Eine Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit

Effizienzpotenzial bei den KVG-pflichtigen Leistungen

Schlussbericht

Version 1.0

Winterthur, Zürich, 2. September 2019

Beatrice Brunner, Simon Wieser, Matthias Maurer, Michael Stucki, Janina Nemitz, Marion Schmidt, Zoe Brack, Golda Lenzin (Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie ZHAW)

Judith Trageser, Thomas von Stokar, Eva Gschwend, Anna Vettori (INFRAS)
Impressum

Effizienzpotenzial bei den KVG-pflichtigen Leistungen
Schlussbericht

Zürich, Winterthur, 2. September 2019

Auftraggeber
Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Der vorliegende Bericht wurde vom BAG extern in Auftrag gegeben, um eine unabhängige und wissenschaftlich fundierte Antwort auf zentrale Fragen zu erhalten. Die Interpretation der Ergebnisse und die Schlussfolgerungen können von der Meinung respektive dem Standpunkt des BAG abweichen.

Projektleitung
Christian Vogt, Stefanie Johner, Christian Marti (BAG)

Autorinnen und Autoren
Beatrice Brunner, Simon Wieser, Matthias Maurer, Michael Stucki, Janina Nemitz, Marion Schmidt, Zoe Brack, Golda Lenzin (Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, ZHAW)
Judith Trageser, Thomas von Stokar, Eva Gschwend, Anna Vettori (INFRAS)

INFRAS, Binzstrasse 23, 8045 Zürich
Tel. +41 44 205 95 95

Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, ZHAW
Gertrudstrasse 15, Postfach, 8401 Winterthur
Tel. +41 58 934 78 97

Begleitgruppe
Thomas Brändle, Eidgenössische Finanzverwaltung
Carsten Colombier, Eidgenössische Finanzverwaltung
Dominik Hauri, Staatssekretariat für Wirtschaft
Inhalt

Abbildungsverzeichnis ..............................................................................................................5
Verzeichnis der Tabellen im Text ..............................................................................................6
Verzeichnis der Tabellen im Anhang ..........................................................................................7
Abkürzungsverzeichnis ...............................................................................................................8
Übersicht wichtiger Begriffe .....................................................................................................9
Management Summary (Deutsch) ............................................................................................10
Management Summary (Français) ...........................................................................................13
1 Ausgangslage und Fragestellungen ..............................................................................16
2 Übersicht zum methodischen Vorgehen ...........................................................................21
3 Berechnung der Kosten der KVG-pflichtigen Leistungen ..............................................27
4 Schätzungen nach Ineffizienz-Kategorien ......................................................................37
  4.1 Schätzungen für den Ineffizienzbereich zu hohe Mengen (M) ..................................37
      M1 Unwirksame Leistungen .......................................................................................37
      M2 Angebots- und nachfrageseitige Mengenausweitung ..........................................42
      M3 Mangelnde Koordination in der Versorgung .........................................................49
  4.2 Schätzstrategien für den Ineffizienzbereich zu hohe Preise (P) ...............................54
      P1 Produktive Ineffizienzen bei Leistungserbringern ................................................54
      P2 Suboptimale Allokation der Versorgungssettings .................................................67
      P3 Zu hohe Preise der Gesundheitsleistungen und -produkte ..................................72
5 Konsolidierung der Resultate ............................................................................................77
  5.1 Übersicht der Resultate vor Konsolidierung ..............................................................77
  5.2 Konsolidierung ..........................................................................................................80
  5.3 Effizienzpotenziale nach Konsolidierung .................................................................84
6 Diskussion der Ergebnisse und Schlussfolgerungen ....................................................87
7 Literaturverzeichnis .......................................................................................................92
8 Anhang ..........................................................................................................................97
  8.1 Details zum Ausschluss von zwei Ineffizienz-Kategorien .........................................97
8.2 Details zur Abgrenzung der Kosten der KVG-pflichtigen Leistungen .......................99
8.3 Details zu den Berechnungen in allen Schätzstrategien.........................................105
8.4 Details zu der Konsolidierung .................................................................................122
8.5 Befragte Experten ...................................................................................................126
8.6 Verwendete Datenquellen.......................................................................................127
Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Skizze des Effizienzpotenzials wegen zu hoher Mengen und Preise.................17
Abbildung 2: Unterscheidung zwischen Kostenblöcken im Gesundheitswesen......................18
Abbildung 3: Kategorien von Ineffizienzen .............................................................................19
Abbildung 4: Anteile der KVG-pflichtigen Leistungen an gesamten Gesundheitsausgaben ..31
Abbildung 5: Relevanz der Ineffizienz-Kategorien vor Konsolidierung.................................79
Abbildung 6: Schritt 1 der Konsolidierung ..............................................................................80
Abbildung 7: Schritt 2 der Konsolidierung ..............................................................................83
Abbildung 8: Effizienzpotenziale nach KVG-Leistungsbereichen und Effizienzkategorien ....86
Verzeichnis der Tabellen im Text

Tabelle 1: Priorisierung nach Leistungsbereich und Art der Ineffizienz ........................................... 22
Tabelle 2: Überblick Abdeckung Schätzstrategien ................................................................................. 24
Tabelle 3: Kosten der KVG-pflichtigen Leistungen nach Leistungsbereich .............................................. 30
Tabelle 4: Effizienzpotenziale pro Schätzstrategie vor Konsolidierung .................................................. 78
Tabelle 5: Effizienzpotenziale nach Konsolidierung ................................................................................. 84
Tabelle 6: Beurteilung der Schätzstrategien gemäss vier Gütekriterien ................................................. 89
Verzeichnis der Tabellen im Anhang

Tabelle A 1: Details zur Abgrenzung der Kosten KVG-pflichtiger Leistungen ......................... 99
Tabelle A 2: KVG-pflichtige Leistungen nach Leistungsbereich und Finanzierungsregime .......... 104
Tabelle A 3: Details zu Strategien M1.S1 und M1.S2 ............................................................ 105
Tabelle A 4: Details zu Strategie M2.S1 .................................................................................. 109
Tabelle A 5: Details zu Strategie M2.S2 .................................................................................. 110
Tabelle A 6: Details zu Strategie M2.S3 .................................................................................. 111
Tabelle A 7: Details zu Strategie M3.S1 (lower bound) ............................................................ 112
Tabelle A 8: Details zu Strategie M3.S1 (upper bound) ........................................................... 113
Tabelle A 9: Details zu Strategie M3.S2 – Laboranalysen ....................................................... 114
Tabelle A 10: Details zu Strategie M3.S2 – Radiologie ............................................................. 114
Tabelle A 11: Details zu Strategie P1.S1 ................................................................................... 115
Tabelle A 12: Details zu Strategie P1.S2 – stationäre somatische Akutbehandlung ............. 115
Tabelle A 13: Details zu Strategie P1.S2 – Langzeitpflege in Institutionen ............................. 116
Tabelle A 14: Details zu Strategie P1.S3 – ärztliche Behandlung ambulant ......................... 116
Tabelle A 15: Details zu Strategie P1.S3 – ambulante Rehabilitation ..................................... 117
Tabelle A 16: Details zu Strategie P1.S3 – ambulante Langzeitpflege .................................... 117
Tabelle A 17: Details zu Strategie P1.S4 ................................................................................... 118
Tabelle A 18: Details zu Strategie P1.S5 ................................................................................... 118
Tabelle A 19: Details zu Strategie P2.S1 ................................................................................... 119
Tabelle A 20: Details zu Strategie P2.S2 ................................................................................... 119
Tabelle A 21: Details zu Strategie P2.S3 ................................................................................... 120
Tabelle A 22: Details zur Strategie P3.S1 .................................................................................. 120
Tabelle A 23: Details zu Strategie P3.S2 ................................................................................... 121
Tabelle A 24: Details zu Strategie P3.S3 ................................................................................... 121
Tabelle A 25: Herleitung der prozentualen Überschneidungen zwischen M2 und M3 .......... 122
Tabelle A 26: Berechnung absolute Überschneidungen von M2 und M3 (lower bound) ........ 123
Tabelle A 27: Berechnung absoluten Überschneidungen von M2 und M3 (upper bound) .... 124
Tabelle A 28: Berechnung absolute Überschneidungen (M1-M2, P1-P2, P1-P3) .................... 124
Tabelle A 29: Berechnung konsolidierte Werte innerhalb M/P (vor Konsolidierung M-P) ...... 125
Tabelle A 30: Verwendete Datenquellen .................................................................................. 127
### Abkürzungsverzeichnis

<table>
<thead>
<tr>
<th>Abkürzung</th>
<th>Erklärung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>AIN</td>
<td>Angebotsinduzierte Nachfrage</td>
</tr>
<tr>
<td>BAG</td>
<td>Bundesamt für Gesundheit</td>
</tr>
<tr>
<td>BFS</td>
<td>Bundesamt für Statistik</td>
</tr>
<tr>
<td>CHF</td>
<td>Schweizer Franken</td>
</tr>
<tr>
<td>CT</td>
<td>Computertomographie</td>
</tr>
<tr>
<td>EFV</td>
<td>Eidgenössische Finanzverwaltung</td>
</tr>
<tr>
<td>FFS</td>
<td>fee for service</td>
</tr>
<tr>
<td>HMO</td>
<td>Health Maintenance Organisation</td>
</tr>
<tr>
<td>KoBe</td>
<td>Kostenbeteiligung</td>
</tr>
<tr>
<td>KVG</td>
<td>Bundesgesetz über die Krankenversicherung</td>
</tr>
<tr>
<td>M</td>
<td>Ineffizienzbereich zu hohe Mengen</td>
</tr>
<tr>
<td>MC</td>
<td>Managed Care</td>
</tr>
<tr>
<td>MH</td>
<td>Moral Hazard</td>
</tr>
<tr>
<td>Mio.</td>
<td>Millionen</td>
</tr>
<tr>
<td>Mrd.</td>
<td>Milliarden</td>
</tr>
<tr>
<td>MRI</td>
<td>Magnetresonanztomographie</td>
</tr>
<tr>
<td>OKP</td>
<td>Obligatorische Krankenpflegeversicherung</td>
</tr>
<tr>
<td>P</td>
<td>Ineffizienzbereich zu hohe Preise</td>
</tr>
<tr>
<td>RPS</td>
<td>Referenzpreissystem</td>
</tr>
<tr>
<td>SECO</td>
<td>Staatsekretariat für Wirtschaft</td>
</tr>
<tr>
<td>SoKV</td>
<td>Statistik der obligatorischen Krankenversicherung</td>
</tr>
<tr>
<td>WIG</td>
<td>Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie</td>
</tr>
<tr>
<td>ZHAW</td>
<td>Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Übersicht wichtiger Begriffe

<table>
<thead>
<tr>
<th>Begriff</th>
<th>Definition</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Kosten der KVG-pflichtigen Leistungen</td>
<td>Gesamtheit der Leistungskosten, die in den Anwendungsbereich des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) fallen. Neben der Finanzierung durch die OKP-Versicherer umfassen diese auch die Finanzierung durch andere Sozialversicherer, den Staat sowie die privaten Haushalte über Kostenbeteiligungen (Franchise, Selbstbehalt) und Selbstzahlungen.</td>
</tr>
<tr>
<td>Unwirksame Leistungen «low-value care»</td>
<td>Leistungen, die gemäss wissenschaftlicher Evidenz nicht (oder wenig) wirksam oder sogar schädlich sind.</td>
</tr>
<tr>
<td>Moral Hazard</td>
<td>Fehlanreiz für Versicherte, aufgrund der Versicherungsdeckung Leistungen in Anspruch nehmen, die über den eigentlichen medizinischen Bedarf hinausgehen.</td>
</tr>
<tr>
<td>OKP-Bruttolleistungen</td>
<td>Die OKP-Bruttolleistungen entsprechen den von den Versicherern bezahlten Leistungen einschliesslich der Kostenbeteiligung der Versicherten.</td>
</tr>
<tr>
<td>OKP-Kosten</td>
<td>Direkt durch die Versicherer der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) finanziertes Leistungsvolumen (Nettolleistungen gemäss Statistik der obligatorischen Krankenversicherung des BAG (2019c)). Gemeinsam mit den Verwaltungskosten der OKP-Versicherer bestimmen sie weitgehend das Gesamtvolumen der OKP-Prämien.</td>
</tr>
<tr>
<td>Selbstbehalt</td>
<td>Beim Selbstbehalt übernimmt der Versicherte 10 Prozent der anfallenden Behandlungskosten, maximal aber 700 CHF pro Jahr. Der Selbstbehalt ist unabhängig von der Höhe der Franchise.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Management Summary (Deutsch)

Hintergrund und Fragestellung


Der Rahmen der Studie wurde folgendermassen präzisiert:

- Ein Effizienzpotenzial im Gesundheitswesen liegt vor, wenn die heutigen Outcomes des Gesundheitswesens – also der Beitrag der medizinischen Leistungen und Produkte zur Gesundheit der Bevölkerung – auch zu geringeren Kosten erreicht werden könnten.

Methodisches Vorgehen

Die Ineffizienzen im Gesundheitswesen wurden in verschiedene Ineffizienz-Kategorien eingeteilt. Diese Kategorien wurden auf Grundlage einer Analyse der internationalen Literatur (Trageser et al., 2018b) und unter Berücksichtigung der Besonderheiten des schweizerischen Gesundheitswesens definiert. Es wurden vier Ineffizienz-Kategorien für zu hohe Mengen und vier für zu hohe Preise definiert. Zwei von diesen insgesamt acht Ineffizienz-Kategorien konnten aber aufgrund fehlender Daten in der Studie nicht berücksichtigt werden (mangelnde Qualität, administrative Ineffizienzen). So berechnet die Studie das Effizienzpotenzial für folgende sechs Ineffizienz-Kategorien:

1) Unwirksame Leistungen. Darunter verstehen wir Leistungen, die gemäss gegenwärtigem Stand der Forschung keinen oder nur einen sehr geringen Nutzen haben (z.B. PSA Screening). Sie entsprechen zu hohen Mengen, da sie nichts zur Gesundheit der Bevölkerung beitragen.
2) Angebots- und nachfrageseitige Mengenausweitungen (z.B. die Vereinbarung unnötiger Kontrolltermine).


4) Produktive Ineffizienzen bei den Leistungserbringern (z.B. zu kleine Spitäler). Sie verursachen zu hohe Kosten und damit zu hohe Preise.


6) Zu hohe Preise der Gesundheitsleistungen und –produkte (z.B. überhöhte Tarife oder Medikamentenpreise).


Wichtigste Ergebnisse

Im Jahr 2016 lagen die Kosten der KVG-pflichtigen Leistungen bei 45.3 Mrd. CHF (5'500 CHF pro Kopf). Dies entspricht einem Anteil von 56% an den gesamten Gesundheitskosten in Höhe von 80.5 Mrd. CHF. Die OKP trug mit 28.7 Mrd. CHF einen Anteil von 63% der KVG-pflichtigen Leistungen.

Wir schätzen das gesamte Effizienzpotenzial auf 7.1 bis 8.4 Mrd. CHF oder 16% bis 19% der KVG-pflichtigen Leistungen. Pro Kopf entspricht dies potenziellen jährlichen Ersparnissen von 855 bis 1'012 CHF.

Die grössten absoluten Effizienzpotenziale liegen bei der stationären Akutsomatik (2.07 bis 2.21 Mrd. CHF bzw. 4.6% bis 4.9% der Kosten der KVG-pflichtigen Leistungen), den ambulanten ärztlichen Leistungen (1.46 bis 1.60 Mrd. CHF bzw. 3.2% bis 3.5%), den verschreibungspflichtigen ambulant verabreichten Medikamenten (0.94 bis 1.38 Mrd. CHF bzw. 2.1% bis 3.0%) und den spitalambulanten Behandlungen (0.96 bis 1.05 Mrd. CHF bzw. 2.1% bis 2.3%). Diese vier Leistungsbereiche umfassen drei Viertel des geschätzten Effizienzpotenzials. Dies liegt zum einen an der Grösse dieser Leistungsbereiche und zum anderen daran, dass hier, im Gegensatz zu kleineren Leistungsbereichen, mehr Schätzstrategien umgesetzt werden konnten.

Die Leistungsbereiche mit den grössten relativen Effizienzpotenzialen im Verhältnis zu den Kosten der KVG-pflichtigen Leistungen des jeweiligen Leistungsbereiches liegen bei der ambulanten Radiologie (18.1% bis 48.2%), der stationären Psychiatrie (25.5% bis 26.1%), der spitalambulanten Akutsomatik (20.7% bis 22.6%) und den ambulant durchgeführten Laboranalysen (18.1% bis 22.2%). Die wichtigsten Ursachen für die Ineffizienzen sind die angebots- und nachfrageseitige Mengenausweitung, produktive
Ineffizienzen bei den Leistungserbringern und zu hohe Preise von Gesundheitsleistungen und -produkten.

Interpretation der Ergebnisse

Bei der Interpretation unserer Resultate sind folgende Punkte zu berücksichtigen:

- Die Unterschiede zwischen den Effizienzpotenzialen der einzelnen Leistungsbereiche sind mit Vorsicht zu beurteilen, da sie auch auf Unterschiede in der Verfügbarkeit von Schätzstrategien und Leistungsbereichs-spezifischen Daten zurückzuführen sind.


Vergleich mit ausländischen Studien


Schlussfolgerungen

Management Summary (Français)

Contexte et problématique

Les dépenses de santé ne cessent d’augmenter en Suisse, dépassant aujourd’hui 10 000 francs par personne et par an. Le Conseil fédéral a engagé une série de mesures afin de limiter cette charge croissante qui pèse sur les budgets privés et publics. Dans ce cadre, il est également prévu d’étudier l’introduction d’objectifs de maîtrise des coûts dans l’assurance obligatoire des soins (AOS), destinés à permettre de mieux exploiter les potentiels d’efficience existants dans le domaine de la santé. Pour définir des objectifs concrets, il est nécessaire de disposer d’informations détaillées sur les potentiels d’efficience dans les différents secteurs du système de santé. Ceux-ci sont toutefois encore en grande partie inconnus.

