4.5. Übersicht Beurteilung der Massnahmen und Instrumente

Abbildung 9

BEURTEILUNG DER MASSNAHMEN UND INSTRUMENTE



Realisierbarkeit für den Kanton Zürich



5. Handlungsempfehlungen

In dieser Studie sind 28 Massnahmen zur Beeinflussung der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen beschrieben und bewertet worden. Daraus sind Handlungsempfehlungen für die beiden politischen Ebenen (Kanton und Bund) abgeleitet worden: Fünf Empfehlungen für Massnahmen richten sich an den Kanton Zürich und zusätzliche sechs Empfehlungen richten sich an den Bund, da sie sich auf das Gesamtsystem der nationalen Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) beziehen. Ergänzt werden diese Empfehlungen durch die Erläuterung, warum begleitende Massnahmen zur Verbesserung der Governance als wichtige Voraussetzung für andere Massnahmen ebenfalls von grosser Bedeutung sind.

5.1 Empfehlungen an den Kanton Zürich

Im schweizerischen Gesundheitswesen sind die Kantone für die Gesundheitsversorgung verantwortlich. Der Kanton Zürich bietet eine qualitativ hochstehende Versorgung mit einem guten Zugang für die gesamte Bevölkerung. Gleichzeitig ist er an gesunden Kantonsfinanzen und damit an Massnahmen und Instrumenten zur Beeinflussung der Gesundheitskosten interessiert. Daher sind in dieser Studie sowohl das Potential zur Kostendämpfung auf das OKP-Gesamtsystem (Kostenthematik) als auch das Sparpotential für den Kanton Zürich (Finanzierungsthematik) analysiert und bewertet worden. Unter zusätzlicher Berücksichtigung der Realisierbarkeit für den Kanton Zürich ist eine Rangfolge der Massnahmen erstellt worden (vgl. [Anhang A.1.](#)), welche die Grundlage für die Handlungsempfehlung aus der Perspektive des Kantons Zürich darstellt.

Folgende fünf Massnahmen werden zur weiteren Prüfung bzw. Umsetzung empfohlen. Dabei handelt es sich um Massnahmen mit erstens, mindestens 'mittlerem' Sparpotential für den Kanton Zürich, sowie zweitens, einer auf die geltenden kantonalen Kompetenzen abstützenden Realisierbarkeit (d.h. es ist keine Anpassung von Bundesgesetzen wie beispielsweise des KVG erforderlich).

Empfehlung 1: Substitutive Verlagerung von stationärer zu ambulanter Behandlung mittels verbindlicher Listen → P1

Neben der Vermeidung von unnötigen stationären Behandlungen über strengere Anforderungen an die Indikation von stationären Eingriffen sind die mehrheitlich tieferen Kosten von ambulanten Behandlungen (sowohl

aus Sicht der Betriebskosten als auch von Tarifen) der Grund, warum verbindliche Listen kostendämpfend sind. Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich hat geplant, ab 2018 Vorgaben zu machen, welche Eingriffe nicht mehr stationär erfolgen dürfen, damit sie von der OKP vergütet werden. Die Vorgabe erfolgt mittels einer Liste ausgewählter Eingriffen.

Vorbehalt: Aufgrund der heiklen rechtlichen Grundlage sowie der sich daraus ergebenden rechtlichen Kompetenzabgrenzungen sollten besser nicht kantonale Listen, sondern eine national einheitliche Liste in der KLV angestrebt werden.

Empfehlung 2: Lockerung oder Aufhebung von kostentzeigernden Vorschriften → P7

Kostendämpfende Anpassungsmöglichkeiten oder Aufhebung von Vorschriften sind insbesondere bei der Infrastruktur (Bauvorschriften, Denkmalschutz, etc.) und dem Personal (Arbeitsrecht, öffentlich-rechtliche Arbeitsverhältnisse) identifiziert worden. Um das Potential der Massnahme genauer einschätzen zu können, müssten die kostentreibenden Vorschriften in einem ersten Schritt anhand von Beispielen aus der Praxis präzisiert identifiziert und quantifiziert werden. Erst auf dieser Basis könnten in einem weiteren Schritt zielführende Anpassungen der kantonalen Vorschriften vorgenommen werden.

Vorbehalt: Kosteneinsparungen sind erst mittel- bis langfristig zu erwarten. Einsparungen bei Neubauten erfordern zudem tatsächliche Bauprojekte, reine theoretische Kostenreduktionen reichen nicht.

Empfehlung 3: Steuerung der stationären Kapazitäten durch Reduktion der Anzahl Spitäler im Rahmen der Spitalplanung → M3

Will man die Kosten über die stationären Kapazitäten beeinflussen (Angebotssteuerung), hat die Reduktion der Anzahl Spitäler auf der Spitalliste das grösste Potential. Damit wird die Anzahl Spitäler, die auf Kosten der Grundversicherung abrechnen dürfen, reduziert. In der unmittelbaren Umsetzung könnte dies bedeuten, dass keine neuen Leistungserbringer berücksichtigt würden, dass die für die Qualifizierung notwendigen Mindestfallzahlen erhöht würden, oder dass die Einhaltung der Leistungsaufträge strenger überprüft würde. Für die betroffenen Spitäler kann dies in letzter Konsequenz die Schliessung bedeuten.

Vorbehalt: Spitalschliessungen sind unpopulär, daher ist diese Massnahme mit hohen politischen Risiken verbunden. Zudem kann aufgrund der freien Spitalwahl nicht ausgeschlossen werden, dass es zu einer Zunahme ausserkantonaler Behandlungen kommen könnte, die vom Wohnsitzkanton ebenfalls mitfinanziert werden. Die tatsächliche Wirkung der Massnahme hängt somit nicht zuletzt davon ab, wie sich die gesamtschweizerische Konsolidierung der stationären Kapazitäten entwickelt (d.h. ob andere Kantone die stationären Kapazitäten ebenfalls reduzieren).

Empfehlung 4: Kantonales Globalbudget für alle Listenspitäler → M4

Die Anzahl an stationären Behandlungen kann der Kanton gemäss KVG über Globalbudgets steuern. Eine konkrete Umsetzung könnte wie folgt aussehen: Eigenständige Einführung eines Globalbudgets, das alle Listenspitäler umfasst; dieses ist insofern restriktiv, als dass es vereinzelt auch Wartelisten für gewisse elektive Eingriffe nicht ausschliesst (ohne aber die Versorgungssituation grundsätzlich zu gefährden); die Budgets für die Listenspitäler werden einzeln normativ anhand der in den Leistungsaufträgen festgelegten Fallmengen festgelegt (z.B. mittels Case Mix); bei Abweichungen vom Budget werden nur die Grenzkosten der tatsächlich erbrachten Leistungen vergütet (d.h. es werden nur die variablen Kosten vergütet, nicht jedoch die Fixkostenanteile).

Vorbehalt: Die Festlegung solcher Globalbudgets verletzt im Prinzip den inhaltlichen Kern der seit 2012 geltenden Spitalfinanzierung (Vergütung über Fallpauschalen, Wettbewerb um Wirtschaftlichkeit und Qualität) und dürfte auf geringe Akzeptanz bei den Spitälern stossen. Bei sehr restriktiven Globalbudgets könnten zudem die Versorgungsqualität und die Zugangsgerechtigkeit leiden.

Empfehlung 5: Reduktion Prämienverbilligung auf 70% des Bundesbeitrags → F3

Eine Massnahme mit Finanzierungswirkung (Sparpotential für den Kanton) aber ohne Effekt auf die Kosten ist die Optimierung des Prämienverbilligungssystems und die gleichzeitige Reduktion des Kantonsbeitrags für die individuelle Prämienverbilligung (IPV) von heute 80% auf

70% des Bundesbeitrags. Dazu müsste das kantonale Einführungsgesetz zum Krankenversicherungsgesetz (EG KVG) entsprechend angepasst werden. Eine solche Optimierung des Prämienverbilligungssystems und eine gleichzeitige Anpassung des Kantonsbeitrags stehen derzeit im Zürcher Kantonsrat zur Debatte.

Vorbehalt: Die stetig steigenden Prämien stellen für einkommensschwache Haushalte eine zunehmende Belastung dar, weshalb auf politischer Ebene die Forderung aufkommen könnte, dass die durch die Optimierung freierwerdenden Mittel im System belassen und nicht über eine Kürzung des Kantonsbeitrags abgeschöpft werden sollten. Es ist deshalb davon auszugehen, dass gegen eine Revision des EG KVG mit gleichzeitiger Kürzung des Kantonsbeitrags das Referendum ergriffen würde.