Face à ce constat, l’Office fédéral de la santé publique (OFSP) a chargé un consortium, composé du cabinet INFRAS et de l’institut d’économie de la santé de Winterthour (Haute école de sciences appliquées de Zurich), de réaliser, par domaine de prestations, une estimation du potentiel d’efficience pour les prestations (co-)financées par l’AOS. Ce consortium a été épaulé par un groupe d’accompagnement composé de collaborateurs de l’OFSP, de l’Administration fédérale des finances (AFF) et du Secrétariat d’État à l’économie (SECO).

Le cadre de l’étude a été précisé de la manière suivante :

- Il existe un potentiel d’efficience dans le système de santé si les résultats actuels du système de santé – à savoir la contribution des prestations et des produits médicaux à la santé de la population – pourraient aussi être atteints à moindres coûts.
- Les inefficiences dans le système de santé liées au potentiel d’efficience découlent soit de volumes trop élevés soit de prix trop élevés des prestations et des produits de santé. Les volumes trop élevés correspondent à des prestations et à des produits inutiles médicalement.
- Les coûts des prestations et produits de santé (co-)financés par l’AOS incluent aussi les parts prises en charge par d’autres agents payeurs (tels que les cantons et les patients). Nous désignerons l’ensemble de ces coûts par l’expression coûts des prestations soumises à la LAMal. L’étude comprend leur calcul.
- Les différents domaines de prestations du système de santé sont définis d’après la statistique « Coût et financement du système de santé selon les prestations et selon le régime de financement » de l’Office fédéral de la statistique (p. ex., traitement psychiatrique hospitalier, radiologie ambulatoire...).
- Le calcul du potentiel d’efficience se rapporte à l’année 2016.

Méthodologie

Les inefficiences du système de santé ont été divisées en différentes catégories d’inefficience, définies à partir d’une analyse de la littérature internationale (Trageser et al., 2018b) et en tenant compte des particularités du système de santé suisse. Quatre catégories ont été définies pour des quantités trop élevées et quatre autres pour des prix trop élevés. Toutefois, deux de ces huit catégories n’ont pas pu être prises en compte dans l’étude, par manque de données (qualité insuffisante, inefficiences administratives). L’étude calcule donc le potentiel d’efficience pour les six catégories d’inefficience suivantes :

1) Les prestations inefficaces. On entend par là des prestations qui, en l’état actuel de la recherche, sont d’une utilité nulle ou très limitée (p. ex., le dépistage par dosage du PSA). Elles correspondent
à des volumes de prestations trop élevés, car elles ne contribuent en rien à la santé de la population.

2) Les hausses de volume liées à l’offre et à la demande (p. ex., rendez-vous de contrôle superflus).

3) Le manque de coordination dans les soins (p. ex., examens effectués à double), qui entraîne des prestations inutiles et, par conséquent, des volumes trop élevés.

4) Les inefficiences productives chez les fournisseurs de prestations (p. ex., hôpitaux trop petits), qui entraînent des coûts – et donc des prix – trop élevés.

5) L’allocation sous-optimale du cadre des soins (p. ex., lorsqu’un traitement stationnaire pourrait être effectué en ambulatoire). Cette situation conduit à des prix trop élevés, car des prestations chères sont fournies à la place de prestations équivalentes plus avantageuses.

6) Les prix trop élevés des prestations et des produits de santé (p. ex., les tarifs ou les prix de médicaments excessifs).

Le potentiel d’efficience a été calculé pour 14 domaines de prestations, qui couvrent l’ensemble des prestations soumises à la LAMal. Pour cela, des stratégies d’estimation spécifiques ont été conçues pour chacune des six catégories d’inefficience. Ces stratégies s’appuient sur les enseignements tirés de la littérature en sciences et en économie de la santé, sur des données issues du système de santé suisse et sur des entretiens avec des experts. Souvent, une stratégie n’a pu être appliquée qu’à quelques domaines de prestations, faute de données ou d’informations suffisantes. Lorsque cela était possible, plusieurs stratégies d’estimation ont été employées pour chaque catégorie d’inefficience, afin de déterminer les bornes inférieure et supérieure du potentiel d’efficience « réel ». Pour finir, les résultats ont été ajustés de manière à éliminer des chevauchements entre les catégories d’inefficience.

**Principaux résultats**

En 2016, les coûts des prestations soumises à la LAMal atteignaient 45,3 milliards de francs (5 500 francs par tête), soit 56 % de l’ensemble des coûts de santé, lesquels s’élevaient à 80,5 milliards de francs. L’AOS a coûté 28,7 milliards de francs, ce qui représente 63 % des coûts des prestations soumises à la LAMal.

Nous estimons le potentiel d’efficience total entre 7,1 et 8,4 milliards de francs, soit entre 16 et 19 % des prestations soumises à la LAMal. Ces chiffres correspondent à une économie potentielle annuelle de 855 à 1 012 francs par tête.

En valeur absolue, les potentiels d’efficience les plus importants concernent les soins somatiques aigus stationnaires (2,07 à 2,21 milliards de francs, soit 4,6 à 4,9 % des coûts des prestations soumises à la LAMal), les prestations médicales ambulatoires (1,46 à 1,60 milliard de francs, soit 3,2 à 3,5 %), les médicaments soumis à ordonnance administrés en ambulatoire (0,94 à 1,38 milliard de francs, soit 2,1 à 3,0 %) et les traitements hospitaliers ambulatoires (0,96 à 1,05 milliard de francs, soit 2,1 à 2,3 %). Ces quatre domaines de prestations englobent trois quarts du potentiel d’efficience estimé. Ce résultat tient, d’une part, à la taille de ces domaines de prestations et, d’autre part, au fait que davantage de stratégies d’estimation ont pu leur être appliquées, contrairement à des plus petits domaines de prestations.

En proportion des coûts des prestations soumises à la LAMal dans chaque domaine de prestations, les domaines suivants présentent les potentiels relatifs les plus élevés : la radiologie ambulatoire (18,1 à 48,2 %), la psychiatrie stationnaire (25,5 % à 26,1 %), les soins somatiques aigus ambulatoires fournis par les hôpitaux (20,7 % à 22,6 %) et les analyses de laboratoire réalisées en ambulatoire (18,1 % à
22,2 %). Les principales causes des inefficiences sont la hausse de volume liée à l’offre et à la demande, les inefficiences productives chez les fournisseurs de prestations et les prix trop élevés des prestations et des produits de santé.

Interprétation des résultats

Les points suivants doivent être pris en compte pour l’interprétation de nos résultats :

- Les différences entre les potentiels d’efficience des divers domaines de prestations doivent être appréciées avec précaution, car elles peuvent aussi être dues à la disponibilité inégale des stratégies d’estimation et des données spécifiques à chaque domaine.
- Parfois, des paramètres étrangers ont dû être utilisés en lieu et place de paramètres suisses, ce qui constitue une source d’incertitude supplémentaire quant aux estimations. En outre, il était fréquent qu’aucune estimation spécifique au domaine de prestations n’était disponible. Ce manque de différenciation a conduit à un nivellement des potentiels d’efficience relatifs entre les domaines de prestations.
- Pour certaines catégories d’inefficience (qualité insuffisante, inefficiences administratives), le potentiel d’efficience n’a pas pu être estimé, en raison de données lacunaires. Pour la même raison, les stratégies applicables étaient moins nombreuses pour les domaines de prestations de petite taille. Ces deux facteurs tendent à entraîner une sous-estimation du potentiel d’efficience.

Dans l’ensemble, nous jugeons que l’estimation du potentiel d’efficience est plutôt prudente. Non seulement nous excluons deux catégories d’inefficience, mais en plus, nous partons d’hypothèses prudentes en cas d’incertitude concernant les informations à utiliser. Eu égard à ces considérations, un potentiel d’efficience de 20 % dans le système de santé suisse, chiffre souvent cité mais encore peu étayé, semble assez plausible. Le potentiel d’efficience estimé correspond à l’économie possible qu’un système de santé sans inefficiences permettrait de réaliser. Il n’est cependant guère possible d’exploiter pleinement ce potentiel, car, en réalité, même un système de santé très efficient pourrait encore présenter certaines inefficiences.

Comparaison avec les études étrangères

À l’étranger aussi, les potentiels d’efficience dans le système de santé occupent une place majeure dans les débats sur la politique sanitaire et la recherche en économie de la santé. Néanmoins, bien peu d’études étrangères estiment le potentiel d’efficience de manière globale, comme le fait la présente publication. Par exemple, des études provenant des États-Unis et d’Australie estiment que les inefficiences représentent 10 à 20 % des coûts totaux de la santé au niveau national (Berwick et Hackbarth, 2012, Hurley et al., 2009). Cependant, ces études ne sont pas directement comparables à la nôtre, car elles ne définissent pas les inefficiences de la même manière et ont recours à des stratégies d’estimation différentes. Nous ne connaissons aucune étude étrangère qui, comme celle-ci, détaille les inefficiences pour chaque domaine de prestations aussi bien en termes de prix que de volumes.

Conclusions

La présente étude est la première à estimer, pour les prestations soumises à la LAMal, le potentiel d’efficience par domaine de prestations et par catégorie d’inefficience. Le potentiel d’efficience, estimé entre 16 % et 19 % des prestations soumises à la LAMal, est considérable. Un potentiel existe dans presque tous les domaines de prestations et résulte à la fois de quantités et de prix trop élevés des prestations et produits de santé.
1 Ausgangslage und Fragestellungen


Vor diesem Hintergrund hat das BAG ein Konsortium aus INFRAS und WIG/ZHAW mit der Schätzung des Effizienzpotenzials in den von der OKP (mit-)finanzierten Leistungen beauftragt. In einem ersten Schritt wurde eine Literaturanalyse erstellt (Trageser et al., 2018b). In einem zweiten Schritt wurde das Effizienzpotenzial in den Leistungsbereichen der OKP geschätzt. Der vorliegende Bericht beschreibt das methodische Vorgehen und die Ergebnisse dieses zweiten Schrittes.

Fragestellungen

Die Fragestellungen der Studie sind gemäss Pflichtenheft des BAG (2018):

1. «Wie hoch wird das gesamte Effizienzpotenzial bei den Leistungen, die von der OKP (mit-)finanziert werden, geschätzt? »
2. «Wie hoch wird das Effizienzpotenzial in der OKP in den einzelnen Leistungsbereichen (OKP-Kostenblöcken) geschätzt, differenziert nach Kantonen sowie nach Leistungserbringern (-gruppen) und inwiefern respektive aufgrund welcher Faktoren unterscheidet es sich? »

Für ein besseres Verständnis der Fragestellungen ist es hilfreich, unser Verständnis der verwendeten Begriffe zu erläutern.

1 Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
Was ist das Effizienzpotenzial?

Nach unserer Definition liegt ein Effizienzpotenzial vor, wenn ein bestimmtes Ergebnis auch zu geringeren Kosten erreicht werden kann. Auf das Effizienzpotenzial im schweizerischen Gesundheitswesen übertragen entspricht es den Gesundheitskosten, die bei gegebenem GesundheitsOutcome (also dem heutigen Gesundheitszustand der Bevölkerung) hätten eingespart werden können.


Abbildung 1 stellt das Effizienzpotenzial wegen zu hoher Preise und Mengen grafisch dar.

Die vorliegende Studie untersucht, wie stark die Gesundheitskosten bei gegebenem Gesundheits-Outcome gesenkt werden können, wenn unnötige Leistungen und Produkte ausgeschlossen würden (geringere Mengen) und wirksame Leistungen und Produkte zu niedrigeren Preisen angeboten würden (geringere Preise).

Die konzeptionellen Grundlagen zum Begriff und den Ursachen von Effizienzpotenzialen sind in unserer Literaturanalyse Trageser et al. (2018b) zum vorliegenden Mandat detailliert ausgeführt.

Abbildung 1: Skizze des Effizienzpotenzials wegen zu hoher Mengen und Preise


Was sind die von der OKP (mit-) finanzierten Leistungen?

Die Studie beschränkt sich auf das Effizienzpotenzial bei Gesundheitsleistungen, die von der OKP (mit-) finanziert werden. Die von der OKP (mit-)finanzierten Leistungen werden zum grossen Teil von den Krankenversicherern übernommen. Im Jahr 2016 betrug deren Anteil 35.7% an den gesamten

In Absprache mit dem BAG unterscheiden wir deshalb zwischen folgenden zwei Kostenblöcken:

1. Die Kosten der KVG-pflichtigen Leistungen: Sie umfassen die Kosten aller Leistungen, die in den Anwendungsbereich des KVG (Bundesgesetz über die Krankenversicherung) fallen und von den OKP-Versicherern (mit-)finanziert werden.


Das in dieser Studie geschätzte Effizienzpotenzial bezieht sich auf die KVG-pflichtigen Leistungen. Da zu den Kosten der KVG-pflichtigen Leistungen keine offizielle Statistik vorliegt, werden diese im Kapitel 3 detailliert nach Leistungsbereichen berechnet. Für die OKP-Kosten hingegen liegen offizielle Statistiken vor (BFS, 2018a, BAG, 2019c).

Abbildung 2: Unterscheidung zwischen Kostenblöcken im Gesundheitswesen


<table>
<thead>
<tr>
<th>Gesamte Gesundheitskosten gemäss BFS-Statistik</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>“Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens nach Leistungen und Finanzierungsregimes”</td>
</tr>
<tr>
<td>→ 80.5 Mrd. CHF</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kosten der KVG-pflichtigen Leistungen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>→ ??? Mrd. CHF</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>OKP-Kosten</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>→ 28.7 Mrd. CHF</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Was sind die einzelnen Leistungsbereiche?

Aus Gründen der Lesbarkeit verzichten wir darauf, konsequent die männliche und weibliche Formulierung zu verwenden.

---

2 Aus Gründen der Lesbarkeit verzichten wir darauf, konsequent die männliche und weibliche Formulierung zu verwenden.

Welche Formen von Ineffizienzen gibt es?

Wie unsere Literaturanalyse aufzeigt, kann eine Vielzahl von Faktoren das Effizienzpotenzial beeinflussen, bzw. für die Ineffizienzen im Gesundheitswesen verantwortlich sein (Trageser et al., 2018b). Wir haben davon ausgehend acht Kategorien von Ineffizienzen definiert, welche sich an den Fehlanreizen im schweizerischen Gesundheitswesen orientieren und eine Priorisierung des Handlungsbedarfs für den Gesetzgeber erlauben (Abbildung 3). Die Kategorien sind zum Teil nicht klar abgrenzbar und überschneiden sich teilweise. Ein Beispiel dafür sind Managed-Care Versicherungsmodelle mit Budgetverantwortung von Ärzten, welche sowohl Ineffizienzen durch mangelnde Koordination in der Versorgung als auch Ineffizienzen durch angebots- und nachfrageinduzierte Mengenausweitung reduzieren.

Abbildung 3: Kategorien von Ineffizienzen

M1 «Low-value care»: Ausgaben für Leistungen mit keinem oder nur geringem klinischen Nutzen (z.B. PSA-Screening, Kreuzbandoperationen)

M2 Angebots- und nachfrageseitige Mengenausweitung (z.B. Überbehandlung, unnötige, wiederholte Arztbesuche, Moral Hazard)

M3 Mangelnde Koordination in der Versorgung (z.B. doppelte Leistungen, Inanspruchnahme von Notfall anstelle Hausarzt)

M4* Mangelnde Qualität/Behandlungsfehler (z.B. fehlerhafte Bilder, Spitalinfektion)

M5* Administrativen Ineffizienzen (z.B. Administrationsarbeiten aufgrund von unnötigen Vorschriften und Regulierungen)

P1 Produktive Ineffizienzen bei Leistungserbringern: Leistungen produziert wegen fehlender Nutzung von möglichen Skaleneffekten (z.B. ineffiziente Organisation, nicht genutzte Ressourcen, zu kleine Spitälver)

P2 Suboptimale Allokation der Versorgungssettings: Leistungen, die stationär erbracht werden, obwohl es auch ambulant möglich wäre (z.B. stationär statt ambulant durchgeführte Krampfadern-Operationen)

P3 Zu hohe Preise der Gesundheitsleistungen und -produkte (z.B. hohe Medikamentenpreise, zu hohe Tarife in TARMED)

Anmerkungen: Die Abbildung zeigt die acht Kategorien von Ineffizienzen, auf die sich die Analyse in diesem Bericht bezieht. Die mit einem * gekennzeichneten Kategorien können aufgrund unzureichender Daten nicht quantifiziert werden (siehe dazu die Ausführungen in Kapitel 2).
Neben den in Abbildung 3 aufgeführten Kategorien haben wir zwei weitere Kategorien identifiziert, welche wir aus folgenden Gründen nicht weiterverfolgen:

- **Suboptimale Priorisierung der Versorgungsbereiche**: Auf der Makro-Ebene könnten Effizienzpotenziale durch eine Verschiebung von Ausgaben zwischen Versorgungsbereichen (z.B. Prävention und Behandlung) bestehen. Die dazu notwendigen Informationen zur Kosten-Wirksamkeit der Versorgungsbereiche sind jedoch nicht vorhanden und können im Rahmen der Studie nicht geschaffen werden.

- **Mögliche Unterversorgung**: Das schweizerische Gesundheitssystem zeichnet sich durch einen guten Zugang zu einem umfassenden Leistungskatalog aus. Mögliche Ineffizienzen, die beispielsweise aus einer verzögerten Diagnosestellung heraus entstehen können, stehen daher aus unserer Sicht nicht im Vordergrund.
2 Übersicht zum methodischen Vorgehen


Unterteilung in Ineffizienz-Kategorien

Die mengen- und preisbezogenen Ineffizienzen wurden analog zu unserer Literaturanalyse (Trageser et al., 2018b) in acht Ineffizienz-Kategorien unterteilt. Davon ergeben sich vier aus zu hohen Mengen und vier aus zu hohen Preisen der Gesundheitsleistungen:

Die Ineffizienz aufgrund zu hoher Mengen (M) wurde unterteilt in:

- M1 Unwirksame Leistungen
- M2 Angebots- und nachfrageseitige Mengenausweitung
- M3 Mangelnde Koordination in der Versorgung
- M4* Mangelnde Qualität / Behandlungsfehler.

Die Ineffizienz aufgrund zu hoher Preise (P) wird unterteilt in:

- P1 Produktive Ineffizienzen bei Leistungserbringern
- P2 Suboptimale Allokation der Versorgungssettings
- P3 Zu hohe Preise der Gesundheitsleistungen und -produkte
- P4* Administrative Ineffizienzen.

*Die Quantifizierung der administrativen Ineffizienzen (P4) und der durch mangelnde Versorgungsqualität ausgehenden Ineffizienzen (M4) hat sich aufgrund unzureichender Daten als nicht umsetzbar erwiesen (siehe Abschnitt 8.1 im Anhang für eine ausführlichere Begründung).
Priorisierung

Wir beschränken uns in der Schätzung der Effizienzpotenziale auf diejenigen Leistungsbereiche, bei denen relevante Ineffizienzen in einer oder mehreren Ineffizienz-Kategorien zu erwarten sind. Die Auswahl haben wir anhand der folgenden zwei Kriterien getroffen:

1) Nach dem ökonomischen Gewicht: Leistungsbereiche mit relativ geringen Kosten (≤ 1% der Kosten der KVG-pflichtigen Leistungen aller Leistungsbereiche) wurden nicht weiterverfolgt. Darunter fallen die Leistungsbereiche: Ambulante Geburtshilfe (M8), andere kurative Therapien (M9), Transport und Rettung (P2), Verbrauchsprodukte (Q4) und Prävention (R).


Tabelle 1: Priorisierung nach Leistungsbereich und Art der Ineffizienz

<table>
<thead>
<tr>
<th>Leistung</th>
<th>Mengen</th>
<th>Preise</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Unwirksame Leistungen</td>
<td>Angebots- und nachfragenbezogene Mengen, Doppelnutzung, Koordination in der Versorgung, Produktive Ineffizienzen bei Leistungserbringern, Suboptimale Allokation der Versorgungsressourcen, zu hohe Preise der Leistung und der Leistungsgüter.</td>
</tr>
<tr>
<td>M1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M2</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M3</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M4</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M5</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M6</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M7</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M8</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M9</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>N1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>N2</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>O1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>O2</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>O3</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>O4</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>O5</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>P1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>P2</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>P3</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>R</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>S2</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Anmerkungen: * inkl. Medikamente und stationäre Geburtshausbehandlung. a) und b) Falls das Effizienzpotential die Substitution von stationär zu ambulant betrifft (P2), ist jeweils nur derjenige Leistungsbereich grau markiert, in dem die Ineffizienz vorliegt, also der stationäre.

* Leistungsbereich-Ineffizienz-Kategorie-Zellen, für welche Schätzstrategien entwickelt wurden.

3 Lediglich 2 Prozent der Kosten für Zahnbehandlungen stammen aus Leistungen des KVG-Leistungskatalogs (69 Mio. CHF). Die restlichen 98 Prozent (3.3 Mrd. CHF) sind echte Selbstzahlungen für nicht KVG-pflichtige Leistungen.

**Die Schätzstrategien im Überblick**


Die Tabelle 2 gibt einen Überblick über die verschiedenen Schätzstrategien und darüber, wie sie sich gemäss verschiedenen Kriterien kategorisieren lassen. Die inhaltliche Beschreibung der Strategien folgt in Kapitel 4.

Die Schätzstrategien lassen sich nach *Art der Vorgehensweise bzw. deren Kernelement* in folgende Kategorien einteilen:

- **L<sub>1</sub> Internationale Literatur:** Diese Strategien verwenden Schätz- bzw. Messwerte aus internationalen Studien und übertragen diese anhand von Schweizer Daten auf die Schweiz.


- **B<sub>1</sub> Benchmarking international:** Diese Strategien schätzen das Effizienzpotenzial anhand eines Länder-Benchmarkings. Dabei wird die Zielgröße von strukturell vergleichbaren aber im betreffenden Bereich effizienter arbeitenden Vergleichsländern abgeleitet.

- **B<sub>K</sub> Benchmarking interkantonal:** Diese Strategien schätzen das Effizienzpotenzial anhand eines interkantonalen Vergleichs. Dabei wird die Zielgröße aus der Kostenverteilung abgeleitet (z.B. 4. Dezil).

- **E Expertengespräche:** Diese Strategien nutzen das Fachwissen von Experten als wesentlichen Input.


- **Low Lower-bound-Strategien** sind Strategien, die zu einem Ergebnis führen, das am unteren Rand des «wahren» Einsparpotenzials liegt.

- **High Upper-bound-Strategien** liefern Ergebnisse, die am oberen Rand des «wahren» Effizienzpotenzials liegen.

Schliesslich können die Strategien anhand der *Abdeckung* unterteilt werden in:
• **Leistungsbereichs-spezifische Strategien:** Das sind Strategien, welche nur auf einen Leistungsbereich angewendet werden.

• **Leistungsbereichs-unspezifische Strategien:** Diese Strategien decken alle oder mehrere Leistungsbereiche ab. Die Unterteilung des geschätzten Effizienzpotenzials auf die einzelnen Leistungsbereiche erfolgt dann gemäß den Kostenanteilen der Leistungsbereiche an den gesamten Kosten der KVG-pflichtigen Leistungen der Leistungsbereiche, die die Strategie abdeckt.

Die Tabelle 2 ist wie folgt zu verstehen. Sie zeigt in den Spalten die Ineffizienz-Kategorien (M1 – P3), auf die sich die einzelnen Schätzstrategien (M1.S1 – P3.S4) beziehen, und in den Zeilen die Leistungsbereiche, die sie abdecken (gelbe Zellen). Die Farbgebung ist wie folgt:

- Für die **grauen** Zellen wurde gemäss dem Resultat der Priorisierung (Tabelle 1) keine Strategie entwickelt.
- Die **gelben** Zellen markieren Leistungsbereiche, für welche die einzelne Strategie ein Ergebnis liefert.
- Die **weissen** Zellen markieren Leistungsbereiche, für welche die einzelne Strategie keinen Schätzwert liefert, für die aber mindestens eine andere Strategie existiert, mit der das Effizienzpotenzial für diese Leistungsbereich-Ineffizienz-Kategorie geschätzt werden konnte.
- **Rot schraffiert** sind diejenigen Zellen, für die mit keiner Strategie ein Effizienzpotenzial geschätzt werden konnte, weil entweder die gegenwärtige wissenschaftliche Evidenz und/oder die Datenlage nicht ausreichend waren.

**Tabelle 2: Überblick Abdeckung Schätzstrategien**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Strategie-Kategorie</th>
<th>Mengen</th>
<th>Preise</th>
<th>Ineffizienz-Kategorien</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>M1 5.1</td>
<td>M2 5.1</td>
<td>M3 5.1</td>
</tr>
<tr>
<td>Strategie:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Anmerkungen:** Strategie-Kategorien: L = Literatur international; L.CH = Literatur CH; B = Benchmarking international (mit anderen Ländern); B.k = Benchmarking interkantonal; E = Expertengespräche.

- ✔ = Leistungsbereiche welche die Schätzstrategie abdeckt und für die ein Effizienzpotenzial geschätzt wurde
- ☑ = Kein relevantes Effizienzpotenzial (gemäss Abschnitt Priorisierung), daher keine Schätzung
- ✗ = Leistungsbereich-Ineffizienz-Kategorie-Zellen für welche keine Schätzstrategie entwickelt/umgesetzt werden konnte
- ☝ = Schätzung des Effizienzpotenzials mit der bestimmten Strategie nicht möglich, jedoch mit einer anderen.

**Daten und Informationsquellen**

Für die Berechnungen wurden unterschiedliche Informationsquellen herangezogen:

- Nationale und internationale Literatur, die teilweise schon in unserem Literaturreview verwendet wurde.
- Daten aus dem Schweizer Gesundheitswesen, wie zum Beispiel die Krankenhausstatistik oder die SASIS-Daten (siehe Anhang Tabelle A 30, S. 127).
- Expertengespräche (siehe Anhang 8.5).

**Konsolidierung**

Die Effizienzpotenziale in den einzelnen Ineffizienz-Kategorien überschneiden sich teilweise und würden bei einer Addition doppelt gezählt. Diese Überschneidungen können zwei unterschiedliche Formen annehmen:

1) Zwischen den Ineffizienz-Kategorien innerhalb der beiden Effizienz-Bereiche (Mengen, Preise), zum Beispiel, wenn die Ergebnisse der Schätzungen der Mengenausweitung (M2) sich mit denen der mangelnden Koordination in der Versorgung (M3) überschneiden. Konkret bedeutet das, dass auf die durch Reduktion der Mengenausweitung wegfällenden Leistungen nicht auch noch das Potenzial durch mangelnde Koordination dieser Leistungen berechnet werden darf.

2) Zwischen den Effizienz-Bereichen, d.h. zwischen Ineffizienzen aufgrund zu hoher Mengen bzw. zu hoher Preise. So macht es etwa keinen Sinn, bei den eingesparten unwirksamen Leistungen zusätzlich auch noch Ineffizienzen aufgrund zu hoher Preise zu berechnen.

Ziel ist es somit, die Überschneidungen zwischen den Ineffizienzen zu konsolidieren um Doppelzählungen zu vermeiden. Die Konsolidierung wird in zwei Schritten durchgeführt:

1) Im ersten Schritt werden die Überschneidungen zwischen den drei Formen von mengenbezogener Ineffizienz (d.h. zwischen M1, M2 und M3) und zwischen den drei Formen von preisbezogener Ineffizienz (P1, P2 und P3) identifiziert und quantifiziert. Dies ist der schwierigere Schritt, da z.B. abgewogen werden muss, in welchem Mass sich die Schätzungen der Ineffizienzen in M1 (unwirksame Leistungen), mit denen in M2 (Mengenausweitung) bzw. M3 (mangelnde Koordination) überschneiden. Diese Einschätzung erfolgt auf Grundlage einer sorgfältigen Analyse des Designs und der Resultate der gewählten Schätzstrategien.

2) Im zweiten Schritt wird die prozentuale Überschneidung zwischen der mengen- und preisbezogenen Ineffizienz konsolidiert. Dabei werden die prozentualen Anteile der Kosten in den einzelnen Leistungsbereichen, die durch eine Reduktion der Ineffizienzen aufgrund zu hoher Mengen (M) wegfallen würden, mit der Reduktion der Ineffizienzen aufgrund zu hoher Preise (P) multipliziert. Dieser so ermittelte absolute Wert wird von der Summe der beiden Effizienzformen (M und P) subtrahiert um eine Doppelzählung des überschneidenden Bereichs zu vermeiden.
Aufschlüsselung nach Kantonen

Ursprünglich war das Ziel, das konsolidierte Effizienzpotenzial zusätzlich auf die einzelnen Kantone aufzuschlüsseln. Aufgrund der mangelnden Datenlage wurde in Absprache mit dem Auftraggeber jedoch darauf verzichtet.


3 Berechnung der Kosten der KVG-pflichtigen Leistungen


Die Abgrenzung der KVG-pflichtigen Leistungen muss abhängig vom jeweiligen Leistungsbereich erfolgen. Wir sind bei der Abgrenzung in zwei Schritten vorgegangen: Im ersten Schritt wurden Leistungsbereiche ausgeschlossen, welche keinen OKP-Finanzierungsanteil aufweisen, sowie Leistungsbereiche, deren Finanzierungsquellen keinen expliziten Bezug zum KVG aufweisen, z.B. Privatversicherungen oder Sozialversicherungen wie IV und AHV. Ausserdem wurden einzelne Leistungsbereiche zusammengefasst. Im zweiten Schritt wurden alle Kosten der 22 Leistungsbereiche, bei denen KVG-pflichtige Leistungen enthalten sein können, genauer überprüft und die Kosten der KVG-pflichtigen Leistungen pro Leistungsbereich berechnet.

1. Schritt: Abgrenzung von nicht betroffenen Leistungsbereichen


Quellen (Spalte «W»), Privatversicherungen (Spalte «X») bzw. den damit verknüpften Selbstzahlungen (Spalte «Z2») oder von anderen privaten Quellen (Spalte «Y») finanziert wurden. Durch diesen Schritt wurde die Anzahl der Leistungsbereiche wie folgt reduziert:

- Nach Streichung der nicht von der OKP (mit-)finanzierten Leistungsbereiche (d.h. die Kosten in Spalte «U OKP» waren gleich Null) blieben 24 Leistungsbereiche übrig.
- Die Leistungsbereiche L1 (stationäre somatische Akutbehandlung), L3 (stationäre Geburtshausbehandlung) und Q1 (Medikamente stationär) wurden zusammengefasst, da diese Leistungen im stationären Bereich über die Fallpauschalen abgegolten werden.
- Der Leistungsbereich S2 (Verwaltung Sozialversicherungen) wurde gemäss Vorschlag des Auftraggebers in der Analyse nicht berücksichtigt.
- Die beiden aus Sicht der OKP relevanten Leistungsbereiche in der Prävention wurden zu einem Leistungsbereich zusammengefasst.
- Die beiden Leistungsbereiche M3 (Ärztliche Behandlung, ambulant, Einzelleistungen) und M4 (Ärztliche Behandlung, ambulant, Managed Care) wurden zusammengefasst.


2. Schritt: Abgrenzung der Kosten der KVG-pflichtigen Leistungen


Folgende Kriterien beeinflussen den Anteil der Ausgaben von Kantonen und Gemeinden (Spalten «T2» und «T3») sowie Selbstzahlungen (out-of-pocket-Ausgaben; Spalte «Z3»), die als KVG-pflichtig eingestuft wurden:

- Gesetzliche Regulierungen (z.B. kantonale Pflichtanteile in der stationären Versorgung oder Höhe der Restfinanzierung durch Kantone und/oder Gemeinden bei der Pflege)
- Abrechnungsmodalitäten: In manchen Leistungsbereichen (z.B. stationär) gehen die Rechnungen überwiegend direkt an die Versicherer (tiers payant). Die Kostenbeteiligung wird somit als solche in der Statistik erfasst. Somit können Selbstzahlungen für KVG-pflichtige Leistungen praktisch ausgeschlossen werden.
- Höhe der Leistungskosten: Im Fall von tiers garant schickt der Versicherte bei hohen Kosten die Rechnung sehr wahrscheinlich an den Versicherer. Die Kostenbeteiligung wird somit als solche in der Statistik erfasst.
- Kostenübernahmen durch Krankenversicherer (z.B. restriktive Handhabung der Kostenübernahmen bei ambulanter Geburtshilfe und weiteren kurativen Therapien).

Annahmen basierend auf diesen Kriterien ermöglichten eine weitgehende Abgrenzung insbesondere im stationären Bereich sowie in der Langzeitpflege. Für den ambulanten Bereich (insbesondere ärztliche Behandlung, ambulante Psychiatrie- und Psychologiebehandlung, Laboranalysen, Radiologie, Medikamente, therapeutische Apparate) wurde eine weitere Strategie zur Modellierung der

**Resultate**


---

Tabelle 3: Kosten der KVG-pflichtigen Leistungen nach Leistungsbereich

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kürzel für Leistungsbereich in KFG-Statistik</th>
<th>Leistungsbereich</th>
<th>Kosten gemäss KFG-Statistik (Mio. CHF)</th>
<th>Kosten nach erster Abgrenzung (Mio. CHF)</th>
<th>Kosten KVG-pflichtiger Leistungen (Mio. CHF)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>L1, Q1, L3</td>
<td>Stationäre somatische Akutbehandlung (inkl. Medikamente und stationäre Geburthausbehandlung)</td>
<td>14'352</td>
<td>11'483</td>
<td>11'008</td>
</tr>
<tr>
<td>L2</td>
<td>Stationäre Psychiatriebehandlung</td>
<td>1'914</td>
<td>1'445</td>
<td>1'384</td>
</tr>
<tr>
<td>M2</td>
<td>Ambulante somatische Akutbehandlung im Spital</td>
<td>6'136</td>
<td>5'595</td>
<td>4'633</td>
</tr>
<tr>
<td>M3, M4</td>
<td>Ärztliche Behandlung, ambulant</td>
<td>9'200</td>
<td>8'438</td>
<td>8'050</td>
</tr>
<tr>
<td>M6</td>
<td>Zahnbehandlung</td>
<td>4'147</td>
<td>3'259</td>
<td>69</td>
</tr>
<tr>
<td>M7</td>
<td>Ambulante Psychiatrie- und Psychologiebehandlung, kurativ</td>
<td>1'267</td>
<td>1'083</td>
<td>607</td>
</tr>
<tr>
<td>M8</td>
<td>Ambulante Geburthilfe, ambulante Geburthausbehandlung</td>
<td>106</td>
<td>103</td>
<td>70</td>
</tr>
<tr>
<td>M9</td>
<td>Andere kurative Therapien</td>
<td>566</td>
<td>389</td>
<td>351</td>
</tr>
<tr>
<td>N1</td>
<td>Stationäre Rehabilitation</td>
<td>1'833</td>
<td>1'232</td>
<td>1'172</td>
</tr>
<tr>
<td>N3</td>
<td>Ambulante Rehabilitation, nicht-psychosomatisch</td>
<td>1'728</td>
<td>1'445</td>
<td>1'100</td>
</tr>
<tr>
<td>O1</td>
<td>Langzeitpflege in Institutionen</td>
<td>13'229</td>
<td>9'812</td>
<td>4'068</td>
</tr>
<tr>
<td>O2</td>
<td>Häusliche Langzeitpflege, engerer Sinn: Pflege</td>
<td>2'417</td>
<td>1'792</td>
<td>1'302</td>
</tr>
<tr>
<td>P1</td>
<td>Laboranalysen</td>
<td>2'241</td>
<td>2'028</td>
<td>1'961</td>
</tr>
<tr>
<td>P2</td>
<td>Transport und Rettung</td>
<td>465</td>
<td>269</td>
<td>56</td>
</tr>
<tr>
<td>P3</td>
<td>Radiologie</td>
<td>1'010</td>
<td>859</td>
<td>859</td>
</tr>
<tr>
<td>P4, P5</td>
<td>Gemeinwirtschaftliche Leistungen</td>
<td>2'260</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Q2</td>
<td>Medikamente, ambulant, verschreibungspflichtig</td>
<td>7'686</td>
<td>7'455</td>
<td>6'725</td>
</tr>
<tr>
<td>Q3</td>
<td>Medikamente, ambulant, frei verkäuflich</td>
<td>2'268</td>
<td>2'088</td>
<td>686</td>
</tr>
<tr>
<td>Q4</td>
<td>Verbrauchsprodukte</td>
<td>699</td>
<td>687</td>
<td>431</td>
</tr>
<tr>
<td>Q5</td>
<td>Therapeutische Apparate</td>
<td>1'988</td>
<td>1'282</td>
<td>794</td>
</tr>
<tr>
<td>R</td>
<td>Prävention</td>
<td>1'884</td>
<td>463</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>S</td>
<td>Verwaltung</td>
<td>3'103</td>
<td>1'337</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Total Leistungskosten</strong></td>
<td></td>
<td><strong>80'499</strong></td>
<td><strong>62'544</strong></td>
<td><strong>45'329</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

6 Die in der vorherigen Fußnote erwähnte Studie von INFRAS im Auftrag der GDK schätzt die KVG-pflichtigen Kosten im Bereich der häuslichen Langzeitpflege in Institutionen höher, nämlich auf mindestens CHF 1.65 Mia. (Kosten ohne allfällige ungedeckte Restkosten). Grund für die Differenz ist, dass die Beiträge der Kantone und Gemeinden an KVG-Pflegekosten in der BFS-Statistik zum Teil nicht als solche erfasst sind, da sie durch die Datenlieferer nicht abgegrenzt werden (können). Da die Studie (INFRAS, 2019) zum Zeitpunkt der Analysen der vorliegenden Studie noch nicht veröffentlicht war, wurden die Effizienzpotenziale in diesem Bereich mit den tieferen Werten aus der BFS-Statistik berechnet. Da die absolute Differenz sehr gering ist, hat dies auf das berechnete Effizienzpotenzial nur Auswirkungen im Bereich der nicht mehr ausgewiesenen Nachkommastellen.
Abbildung 4: Anteile der KVG-pflichtigen Leistungen an gesamten Gesundheitsausgaben


Quelle: Eigene Berechnung basierend auf BFS (2018a) und weiteren Quellen.
Bei der Abgrenzung in den einzelnen Leistungsbereichen sind wir nach den genannten Kriterien wie folgt vorgegangen:

L1, Q1, L3: Wir nehmen an, dass für die KVG-pflichtigen Leistungen im akutsomatischen stationären Sektor L1 (inkl. Medikamente Q1 und stationäre Geburtshausbehandlung (L3)) neben der Kostenbeteiligung OKP aufgrund der überwiegend direk an die Versicherer erfolgenden Abrechnung (tiers payant) keine Selbstzahlungen aus der Tasche für KVG-pflichtige Leistungen auszuweisen sind.