Fazit: Kurzfristig kann neben der bereits im Kantonsrat diskutierten Reduktion der Prämienverbilligung auf 70% des Bundesbeitrags mit der substitutiven Verlagerung von stationären zu ambulanten Behandlungen mittels verbindlicher Listen begonnen werden. Hier sollte sich der Kanton dafür einsetzen, dass eine national einheitliche Liste festgelegt wird, was dem Charakter der OKP als Sozialversicherung besser gerecht wird als autonome kantonale Listen. Mittelfristig sollte sich der Kanton Gedanken machen, ob und wie er die Anzahl der Spitäler auf der Spitalliste reduzieren könnte. Sinnvollerweise geschieht dies im Rahmen der Spitalplanung in Koordination mit anderen (insbesondere angrenzenden) Kantonen. Die Lockerung oder Aufhebung von kostensteigernden Vorschriften ist komplex, da sie verschiedene Rechtsgebiete und Kompetenzfelder ausserhalb des Gesundheitswesens tangiert. Mit einem entsprechend langfristigen Horizont sollte diese Massnahme vertieft geprüft werden. Die Einführung von Globalbudgets wäre kurzfristig umsetzbar, dürfte jedoch auf wenig Akzeptanz in der Bevölkerung und den Spitälern stossen. Die Umsetzung dieser Massnahme sollte demzufolge – wenn überhaupt – von langer Hand vorbereitet und mit entsprechenden qualitätssichernden Massnahmen begleitet werden.

5.2. Empfehlungen an den Bund für das OKP-Gesamtsystem

Bei den Massnahmen zur Beeinflussung des OKP-Gesamtsystems handelt es sich um sieben Massnahmen, die mit einem hohen Potential zur Kostendämpfung bewertet worden sind (vgl. [Anhang A.2.](#)). Eine Massnahme, die bereits aus der Perspektive des Kantons Zürich zur Prüfung oder Umsetzung empfohlen wird, kann auch für das gesamte OKP-System übernommen werden:

Substitutive Verlagerung von stationärer zu ambulanter Behandlung mittels verbindlicher Listen → **P1**

Da es sich bei der Krankenversicherung um eine nationale Sozialversicherung handelt, wäre es konsequent, auch diese Massnahme auf Bundesebene im Rahmen des KVG bzw. der KVV zu regeln.

Die folgenden sechs Massnahmen, die aus Sicht des OKP-Gesamtsystems zur weiteren Prüfung oder Umsetzung empfohlen werden, verändern zentrale Punkte der heutigen OKP-Konzeption und können nicht von einzelnen Kantonen autonom umgesetzt werden. Oftmals sind auch gesellschaftspolitische und ethische Fragestellungen damit verbunden.

Empfehlung 1: Ergänzung nationale Tarifstrukturen um Komplexpauschalen → P3

Die heutige Zweiteilung zwischen ambulanter und stationärer Vergütung erschwert die Koordination der Behandlung über mehrere Leistungserbringer hinweg. Komplexpauschalen (bundled payments) dagegen sehen vor, dass alle im Rahmen einer Behandlungsepisode für definierte Krankheiten oder Patientengruppen erbrachten Leistungen aggregiert und pauschal abgegolten werden. Dazu werden Betreuungs- und Behandlungszyklen (bundles) definiert, welche sämtliche Leistungen und alle beteiligte Leistungserbringer einschliessen. Zwar lassen die heutigen Regelungen im KVG solche Pauschalen bereits zu, sie ersetzen aber die heutigen primären Vergütungssysteme (TARMED, SwissDRG) nicht; Pauschalen wie Komplexpauschalen oder auch Kopfpauschalen werden in einer «Schattenrechnung» zur Ermittlung der Ausgleichszahlungen verwendet, erhalten so aber nicht den Status eines offiziellen nationalen Vergütungssystems.

Vorbehalt: Das Nebeneinander verschiedener Tarifstrukturen (neue Komplexpauschalen und bisherige Vergütungssysteme für übrige Behandlungen und Krankheiten) und unterschiedliche Grundversorger für verschiedene Krankheiten erzeugen neue Fragmentierungen in der Versorgung.

Empfehlung 2: Einheitliche Wirtschaftlichkeitsprüfung auf Basis eines nationalen Benchmarks beim 30. Perzentil → P4

Bewertet worden ist eine national verbindliche Festlegung des (interkantonalen) Benchmarks auf das 30. Perzentil (vorerst ohne Einbezug der Universitätsspitäler). Es handelt sich um eine normative Vorgabe, die mit einer KVG-Teilrevision verbindlich umgesetzt werden könnte. Ohne eine KVG-Teilrevision könnten die Kantone über die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) selber einen nationalen Benchmark empfehlen, was aber weniger verbindlich ist.

Vorbehalt: Kantone und andere öffentliche Träger könnten aus regionalpolitischen Überlegungen die aufgrund der reduzierten Base rates anfallenden Defizite der ineffizienteren Spitäler über Subventionen zu kompensieren versuchen.

Empfehlung 3: Einführung Gesundheitssparkonto mit Umwandlung OKP in eine Hochkostenversicherung → M6

Die skizzierte und bewertete Massnahme eines Gesundheitssparkontos geht über eine blosser Erhöhung der Eigenverantwortung hinaus – vielmehr wird der Umfang der heutigen OKP reduziert. Die OKP wird in eine Hochkostenversicherung umgewandelt, welche lediglich einen reduzierten Leistungskatalog abdeckt, insbesondere Leistungen mit unelastischer Nachfrage (teure stationäre Leistungen und die Behandlungen chronischer Krankheiten). Die Leistungen, die nicht durch diese Hochkostenversicherung abgedeckt sind, müssten durch die Ersparnisse aus dem obligatorischen Gesundheitssparkonto beglichen werden. Die bereits hohe finanzielle Selbstbeteiligung in der Schweiz würde so nochmals deutlich erhöht (ungefähr eine summenmässige Verdoppelung im Gesamtsystem).

Vorbehalt: Problematisch an dieser Massnahme sind die Aufweichung des Solidaritätsprinzips sowie der potentiell erschwerte Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen im Vergleich zum bestehenden (hohen) Niveau.

Empfehlung 4: Systematische Anwendung Health Technology Assessment (HTA) → M8

Gemäss Art. 32 KVG müssen von der OKP vergütete Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein (WZW-Kriterien). Diese Anforderung wird in der Praxis nicht genügend umgesetzt. Die systematische Anwendung von HTA inklusive einer Wirtschaftlichkeitsüberprüfung sowohl von neuen als auch etablierten Behandlungsformen findet nicht statt, so wie dies beispielsweise im NHS in England der Standard ist. Um einen wesentlichen Schritt bei der Systematisierung und konsequenten Anwendung im medizinischen und versicherungstechnischen Alltag zu nehmen, müssten entsprechende Vorkehrungen auf Bundesebene geregelt und vorgenommen werden.

Vorbehalt: Die systematische Anwendung von HTA für neue Pflichtleistungen und die Überprüfung sämtlicher relevanter bestehender Pflichtleistungen sind aufgrund ihrer Komplexität mit einem hohen finanziellen und zeitlichen Aufwand verbunden.

Empfehlung 5: Rationierung auf der Basis einer Kostenobergrenze pro Lebensjahr → M9

Eng mit der vorherigen Empfehlung 4 (M8) verzahnt ist die Festlegung einer Kostenobergrenze pro qualitätsbereinigtem Lebensjahr, wie dies konzeptionell im NHS in England praktiziert wird. Das Bundesgericht hat in einem Gerichtsentscheid eine Kostenobergrenze von 100'000 pro gewonnenem qualitätsbereinigtem Lebensjahr noch als zumutbar für die OKP beurteilt.

Vorbehalt: Neben den konzeptionellen und ethischen Schwierigkeiten verträgt sich diese Massnahme überdies schlecht mit dem heutigen Verständnis, das die Bevölkerung von einer Krankenversicherung mit umfassender Absicherung im Krankheitsfall insgesamt hat.

Empfehlung 6: Aufhebung freie Arztwahl und verpflichtendes Gatekeeping → M12

Grundversorger, meistens ein Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, sollen als Gatekeeper den Patienten zum Spezialisten bzw. ans Spital überweisen und die Therapie- und Gesundheitsfragen koordinieren und steuern. Jeder OKP-Versicherte müsste einen Gatekeeper festlegen. Es soll damit einerseits verhindert werden, dass Patienten unnötigerweise einen (oftmals teureren) Spezialisten oder gar für das gleiche gesundheitliche Problem mehrerer Spezialisten aufsuchen («Ärzt hopping»).