Infolge der nicht transparenten Kantonsfinanzierung und der angenommenen konsequenten Nichteinbeziehung der Selbstzahlungen aus der Tasche sowie der Nichtberücksichtigung der Gemeindeanteile werden die Kosten für KVG-pflichtige Leistungen insgesamt konservativ geschätzt.

L2: Wie bei der Akutsomatik (L1, Q1, L3) nehmen wir auch bei den stationären Leistungen in der Psychiatrie L2 an, dass für die KVG-pflichtigen Leistungen neben der Kostenbeteiligung OKP aufgrund der überwiegend direkten Abrechnung (tiers payant) keine Selbstzahlungen aus der Tasche für KVG-pflichtige Leistungen auszuweisen sind. Ebenfalls wird der von den Kantonen finanzierte Kostenanteil vollständig übernommen, während der (vernachlässigbare) Teil der Gemeinden aus den gleichen Gründen wie bei der Akutsomatik (L1, Q1, L3) nicht angerechnet wird.

M2: Wie bei den stationär erbrachten Leistungen in der Akutsomatik (L1, Q1, L3) nehmen wir auch bei den spitalambulanten Leistungen M2 an, dass für die KVG-pflichtigen Leistungen neben der Kostenbeteiligung OKP aufgrund der überwiegend direkten Abrechnung (tiers payant) keine Selbstzahlungen aus der Tasche für KVG-pflichtige Leistungen auszuweisen sind.


M7: Aufgrund der restriktiven Handhabung der Kostenübernahmen von ambulanten Psychiatrie- und Psychologiebehandlungen M7 gehen wir davon aus, dass der Anteil KVG-pflichtiger Leistungen, der über Selbstzahlungen finanziert wird, tiefer ist als bei ambulanten ärztlichen Leistungen. Wir nehmen dennoch an, dass das Verhältnis von Selbstzahlungen für KVG-pflichtige Leistungen und Kostenbeteiligungen jenem von ärztlichen Leistungen (Einzelleistungen und Managed Care) entspricht und schätzen so einen Wert von 95 Mio. CHF.

M8: In der ambulanten Geburthilfe M8 gibt es aufgrund von gesetzlichen Vorgaben keine Kostenbeteiligungen zur OKP. Die über die zu 100% von der OKP gedeckten Behandlungen hinausgehenden Kosten werden als «echte», also über die KVG-Pflicht hinausgehende Selbstzahlungen betrachtet.

M9: Im Leistungsbereich andere kurative Therapien M9 werden Kostenübernahmen von Behandlungen restriktiv behandelt. Wir gehen daher davon aus, dass die über die durch die OKP gedeckten Kosten «echte», also über die KVG-Pflicht hinausgehende Selbstzahlungen darstellen.
N1: Wie bei der Akutsomatik (L1, Q1, L3) und der Psychiatrie (L2) nehmen wir auch bei den stationären Leistungen der Rehabilitation N1 an, dass für die KVG-pflichtigen Leistungen neben der Kostenbeteiligung OKP aufgrund der überwiegend direkt an die Versicherer erfolgenden Abrechnung (tiers payant) keine Selbstzahlungen aus der Tasche für KVG-pflichtige Leistungen auszuweisen sind. Ebenfalls wird der von den Kantonen finanzierte Kostenanteil vollständig übernommen, während der (vernachlässigbare) Teil der Gemeinden aus den gleichen Gründen wie bei der Akutsomatik (L1, Q1, L3) und der Psychiatrie (L2) nicht angerechnet wird.


O2: Die Spitex-Statistik weist die Einnahmen für KVG-Pflegeleistungen (Langzeitpflege) mit 1’302 Mio. CHF aus. Diese werden als konservative Schätzung für die häusliche Langzeitpflege im engeren Sinne O2 verwendet. Die Kosten für die KVG-pflichtigen Leistungen dürften damit relativ stark unterschätzt sein, da die Kantone und Gemeinden zum Teil weitere Beiträge leisten, die teilweise ebenfalls zur Finanzierung von KVG-pflichtigen Leistungen verwendet werden, aber nicht abgegrenzt werden. Wie hoch die Unterschätzung ist, lässt sich aufgrund der verfügbaren Informationen nicht genauer einschätzen.

P1: Wir nehmen an, dass der Anteil der KVG-pflichtigen Leistungen im Bereich Laboranalysen P1 gleich hoch ist wie bei den ambulanten ärztlichen Leistungen. Daher sind wir bei der Abgrenzung der Selbstzahlungen gleich vorgegangen wie bei den ambulant erbrachten ärztlichen Leistungen M3/M4. Die Selbstzahlungen werden also auf den Wert gesetzt, bei dem
ein Anteil der KVG-pflichtigen Leistungen von 87.5% der gesamten Kosten des Leistungsbereichs resultiert.


Q2: Wir nehmen an, dass der Anteil der KVG-pflichtigen Leistungen im Bereich der **verschreibungspflichtigen Medikamente Q2** im ambulanten Bereich gleich hoch ist wie bei den ambulanten ärztlichen Leistungen. Daher sind wir bei der Abgrenzung der Selbstzahlungen gleich vorgegangen wie bei den ambulant erbrachten ärztlichen Leistungen M3/M4 (und den Laboranalysen P1 sowie der Radiologie P3). Die Selbstzahlungen werden also auf den Wert gesetzt, bei dem ein Anteil der KVG-pflichtigen Leistungen von 87.5% der gesamten Kosten des Leistungsbereichs resultiert.

Q3: Der Anteil der KVG-pflichtigen Selbstzahlungen für **frei verkäufliche Medikamente Q3** im ambulanten Bereich ist schwierig zu quantifizieren. Wir schätzen den Anteil der kassenpflichtigen rezeptfreien Medikamente am totalen Marktvolumen der rezeptfreien Medikamente gemäss (interpharma & santésuisse, 2019). Dieser Wert (ca. 33%) bildet unsere Zielgrösse, von der wir die bereits bekannten Beiträge der OKP und der Kostenbeteiligungen abziehen. So kommen wir auf KVG-pflichtige Selbstzahlungen von 0 CHF. Dies ist tendenziell eine Unterschätzung, aber aufgrund der uns zur Verfügung stehenden Daten ist keine genauere Abschätzung möglich.


Q5: Wir nehmen an, dass der Anteil der KVG-pflichtigen Leistungen im Bereich **therapeutischen Apparate Q5** gleich hoch ist wie bei den ambulanten ärztlichen Leistungen. Daher sind wir bei der Abgrenzung der Selbstzahlungen gleich vorgegangen wie bei den


S: Gemäss Auftraggeber sollen Verwaltungsaufwände bei den Krankenversicherern als mögliche Quelle von Ineffizienzen nicht in diesem Projekt behandelt werden, da es sich höchstens um betriebliche und nicht systembezogene Ineffizienzen handelt.
4 Schätzungen nach Ineffizienz-Kategorien

4.1 Schätzungen für den Ineffizienzbereich zu hohe Mengen (M)

In dieser Studie verstehen wir unter zu hohen Mengen die Mengen heute verbrauchter Gesundheitsleistungen und -produkte, auf die verzichtet werden könnte, ohne die heutigen Gesundheitsoutputs zu verringern. Anders gesagt handelt es sich um den medizinisch unnötigen Konsum von Gesundheitsleistungen und -produkten.


M1 Unwirksame Leistungen

Das American Board of Internal Medicine (ABIM) lancierte 2012 in den USA die Kampagne «Choosing Wisely». Die Kampagne thematisiert angesichts steigender Gesundheitskosten die Frage, wie Leistungen, die gemäss wissenschaftlicher Evidenz nicht wirksam oder sogar schädlich sind, vermieden werden können. Daraufhin haben über 70 weitere medizinische Fachgesellschaften in den USA sogenannte Top 5 Listen veröffentlicht. Die Listen enthalten fünf häufig durchgeführte Untersuchungen oder Behandlungen, die Ärzte und Patienten in Frage stellen sollten, da sie gemäss wissenschaftlicher Evidenz dem Patienten keinen Nutzen bringen oder sogar schaden.


In der Schweiz existiert eine auf tatsächlichen Fallzahlen basierende Schätzung der vermeidbaren Kosten gegenwärtig nur für eine einzelne Leistung auf der Smarter Medicine Liste. Gemäss Muheim et al. (2018) beträgt das Einsparpotenzial aus zu hoch dosierten Protonenpumpenblockern bei gastroösophagealen Reflexerkrankungen 70 Millionen CHF pro Jahr.
**Strategie M1.S1: Übertragung der Resultate internationaler Studien zu unwirksamen Leistungen auf die Schweiz**


**Upper-bound-Szenario: Berücksichtigung mehrerer internationaler Listen**

Die Resultate der fünf ausländischen Studien haben wir wie folgt auf die Schweiz übertragen:

Krankheiten die GBD-Studie ist und wir die darin für die Schweiz ausgewiesenen Zahlen als weniger zuverlässig als jene für die USA erachten\(^8\). Schliesslich wurden die Kosten jeder unwirksamen Leistung auf die jeweiligen Leistungsbereiche verteilt und über die verschiedenen Leistungen und Leistungsbereiche aufsummiert.


- Viele Resultate basieren auf der österreichischen Studie von Sprenger et al. (2016). Die Übertragung der Ergebnisse auf die Schweiz erachten wir aus den folgenden drei Gründen als geeignet, um möglichst zuverlässige Resultate zu erhalten. Erstens deckt die Studie – anders als die weiteren Studien für die USA – alle Altersgruppen der Versicherungsnehmer ab; zweitens gibt es in Österreich, wie in der Schweiz, eine obligatorische Krankenversicherung, was die Länder vergleichbar macht; drittens ist es wahrscheinlicher, dass Österreich als Nachbarland ähnliche Prävalenzen der Behandlungen und Krankheiten aufweist wie die Schweiz.


**Resultate**

Die Übertragung des von fünf ausländischen Studien identifizierten Effizienzpotenzials aufgrund einer Reduktion von 63 unwirksamen Leistungen\(^9\) auf die Schweiz resultiert in einem jährlichen Einsparpotenzial von 537 Mio. CHF (Tabelle A 3, S. 105). Dies entspricht einem Effizienzpotenzial von 1.6% vom Total der Kosten der KVG-pflichtigen Leistungen in den berücksichtigten Leistungsbereichen von 33’922 Mio. CHF.

\(^8\) Die Prävalenzen für die Schweiz werden im GBD-Projekt aufgrund von Primärdatenquellen (z.B. Register) geschätzt, falls solche verfügbar sind. Für Krankheiten, wo dies nicht möglich ist, werden die Prävalenzen modelliert, u.a. mittels Übertragung der Ergebnisse aus vergleichbaren Ländern. Für die USA hingegen ist die Datenbasis deutlich breiter.

\(^9\) Diese fallen in die folgenden Bereiche: (Krebs-)Screening, diagnostische und vorbeugende Tests/Untersuchungen, präoperative Untersuchungen, bildgebende Verfahren, kardiovaskuläre Eingriffe, Medikamente.
Diskussion

Wir erachten folgende Annahmen als kritisch:

Wir haben die Prävalenzraten der Studienländer sowohl für die berücksichtigten Krankheiten als auch für die Behandlungen auf die Schweiz übertragen und so die implizite Annahme getroffen, dass die Raten gleich hoch sind. Wir verfügen über keine Hinweise, ob dies zu einer Unter- oder Überschätzung des Potentials führt – fest steht nur, dass bei einer Abweichung von den Prävalenzraten und Indikationsraten des Studienlands unsere Ergebnisse unsicher sind.

Die Kosten der Leistungen wurden um den Wechselkurs und die Inflationsrate bereinigt. Zudem wurde für die österreichische Studie eine Kaufkraftbereinigung vorgenommen. Im Hinblick auf die letzte Bereinigung trafen wir die kritische Annahme, dass die Bereinigung um die Kaufkraft des privaten Konsums die Unterschiede in der Kaufkraft für Gesundheitsleistungen abbildet, dass also der generelle Kaufkraft-Unterschied auf den Sektor Gesundheit übertragbar ist. Die Kosten aus den USA wurden nicht kaufkraftbereinigt, da wir von ähnlichen Kosten zwischen den USA und der Schweiz ausgehen. Tendentiell sind die Preise jedoch etwas höher im Gesundheitsbereich der USA, weshalb unsere upper-bound-Schätzung für die 63 inkludierten Leistungen eher zu hoch ausfällt.


Insgesamt erachten wir das resultierende Gesamtpotenzial aufgrund von 63 unwirksamen Leistungen als plausibel, da wir uns bei der Auswahl der Leistungen auf die bestehende Literatur abstützen und bei der Übertragung auf die Schweiz an mehreren Stellen konservative Annahmen treffen. Allerdings ist zu betonen, dass wir hier aufgrund der fehlenden Datenlage nur einen kleinen Teil der in internationalen Programmen (z.B. Choosing Wisely) identifizierten unwirksamen Leistungen quantifizieren können und damit das tatsächliche Effizienzpotenzial wohl drastisch unterschätzen. «Upper-bound» meint daher in diesem Zusammenhang nicht eine Obergrenze des möglichen totalen Effizienzpotenzials, sondern nur eine Schätzung für alle in der Literatur quantifizierten und auf die Schweiz übertragbaren unwirksamen Leistungen.

Lower-bound-Szenario: Berücksichtigung der Leistungen auf der Schweizer Liste (Smarter Medicine)

Ausgehend von dem im upper-bound-Szenario erstellten Katalog von 63 unwirksamen Leistungen auf Basis der fünf oben benannten Studien berücksichtigt das lower-bound-Szenario nur die auf der Smarter Medicine Liste aufgeführten Leistungen. Dabei wurde wie folgt vorgegangen:

- Der Leistungskatalog (gemäss der upper-bound-Strategie) wurde mit den bei Smarter Medicine aufgeführten Behandlungen abgeglichen. 16 Leistungen waren auch auf der Smarter Medicine Liste enthalten. Bei der Übertragung galt es zu beachten, dass im Ausland die Indikationen für die meisten Leistungen meist etwas unspezifischer waren als in der Schweiz.
- Für eine der 16 Leistungen gibt es auch eine Schweizer Studie, jene von Muheim et al. (2018). Diese Studie ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt jedoch noch nicht publiziert, uns liegt aber eine

Resultate

Der Abgleich der unwirksamen Leistungen aus den in den fünf internationalen Studien identifizierten Leistungen mit denen der Smarter Medicine-Liste ergibt ein Einsparpotenzial von 197 Mio. CHF für die 16 unwirksamen Leistungen in der Schweiz (Tabelle A 3, S. 105). Dies entspricht einem Effizienzpotenzial von 0.6% vom Total der Kosten der KVG-pflichtigen Leistungen in den berücksichtigten Leistungsbereichen von 33’922 Mio. CHF.

Diskussion

Es mussten die gleichen kritischen Annahmen getroffen werden wie im upper-bound-Szenario.

Insgesamt ist hier sicherlich von einer lower-bound-Schätzung auszugehen, da es die gegenwärtige Daten- und Evidenzlage nur erlaubte, das Effizienzpotenzial für 16 der 44 Leistungen auf der Smarter Medicine-Liste zu schätzen.