Vorbehalt: Ambivalente Einstellung der Bevölkerung - in Umfragen misst die Bevölkerung der freien Arztwahl eine hohe Bedeutung zu, dennoch haben über 60% ein Versicherungsmodell gewählt, das die freie Arztwahl einschränkt. Und trotzdem wurde die Managed Care Initiative, die unter anderem Gatekeeping stärken wollte, mit 76% Neinstimmen abgelehnt.

Fazit: Kurzfristig könnte die einheitliche Wirtschaftlichkeitsprüfung auf Basis eines nationalen Benchmarks beim 30. Perzentil umgesetzt werden. Sofern die Bevölkerung von der Aufhebung der freien Arztwahl und einem verpflichtenden Gatekeeping überzeugt werden könnte, kann auch diese Massnahme relativ zeitnah umgesetzt werden. Die Ergänzung der nationalen Tarifstrukturen um Komplexpauschalen ist anspruchsvoll und die Umsetzung hat einen mittelfristigen Zeithorizont. Daher sollte diese Massnahme Gegenstand der laufenden Diskussionen über die Vergütungssysteme sein. Mit einem langfristigen Zeithorizont verknüpft ist die systematische Anwendung von Health Technology Assessments (HTA). Die diesbezüglich laufenden Aktivitäten auf Bundesebene sollten konsequent weitergeführt und ausgebaut werden. Sollte die Kostenentwicklung einen grundsätzlichen Umbau des heutigen OKP-Systems verlangen, so sollte eine öffentliche Diskussion über die Rationierung auf der Basis einer Kostenobergrenze pro Lebensjahr oder die Einführung eines Gesundheitssparkontos mit Umwandlung der OKP in eine Hochkostenversicherung angestossen werden.

5.3. Empfehlungen zur Verbesserung der Governance

In der Bewertung sind die Massnahmen, die Governance-Aspekte zum Inhalt haben, bezüglich aller drei Bewertungskriterien abgeschlagen auf den hinteren Rängen zu finden. Das Problem dieser Gruppe von Massnahmen ist, dass sie nur eine indirekte Wirkung sowohl auf die Kostenentwicklung in der OKP als auch die Sparpotentiale für die Kantone entfalten. Die Komplexität der Wechselwirkungen verunmöglicht es, die Wirkung isoliert für sich zu quantifizieren (*ceteris paribus*-Annahme); so wird das isolierte Potential zur Kostendämpfung und das Sparpotential für den Kanton Zürich konsequenterweise jeweils als 'tief' bewertet (mit einer Ausnahme für das Kostendämpfungspotential für regionale Versorgungsgebiete, **G3**).

Zur Vervollständigung des Gesamtbilds ist es wichtig, die Bedeutung dieser Massnahmen im Kontext der hier als Handlungsempfehlungen ausgewählten Massnahmen hervor zu streichen.

Empfehlung 1: Entflechtung Mehrfachrollen der Kantone → G1

Mit einem ersten Schritt zur Entflechtung der Rollen, der die juristische Auslagerung aller Spitäler begleitet von einer OKP-kompatiblen Subventionierung umfasst, wird die Massnahme zur Lockerung bzw. Aufhebung von Vorschriften (**P7**) unterstützt; Vorschriften für kantonale Bauten, also auch öffentliche Spitäler oder das öffentlich-rechtliche Arbeitsverhältnis fallen weg.

Mit einer gänzlichen Aufgabe der Eigentümer- und Betreiberrolle von öffentlichen Spitälern würde es den Kantonen einfacher fallen, als Regulierer die Steuerung der Spitalkapazitäten am Bedarf auszurichten und sofern notwendig die Anzahl der Spitäler auf der Spitalliste zu reduzieren (**M3**).

Vorbehalt: Die Bevölkerung ist oftmals kritisch eingestellt gegenüber einer Auslagerung öffentlicher Spitäler bzw. der gänzlichen Aufgabe der Eigentümerrolle des Kantons (vgl. Abstimmung KSW AG vom 21. Mai 2017).

Empfehlung 2: Einheitliche Finanzierung ambulante und stationäre Behandlungen (EFAS) → G2

Die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Behandlungen ist zwar keine formale, jedoch eine praktische Voraussetzung für die Verlagerung vom stationären zum ambulanten Sektor (**P1**).

Die einheitliche Finanzierung ist ebenfalls keine formale, aber eine praktische Voraussetzung für die Ergänzung der nationalen Tarifstrukturen um Komplexpauschalen (**P3**).

Vorbehalt: Abhängig von der Umsetzungslösung von einem EFAS-Modell könnte dies zu einer Steigerung der absoluten finanziellen Beteiligung für die Kantone an der OKP führen, falls das überproportionale Wachstum des ambulanten Bereichs zukünftig anteilmässig mitgetragen werden muss.

Empfehlung 3: Regionale Versorgungsgebiete → G3

Damit in der kleinräumigen Schweiz die Steuerung von Spitalkapazitäten (**M3**) sinnvoll vorgenommen werden kann, sind zuerst regionale Versorgungsgebiete zu schaffen, sei es über den generellen Umbau der Aufgaben und Kompetenzen der Staatsebenen im Gesundheitswesen oder einfacher über interkantonale Vereinbarungen (Konkordate).

Vorbehalt: Fragliche Bereitschaft der Kantone, im Rahmen von Konkordaten auf innerkantonale regionalpolitische Prioritäten zugunsten grösserer Versorgungsgebiete zu verzichten.

Fazit: Da die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Behandlungen (EFAS) die Wirkung verschiedener Massnahmen zur Beeinflussung der Kostenentwicklung erhöht, sollte zeitnah geprüft werden, unter welchen Bedingungen die Kantone für die Einführung bereit sind. Die Entflechtung der Mehrfachrollen hat in einigen Kantonen (darunter Zürich) bereits begonnen und sollte konsequent weitergeführt werden. Die Bildung von regionalen Versorgungsgebieten hat mittel- bis langfristigen Charakter und sollte konzeptionell aufgearbeitet werden.

Literaturverzeichnis

- Anderegg, S. (2016). Pflegeexpertin ersetzt Hausarzt. Tages-Anzeiger, 22. Februar 2016. Abgerufen von www.tagesanzeiger.ch/zuersch/region/pflegeexpertin-ersetzt-hausarzt/story/26714275
- Aschwanden, E. (2017). Billige Medikamente im Ausland: Einkaufstourismus auf ärztliches Rezept. NZZ am Sonntag, 31. Juli 2017. Abgerufen von <https://www.nzz.ch/schweiz/billige-medikamente-im-ausland-einkaufstourismus-auf-aerztliches-rezept-ld.1308591>
- Baumgartner, G. (2015, Juni 25). Baukosten: Wie können wir uns gegen den Architekten wehren? Schweizer Radio und Fernsehen SRF. Abgerufen von <https://www.srf.ch/sendungen/kassensturz-espresso/rechtsfragen/sonstiges-recht/baukosten-wie-koennen-wir-uns-gegen-den-architekten-wehren>
- Beck, K., von Wyl, V., Telser, H., & Fischer, B. (2016). Kosten und Nutzen von medizinischen Behandlungen am Lebensende. Universität Zürich, Polynomics, CSS Institut. Abgerufen von <http://www.nfp67.ch/SiteCollectionDocuments/lay-summary-final-report-beck.pdf>
- Berchtold, P., & Hess, K. (2006). Evidenz für Managed Care - Europäische Literaturanalyse unter besonderer Berücksichtigung der Schweiz: Wirkung von Versorgungssteuerung auf Qualität und Kosteneffektivität (Arbeitsdokument No. 16). Obsan.
- Berchtold, P., Reich, O., Schimmann, F., & Zanoni, U. (2017). Performance-orientierte Vergütungsmodelle 2025 (Denkstoff Nr. 3). Forum Managed Care (fmc).
- Biétry, F., Schur, N., Reinau, D., Becker, C., Schwenkglens, M., & Meier, C. (2016). Helsana-Arzneimittel-Report.
- Birrer, R. (2015). Bagatelle? Notfall! Tages-Anzeiger, 26. Februar 2015. Abgerufen von [//www.tagesanzeiger.ch/schweiz/standard/Bagatelle-Notfall/story/18770526](http://www.tagesanzeiger.ch/schweiz/standard/Bagatelle-Notfall/story/18770526)
- Bundesamt für Gesundheit. (2013). Vorentwurf zu einem Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe (GesBG) Erläuternder Bericht vom 13.12.2013.
- Bundesamt für Gesundheit. (2015). Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung (MOKKE). Abgerufen 14. September 2017, von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/zahlen-fakten/statistiken-zur-krankenversicherung/monitoring-zur-krankenkassenkostenentwicklung.html>
- Bundesamt für Gesundheit. (2016a). Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024.
- Bundesamt für Gesundheit. (2016b). Taschenstatistik der Kranken- und Unfallversicherung.
- Bundesamt für Statistik. (2017). Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2015: Provisorische Daten. Abgerufen 29. September 2017, von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/kosten-finanzierung.assetdetail.2360359.html>
- Bundesrat. (2017). Alternativen zur heutigen Steuerung der Zulassung von Ärztinnen und Ärzten. Bericht des Bundesrats in Erfüllung des Postulats 16.3000 SGK-S vom 12. Januar 2016. Bern.
- Christen, A., Hänggi, P., Kraft, C., Künzi, D., Merki, M., & Ruffner, J. (2013). Gesundheitswesen Schweiz 2013 - Der Spitalmarkt im Wandel. Credit Suisse.
- CSS. (2016). Grenzenlose Gesundheit - Im Fokus: Das Territorialitätsprinzip im KVG. im Dialog, (3/2016).
- Eberli, A., Fry, S., Grass, M., Künnemann, M., & Möhle, S. (2015). Evaluation der öffentlichen Kosten in ausgewählten Aufgabenfeldern. Studie BAK Basel im Auftrag der Gesundheitsdirektion Zürich.
- Eidgenössisches Departement des Innern (EDI). (2016). Die steigenden Kosten im Gesundheitswesen eindämmen. Folien anlässlich Medienmitteilung 2. September 2016. Abgerufen von www.news.admin.ch/news/message/attachments/47063.pdf
- Eidgenössisches Departement des Innern (EDI). (2017). Erläuternder Bericht zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern). Bern.