Hinzu kommt, dass auch die Smarter Medicine-Liste nur einen Bruchteil der in der internationalen Literatur identifizierten unwirksamen Leistungen enthält.
M2 Angebots- und nachfrageseitige Mengenausweitung


Die Identifikation und Quantifizierung von MH und AIN beschäftigt die Fachwelt schon seit Jahrzehnten. Dabei sind verschiedene Ansätze entwickelt worden:

**Ansatz 1: Identifikation über Variation in der Kostenbeteiligung (MH) und in der Leistungsentschädigung (AIN)**


Die Studien zu AIN sind methodisch in zwei Gruppen zu unterteilen. Eine Gruppe nutzt die Variation in der Art der Vergütung von Leistungserbringern (z.B. fee-for-service vs. capitation), um Unterschiede in der Leistungsmenge zu erklären. Auch hier stellt der Umgang mit Selektionseffekten, die entstehen, wenn gesündere Personen eher Managed-Care Modelle und damit Modelle mit Capitation wählen, eine grosse Herausforderung dar. Diese Studien zeigen, dass unter Einzelleistungsvergütung (z. B. TARMED) mehr Leistungen erbracht werden als bei fixem Jahreslohn (Hickson et al., 1987) und dass unter Einzelleistungsvergütung ohne Budgetmitverantwortung (Capitation) mehr Leistungen erbracht werden als unter Einzelleistungsvergütung mit Budgetmitverantwortung (Trottmann et al., 2012), was auf AIN zurückgeführt wird.

**Ansatz 2: Identifikation über den Zusammenhang zwischen Ärztedichte und Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben**


Ausgehend vom ersten Ansatz haben wir auf der Grundlage von zwei Schweizer Studien zwei Schätzstrategien definiert. Die Auswahl der Studien erfolgte unter Berücksichtigung verschiedener Kriterien wie Aktualität, Generalisierbarkeit, Validität sowie Anwendbarkeit der Resultate auf für die Schweiz sinnvolle und realistische Referenzszenarien wie die Anhebung der Mindestfranchise von 300 auf 500 CHF und die Einführung von Budgetmitverantwortung für die Ärzte.

**Strategie M2.S1: Nachfrageseitige Mengenausweitung (Anhebung Mindestfranchise auf 500 CHF)**

Diese Strategie schätzt das Einsparpotenzial einer Anhebung der Mindestfranchise bei Erwachsenen von 300 auf 500 CHF für alle Leistungsbereiche abgesehen von der Rehabilitation und der Langzeitpflege. Dabei wurde wie folgt vorgegangen:


Resultat

Das Effizienzpotenzial durch eine Erhöhung der Mindestfranchise bei Erwachsenen von 300 CHF auf 500 CHF beträgt 1'952 Mio. CHF (siehe Tabelle A 4, S. 109). Dies entspricht einem Effizienzpotenzial von 5% vom Total der Kosten KVG-pflichtiger Leistungen in den berücksichtigten Leistungsbereichen von 36'708 Mio. CHF. Die berücksichtigten Leistungsbereiche sind L1, Q1, L3 (stationäre Akutsomatik), L2 (stationäre Psychiatriebehandlung), M2 (ambulante Akutsomatik), M3, M4 (ambulante ärztliche Behandlung), M7 (ambulante Psychiatrie- und Psychologiebehandlung), P1 (Laboranalysen), P3 (Radiologie), Q2, Q3 (Medikamente) und Q5 (therapeutische Apparate).

Diskussion


Bei der Umsetzung der Strategie musste zudem die kritische Annahme getroffen werden, dass die prozentualen Einsparungen durch die Anhebung der Mindestfranchise von 300 CHF auf 500 CHF für Versicherte in Nicht-Standardmodellen gleich hoch sind wie für Versicherte im Standardmodell (7.3%). Diese Annahme würde zu einer Unterschätzung des tatsächlichen Einsparpotenzials führen, wenn die gesünderen Versicherten (Nicht-Standardmodelle mit 300er Franchise), absolut gesehen, gleich stark auf die Anhebung der Franchise reagieren würden wie die kränkeren Versicherten (Standardmodell mit 300er Franchise).


Was die Annahme zur Aufteilung des Effizienzpotenzials auf die einzelnen Leistungsbereiche betrifft, sei zudem darauf hingewiesen, dass Moral Hazard gemäss der Studie von Trottmann et al. (2012) bei frei praktizierende ÄrztInnen, im ambulanten Spitalbereich sowie bei Medikamenten etwas stärker ausgeprägt ist als in anderen Bereichen. Wenn dieses Resultat generell zutrifft, würde das dazu führen, dass wir das Effizienzpotenzial in diesen Leistungsbereichen unterschätzen und im Gegenzug in den anderen Leistungsbereichen überschätzen.

Schliesslich ist zu erwähnen, dass wir implizit davon ausgehen, dass die Anhebung der Mindestfranchise von 300 auf 500 Franken nicht dazu führt, dass medizinisch notwendige Arztbesuche aus finanziellen
Gründen ausbleiben oder hinausgeschoben werden. Wäre dies die Folge, würden zusätzliche Ineffizienzen entstehen, wodurch wir das Effizienzpotenzial überschätzen würden.

**Strategie M2.S2: Angebotsseitige Mengenausweitung (Einführung von Budgetmitverantwortung von Ärzten)**

**Szenario 2: Einführung von Budgetmitverantwortung von Ärzten in allen Versicherungsmodellen ohne Budgetmitverantwortung von Ärzten**

Die zweite Strategie adressiert die Angebotsseite und schätzt das Einsparpotenzial durch Einführung von Budgetmitverantwortung (Capitation) von Ärzten in allen Versicherungsmodellen. Das Effizienzpotenzial wurde für alle Leistungsbereiche ausser der Rehabilitation und der Langzeitpflege wie folgt geschätzt:

- Den Ausgangspunkt bildeten zwei Resultate aus der Studie von Reich et al. (2012a). In dieser Studie wurde das relative Einsparpotenzial von Managed Care-(MC) Modellen mit und ohne Budgetmitverantwortung geschätzt, jeweils im Vergleich zu den OKP-Kosten im Standardmodell. Dabei sei angemerkt, dass der Einfluss der Franchisestufe und anderer Merkmale herausgerechnet wurde, sodass sich die Modelle mit und ohne Budgetmitverantwortung nur in dieser Hinsicht unterschieden.

- Durch Subtraktion dieser beiden Resultate haben wir in einem ersten Schritt das auf die Budgetmitverantwortung zurückzuführende relative Einsparpotenzial (relativ zum Standardmodell) berechnet und angenommen, dass sich dieses während der letzten zehn Jahre nicht verändert hat (die Resultate von Reich et al. (2012a) basieren auf Daten der Jahre 2006-2009).


- Die Hochrechnung erfolgte schliesslich zuerst innerhalb der Versicherungsmodelle durch Multiplikation der absoluten Einsparpotenziale pro Versicherten mit den Versichertenzahlen und anschliessender Addition über die sechs Versicherungsmodelle. Daraus resultierte das gesamt schweizerische Einsparpotenzial in den OKP-Bruttoleistungskosten.

- Die Übertragung des Einsparpotenzials in den OKP-Bruttoleistungskosten auf die Kosten KVG-pflichtiger Leistungen und letztendlich auf die einzelnen Leistungsbereiche erfolgte analog zur Strategie M2.S1.

**Resultat**

Das Effizienzpotenzial der schweizweiten Einführung von Budgetmitverantwortung von Ärzten in allen Versicherungsmodellen beträgt 2'149 Mio. CHF (siehe Tabelle A 5, S. 110). Dies entspricht 6% der Kosten der KVG-pflichtigen Leistungen in den berücksichtigten Leistungsbereichen von 36'708 Mio. CHF. Die berücksichtigten Leistungsbereiche sind L1, Q1, L3 (stationäre Akutsomatik), L2 (stationäre Psychiatriebehandlung), M2 (ambulante Akutsomatik), M3, M4 (ambulante ärztliche Behandlung), M7 (ambulante Psychiatrie- und Psychologiebehandlung), P1 (Laboranalysen), P3 (Radiologie), Q2, Q3 (Medikamente) und Q5 (therapeutische Apparate).
Diskussion


Es mussten des Weiteren drei unser Erachtens kritische Annahmen getroffen werden:


Insgesamt erachten wir das geschätzte Einsparpotenzial als plausibel.

Strategie M2.S3 Länder-Benchmarking bezüglich der Anzahl der MRI- und CT-Untersuchungen

Im Bereich der Radiologie hat der technische Fortschritt in Kombination mit den starren Tarifen während der letzten Jahre zu einer systematischen Übergültigung von bildgebenden diagnostischen Verfahren wie MRIs und CTs im ambulanten Bereich geführt, und damit einen permanenten Anreiz zur Mengenausweitung geschaffen.

Diese Strategie schätzt das Effizienzpotenzial für den Leistungsbereich der ambulanten Radiologie (KFG-Leistungsbereich P3) mittels Länder-Benchmarking über die Anzahl der MRI- und CT-Untersuchungen pro Person und Jahr.

Als Referenzländer wurden die Niederlande, Dänemark und Frankreich gewählt. Die Länder wurden deshalb gewählt, weil sie bezüglich Versorgungsqualität und Höhe der Gesundheitskosten im Verhältnis zum BIP mit der Schweiz vergleichbar sind. Andere in dieser Hinsicht vergleichbare Länder, wie zum Beispiel Deutschland, konnten aufgrund unvollständiger oder gänzlich fehlender Daten zur Anzahl der MRI- und CT-Untersuchungen nicht berücksichtigt werden. Bei der Schätzung sind wir wie folgt vorgegangen:
Schlussbericht – Effizienzpotenziale in der OKP

WIG/ZHAW INFRAS

49

Zuerst wurde die Anzahl der einsparbaren CT- und MRI-Untersuchungen pro Jahr (2016) im Vergleich zum Referenzland berechnet. Dafür wurde die Annahme getroffen, dass im Referenzland die Anzahl der durchgeführten CT- und MRI-Untersuchungen pro Person der bedarfsgerechten Versorgung in der Schweiz entspricht. Die Berechnung erfolgte zuerst insgesamt für den ambulanten und stationären Sektor, da uns für die Referenzländer keine Informationen zum Anteil der ambulant durchgeführten CT- und MRI-Untersuchungen vorlagen.

Für die Übertragung auf den ambulanten Bereich musste eine Annahme darüber getroffen werden, wie sich die insgesamt einsparbaren CT- und MRI-Untersuchungen auf den ambulanten und stationären Bereich in der Schweiz aufteilen würden. Wir haben die für den ambulanten Bereich konservative Annahme getroffen, dass die einsparbaren Untersuchungen in beiden Bereichen prozentual gleich hoch sind. Diese Annahme ist konservativ, da Anreize zur Mengenausweitung vor allem im ambulanten Bereich bestehen, und deshalb dort von einem höheren Anteil einsparbarer Untersuchungen als im stationären Sektor auszugehen ist.


Resultate

Geht man davon aus, dass die Anzahl der in den Referenzländern durchgeführten CT und MRI-Untersuchungen einer bedarfsgerechten Versorgung in der Schweiz entsprechen, beträgt das Effizienzpotenzial im Bereich der ambulanten Radiologie zwischen 114 Mio. CHF (im Vergleich zu Frankreich) und 416 Mio. CHF (im Vergleich zu den Niederlanden). Im Mittel über die drei Referenzländer (Holland, Dänemark und Frankreich) ergibt sich ein Effizienzpotenzial von 261 Mio. CHF (siehe Tabelle A 6, S. 111). Dies entspricht einem Effizienzpotenzial von 30% vom Total der Kosten KVG-pflichtiger Leistungen in diesem Leistungsbereich mit 859 Mio. CHF.

Diskussion

Das Resultat dieser Strategie hängt stark von der Wahl der Referenzländer ab. Wir haben diese Länder primär deswegen gewählt, weil sie im Vergleich zur Schweiz eine ähnliche Versorgungsqualität bei ähnlichen Kosten relativ zum BIP aufweisen. Die Länder sind aber auch bezüglich anderer wichtiger Indikatoren wie dem Pro-Kopf-BIP oder verschiedener Morbiditätsindikatoren mit der Schweiz vergleichbar, was zusätzlich für die Wahl dieser Länder als Benchmark spricht. Man muss sich dennoch bewusst sein, dass das Resultat stark von der Wahl des Referenzlandes abhängt. Im Vergleich zu Frankreich beträgt das geschätzte Effizienzpotenzial 13% vom Total der KVG-pflichtigen Leistungen, im Vergleich zu Dänemark beträgt es 29% und im Vergleich zu Holland 48%. Für Länder wie Deutschland, Österreich und Italien konnten keine Berechnungen durchgeführt werden, da die Informationen zur Anzahl der CT- und MRI-Untersuchungen nicht vollständig vorlagen. Hätte man Spanien als Benchmark verwendet, käme man auf ein Effizienzpotenzial von 34%.

Eine weitere Annahme betrifft die Verteilung der vermeidbaren Untersuchungen auf die Bereiche ambulant und stationär. Hier haben wir die konservative Annahme getroffen, dass der Anteil der vermeidbaren Untersuchungen in beiden Bereichen gleich hoch ist. Würde man von der nicht-konservativen Annahme ausgehen, dass einsparbare CT- und MRI-Untersuchungen ausschliesslich im
ambulanten Bereich bestehen (also zu 100% in beiden Fällen), ergäbe sich ein um bis zu 23% höheres Effizienzpotenzial. Wir erachten daher das hiermit ausgewiesene Effizienzpotenzial von 261 Mio. CHF eher als lower bound.
M3 Mangelnde Koordination in der Versorgung


Strategie M3.S1: Mangelnde Koordination in der Versorgung


Lower-bound-Szenario: Alle Versicherten im Standard- und Bonusmodell wechseln ins Telmed-Modell

Bei der Schätzung des Effizienzpotenzials sind wir wie folgt vorgegangen:

- Die Studie von Reich et al. (2012a) lieferte uns das geschätzte prozentuale Einsparpotenzial des Telmed-Modells gegenüber dem Standardmodell, wobei die Franchise der Versicherten sowie die Finanzierungssystem konstant gehalten wurde (alle Telmed-Modelle waren wie das Standardmodell über FFS finanziert).

- Dieses prozentuale Einsparpotenzial wurde mit den durchschnittlichen OKP-Bruttoleistungskosten pro Versicherten multipliziert, was das absolute Einsparpotenzial pro Versicherten ergab. Die implizite Annahme war, dass sich das relative Einsparpotenzial auf alle Versicherten im Standard- und Bonusmodell übertragen lässt. Die Hochrechnung erfolgte gemäss den Versichertenzahlen und anschliessender Addition über die beiden Modelle.

- Unter der Annahme, dass das Einsparpotenzial durch bessere integrierte Versorgung nicht von der Art der Finanzierung abhängt, wurde das gesamtschweizerische Einsparpotenzial in den OKP-Bruttoleistungskosten anschliessend gemäss dem Anteil der OKP-Bruttoleistungskosten an den Kosten KVG-pflichtiger Leistungen in den berücksichtigten Leistungsbereichen auf die Kosten KVG-pflichtiger Leistungen übertragen (analog zu M2.S1).

- Die Aufteilung des Einsparpotenzials in den Kosten KVG-pflichtiger Leistungen auf die einzelnen Leistungsbereiche erfolgte gemäss den Kostenanteilen der Leistungsbereiche an den Kosten KVG-
pflichtiger Leistungen insgesamt. Die implizite Annahme war, dass das relative Einsparpotenzial über die verschiedenen berücksichtigten Leistungsbereiche gleich hoch ist (analog zu Strategie M2.S1).

**Upper-bound-Szenario: Alle Versicherten wechseln in ein HMO-Modell unter Konstanthaltung der Budgetmitverantwortung von Ärzten**

Bei der Schätzung des Effizienzpotenzials sind wir wie folgt vorgegangen:


- Im zweiten Schritt wurde das relative Einsparpotenzial (durch bessere Koordination und Reduktion der AIN) auf alle Personen übertragen, die nicht in HMO-Modellen versichert sind. Dabei wurde die Annahme getroffen, dass sich das in Schritt eins berechnete Einsparpotenzial von HMO-Modellen mit Budgetmitverantwortung im Vergleich zum Standardmodell prozentual auch auf andere MC-Modelle mit bzw. ohne Budgetmitverantwortung übertragen lässt. AUCH wurde angenommen, dass es sich während der letzten zehn Jahre nicht verändert hat.


- Die Aufteilung des Einsparpotenzials auf die einzelnen Leistungsbereiche erfolgte schliesslich analog zur oben beschriebenen lower-bound-Strategie.

**Resultate**

**Lower-bound-Szenario:** Das Effizienzpotenzial einer Abschaffung des Standardmodells (inkl. Bonusmodell), wenn davon ausgegangen wird, dass diese Personen bei unveränderter Franchise in das am wenigsten restriktive MC-Modell Telmed wechseln beträgt 739 Mio. CHF. Dies entspricht einem Effizienzpotenzial von 2% vom Total der Kosten KVG-pflichtiger Leistungen in diesen Leistungsbereichen von 36‘708 Mio. CHF (siehe Tabelle A 7, S. 112).

**Upper-bound-Szenario:** Das Effizienzpotenzial durch Abschaffung aller nicht-HMO-Modelle unter Konstanthaltung der Budgetmitverantwortung von Ärzten beträgt 1‘110 Mio. CHF. Dies entspricht einem Effizienzpotenzial von 3% vom Total der Kosten KVG-pflichtiger Leistungen in diesen
Leistungsbereichen von 36'708 Mio. CHF (siehe Tabelle A 8, S. 113).

Beide Szenarien berücksichtigen die Leistungsbereiche L1, Q1, L3 (stationäre Akutsomatik), L2 (stationäre Psychiatriebehandlung), M2 (ambulante Akutsomatik), M3, M4 (ambulante ärztliche Behandlung), M7 (ambulante Psychiatrie- und Psychologiebehandlung), P1 (Laboranalysen), P3 (Radiologie), Q2, Q3 (Medikamente) und Q5 (therapeutische Apparate).

**Diskussion**

Während im *lower-bound*-Szenario keine kritischen Annahmen getroffen werden mussten, sind im *upper-bound*-Szenario verschiedene Annahmen erwähnenswert:


2. Das relative Einsparpotenzial für Erwachsene lässt sich auch auf Kinder übertragen (die Studie von Trottmann et al. (2012) berücksichtigt nur Erwachsene). Es ist vorstellbar, dass das Einsparpotenzial bei Kindern tiefer ist. Da es sich bei diesem Szenario jedoch um eine *upper-bound*-Schätzung handelt, haben wir die Kinder mitberücksichtigt. Ohne die Kinder würde sich ein um 0.5 Prozentpunkte tieferes Effizienzpotenzial ergeben.