- Felder, S., Meyer, S., & Bieri, D. (2016). Tarif- und Finanzierungsunterschiede zwischen öffentlichen Spitälern und Privatkliniken. Gutachten im Auftrag der Privatkliniken Schweiz.
- Foppa, D. (2011). Wie viel darf ein Leben kosten? Tages Anzeiger, 10. Oktober 2011. Abgerufen von [//www.tagesanzeiger.ch/schweiz/standard/Wie-viel-darf-ein-Leben-kosten/story/15513824](http://www.tagesanzeiger.ch/schweiz/standard/Wie-viel-darf-ein-Leben-kosten/story/15513824)
- Friedli, D. (2016). Zahlungsbereitschaft für Therapie Schwerkranker: Ein Jahr ist 200'000 Franken wert. NZZ am Sonntag, 9. Oktober 2016. Abgerufen von <https://www.nzz.ch/nzzas/nzz-am-sonntag/zahlungsbereitschaft-fuer-therapie-schwerkranker-ein-jahr-ist-200000-franken-wert-ld.121085>
- Gesundheitsdirektion Kanton Zürich. (2009). Einsatz von Bevacizumab bei der Behandlung von metastasiertem Dickdarmkrebs.
- Gesundheitsdirektion Kanton Zürich. (2015). Gesundheitsversorgung 2015 - Akutsomatik Rehabilitation Psychiatrie.
- Gesundheitsdirektion Kanton Zürich. (2016). Gesundheitsversorgung 2016 - Akutsomatik Rehabilitation Psychiatrie.
- Gesundheitsdirektion Kanton Zürich. (2017a). «Ambulant vor stationär» im Kanton Zürich: Einfache Umsetzung, spürbare Wirkung (Medienkonferenz 16. Juni 2017). Abgerufen von http://www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/aktuell.newsextern.-internet-de-aktuell-news-medienmitteilungen-2017-ambulant_45_vor_45_stationaer_45_im_45_kanton_45_zuerich.html
- Gesundheitsdirektion Kanton Zürich. (2017b). Kosten der stationären Behandlungen: Unterschiedliche Entwicklungen bei den Spitälern (Medienmitteilung 18. Juli 2017). Abgerufen von http://www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/aktuell.newsextern.-internet-de-aktuell-news-medienmitteilungen-2017-unterschiedliche_45_entwicklungen_45_bei_45_den_45_spitaelern.html
- Gindely, G. (2012). Zürich baut teurer als andere Städte. Tages Anzeiger. 3. Oktober 2012. Abgerufen von [//www.tagesanzeiger.ch/zuerich/stadt/Zuerich-baut-teurer-als-andere-Staedte/story/19769406](http://www.tagesanzeiger.ch/zuerich/stadt/Zuerich-baut-teurer-als-andere-Staedte/story/19769406)
- Gyger, P., & Marty, F. (2017). Vorsicht - unechte Quoten. Neue Zürcher Zeitung, 5. Mai 2017.
- Hotz, S. (2017, Dezember 5). Kostenüberschreitungen: Der Kanton baut selten teurer als geplant. Abgerufen 23. August 2017, von <https://www.nzz.ch/zuerich/kostenuberschreitungen-der-kanton-baut-selten-teurer-als-geplant-ld.1292505>
- Huber, C., Reich, O., Früh, M., & Rosemann, T. (2016). Effects of Integrated Care on Disease-Related Hospitalisation and Healthcare Costs in Patients with Diabetes, Cardiovascular Diseases and Respiratory Illnesses: A Propensity-Matched Cohort Study in Switzerland. *International Journal of Integrated Care*, 16(1).
- Hudec, J. (2017). Die absurden Folgen der Hirslanden-Quote. Neue Zürcher Zeitung, 26. Mai 2017.
- interpharma. (2017). Gesundheitswesen Schweiz 2017.
- Kantonales Steueramt Zürich. (2017). Verzeichnis der steuerbefreiten Institutionen. Abgerufen 22. August 2017, von https://www.steuern.ch/internet/finanzdirektion/ksta/de/steuerfragen/steuerbefreite_institutionen/_jcr_content/contentPar/downloadlist/downloaditems/verzeichnis_der_steu.spooler.download.1497597309397.pdf/f/2017-06-16+Verzeichnis+der+steuerbefreiten+Institutionen+JP.pdf
- Kessler, T., D'Angelo, M., & Trittin, A. (2017). Neue Wege bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung. *Schweizerische Ärztezeitung*, 208–209.
- KPMG. (2017). Through the looking glass - A practical path to improving healthcare through transparency.
- Leu, R. (2004). Monistische Spitalfinanzierung. Grundlagen zur 3. KVG-Revision. Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Maurer, M. (2017). Die positiven Auswirkungen der einheitlichen Finanzierung. Positionen curafutura. Abgerufen von https://curafutura.ch/fileadmin/user_upload/curafutura/Diverses/Studie_ZHAW_EFAS_170202.pdf

- Maurer, M., Meier, F., Schmidt, R., Ruckstuhl, S., Widmer, M., Schneuwly, S., & Hauser, S. (2015). Kantonale Unterschiede in der Finanzierung der Universitätsspitäler. Studie im Auftrag der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (Expertenbericht). Winterthur.
- Müller, J. (2016). Hochpreisinsel Schweiz: Das teuerste Pflaster Europas. *Neue Zürcher Zeitung*, 21. Dezember 2016.
- Navathe, A. S., Troxel, A. B., Liao, J. M., Nan, N., Zhu, J., Zhong, W., & Emanuel, E. J. (2017). Cost of Joint Replacement Using Bundled Payment Models. *JAMA Internal Medicine*, 177(2), 214–222.
- OECD. (2010, Oktober 7). Value for Money in Health Spending. Abgerufen 8. August 2015, von <http://www.oecd-ilibrary.org/content/book/9789264088818-en>
- OECD. (2016). *Health at a glance*.
- Poledna, T. (2017). Kantone als Krankenversicherer. *Neue Zürcher Zeitung*, 28. Juni 2017.
- Porter, M., & Kaplan, R. (2016). How to Pay for Health Care. *Harvard Business Review*. Abgerufen von <https://hbr.org/2016/07/how-to-pay-for-health-care>
- Preisüberwacher. (2015). Generika-Auslandpreisvergleich: Schweizer Preise sind deutlich überhöht – Wechsel zu einem Festbetragssystem dringend.
- Preisüberwacher. (2017a). Empfehlung des Preisüberwachers vom 24. Januar 2017 zur Festsetzung des Tarifs zwischen den Schwyzer Spitälern Einsiedeln, Lachen und Schwyz und der Einkaufsgemeinschaft HSK sowie Tarifsuisse zur Leistungsabgeltung der stationären Behandlung der obligatorischen Krankenversicherung (allgemeine Abteilung) für 2016.
- Preisüberwacher. (2017b). Newsletter Nr. 3/17.
- Rathgeb, S. (2015, März 30). Der schwierige Umgang mit dem Lebensende. Abgerufen 16. August 2017, von <https://www.srf.ch/news/schweiz/der-schwierige-umgang-mit-dem-lebensende>
- Regierungsrat Kanton Basel-Stadt, & Regierungsrat Kanton Basel-Landschaft. (2017). Gemeinsame Gesundheitsregion beider Basel. Medienmitteilung vom 3. Juli 2017. Abgerufen von <http://www.gd.bs.ch/dossiers-projekte/gesundheitsregion.html>
- Regierungsrat Kanton Zürich. (2017). Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Zürich - 404. Anfrage (Kostenüberschreitungen in der Baudirektion).
- Roth, S., & Sturny, I. (2015). Zulassungsstopp für Ärztinnen und Ärzte in Praxen – Entwicklung des Ärztebestands (Obsan Bulletin No. 4/2015). Obsan.
- Saxer, U. (2017). Memorandum vom 24. März 2017 im Auftrag der Privatkliniken Schweiz betreffend Regelungen „ambulant statt stationär“, insb. in den Kantonen Zürich und Luzern. Zürich.
- Schlender, M., Affolter, C., Sandmeier, H., Brügger, U., Cao, C., Cueni, T., ... Suter, P. (2011). Schweizer HTA-Konsensus-Projekt: Eckpunkte für die Weiterentwicklung in der Schweiz. Basel, Bern, Solothurn und Wiesbaden.
- Schleiniger, R., & Blöchliger, J. (2012). Mengen und Preise der OKP-Leistungen: Eine statistische Analyse der Jahre 2004 bis 2010 Schlussbericht (S. 104). Winterthur: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften School of Management and Law.
- Schoch, C., & Niederer, A. (2013). Wirksame Therapien: Der steinige Weg zu einer besseren Medizin: Interview mit Peter Suter und Christoph Bosshard. *Neue Zürcher Zeitung*, 3. Juli 2013. Abgerufen von <https://www.nzz.ch/wissen/wissenschaft/wie-die-forderung-nach-wirksamen-zweckmaessigen-und-wirtschaftlichen-therapien-umzusetzen-ist-1.18109489>

- Schreyögg, J. (2003). „Medical Savings Accounts“ – Eine internationale Bestandsaufnahme des Konzeptes der Gesundheitssparkonten (S. 507–532).
- Schut, F. T., & Varkevisser, M. (2017). Competition policy for health care provision in the Netherlands. *Health Policy*, 121(2), 126–133.
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK). (2016). Initiative 11.418: Bundesrat sagt Nein. Abgerufen 8. August 2017, von https://www.sbk.ch/aktuell/news-detail/article/2016/03/24/title/initiative-1.html?no_cache=1&cHash=1208454c838d263a61e01662163b794d
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). (2016). Steuerung der Anzahl und der Verteilung von Ärztinnen und Ärzten (Positionspapier No. Vol. 11, Nr. 11).
- Schwendener, P., Sommer, P., Bieri, B., Obrist, M., Schulthess, M., & Sailer, P. (2016). Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2015. Studie PwC.
- Schwendener, P., Sommer, P., Pfinninger, T., Schulthess, M., & Obrist, M. (2016). Ambulant vor stationär: Oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich sparen lassen. Studie PwC.
- SRF. (2015, Mai 28). Gegen höheren Selbstbehalt und Franchise. Abgerufen 14. August 2017, von <https://www.srf.ch/news/schweiz/gegen-hoeheren-selbstbehalt-und-franchise>
- Stalder, H. (2017). Wären zwölf Kantone besser? *Neue Zürcher Zeitung*, 7. Juni 2017.
- Teisberg, E. (2008). Nutzenorientierter Wettbewerb im schweizerischen Gesundheitswesen: Möglichkeiten und Chancen. Abgerufen von http://www.interpharma.ch/sites/default/files/teisberg-2008_nutzenorientierter-wettbewerb-im-schweizerischen-gesundheitswesen_d.pdf
- Trageser, J., Vettori, A., Fliedner, J., & Iten, R. (2014). Mehr Effizienz im Gesundheitswesen - Schlussbericht. Bern: Infrac.
- Trageser, J., Vettori, A., Iten, R., & Crivelli, L. (2012). Effizienz, Nutzung und Finanzierung des Gesundheitswesens (S. 99). Zürich: Akademien der Wissenschaften Schweiz.
- von Stokar, T., Vettori, A., Gschwend, E., & Boos, L. (2016). Finanzierung der Investitionen und gemeinwirtschaftlichen Leistungen von Spitälern: Machbarkeitsstudie im Rahmen der Evaluation der KVG-Revision Spitalfinanzierung im Auftrag des BAG. Zürich.
- Weiss, C. (2016). Ärzte sterben anders als andere Menschen. *CURAVIVA*, (12/2016). Abgerufen von https://www.curaviva.ch/files/BY8IREG/fz_2016_dezember_aerzte_sterben_anders_web.pdf
- Widmer, P., Spika, S., & Telser, H. (2015). Leistungsorientierte Vergütung mit dem Fallpauschalensystem SwissDRG. Studie Polynomics im Auftrag des Universitätsspitals Zürich.
- Widmer, P., Telser, H., & Uebelhart, T. (2016). Die Spitalversorgung im Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik: Aktualisierung 2015 Studie Polynomics im Auftrag von comparis.ch.
- Wieser, S., Schleiniger, R., Pletscher, M., Plessow, R., & Brügger, U. (2011). Kantonale oder regionale Krankenkasse (KRK): Ökonomische Beurteilung der Vor- und Nachteile. Studie im Auftrag der GDK Ost. Abgerufen von http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/Themen/Tarife/Praemien/studie_GDKOst.pdf
- Wieser, S., Tomonaga, Y., Riguzzi, M., Fischer, B., Telser, H., Pletscher, M., ... Schwenkglens, M. (2014). Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz (Schlussbericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit) (Swiss Academies Communications).
- Zimmermann-Acklin, M. (2013). Gerechte Leistungsbeschränkungen? Ethische Überlegungen zur Kosten-Nutzen-Bewertung in der Medizin. *Bioethika Forum*, 6(2), 75–77.

Abbildungsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Abbildung 1: Überblick über die Studie zum Sparpotential im Gesundheitswesen | 5 |
| Abbildung 2: OKP-Kosten pro Kopf | 8 |
| Abbildung 3: Produktivität der Schweizer Spitäler nach Kantonen | 9 |
| Abbildung 4: Durchschnittliche Fallkosten in Akutspitälern | 9 |
| Abbildung 5: Wettbewerbsfreundlichkeit der kantonalen Spitalregulierung | 10 |
| Abbildung 6: Wirkungsmodell | 12 |
| Abbildung 7: Berücksichtigte Quellen für Literatursuche | 13 |
| Abbildung 8: Bewertungsraster | 14 |
| Abbildung 9: Übersicht Beurteilung der Massnahmen und Instrumente | 72 |