Insgesamt erachten wir die Resultate beider Szenarien als plausibel.

**Strategie M3.S2: Doppelte Leistungen**


**Laboranalysen ambulant (P1)**

Bei der Schätzung des Effizienzpotenzials im Bereich der ambulanten Laboranalysen sind wir wie folgt vorgegangen:

- Im ersten Schritt wurde die Wahrscheinlichkeit für eine doppelte Laboranalyse pro Versicherten und Jahr berechnet. Ausgangspunkt war die Studie von Schwappach (2011), welche auf Basis einer repräsentativen Befragung der Schweizer Bevölkerung im Jahr 2010 die Häufigkeit und
Determinanten von medizinischen Behandlungsfehlern quantifiziert. Diese Studie zeigt, dass über einen Zeitraum von zwei Jahren bei 11.5% der Befragten mindestens ein Test wiederholt wurde. Da in der Umfrage nicht nur nach Labortests, sondern nach «Tests» im Allgemeinen (Labor, Röntgen, etc.) gefragt wurde, haben wir angenommen, dass die Wiederholungsrate auch auf Labortests für sich genommen zutrifft. Da die Studie ausserdem nicht zwischen ambulant und stationär durchgeführten doppelten Tests unterscheidet, haben wir die implizite Annahme getroffen, dass die Wiederholungsrate in beiden Bereichen gleich gross ist. Unter der zusätzlichen Annahme einer über die Jahre unveränderten Wiederholungsrate wurde schliesslich die 11.5%ige Wahrscheinlichkeit einer doppelten Laboranalyse pro Versicherten und Jahr berechnet.

• Durch Multiplikation dieser Wahrscheinlichkeit mit der Anzahl der Versicherten Personen wurde im zweiten Schritt die jährliche Anzahl der Personen mit einer doppelten Laboranalyse berechnet.

• Dann wurde die jährliche Anzahl der Personen mit einer doppelten Laboranalyse mit den Durchschnittskosten pro Laboranalyse-Position multipliziert. Unter der Annahme, dass alle doppelt durchgeführten Leistungen tatsächlich vermeidbar gewesen wären, entspricht dies dem Einsparpotenzial von doppelten Laborleistungen in den OKP-Bruttoleistungskosten.

• Da selbst bei bester Koordination die Wiederholung gewisser Tests aus technischen Gründen notwendig sein könnte, wurden zusätzlich zwei Szenarien mit einem Anteil vermeidbarer doppelter Laboranalysen von 80% und 50% berechnet.

• Schliesslich wurde das Einsparpotenzial in den OKP-Bruttoleistungskosten auf die Kosten KVG-pflichtiger Leistungen übertragen unter der Annahme, dass das Einsparpotenzial aus doppelten Laborleistungen nicht von der Art der Finanzierung abhängt (d.h. OKP oder Selbstzahlung).

**Radiologie stationär (L1, Q1, L3), lower-bound-Schätzung**

Das Einsparpotenzial durch vermeidbare doppelte Radiologieleistungen konnte nur anhand einer Studie mit Trauma-Patienten geschätzt werden. Das Resultat bezieht sich daher auf den stationären Bereich und entspricht einem lower bound des tatsächlichen Einsparpotenzials im Bereich der stationären Radiologie.

Bei der Schätzung des Effizienzpotenzials sind wir wie folgt vorgegangen:


• Durch Multiplikation dieser Wahrscheinlichkeit mit der Anzahl der in der Schweiz verlegten Traumapatienten 2016 und den vermeidbaren Kosten pro Traumapatient mit vermeidbarem doppelten CT-Scan (ebenfalls aus Hinzpeter et al. (2017)) ergab sich das Einsparpotenzial in den Kosten KVG-pflichtiger Leistungen aufgrund von vermeidbaren doppelten CT-Scans bei der Verlegung von Trauma-Patienten. Es entspricht dem lower bound des tatsächlichen Einsparpotenzials im Bereich der stationären Radiologie durch Vermeidung von doppelten Leistungen.

**Resultate**

**Laboranalysen ambulant (P1):** Das Effizienzpotenzial ausgehend von doppelten Laboranalysen beträgt 4-8 Mio. CHF, je nachdem, welcher Anteil als vermeidbar erachtet wird (50%-100%). Dies entspricht...
einem Effizienzpotenzial von 0.2-0.4% vom Total der Kosten KVG-pflichtiger Leistungen in diesem Leistungsbereich von 1’961 Mio. CHF (siehe Tabelle A 9, S. 114).

**Radiologie stationär (L1,Q1,Q3):** Das Effizienzpotenzial ausgehend von *doppelten CT-Scans* bei verlegten Traumapatienten beträgt **0.28 Mio. CHF**, was einem Effizienzpotenzial von 0.003% vom Total der Kosten KVG-pflichtiger Leistungen in Bereich der stationären Leistungen von 10’987 Mio. CHF entspricht (siehe Tabelle A 10, S. 114).

**Diskussion**

Für die Schätzung des Effizienzpotenzials im Bereich der Laboranalysen haben wir verschiedene kritische Annahmen treffen müssen:


Ob diese Annahmen zu einer Über- oder Unterschätzung des tatsächlichen Einsparpotenzials führt, hängt davon ab, ob die Wahrscheinlichkeit eines vermeidbaren ambulanten Labortests höher oder tiefer ist als die Wahrscheinlichkeit vermeidbarer anderer Tests (wie z.B. Röntgen). Ist sie in der Realität tiefer, würden wir das Einsparpotenzial überschätzen. Aufgrund dieser Unsicherheit haben wir uns bei der zweiten Annahme für die Konservative entschieden.

2. Wir haben angenommen, dass pro befragte Person mit mindestens einem doppelten Test genau ein doppelter Test durchgeführt wurde. Ob nun schliesslich ein *lower-* oder *upper-bound*-Ergebnis resultiert, oder ob das Resultat irgendwo dazwischenliegt, lässt sich aufgrund der starken Annahme 1) nicht sagen.

Betrachtet man diese Strategie jedoch vor dem Hintergrund, dass das Vermeiden von doppelten Leistungen nur ein Aspekt der möglichen Effizienzsteigerung durch verbesserte Koordination in der Versorgung darstellt, sind die Resultate klar als *lower bound* zu interpretieren.

Im Bereich der Radiologie führt die Schätzung klar zu einem *lower bound*, da nur eine kleine Teilpopulation der Bevölkerung berücksichtigt wird.
4.2 Schätzstrategien für den Ineffizienzbereich zu hohe Preise (P)


P1 Produktive Ineffizienzen bei Leistungserbringern

Produktive Ineffizienzen lassen sich in technische und organisatorische Ineffizienzen, Skaleneffizienz und Ineffizienzen aufgrund von suboptimaler Allokation der Produktionsfaktoren unterteilen. Diese Ineffizienzen liegen auf Ebene der einzelnen Leistungserbringer vor, wenn sie ihre Leistungen zu überhöhten Kosten produzieren, weil sie aufgrund ihrer Grösse zu wenig Skaleneffekte nutzen (Skaleneffizienz), ihre Prozesse und Strukturen keine effiziente Produktion zulassen (technische Ineffizienz) oder ihre Produktionsfaktoren (Inputmengen) eine suboptimale Kombination aufweisen (Ineffizienzen aufgrund von suboptimaler Allokation).

In diesem Zusammenhang gibt es für das schweizerische Gesundheitswesen folgende Hypothesen:
- Es gibt zu viele (Anzahl), zu kleine (Grösse) Spitäler mit einem zu grossen Produktangebot (bzw. zu geringer Spezialisierung).
- Die Arztpraxen sind zu klein (Grösse) und haben oft eine veraltete elektronische Infrastruktur (EPD, Datenaustausch, etc.).

Diese Hypothesen implizieren, dass ein Teil der Leistungserbringer seine Kosten durch eine effizientere Grösse, eine höhere Spezialisierung und eine effizientere Organisation senken könnte.


Strategie P1.S1: Produktive Ineffizienzen bei Leistungserbringern

Trageser et al. (2017) schätzen das Effizienzpotenzial mittels stochastischer Effizienzgrenzenanalyse, die alle drei Formen von produktiver Ineffizienz umfasst, auf 15%-18% der gesamten Gesundheitskosten. Die Analyse wurde auf der Datengrundlage der Jahre 2000 bis 2014 für drei Leistungsgruppen durchgeführt: 1) Alle Leistungsbereiche (95% der gesamten Gesundheitskosten gemäss BFS), 2) Spitäler (stationäre und ambulante Leistungen) und 3) Pflegeheime. Für die Analyse standen für die meisten Leistungsbereiche Daten zu den über die OKP abgerechneten Leistungen (Nettleistungen der OKP und Kostenbeteiligungen) zur Verfügung, für den Spitalbereich und die stationäre Langzeitpflege auch Daten zu den durch andere Finanzierungsquellen getragene Leistungen. Die mittels Effizienzgrenzenanalyse
geschätzten Ineffizienzen beschränken sich ausschliesslich auf die Produktion einer gegebenen Menge an Leistungen, sagen aber nichts darüber aus, ob diese Leistungen notwendig sind. Die Effizienzgrenze wird statistisch ermittelt und bildet eine fiktive optimale Kosten-Output-Kombination ab.

Wir gehen mit den Autoren dieser Studie einig, dass diesem Ansatz bzw. den daraus abgeleiteten Resultaten einige Einschränkungen anhaften. Zum einen ist dies ein explorativer methodischer Ansatz auf Basis einer kleinen Stichprobe und teilweise nicht so zuverlässiger Qualität der Daten. Zum anderen ist die Annahme, dass alle Leistungserbringer 100% effizient produzieren könnten, unrealistisch. Die Analyse betrachtet schliesslich die Kosten mehrerer Leistungsbereiche zusammen; das für das Total ausgewiesene Effizienzpotenzial muss aber nicht für alle Leistungsbereiche gleich hoch sein.

Bei der Übertragung der Resultate auf die vorliegende Studie mussten hauptsächlich drei Punkte berücksichtigt werden:

1. Die ausgewiesenen Resultate betreffen nicht nur die Ineffizienz-Kategorie P1, sondern möglicherweise auch P2 und weitere administrative Ineffizienzen, die in unserer Studie nicht berücksichtigt werden. Der Effekt von P3 (zu hohe Output-Preise) ist herausgerechnet, da die Effizienzgrenzenanalyse kantonale Preisunterschiede berücksichtigt.


3. Drittens orientiert sich die Methodik der Effizienzgrenzenanalyse an einem fiktiven Optimum, was einem sehr hohen Benchmark entspricht. Für alle anderen Leistungsbereiche haben wir die Einsparpotenziale gemäss Trageser et al. (2017) angewandt. Wir erachten es als unrealistisch, dass die Spitäler in allen Kantonen gemäss dem fiktiven Optimum produzieren können und haben deshalb die prozentualen Einsparpotenziale um 50% nach unten korrigiert.

**Resultate**

Die *top-down*-Schätzung mittels Anwendung der (angepassten) Resultate aus der kürzlich durchgeführten Effizienzgrenzenanalyse führt zu einem geschätzten Effizienzpotenzial von 1'642 Mio. CHF (über alle Leistungsbereiche, unter Ausschluss der Leistungsbereiche L1+L3+Q1, O1, Q2, Q3, Q4 und Q5). Dies entspricht einem Effizienzpotenzial von 8% vom Total der Kosten der KVG-pflichtigen Leistungen in diesen Leistungsbereichen mit insgesamt 20'462 Mio. CHF (siehe Tabelle A 11, S. 115)

**Diskussion**


In der stationären Akutsomatik wurde 2012 die Vergütung auf Basis von DRG eingeführt, was den Kostendruck auf die Spitäler schweizweit erhöht hat. Weitere Bestandteile dieser Reform waren die freie Spitalwahl und die Abkehr von Defizitdeckungen. Es ist anzunehmen, dass diese wichtige Reform...
die Unterschiede zwischen den Kantonen hinsichtlich der Produktion stationärer Leistungen eher verkleinert hat.

In der Langzeitpflege wurde 2011 eine neue Finanzierung eingeführt. Dadurch wurde gemäss Trageser et al. (2018a, S. 9) aufgrund der Einführung der durch die Kantone zu regelnden Restfinanzierung der Kostendruck vor allem bei den Leistungserbringen erhöht, was teilweise zu mehr Professionalität in den betrieblichen Abläufen und der Kostenrechnung geführt hat.

Insgesamt erschien uns daher eine Übertragung der Potenziale, welche auf Basis einer Zeitreihe von mehr als 10 Jahren, welche durch wesentliche Reformen gekennzeichnet ist, für diese beiden Bereiche als inadäquat.


Strategie P1.S2 Benchmarking Wirtschaftlichkeit stationäre Leistungserbringer

Benchmarking kann als Methode angewendet werden, wenn der Schweregrad sowohl systematisch als auch einheitlich erfasst wird. Dies ist bei den folgenden zwei Leistungsbereichen der Fall:

- Stationäre somatische Akutbehandlung (inkl. Medikamente)
- Langzeitpflege in Institutionen

Stationäre somatische Akutbehandlung (inkl. Medikamente)


Angesichts der gesetzlichen Vorgabe von schweizweiten Betriebsvergleichen (Art. 49 Abs. 8 KVG) ist demnach eine Massnahme zur Reduktion der Kosten in der OKP die national verbindliche Festlegung des (interkantonalen) 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.

Vorgehen Schätzung Effizienzpotenzial Schweiz:

- Die Spitäler werden gemäss den schweregradbereinigten Fallkosten in eine Rangfolge gebracht; daraus lässt sich ein Benchmark (30. Perzentil) von rund 9'600 CHF ableiten.
- Differenzen der einzelnen Fallkosten pro Spital zum Benchmark (30. Perzentil) werden berechnet und mit den jeweiligen stationären Fallzahlen multipliziert; die Summe dieser Differenzen ergibt den Anteil des Effizienzpotenzials der an der Datenerhebung beteiligten Spitäler (dies entspricht gemäss der Statistik des BAG zu den Kennzahlen der Spitäler von 2016 einem Anteil von rund 68% der stationären Fälle).
Hochrechnung der Summe auf die Gesamtheit der Schweiz unter der Annahme, dass das Effizienzpotenzial bei den Kantonen, die keine Daten geliefert haben, im Durchschnitt demjenigen der anderen Kantone entspricht.

**Resultate**


**Diskussion**

Für die Schätzung des Effizienzpotenzials haben wir folgende kritische Annahmen getroffen:

Die verwendete Methode des gesamtschweizerischen Benchmarkings enthält aufgrund der ungleichen Fallkostenbasis Verzerrungen. So sind beispielsweise die Vorhalteleistungen oder die (verdeckten) Subventionen unterschiedlich.

Analog werden im Benchmarking die Universitätsspitäler wegen der dort systematisch übervertretenen Hochkostenfälle nicht berücksichtigt. Gemäss Polynomials (Widmer et al., 2015, S.5) «existieren systematische Verzerrungen im DRG-System, die einen Leistungsvergleich auf der Basis der Fallnormkosten verunmöglichen und einzelne Spitäler bereits aufgrund ihres Leistungsangebots finanziell benachteiligen. Im heutigen System sind insbesondere die Universitätsspitäler negativ davon betroffen».

Bei der Hochrechnung der Summe aus der Datenerhebung bei 15 Kantonen auf die Gesamtheit der Schweiz nehmen wir an, dass das Effizienzpotenzial bei den Kantonen, die keine Daten geliefert haben, im Durchschnitt demjenigen der Kantone entspricht, welche Daten geliefert haben. Ob damit die produktiven Ineffizienzen über- oder unterschätzt werden, können wir nicht beurteilen.


**Langzeitpflege in Institutionen**

**Resultate**

Mittels Benchmarking der standardisierten, d.h. pflegeintensitätsadjustierten Pflegekosten pro Tag aller Alters- und Pflegeheime berechnen wir ein schweizweites Effizienzpotenzial von **426 Mio. CHF** (siehe Tabelle A 13, S. 116). Dies entspricht einem Effizienzpotenzial von rund 10.5% vom Total der Kosten der KVG-pflichtigen Leistungen in diesem Leistungsbereich mit insgesamt 4’068 Mio. CHF.

**Diskussion**

Die effizienten pflegeintensitätsadjustierten Pflegekosten pro Tag werden beim Median über alle Pflegeheime angesetzt. Diesen Wert erachten wir als eher konservativ; so werden beispielsweise die Baserate im akutsozialen stationären Bereich beim 30. Perzentil angesetzt.


Schließlich ist festzuhalten, dass wir unsere Berechnungen auf Betriebskosten stützen, d.h. etwaige Verluste aus der ineffizienten Tätigkeit würden sich nicht zwingend direkt in den Gesundheitskosten spiegeln.


**Strategie P1.S3: Vergleich effiziente versus ineffiziente ambulante Organisationen**

«Effiziente ambulante Organisationen» sind aufgrund ihrer Grösse besser geeignet, die Fixkosten auf eine grössere Anzahl von Leistungserbringern zu verteilen, effizienzsteigernde Prozesse zu implementieren sowie dazu notwendige Investitionen in elektronische Unterstützung zu tätigen. Für die drei Leistungskategorien ambulante ärztliche Behandlungen in Arztpraxen (Leistungskategorie Arzt ambulant fee-for-service und HMO), ambulante Physiotherapiepraxen (Leistungskategorie ambulante Rehabilitation) sowie Spitex-Organisationen (Leistungskategorie häusliche Langzeitpflege) ist eine separate Schätzung vorgenommen worden. Diese Schätzungen basieren auf strukturellen Eigenschaften der Organisationen und schätzen daher ein theoretisches Effizienzpotenzial.

Bei der Schätzung des theoretischen Effizienzpotenzials sind wir wie folgt vorgegangen:

- Zuerst wurde mittels Experteninterviews auf der Basis eines teil-strukturierten Interviewleitfadens ermittelt, ab welcher kritischen Grösse (gemessen an der Anzahl der Leistungserbringer in der gleichen Praxis) sich die ambulanten Organisationen in zwei Gruppen einteilen lassen, wobei diejenigen unterhalb der kritischen Grenze als ineffizient bezeichnet wurden und diejenigen oberhalb als effizient.