Anhang

A.1. Gesamtbewertung

| NR. | MASSNAHME / INSTRUMENT | Potential | Finanz- wirkung | Realisier- barkeit | BEWERTUNG |
|-----|--|-----------|--------------------|-----------------------|-----------|
| P1 | Ambulant vor stationär (Substitutive Verlagerung) - verbindliche Listen | Hoch | Hoch | Mittel | ● |
| P7 | Lockerung/Aufhebung Vorschriften | Mittel | Mittel | Mittel | ● |
| M3 | Steuerung Kapazitäten: Spital stationär - Anzahl Spitäler auf Spitalliste | Mittel | Mittel | Leicht | ● |
| M4 | Globalbudgets - Globalbudgets für alle Listenspitäler | Mittel | Mittel | Leicht | ● |
| F3 | Reduktion Prämienverbilligung (reine Finanzierungswirkung) | Tief | Hoch | Mittel | ● |
| P2 | Optimierung bestehender Tarifstrukturen (ambulant / stationär) - degressive Tarife | Mittel | Hoch | Schwer | ● |
| P3 | Neue Tarifstrukturen – Komplexpauschalen | Hoch | Mittel | Schwer | ● |
| P4 | Tarifhöhe - Wirtschaftlichkeitsprüfung (nationaler Benchmark 30. Perzentil) | Hoch | Tief | Schwer | ● |
| M1 | Limitation Zulassung: niedergelassene Ärzte | Mittel | Tief | Mittel | ● |
| M2 | Limitation Zulassung: Spitäler ambulant | Mittel | Tief | Mittel | ● |
| M6 | Gesundheitssparkonto | Hoch | Tief | Schwer | ● |
| M8 | Evidence-Based Medicine (EBM) und Health Technology Assessment (HTA) - Systematische Anwendung von HTA | Hoch | Tief | Schwer | ● |
| M9 | Einschränkung Leistungskatalog (Rationierung) - Kostenobergrenze pro Lebensjahr | Hoch | Tief | Schwer | ● |
| M10 | Prüfung WZW im Einzelfall - Zusammenarbeit mit Krankenversicherern | Tief | Tief | Leicht | ● |
| M12 | Aufhebung freie Arztwahl (Gatekeeping) | Hoch | Tief | Schwer | ● |
| F1 | Vergütung Spitalleistungen: Kantonsanteil (reine Finanzierungs- umverteilung) | Tief | Hoch | Schwer | ● |
| G3 | Hoheitliche Koordination der Leistungserbringer - regionale Versorgungsgebiete | Mittel | Tief | Mittel | ● |
| P5 | Wettbewerbspreise (statt national administrierte Preise) - Ausschreibun- gen mit Höchstpreisabgeltung | Mittel | Tief | Schwer | ● |
| P6 | Lockerung/Aufhebung Territorialitätsprinzip | Mittel | Tief | Schwer | ● |
| P8 | Task Shifting von Arzt zu Gesundheitsfachperson (Optimierung Skill-Mix) | Tief | Tief | Schwer | ● |
| M5 | Erhöhung Eigenverantwortung - Höhere Selbstbeteiligung | Mittel | Tief | Schwer | ● |
| M7 | Selbstmanagement - obligatorische Patientenverfügung | Tief | Tief | Schwer | ● |
| M11 | Lockerung/Aufhebung Vertragszwang - gesamter ambulanter Sektor | Mittel | Tief | Schwer | ● |
| M13 | Steuerung Behandlungspfade (Case- / Disease- / Chronic Care Management) | Mittel | Tief | Schwer | ● |
| F2 | Abgaben/Steuern (reine Finanzierungswirkung) - Besteuerung alle Spitäler | Tief | Tief | Schwer | ● |
| G1 | Governance Kantone (Mehrfachrolle, Transparenz Spitalfinanzierung) | Tief | Tief | Schwer | ● |
| G2 | Einheitliche Finanzierung ambulant und stationär (EFAS bzw. Monismus) | Tief | Tief | Schwer | ● |
| G4 | Hoheitliche Koordination der Krankenversicherer - kantonale Ausgleichskasse | Tief | Tief | Schwer | ● |

Innerhalb der Bewertungen grün/gelb/rot besteht keine Rangfolge. Die Reihenfolge der Massnahmen entspricht den Dimensionen des Wirkungsmodells (Preis, Menge, Finanzierung, Governance)

A.2. Ordinale Beurteilung des Potentials der Massnahmen

| RANG | NR. | MASSNAHME/INSTRUMENT | GROBSCHÄTZUNG | POTENTIAL |
|------|-----|--|-----------------------------|-----------|
| 1 | M6 | Gesundheitssparkonto | 385 Mio. | Hoch |
| 2 | P4 | Tariffhöhe - Wirtschaftlichkeitsprüfung (nationaler Benchmark 30. Perzentil) | 360 Mio. | Hoch |
| 3 | M9 | Einschränkung Leistungskatalog (Rationierung) - Kostenobergrenze pro Lebensjahr | nur Medikamente 150 Mio. | Hoch |
| 4 | P1 | Ambulant vor stationär (Substitutive Verlagerung) - verbindliche Listen | 250 Mio. | Hoch |
| 5 | P3 | Neue Tarifstrukturen - Komplexpauschalen | 240 Mio. | Hoch |
| 6 | M12 | Aufhebung freie Arztwahl (Gatekeeping) | 150 Mio. | Hoch |
| 7 | M8 | Evidence-Based Medicine (EBM) und Health Technology Assessment (HTA) - Systematische Anwendung von HTA | 150 Mio. | Hoch |
| 8 | M3 | Steuerung Kapazitäten: Spital stationär - Anzahl Spitäler auf Spitalliste | 90-180 Mio. | Mittel |
| 9 | G3 | Hoheitliche Koordination der Leistungserbringer - regionale Versorgungsgebiete | - | Mittel |
| 10 | M11 | Lockerung/Aufhebung Vertragszwang - gesamter ambulanter Sektor | - | Mittel |
| 11 | P6 | Lockerung/Aufhebung Territorialitätsprinzip | 90 Mio. | Mittel |
| 12 | M2 | Limitation Zulassung: Spitäler ambulant | 40-80 Mio. | Mittel |
| 13 | M13 | Steuerung Behandlungspfade (Case- / Disease- / Chronic Care Management) | > 35 Mio. | Mittel |
| 14 | M1 | Limitation Zulassung: niedergelassene Ärzte | 35-70 Mio. | Mittel |
| 15 | P7 | Lockerung/Aufhebung Vorschriften | - | Mittel |
| 16 | M5 | Erhöhung Eigenverantwortung - Höhere Selbstbeteiligung | 40 Mio. | Mittel |
| 17 | P5 | Wettbewerbspreise (statt national administrierte Preise) - Ausschreibungen mit Höchstpreisabgeltung | 40 Mio. | Mittel |
| 18 | P2 | Optimierung bestehender Tarifstrukturen (ambulant/stationär) - degressive Tarife | - | Mittel |
| 19 | M4 | Globalbudgets - Globalbudgets für alle Listenspitäler | - | Mittel |
| 20 | M7 | Selbstmanagement - obligatorische Patientenverfügung | 20 Mio. | Tief |
| 21 | P8 | Task Shifting von Arzt zu Gesundheitsfachperson (Optimierung Skill-Mix) | - | Tief |
| 22 | M10 | Prüfung WZW im Einzelfall - Zusammenarbeit mit Krankenversicherern | - | Tief |
| 23 | G1 | Governance Kantone (Mehrfachrolle, Transparenz Spitalfinanzierung) | - | Tief |
| 24 | G2 | Einheitliche Finanzierung ambulant und stationär (EFAS bzw. Monismus) | - | Tief |
| 25 | G4 | Hoheitliche Koordination der Krankenversicherer - kantonale Ausgleichskasse | - | Tief |
| 26 | F1 | Vergütung Spitalleistungen: Kantonsanteil (reine Finanzierungsumverteilung) | - | Tief |
| 27 | F2 | Abgaben/Steuern (reine Finanzierungswirkung) - Besteuerung alle Spitäler | - | Tief |
| 28 | F3 | Reduktion Prämienverbilligung (reine Finanzierungswirkung) | - | Tief |

A.3. Ordinale Beurteilung der Auswirkungen auf die Finanzierung

| RANG | NR. | MASSNAHME/INSTRUMENT | GROBSCHÄTZUNG | FINANZ- WIRKUNG |
|------|-----|--|---------------|--------------------|
| 1 | F1 | Vergütung Spitalleistungen: Kantonsanteil (reine Finanzierungsumverteilung) | 130 Mio. | Hoch |
| 2 | F3 | Reduktion Prämienverbilligung (reine Finanzierungswirkung) | 44 Mio. | Hoch |
| 3 | P2 | Optimierung bestehender Tarifstrukturen (ambulant/stationär) - degressive Tarife | 40 Mio. | Hoch |
| 4 | P1 | Ambulant vor stationär (Substitutive Verlagerung) - verbindliche Listen | 30-40 Mio. | Hoch |
| 5 | P3 | Neue Tarifstrukturen – Komplexpauschalen | 15 Mio. | Mittel |
| 6 | M3 | Steuerung Kapazitäten: Spital stationär - Anzahl Spitäler auf Spitalliste | 9 Mio. | Mittel |
| 7 | M4 | Globalbudgets - Globalbudgets für alle Listenspitäler | - | Mittel |
| 8 | P7 | Lockerung/Aufhebung Vorschriften | - | Mittel |
| 9 | G3 | Hoheitliche Koordination der Leistungserbringer - regionale Versorgungsgebiete | - | Tief |
| 10 | P5 | Wettbewerbspreise (statt national administrierte Preise) - Ausschreibungen mit Höchstpreisabgeltung | 4 Mio. | Tief |
| 11 | M6 | Gesundheitssparkonto | 4 Mio. | Tief |
| 12 | M13 | Steuerung Behandlungspfade (Case- / Disease- / Chronic Care Management) | 3-4 Mio. | Tief |
| 13 | M9 | Einschränkung Leistungskatalog (Rationierung) - Kostenobergrenze pro Lebensjahr | 3 Mio. | Tief |
| 14 | M8 | Evidence-Based Medicine (EBM) und Health Technology Assessment (HTA) - Systematische Anwendung von HTA | 3 Mio. | Tief |
| 15 | P6 | Lockerung/Aufhebung Territorialitätsprinzip | - | Tief |
| 16 | M7 | Selbstmanagement - obligatorische Patientenverfügung | 2 Mio. | Tief |
| 17 | M5 | Erhöhung Eigenverantwortung - Höhere Selbstbeteiligung | <1 Mio. | Tief |
| 18 | M10 | Prüfung WZW im Einzelfall - Zusammenarbeit mit Krankenversicherern | - | Tief |
| 19 | P4 | Tarifhöhe - Wirtschaftlichkeitsprüfung (nationaler Benchmark 30. Perzentil) | - | Tief |
| 20 | M12 | Aufhebung freie Arztwahl (Gatekeeping) | - | Tief |
| 21 | P8 | Task Shifting von Arzt zu Gesundheitsfachperson (Optimierung Skill-Mix) | - | Tief |
| 22 | G4 | Hoheitliche Koordination der Krankenversicherer - kantonale Ausgleichskasse | - | Tief |
| 23 | G2 | Einheitliche Finanzierung ambulant und stationär (EFAS bzw. Monismus) | - | Tief |
| 24 | G1 | Governance Kantone (Mehrfachrolle, Transparenz Spitalfinanzierung) | - | Tief |
| 25 | F2 | Abgaben/Steuern (reine Finanzierungswirkung) - Besteuerung alle Spitäler | - | Tief |
| 26 | M11 | Lockerung/Aufhebung Vertragszwang - gesamter ambulanter Sektor | - | Tief |
| 27 | M2 | Limitation Zulassung: Spitäler ambulant | - | Tief |
| 28 | M1 | Limitation Zulassung: niedergelassene Ärzte | - | Tief |

A.4. Ordinale Beurteilung der Realisierbarkeit für den Kanton Zürich

| RANG | NR. | MASSNAHME/INSTRUMENT | GRÖSSTE HÜRDE | REALISIERBARKEIT |
|------|-----|--|--------------------------------------|------------------|
| 1 | M10 | Prüfung WZW im Einzelfall - Zusammenarbeit mit Krankenversicherern | Bereitschaft der Krankenversicherer | Leicht |
| 2 | M4 | Globalbudgets - Globalbudgets für alle Listenspitäler | Akzeptanz bei Spitälern | Leicht |
| 3 | M3 | Steuerung Kapazitäten: Spital stationär - Anzahl Spitäler auf Spitalliste | Akzeptanz bei Bevölkerung | Leicht |
| 4 | M1 | Limitation Zulassung: niedergelassene Ärzte | Komplexe Bedarfsermittlung | Mittel |
| 5 | M2 | Limitation Zulassung: Spitäler ambulant | Komplexe Bedarfsermittlung | Mittel |
| 6 | F3 | Reduktion Prämienverbilligung (reine Finanzierungsumverteilung) | Revision EG KVG | Mittel |
| 7 | P1 | Ambulant vor stationär (Substitutive Verlagerung) - verbindliche Listen | Vereinbarkeit mit KVG | Mittel |
| 8 | P7 | Lockerung/Aufhebung Vorschriften | Indirekte Wirkung über Tarife | Mittel |
| 9 | G3 | Hoheitliche Koordination der Leistungserbringer - regionale Versorgungsgebiete | Bereitschaft der umliegenden Kantone | Mittel |
| 10 | P5 | Wettbewerbspreise (statt national administrierte Preise) - Ausschreibungen mit Höchstpreisabgeltung | Anpassung Bundesgesetz | Schwer |
| 11 | P4 | Tarifhöhe - Wirtschaftlichkeitsprüfung (nationaler Benchmark 30. Perzentil) | Anpassung Bundesgesetz | Schwer |
| 12 | M7 | Selbstmanagement - obligatorische Patientenverfügung | Anpassung Bundesgesetz | Schwer |
| 13 | F1 | Vergütung Spitalleistungen: Kantonsanteil (reine Finanzierungsumverteilung) | Anpassung Bundesgesetz | Schwer |
| 14 | M12 | Aufhebung freie Arztwahl (Gatekeeping) | Anpassung Bundesgesetz | Schwer |
| 15 | M9 | Einschränkung Leistungskatalog (Rationierung) - Kostenobergrenze pro Lebensjahr | Anpassung Bundesgesetz | Schwer |
| 16 | P8 | Task Shifting von Arzt zu Gesundheitsfachperson (Optimierung Skill-Mix) | Anpassung Bundesgesetz | Schwer |
| 17 | P6 | Lockerung/Aufhebung Territorialitätsprinzip | Anpassung Bundesgesetz | Schwer |
| 18 | G2 | Einheitliche Finanzierung ambulant und stationär (EFAS bzw. Monismus) | Anpassung Bundesgesetz | Schwer |
| 19 | M5 | Erhöhung Eigenverantwortung - Höhere Selbstbeteiligung | Anpassung Bundesgesetz | Schwer |
| 20 | P3 | Neue Tarifstrukturen – Komplexpauschalen | Anpassung Bundesgesetz | Schwer |
| 21 | P2 | Optimierung bestehender Tarifstrukturen (ambulant/stationär) - degressive Tarife | Anpassung Bundesgesetz | Schwer |
| 22 | G4 | Hoheitliche Koordination der Krankenversicherer - kantonale Ausgleichskasse | Anpassung Bundesgesetz | Schwer |
| 23 | M6 | Gesundheitssparkonto | Anpassung Bundesgesetz | Schwer |
| 24 | F2 | Abgaben/Steuern (reine Finanzierungswirkung) - Besteuerung alle Spitäler | Anpassung Bundesgesetz | Schwer |
| 25 | M13 | Steuerung Behandlungspfade (Case- / Disease- / Chronic Care Management) | Anpassung Bundesgesetz | Schwer |
| 26 | M8 | Evidence-Based Medicine (EBM) und Health Technology Assessment (HTA) - Systematische Anwendung von HTA | Anpassung Bundesgesetz | Schwer |
| 27 | G1 | Governance Kantone (Mehrfachrolle, Transparenz Spitalfinanzierung) | Anpassung Bundesgesetz | Schwer |
| 28 | M11 | Lockerung/Aufhebung Vertragszwang - gesamter ambulanter Sektor | Anpassung Bundesgesetz | Schwer |

A.5. Berechnungen der Potentiale

P1: Ambulant vor stationär (Substitutive Verlagerung ambulant zu stationär)

Basis: Schwendener, P. et al. (2016). Ambulant vor stationär: Oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich sparen lassen. Studie PwC.

| Potential Kosteneinsparung 2030 | | |
|--|-------------|----------------------|
| Anzahl verlagerte Fälle pro Jahr für 13 ausgewählte Eingriffe | 70'000 | a |
| Kosteneinsparung ganze CH (in Mio. CHF pro Jahr) | 251 | b |
| Auswirkungen Finanzierung Kanton ZH (in Mio. CHF pro Jahr) | | |
| <i>Umsetzung in 2018 (Medienkonferenz GD ZH 16.6.2017)</i> | | |
| Anzahl verlagerte Fälle pro Jahr für 14 ausgewählte Eingriffe | 3'400 | c |
| Sparpotential (in Mio. CHF pro Jahr) | 9,2 | d |
| <i>Potential 2030 gemäss Studie PwC:</i> | | |
| Kanton ZH (Bevölkerungsanteil Stand Q1 2017: 17.7%) | | |
| Anzahl verlagerte Fälle pro Jahr für 13 ausgewählte Eingriffe | 12'439 | $e = a \times 0.177$ |
| Sparpotential Potential auf Basis Medienkonferenz (in Mio. CHF pro Jahr) | 33,7 | $d \cdot c \times e$ |
| Sparpotential Potential auf Basis PwC (in Mio. CHF pro Jahr) | 44,4 | $b \times 0.177$ |

P2: Optimierung bestehender Tarifstrukturen (degressive Tarife)

Potential: Vergütung in der Höhe der Grenzkosten; Fixkosten (vereinfacht als Summe von Personalkosten und Infrastrukturkosten) werden nicht vergütet.