**Resultate**

Das Effizienzpotenzial bei den ambulanten ärztlichen Behandlungen, die in Arztpraxen erfolgen, beträgt bei den nach Einzelleistungen (fee-for-service) abrechnenden Ärzten **423 Mio. CHF**. Dies entspricht einem Effizienzpotenzial von rund 5.3% vom Total der Kosten der KVG-pflichtigen Leistungen in diesem Leistungsbereich mit insgesamt 8'050 Mio. CHF (siehe Tabelle A 14, S. 116).

Bei den ambulanten Physiotherapie-Praxen (Leistungskategorie ambulante Rehabilitation) schätzen wir das Effizienzpotenzial auf **31 Mio. CHF**. Dies entspricht einem Effizienzpotenzial von rund 3% vom Total der Kosten der KVG-pflichtigen Leistungen von 1'100 Mio. CHF (siehe Tabelle A 15, S. 117).


Bei der Schätzung haben wir folgende Annahmen getroffen:

1) Die verrechneten Leistungen (d.h. die Erträge) entsprechen durchschnittlich dem Total der Produktionskosten. Wie die Experteninterviews ergeben haben, sind bei allen ambulanten Leistungserbringern bei den Personalkosten keine Skalenerträge zu erwarten. Die Ineffizienzen ergeben sich nur bei den übrigen Betriebskosten von zu kleinen Organisationen.


3) Bei den Physiotherapie-Praxen erfolgte die Schätzung des Effizienzpotenzials analog demjenigen der Arztpraxen. Laut den Experten wird die wesentliche Effizienzhürde hier ab fünf Therapeuten in der gleichen Praxis genommen. Für diesen Benchmark einer effizienten Praxis gehen die Experten von einem fixen Betriebskostenanteil (ohne Personalkosten) von rund 10% aus, was der Hälfte einer Arztpraxis entspricht. Auch für die Betriebskostenanteile der weniger effizienten Organisationen mit weniger als fünf Therapeuten ist jeweils der halbe Betriebskostenanteil einer Arztpraxis verwendet.
worden (d.h. bei Einzelpraxen 17.5% und bei den 2er/3er/4er-Praxen 12.5%). Für die Hochrechnung auf alle Physiotherapie-Praxen ist mangels Statistiken ebenfalls die Größenverteilung gemäß Rollender Kostenstudie der Ärztekasse (RoKo) verwendet worden (Einzelpraxen: 24%; 2er/3er/4er-Praxen: 41%; übrige 35%).


**Diskussion**


Da das Effizienzpotenzial auf die Grösse bezogen wurde, wird die Größenverteilung der Organisationen zu einer zentralen Größe bei dessen Schätzung. Für die Arztpraxen liegt mit den RoKo-Daten für 2016

Die Schätzung des Effizienzpotenzials alleine auf der Basis der Betriebskosten ist durch die Experten gut abgestützt. Allfällige produktive Ineffizienzen beim Personal sind nicht betrachtet worden. Somit werden die produktiven Ineffizienzen insgesamt eher unterschätzt.


**Strategie P1.S4: Erfahrungen aus dem Ausland zu ineffizientem Skill-Grade-Mix für hausärztliche Aufgaben**


**Resultate**

Das Effizienzpotenzial bei den ambulanten ärztlichen Behandlungen, die in Arztpraxen erfolgen, beträgt **205 Mio. CHF**. Dies entspricht einem Effizienzpotenzial von rund 3% vom Total der Kosten der KVG-pflichtigen Leistungen der beiden Leistungsbereiche M3 und M4 mit insgesamt 8’050 Mio. CHF (siehe Tabelle A 17, S. 118)

Bei der Schätzung haben wir folgende Informationen verwendet bzw. Annahmen getroffen:

1) Basierend auf der BFS-Statistik (Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens nach Leistungserbringern und Leistungen 2016) lässt sich der Anteil der Kosten, der durch die ärztlichen Grundversorger erbrachten Leistungen entsteht, auf 38% beziffern.
2) Wir nehmen an, dass der Medianlohn von ANPs mit 8'990 CHF pro Monat (bei 12 Monatslöhnen) ein Drittel tiefer ist als derjenige der Ärzte in der Grundversorgung mit 13'500 CHF pro Monat. Die dabei zu Grunde liegenden Medianlöhne sind entweder mit Expertenbefragungen verifiziert oder auf der Basis neuer Statistiken (z.B. bei Büro BASS auf der Basis von AHV-Daten) ermittelt worden und dürfen als gut abgestützt und somit als plausibel bezeichnet werden.


**Diskussion**

Insgesamt sind realistische Annahmen bzw. die Substitutionsrate betreffend eine konservative Annahme getroffen worden. Das produktive Effizienzpotenzial fällt somit tendenziell höher aus als hier geschätzt.

**Strategie P1.S5: Auslastung von CT- und MRI-Geräten**

Gemäss der Statistik der OECD\(^\text{10}\) ist die Anzahl der CT-Geräte in der Schweiz seit 2008 jährlich um 3.6% angestiegen. Im Jahr 2016 waren in der Schweiz 328 CT-Geräte im Einsatz, davon 205 in Spitälen (Nutzung im ambulanten und stationären Bereich). Die Schweiz weist damit im europäischen Vergleich neben Dänemark die höchste CT-Gerätedichte pro Einwohner auf (DK: 39.1, CH: 38.9 pro 1 Mio. Einwohner). Auch bezüglich der MRI-Dichte belegt die Schweiz einen Spitzenplatz, jedenfalls was die MRI-Geräte in Spitälen betrifft (CH: 22.3 pro 1 Mio. Einwohner). Informationen zur Anzahl der MRI-Geräte in privaten Radiologie-Instituten gibt es unseres Wissens nach keine.

Neben dem Anstieg der Anzahl der Geräte während der letzten Jahre ist zwar auch die Anzahl der Untersuchungen (MRI und CT) pro Jahr angestiegen. Die Fehlanreize in der Vergütung lassen jedoch vermuten, dass viele dieser Geräte nicht voll ausgelastet sind, was eine produktive Ineffizienz darstellt. Die Anschaffungs- und Unterhaltskosten eines CT- oder MRI-Gerätes sind hoch. Durch eine bessere Auslastung der Geräte könnte mit weniger Geräten die gleiche Anzahl der Untersuchungen durchgeführt werden. So könnte die heute vorhandene Infrastruktur reduziert und so finanzielle Mittel eingespart werden.

Die hier beschriebene Strategie erlaubt eine Schätzung des Effizienzpotenzials im Leistungsbereich Radiologie (P3). Aufgrund der Abgrenzung der Leistungsbereiche in der KFG-Statistik konnten wir die stationär und ambulant im Spital erbrachten Leistungen nicht quantifizieren.

Wir haben die Auslastung der CT- und MRI-Geräte (Anzahl der Untersuchungen pro Gerät) in der Schweiz berechnet: Für den Spitalssektor stehen dank der Krankenhausstatistik des BFS detailliere

---

\(^{10}\) [https://stats.oecd.org/](https://stats.oecd.org/).


Resultate

Um die gleiche Anzahl von Untersuchungen durchführen zu können, könnten gemäss unseren Schätzungen schweizweit im ambulanten Sektor ausserhalb des Spitals 104 CT- und 210 MRI-Geräte eingespart werden.

Bei der Schätzung haben wir folgende Informationen verwendet bzw. Annahmen getroffen:


3) Für Dänemark stehen keine Daten zur Auslastung der MRI-Geräte zur Verfügung, weswegen der Durchschnitt für die MRI-Auslastung nur auf zwei Ländern beruht. Ausserdem weisen sowohl die Niederlande als auch Dänemark eine sehr tiefe Anzahl der CT-Geräte im ambulanten Sektor aus, was auf eine grundlegend andere Versorgungssituation bei CTs hindeuten könnte. Alternativ hätten wir unsere Berechnungen auf ein Benchmarking nur mit Frankreich stützen können. Dabei hätte ein deutlich höheres Einsparpotenzial von 140 Mio. CHF resultiert, da Frankreich sowohl bei CTs als auch bei MRIs eine sehr hohe Auslastung aufweist (19'254 Untersuchungen/CT und 14’149 Untersuchungen /MRI). Ein Vergleich mit dem Durchschnitt über mehrere Länder schien uns deshalb ein guter Weg zu sein, das Potenzial breiter abzustützen.

4) Es muss berücksichtigt werden, dass wir für die Schweiz im ambulanten Bereich ausserhalb des Spitals von einer MRI-Auslastung wie im Spital ausgegangen sind, was im Hinblick auf einen Vergleich mit den Niederlanden (2'011 Untersuchungen/MRI nicht-Spital bzw. 3’958 Untersuchungen/MRI Spital) als eher konservative Schätzung betrachtet werden kann. Wir gehen davon aus, dass wir so das mögliche Einsparpotenzial unterschätzen.


**Diskussion**


Die ausgewiesene Anzahl gemäss Benchmarking überzähliger Geräte ist sehr hoch (104 von 123 CTs und 210 von geschätzten 349 MRIs). Diese Schätzungen kommen unter der Annahme zu Stande, dass eine solche Produktivitätssteigerung nach dem Beispiel der Vergleichsländer technisch möglich ist und keine Qualitätseinbussen mit sich bringen würde.

P2  Suboptimale Allokation der Versorgungssettings

Produktive Ineffizienzen über die verschiedenen Versorgungssettings hinweg liegen vor, wenn die gleiche Leistung in einem anderen Versorgungssetting zu geringeren Kosten produziert werden könnte. Das Prinzip «ambulant vor stationär» ist vor allem in der Akutsomatik in der Diskussion, aber auch in der Psychiatrie relevant. Ein weiteres Beispiel für eine suboptimale Allokation der Versorgungssettings ist die Inanspruchnahme des Spital-Notfalls anstelle eines ambulanten Leistungserbringers.

Strategie P2.S1: Internationales Benchmarking zur Substitution stationärer durch ambulante Leistungen Akutsomatik


Resultate

Das sich so ergebende Effizienzpotenzial in der stationären Akutsomatik schätzen wir insgesamt auf 582 Mio. CHF. Dies entspricht einem Effizienzpotenzial von rund 5% vom Total der Kosten der KVG-pflichtigen Leistungen bei stationären somatischen Akutbehandlungen von 11’008 Mio. CHF (siehe Tabelle A 19, S. 119).

Dieses Potenzial ist auf Basis der folgenden Annahmen geschätzt worden:

2) Wir haben unter Verwendung der in der PwC-Studie angewendeten Wachstumsrate der Anzahl der Fälle (Fallzunahme um 32% zwischen 2014 und 2030, d.h. 1.75% p.a.) dieses Total auf das Jahr 2016 zurückgerechnet, was das von uns geschätzte Effizienzpotenzial von 582 Mio. CHF ergibt.

Diskussion
Die Schweiz hat nicht zuletzt wegen der bestehenden Fehlanreize durch die Tarifstrukturen in der OKP (TARMED versus SwissDRG) sowie in der Zusatzversicherung einen deutlich zu tiefen Anteil an ambulant durchgeführten chirurgischen Eingriffen. Das in der PwC-Studie methodisch fundiert ausgewiesene hohe Effizienzpotenzial kann daher als plausibel angesehen werden. Die Schätzung des Effizienzpotenzials liegt dennoch eher im oberen Bereich: So werden die in der laufenden Diskussion im Fokus stehenden 13 chirurgischen Eingriffe von PwC im realistischen Szenario mit 161 Mio. CHF angegeben; in einem aktuellen Bericht des Obsan (Roth und Pellegrini, 2018) wird das Effizienzpotenzial für sechs dieser Eingriffe mit 90 Mio. CHF angegeben.

Resultate Strategie P2.S2: Interkantonales Benchmarking zur Substitution stationärer durch ambulante Leistungen Psychiatrie


Für die Schätzung des Effizienzpotenzials haben wir die gleiche Primärdatenquelle (Medizinische Statistik der Krankenhäuser) verwendet und ein Benchmarking der kantonalen Hospitalisierungsaxten durchgeführt, um die möglichen Einsparungen durch eine Verlagerung von stationären zu ambulanten Leistungserbringern zu schätzen.

11 Nebenaspekt: Gemäss Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (Gesundheitsversorgung 2017, S. 63) sind 74% der ambulanten tages- und nachtklinischen Angebote OKP-Leistungen; die übrigen sind nicht über TARMED vergütet.
Dabei sind wir wie folgt vorgegangen:

- Die brutto eingesparten Kosten aufgrund vermeidbarer stationärer Fälle (d.h. die Einsparung vor der Verschiebung in den ambulanten Bereich) ergeben sich aus der Multiplikation der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer pro Kanton mit der Anzahl der vermeidbaren Fälle und den durchschnittlichen Kosten pro Tag.

- Für die Berechnung der kantonalen Hospitalisierungsraten haben wir alle Fälle berücksichtigt, die in einer psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Abteilung behandelt wurden (n=83'033). Im Gegensatz zur Obsan-Studie berücksichtigen wir somit nicht alle Fälle mit einer Hauptdiagnose aus dem Kapitel F gemäss ICD-10, da diese teilweise auch in akutstationären Spitälern oder Rehabilitationskliniken behandelt werden. Die Hospitalisierungsraten beziehen sich auf die in einem Kanton wohnhafte Bevölkerung; die behandelnde Klinik muss sich nicht zwingend im selben Kanton befinden.

- Als Benchmark für eine effiziente Hospitalisierungsrate (Anzahl der Fälle pro 1’000 Einwohner) wurde der schweizweite Durchschnitt verwendet (10.07/1’000 Einwohner). Mit diesem Wert haben wir für jeden Kanton mit einer höheren Hospitalisierungsrate die Anzahl der Fälle berechnet, welche in den ambulanten Bereich verlagert werden könnten.


- Das Einsparpotenzial aufgrund einer Verschiebung vom stationären in den ambulanten Sektor ergab sich schliesslich aus der Summe der Kosteneinsparungen in jedem Kanton.

**Resultate**


Bei der Schätzung haben wir folgende Informationen verwendet bzw. Annahmen getroffen:

1) Unsere wohl kritischste Annahme betrifft die Auswahl des effizienten Benchmarks. Mit diesem Vorgehen nehmen wir implizit an, dass die Krankheitslast in allen Kantonen gleich hoch ist und die Versorgung nicht durch eine Verschiebung in den ambulanten Bereich verschlechtert würde. Wir erachten die Festsetzung bei der durchschnittlichen schweizerischen Hospitalisierungsrate als adäquat bis konservativ, weisen doch deutlich mehr als die Hälfte der Kantone eine noch tiefere Rate aus.
2) Für die vermeidbaren stationären Fälle sind wir davon ausgegangen, dass die Aufenthaltsdauer der verlagerbaren Fälle dem Durchschnitt innerhalb des Kantons entspricht. Dies ist möglicherweise eine Überschätzung, da es sich bei den betroffenen Patienten um leichtere Fälle handeln könnte, die eine kürzere Aufenthaltsdauer aufweisen.


Diskussion
Wir gehen davon aus, dass das Benchmarking in der Summe zu einer plausiblen Schätzung der schweizweit verlagerbaren Fälle und des möglichen Einsparpotenzials führt.

Strategie P2.S3: Substitution Inanspruchnahme Spital-Notfall durch ambulante Leistungserbringer

Das Effizienzpotenzial durch diese Art der Substitution wurde folgendermassen berechnet:


- Der Anteil der im ambulanten Spitalnotfall behandelten Fälle, der auch ausserhalb des Spitals in Hausarztpraxen, Notfallpraxen etc. hätte behandelt werden können, wurde auf 20% bis 40% geschätzt. Die 40% stammen aus Dale et al. (1995), die 20% wurden von uns als lower bound definiert. Wir haben uns dabei auf Ergebnisse von Eichler et al. (2013) gestützt, wo circa 20% aller im Spitalnotfall behandelten Patienten Atemwegs- und Verdauungs-Beschwerden aufwiesen, die gemäss Einschätzung der Autoren meistens nicht dringend behandelt werden müssen. Ein Abwarten bis zu einem möglichen Besuch in der Hausarztpraxis wäre in diesen Fällen also zumutbar gewesen.

- Unter Berücksichtigung dieser Substitutionsraten wurde für jeden Kanton die Anzahl der potenziell ausserhalb des Spitals behandelbarer Notfälle berechnet.

- Diese Fälle wurden mit dem Kostenunterschied zwischen einer Behandlung in der Notfallstation im Spital (aus der Statistik PSA für jeden Kanton verfügbar) und einer Behandlung durch einen Hausarzt

- Die Summe dieser kantonalen Einsparpotenziale entspricht dem gesamten schweizerischen Effizienzpotenzial.

**Resultate**

Unter der Annahme, dass der ambulante Notfall in den Spitätern zu oft in Anspruch genommen wird und die dort erbrachten Leistungen auch durch Ärzte in Praxen ausserhalb des Spitals erbracht werden können, schätzen wir ein Effizienzpotenzial von **84 Mio. CHF**, was dem Durchschnitt der mittels Anwendung der Substitutionsraten von 20% (56 Mio. CHF) bzw. 40% (112 Mio. CHF) entspricht. Dies ist gleichbedeutend mit 1.8% der Kosten der KVG-pflichtigen Leistungen im Leistungsbereich Spital ambulant von 4’633 Mio. CHF (siehe Tabelle A 21, S. 120).

Bei der Schätzung haben wir folgende Informationen verwendet bzw. Annahmen getroffen:


**Diskussion**

P3 Zu hohe Preise der Gesundheitsleistungen und -produkte


Ambulante ärztliche Leistungen, Laboranalysen und Mittel und Gegenstände

In unserer Priorisierung der Leistungsbereiche haben wir drei relevante Leistungsgebiete identifiziert, die über Tarif-Kataloge mit fixen Punkten pro Leistung entgolten werden und deren Kosten infolge des technischen Fortschritts deutlich gesunken sind:

1. **Ambulante ärztliche Leistungen**, vor allem bei stark technischen Leistungen im TARMED (Ophthalmologie, Chirurgie, Radiologie, etc.)