Basis: Schwendener, P. et al. (2016). Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2015. Studie PwC (Abb. 12, S.20)

| Auswirkungen Finanzierung Kanton ZH (in Mio. CHF pro Jahr) | | |
|--|-----------|-------------------------|
| <i>Stationäre OKP-Leistungen Kanton Zürich</i> | | |
| Kantonsbeitrag stationäre Leistungen 2016 (53%) | 1'400 | a |
| Kantonsbeitrag stationäre Leistungen ab 2017 (55%) | 1'453 | $b = a / 53 \times 55$ |
| Stationäre OKP-Leistungen Kanton Zürich | 2'642 | $c = b / 55 \times 100$ |
| <i>Mengenmässiges Umsatzwachstum, das zu Grenzkosten zu vergüten ist</i> | | |
| Stationäres OKP-Kostenwachstum von 4% pro Jahr (Annahme: rein mengenbasiert) | 106 | $d = c \cdot 0.04$ |
| <i>Schätzung Grenzkostensatz gemäss Studie PwC:</i> | | |
| Fixkostenanteil (60% bis 70%) | 65% | e |
| Anteil variable Kosten (30% bis 40%) = Grenzkosten | 35% | $f = 1 - e$ |
| <i>Sparpotential</i> | | |
| Sparpotential Kanton Zürich | 69 | $g = d \times e$ |
| Anteil Kanton (55%) | 38 | $g \times 0.55$ |
| Anteil OKP-Krankenversicherer (45%) | 31 | $g \times 0.45$ |

P3: Neue Tarifstrukturen (Komplexpauschalen)

Basis:

Wieser et al. (2014). Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz

Porter & Kaplan (2016). How to pay for health care. Harvard Business Review

Navathe et al. (2017). Cost of joint replacement using bundled payment models

Potential:

- Kosteneinsparungen von 10% bis 20% bei ausgewählten akutmedizinischen Eingriffen

- Kosteneinsparungen von 2% bei ausgewählten chronischen Krankheiten (NCD)

| Potential Kosteneinsparung (in Mio. CHF pro Jahr) | | |
|--|------------|----------------------|
| <i>Ambulante Behandlungen von chronischen Krankheiten:</i> | | |
| a) Chronische Atemwegserkrankungen (COPD); Anteil ambulant 37% | 592 | a |
| b) Diabetes; Anteil ambulant 54% | 540 | b |
| c) Herz-Kreislaufkrankungen; Anteil ambulant 42% | 4'326 | c |
| ambulante Kosten (Basis Jahr 2011) | 5'458 | d = a + b + c |
| Kosteneinsparung (Annahme 2%) | 109 | d x 0.02 |
| <i>Akutmedizinische stationäre Behandlungen:</i> | | |
| Total Spital Stationäre Kosten (Basis Jahr 2015) | 6'880 | e |
| a) Anteil muskuloskelettale Erkrankungen (13.5%, davon 43% stationär) | 399 | f = e x 0.135 x 0.43 |
| b) Anteil Herz-Kreislaufkrankungen (15.9%, davon 43% stationär) | 470 | g = e x 0.159 x 0.43 |
| stationäre Kosten ausgewählter Behandlungen | 870 | h = f + g |
| Kosteneinsparung (Annahme 15%) | 130 | i = h x 0.15 |
| Kosteneinsparung Komplexpauschalen (chronische Krankheiten und akutmedizinische Behandlungen) | 240 | |
| Auswirkungen Finanzierung Kanton ZH (in Mio. CHF pro Jahr) | | |
| Kanton ZH (Bevölkerungsanteil Stand Q1 2017: 17.7%) | 28 | j = i x 0.117 |
| Kantonsanteil (55%) | 15 | j x 0.55 |

P5: Wettbewerbspreise

| Auswirkungen Finanzierung Kanton ZH (in Mio. CHF pro Jahr) | | | |
|---|-------------|-----------------|--|
| Casemix von Zürcher Patienten 2014 (ohne Unispitäler) | 156'552 | | |
| davon 25% | 39'138 | a | |
| Ø Baserate | 9'550 | | |
| um 2% günstiger | 191 | b | |
| Jährlicher Spareffekt | 8 | c = a x b | |
| Spareffekt Kanton ZH (Kantonsanteil 55%) | 4,1 | c x 0.55 | |
| Potential Kosteneinsparung (in Mio. CHF pro Jahr) | | | |
| Bevölkerungsanteil Kanton ZH (Stand Q1 2017): 17.7% | | | |
| Spareffekt OKP-Gesamsystem | 42,3 | c ./ 17.7 x 100 | |

M1 bis M3: Angebotsinduzierte Nachfrage

Basis: Trageser et al. (2012): Effizienz, Nutzung und Finanzierung des Gesundheitswesens. Tabelle 3 (Seite IX)

Potential: 5% bis 10% der OKP Gesundheitskosten

OKP-Kosten 2015, Quelle: BAG (2016). Taschenstatistik der Kranken- und Unfallversicherung

| Bruttoleistungen nach Kostengruppen (in CHF Mio.) | | | |
|---|--------|-------------|--------|
| | | Medikamente | Total |
| Arzt ambulant | 7'007 | 1'863 | 8'870 |
| Spital ambulant | 4'186 | 857 | 5'043 |
| Spital stationär | 6'880 | inkl. | 6'880 |
| Summe | 18'073 | 2'720 | 20'793 |

| Anteile der Kostengruppen: | | | | | Theoretisches Potential Kostenreduktion | |
|----------------------------|--------------------------------|----------------------|---------------------------|-------------------------|---|--------------|
| | Anteil ohne Dynamik (a) | Dynamik (2008>2015): | Anteil Dynamik (b) | Anteil gewichtet | 5% | 10% |
| Arzt ambulant | 43% | 37% | 1,19 | 41% | 181 | 362 |
| Spital ambulant | 24% | 52% | 1,68 | 33% | 82 | 165 |
| Spital stationär | 33% | 31% | 1,00 | 27% | 91 | 183 |
| Summe | 100% | | | 100% | 1'040 | 2'079 |

M7: Selbstmanagement

Basis: Beck et al. (2016). Kosten und Nutzen von medizinischen Behandlungen am Lebensende

Bundesamt für Statistik (Homepage)

Annahmen für Berechnung Potential

- Anteil der älteren Personen, die im Spital versterben: 50%
- Anteil Personen, die am Lebensende «Palliative Care» wünschen: 20%
- Kosten in den letzten Lebenswochen: CHF 10'000
- Kostenreduktion aufgrund von «Palliative Care»: 40%

| Potential Kosteneinsparung | | |
|---|-------------|-----------|
| Anzahl Todesfälle 2016 (65 Jahre oder älter) | 56'241 | |
| Anzahl im Spital verstorbener Personen (65 Jahre oder älter) | 28'121 | |
| Anzahl Personen, die am Lebensende «Palliative Care» wünschen | 5'624 | a |
| Kosten für letzte Lebenswochen (in CHF) | 10'000 | |
| Einsparungen durch «Palliative Care» (in CHF) | 4'000 | b |
| Kosteneinsparung ganze CH (in Mio. CHF pro Jahr) | 22,5 | c = a x b |

M12: Aufhebung freie Arztwahl (Gatekeeping)

OKP-Kosten 2015, Quelle: BAG (2016). Taschenstatistik der Kranken- und Unfallversicherung

Versicherte nach Versicherungsform: BAG (2016). Statistik der obligatorischen Krankenversicherung (T 7.05)

| Potential Kosteneinsparung (in Mio. CHF pro Jahr) | | |
|--|------------|---------------|
| Total Kosten Arzt ambulant inkl. Medikamente (Basis Jahr 2015) | 8'870 | a |
| Kosteneinsparung (Annahme 5%) | 444 | b = a x 0.05 |
| Anteil Bevölkerung mit eingeschränkter Arztwahl in 2016 (z.B. HMO, etc.) | 67% | c |
| Kosteneinsparung Gatekeeping | 146 | d = b x (1-c) |

M13: Steuerung der Behandlungspfade (Case- / Disease- / Chronic Care-Management)

Basis: Huber et al. (2016). Effects of Integrated Care on Disease-Related Hospitalisation and Healthcare Costs in Patients with Diabetes, Cardiovascular Diseases and Respiratory Illnesses (Tabelle 4)

| | Diabetes | | Kardiovaskuläre Erkrankungen | | Atemwegs-erkrankungen | |
|--|------------------------|-----------------------|------------------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|
| | Integrierte Versorgung | „Standard-Versorgung“ | Integrierte Versorgung | „Standard-Versorgung“ | Integrierte Versorgung | „Standard-Versorgung“ |
| Anzahl Patienten (n) | 6'263 | 6'263 | 35'889 | 35'889 | 8'749 | 8'749 |
| Behandlungskosten in CHF pro Fall und Jahr | 9'466 | 10'530 | 7'502 | 8'182 | 7'428 | 7'929 |
| Kostendifferenz pro Fall & Jahr (Δ) | 1'064 | | 680 | | 501 | |

| Potential Kosteneinsparung aufgrund Integrierter Versorgung (in Mio. CHF pro Jahr) | | |
|---|-------------|-----------|
| Diabetes | 6,7 | a = n x Δ |
| Kardiovaskuläre Erkrankungen | 24,4 | b = n x Δ |
| Atemwegserkrankungen | 4,4 | c = n x Δ |
| Total Kosteneinsparungen | 35,5 | a + b + c |



Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften

School of Management and Law

St.-Georgen-Platz 2
Postfach
8401 Winterthur
Schweiz

www.sml.zhaw.ch