2. **Laboranalysen auf der Analyseliste (AL)**

3. **Mittel und Gegenstände (MiGeL)**


Generika und patentabgelaufene Originalmedikamente

Strategie P3.S1: Effekt der Anpassungen der TARMED-Tarife durch das BAG


Das BAG hat uns Einblick in die Schätzungen der Auswirkungen der Massnahmen 1 bis 6 des bundesrätlichen Eingriffs vom Januar 2018 in die TARMED-Tarifstruktur gewährt. Die Schätzungen umfassen:

1. Informationen zum TARMED-Volumen (TPV) sowie zu den Kosten (in CHF) für verschiedene Leistungserbringerkategorien, nämlich für ambulante somatische Akutbehandlungen im Spital, ambulante Einzelleistungen von frei praktizierenden Grundversorger, Spezialisten (u. a. Radiologie) und Gruppenpraxen.

2. Informationen zur geschätzten Effektröße der Massnahmen 1 bis 6 auf diese TARMED-Volumen und Kosten.

Auf dieser Grundlage haben wir das entsprechende Effizienzpotenzial für das Jahr 2016 berechnet.
Resultate

Diskussion

Strategie P3.S2: Folgen eines neuen Referenzpreissystems für Generika


Resultate
Die Anwendung eines neuen Referenzpreissystems für Generika und patentabgelaufene Originalpräparate gemäss Bill et al. (2018) zeigt das Effizienzpotenzial aufgrund zu hoher Preise bei diesen Medikamenten auf. In der ersten Modellvariante des neuen RPS liegt das maximale Effizienzpotenzial zwischen \textbf{310} und \textbf{480 Mio. CHF}, in der der zweiten zwischen \textbf{190} und \textbf{250 Mio. CHF} (siehe Tabelle A 23, S. 121). Dies entspricht einem Anteil an den KVG-pflichtigen Medikamenten (Q2 & Q3) von 5.0% bis 7.7% (Variante 1) bzw. 3.0% bis 4.0% (Variante 2). Die Bandbreiten ergeben sich durch unterschiedliche Preisabschläge und -zuschläge.

Diskussion
besteht zusätzlich der Anreiz die Preise der Medikamente, die unter dem Referenzpreis liegen, zu erhöhen.


**Strategie P3.S3: Vollständige Substitution von Originalpräparaten durch Generika**

Diese Strategie schätzt das Effizienzpotenzial im Leistungsbereich der verschreibungspflichtigen Medikamente ausgehend von der vollständigen Substitution der Originalpräparate durch das kostengünstigste Generikum.


**Resultate**

Höhere Preise für Originalpräparate sind mit höheren Margen verbunden und führen so zum Fehlanreiz, Originalpräparate zu verschreiben, selbst wenn es dafür ein Generikum geben würde. Das entsprechende Effizienzpotenzial wurde unter der Annahme berechnet, dass bei Substituierbarkeit immer das billigste Generikum verschrieben/gekauft wird.

Das geschätzte Effizienzpotenzial von 492 Mio. CHF entspricht 7.3% der Kosten der KVG-pflichtigen Leistungen im Bereich der verschreibungspflichtigen Medikamente (Q2) von 6'725 Mio. CHF (siehe Tabelle A 24, S. 121).

**Diskussion**


grosse diese beiden Effekte sind, nehmen wir keine Bereinigung der ausgewiesenen Werte vor und nehmen somit implizit an, dass sich die Effekte aufheben.


**Strategie P3.S4: Potentielle Einsparungen der ausgefallenen Medikamentenpreis-Überprüfung für das Jahr 2016**


**Resultate**


**Diskussion**

Im Jahr 2017 wurde die 3-Jahres-Überprüfung der Preise der Originalpräparate wiederaufgenommen. Damit wurde dieses Potenzial bereits realisiert.
5 Konsolidierung der Resultate

5.1 Übersicht der Resultate vor Konsolidierung


Die unterschiedlichen Formatierungen der Ergebniszahlen von Tabelle 4 (**fett**, **fett kursiv** oder ohne Hervorhebung) zeigen auf, ob und wie die Werte in den Zellen in die Konsolidierung eingeflossen sind:

- **Fett** hervorgehobene Zahlen wurden für die Konsolidierung in dieser Form verwendet. Der tiefere Wert pro Ineffizienz-Kategorie floss als **lower bound** in die Konsolidierung ein, der höhere als **upper bound**.


- Nicht durch ihre Formatierung hervorgehobene Zahlen wurden nicht übernommen, da wir die Ergebnisse dieser Schätzstrategien für weniger zuverlässig halten als die vorhandener alternativer Schätzstrategien.


Die Resultate geben dennoch einen Hinweis auf die Relevanz der einzelnen Ineffizienz-Kategorien (siehe Abbildung 5). Das bedeutendste Effizienzpotenzial besteht gemäss unseren Schätzungen in der Reduktion von angebots- und nachfrageseitiger Mengenausweitung mit 40%-43% des gesamten Effizienzpotenzials. Weitere bedeutende Einsparpotenziale ergeben sich durch Reduktion der produktiven Ineffizienzen bei den Leistungserbringern mit 24% und durch Reduktion zu hoher Preise mit 13%-14%.
### Tabelle 4: Effizienzpotenziale pro Schätzstrategie vor Konsolidierung

<table>
<thead>
<tr>
<th>Strategie</th>
<th>Ineffizienz-Kategorien</th>
<th>Preise</th>
<th>Total (vor Konsolidierung)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Mengen</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>M1 M2 M3 P1 P2 P3</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Unwirksame Leistungen</td>
<td>Angebots- und nachfrageseitige Mengenausweitung</td>
<td>Mangelnde Koord. in der Versorgung</td>
</tr>
<tr>
<td>M1. S1</td>
<td>3</td>
<td>70</td>
<td>585 645 222 333 0.28 367 582</td>
</tr>
<tr>
<td>M2. S2</td>
<td>x</td>
<td>74</td>
<td>81   28 42 125</td>
</tr>
<tr>
<td>M3. S3</td>
<td>x</td>
<td>42</td>
<td>241 34 417 84 219</td>
</tr>
<tr>
<td>P1. S4</td>
<td>x</td>
<td>42</td>
<td>243 172</td>
</tr>
<tr>
<td>P2. S5</td>
<td>x</td>
<td>32</td>
<td>36   12 18</td>
</tr>
<tr>
<td>M1. S6</td>
<td>x</td>
<td>105</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M2. S7</td>
<td>x</td>
<td>426</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M3. S8</td>
<td>x</td>
<td>426</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>P1. S9</td>
<td>x</td>
<td>426</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>P2. S10</td>
<td>x</td>
<td>426</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>P3. S11</td>
<td>x</td>
<td>426</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>P4. S12</td>
<td>x</td>
<td>426</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Laboranalysen</td>
<td>2</td>
<td>80</td>
<td>104 115 40 59 4 8 147 x x x x</td>
</tr>
<tr>
<td>Radiologie ambulant</td>
<td>40</td>
<td>87</td>
<td>46 261 17 26 64 112 42</td>
</tr>
<tr>
<td>Medikamente, ambulant, verschrieb. pfl.</td>
<td>131</td>
<td>152</td>
<td>358 394 135 203</td>
</tr>
<tr>
<td>Medikamente, ambulant, frei verkäuf.</td>
<td>- 5</td>
<td>36</td>
<td>40 14 21 x x x x x</td>
</tr>
<tr>
<td>Therap. Apparate</td>
<td>x</td>
<td>42</td>
<td>46 16 24</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>197</td>
<td>537</td>
<td>1952 2149 261 739 1110 4 8 1642 793 478 205 112 582 105 84 432 190 250 492 200</td>
</tr>
<tr>
<td>Total in % der KVG-pfl. Leistungen</td>
<td>0.4</td>
<td>1.2</td>
<td>4.3 4.7 0.6 1.6 2.4 0.0 0.0 3.6 1.7 1.1 0.5 0.2 1.3 0.2 1.0 0.4 0.6 1.1 0.4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Anmerkungen:** Werte in m CHF. **fett** = für die Konsolidierung in dieser Form verwendet. Der tiefeere Wert pro Ineffizienz-Kategorie fiesst als lower bound ein, der höhere als upper bound (z.B. Radiologie ambulant M2 upper bound 216). **fett kursiv** = für die Konsolidierung innerhalb upper- oder lower-bound-Schätzung additiv verwendet (z.B. Radiologie ambulant M2 lower bound: 46+50), **nicht hervorgehoben** = für Konsolidierung nicht verwendet. Strategie-Kategorien: L = Literatur international; LCH = Literatur CH; B = Benchmarking international (mit anderen Ländern); Bx = Benchmarking interkantonal; E = Expertengespräche.

- * = mit Schätzung des Effizienzpotenzials
- K = Kein relevantes Effizienzpotenzial, daher keine Schätzung (siehe Abschnitt Priorisierung)
- X = Schätzung des Effizienzpotenzials mit keiner Strategie möglich
- **X** = Schätzung des Effizienzpotenzials mit der bestimmten Strategie nicht möglich, jedoch mit einer anderen.
Abbildung 5: Relevanz der Ineffizienz-Kategorien vor Konsolidierung

**Mengenbasierte Ineffizienzen**
- M2: 40-43%
- M3: 8-11%
- Angebots- und nachfrage-seitige Mengenausweitung
- Mangelnde Koordination in der Versorgung

**Preisbasierte Ineffizienzen**
- P1: 24%
- P2: 7-8%
- P3: 13-14%
- Produktive Ineffizienzen bei Leistungserbringern
- Suboptimale Allokation der Versorgungs-settings
- Zu hohe Preise der Gesundheitsleistungen und -produkte

Anmerkungen: Die Abbildung zeigt wie sich das Effizienzpotenzial vor Konsolidierung (aus Tabelle 4) für upper- und lower-bound-Schätzung prozentual auf die sechs Ineffizienz-Kategorien verteilt. Die Prozenten beziehen sich auf das gesamte Effizienzpotenzial vor der Konsolidierung.
5.2 Konsolidierung

Die Konsolidierung erfolgte auf Ebene Leistungsbereich und umfasste zwei Schritte. Im ersten Schritt wurden die Überschneidungen innerhalb den drei Formen von mengenbezogener Ineffizienz (d.h. zwischen M1, M2 und M3) und innerhalb den drei Formen von preisbezogener Ineffizienz (P1, P2 und P3) geschätzt und anschliessend vom Total der über die Ineffizienz-Kategorien aufsummierten Effizienzpotenziale subtrahiert. Im zweiten Schritt wurde die Überschneidung zwischen den mengen- und preisbezogenen Ineffizienzen berechnet und vom aus Schritt 1 resultierenden Total subtrahiert. Es wird im Folgenden im Detail erklärt.

Schritt 1: Konsolidierung Innerhalb der Ineffizienz-Bereiche (M und P)

Die Abbildung 6 stellt den ersten Schritt der Konsolidierung schematisch dar.

Abbildung 6: Schritt 1 der Konsolidierung

Anmerkungen: Diese Abbildung illustriert den ersten Schritt der Konsolidierung: Die Bereinigung der Summe der Effizienzpotenziale der einzelnen Ineffizienz-Kategorien um die Überschneidungen innerhalb der drei Formen der mengenbezogenen Ineffizienz (zwischen M1, M2 und M3) und der drei Formen der preisbezogenen Ineffizienz (zwischen P1, P2 und P3).

Annahme, dass in einem Umfeld mit koordinierter Versorgung keine unwirksamen Leistungen erbracht werden.\footnote{Wir halten diese Annahme für gerechtfertigt, da evidenzbasierte Behandlungsrichtlinien einen wichtigen Baustein in der koordinierten Versorgung darstellen. Zudem sei darauf hingewiesen, dass selbst wenn in der koordinierten Versorgung vereinzelt unwirksame Leistungen erbracht würden, sich unsere Resultate aus ökonomischer Sicht nicht relevant verändern würden da M1 lediglich 2-5% des gesamten Effizienzpotenzials ausmacht (vgl. Abbildung 5).}

Bei den Effizienzpotenzialen aufgrund von \textit{zu hohen Preisen} besteht entweder keine oder eine vollständige Überschneidung zwischen zwei Ineffizienz-Kategorien. Keine Überschneidung besteht zwischen der suboptimalen Allokation (P2) und der unproduktiven Leistungserbringung (P1), weil sich die Strategien inhaltlich nicht überschneiden, d.h. selbst bei einer Verschiebung in ein anderes Versorgungssetting (P2) besteht die Ineffizienz in P1 weiter. Ebenfalls keine Überschneidung gibt es zwischen der suboptimalen Allokation (P2) und zu hohen Preisen (P3), weil auch ein effizientes Preisniveau die Ineffizienzen in den (im Jahr 2016) bestehenden suboptimalen Versorgungsformen nicht reduziert. Eine vollständige Überschneidung gibt es zwischen zu hohen Preisen (P3) und unproduktiver Leistungserbringung (P1).

Hier unterstellten wir, dass produktive Ineffizienzen erst aufgrund von zu hohen Preisen über längere Zeit Bestand haben können. Die Ineffizienzen aufgrund von zu hohen Preisen (P3) sind somit eine Erklärung für die in P1 identifizierten produktiven Ineffizienzen. Eine Beseitigung all dieser produktiven Ineffizienzen bei einer gleichzeitigen dynamischen Preisanpassung über die Tarife würde umgekehrt auch die Ineffizienzen in P3 beseitigen.

Die Details der Berechnungen werden im Folgenden beschrieben. Eine tabellarische Übersicht der Berechnungen findet sich in Tabelle A 28 (S. 124).

\textbf{Überschneidung zwischen M1 und M2}

Uns ist keine Studie bekannt, welche eine Aussage dazu zuliesse, in welchem Masse unwirksame Leistungen (M1) durch angebots- oder nachfrageseitige Mengenausweitung (M2) zu Stande kommen. Wir treffen daher folgende Annahmen: Für das \textit{lower-bound}-Szenario nehmen wir an, dass alle unwirksamen Leistungen das Resultat von angebotsinduzierter Mengenausweitung sind, was einer 100% Überschneidung zwischen M1 und M2 entsprechen würde. Im \textit{upper-bound}-Szenario nehmen wir an, dass die unwirksamen und die wirksamen Leistungen prozentual gleich stark von angebots- oder nachfrageseitiger Mengenausweitung betroffen sind. Das heisst, wir gehen hier von einer rein technischen Überschneidung aus, die dadurch zu Stande kommt, dass das Einsparpotenzial von M2 nur noch auf dem Teil der Leistungen realisiert werden kann, der nach Vermeidung der unwirksamen Leistungen gemäss M1 verbleibt.

\textit{Resultat:}
Die Überschneidung zwischen den Kategorien M1 und M2 schätzen wir auf 60 bis 197 Mio. CHF. Das entspricht einem Anteil von 1.3% bis 4.7% des geschätzten Potenzials in den beiden Kategorien.

Überschneidung zwischen M2 und M3


Resultat:

Die gesamte Überschneidung zwischen den Kategorien M2 und M3 schätzen wir auf 621 bis 722 Mio. CHF. Das entspricht einem Anteil von 12.8% bis 13.4% des Potenzials in beiden Kategorien.

Bereinigung zwischen P1 und P2

Obwohl sich die Schätzstrategien für P1 (produktive Ineffizienzen) und P2 (suboptimale Allokation) inhaltlich nicht überschneiden, musste eine technische Bereinigung der geschätzten Effizienzpotenziale vorgenommen werden. Diese technische Bereinigung war nötig, da das Einsparpotenzial von P2 nur auf dem Teil der Leistungen realisiert werden kann, der nach Beseitigung der produktiven Ineffizienzen gemäss P1 verbleibt, oder umgekehrt. Diese rein technische Überschneidung zwischen P1 und P2 betrifft nur die Leistungsbereiche stationäre Akutsomatik, stationäre Psychiatrie und Spital ambulant.

Resultat:

Die technische Überschneidung zwischen den Ineffizienz-Kategorien P1 und P2 beträgt insgesamt 61.3 Mio. CHF. Das entspricht einem Anteil von 1.9% bis 2% des Potenzials in beiden Kategorien.

Überschneidung zwischen P1 und P3

Da es sich bei P1 (produktive Ineffizienzen) und P3 (zu hohe Preise) um eine vollständige Überschneidung handelt, entspricht die Überschneidung der Summe der Effizienzpotenziale in P3 über die jeweiligen Leistungsbereiche. Betroffen sind die Leistungsbereiche Spital ambulant, Arzt ambulant und Radiologie ambulant.

Resultat:
Die Überschneidung zwischen den Ineffizienz-Kategorien P1 und P3 beträgt insgesamt 431.9 Mio. CHF. Das entspricht einem Anteil von 11.1% bis 14% des Potenzials in beiden Kategorien (Tabelle A 28, S. 124).

**Schritt 2: Konsolidierung zwischen den Ineffizienz-Bereichen (Mengen, Preise)**


**Resultat:**

Diese Überschneidungen betragen zwischen 302 Mio. CHF und 430 Mio. CHF. Je nach Leistungsbereich liegen sie zwischen 0% und 5.3% des Totals der KVG-pflichtigen Leistungen im entsprechenden Leistungsbereich.

**Abbildung 7: Schritt 2 der Konsolidierung**

5.3 Effizienzpotenziale nach Konsolidierung

Die Tabelle 5 zeigt die geschätzten Effizienzpotenziale nach Konsolidierung. Die ersten beiden Spalten zeigen das Einsparpotenzial ausgehend von zu hohen Mengen von KVG-pflichtigen Leistungen. Über alle Leistungsbereiche hinweg wird es auf 4.04 bis 4.86 Mrd. CHF geschätzt. Das Einsparpotenzial ausgehend von zu hohen Preisen wird insgesamt auf 3.08 bis 3.55 Mrd. CHF geschätzt, wie die folgenden beiden Spalten zeigen. Über beide Ineffizienz-Bereiche hinweg ergibt sich somit ein totales Effizienzpotenzial von 7.1 bis 8.4 Mrd. CHF, was einem Anteil an den Kosten KVG-pflichtiger Leistungen von 15.7% bis 18.6% entspricht.

Die Leistungsbereiche mit den höchsten Einsparpotenzialen sind die stationäre Akutsomatik (4.6% bis 4.9% bzw. 2.07 bis 2.2 Mrd. CHF), ambulante ärztliche Leistungen (3.2% bis 3.5% bzw. 1.46 bis 1.6 Mrd. CHF), verschreibungspflichtige ambulant verabreichte Medikamente (2.1% bis 3.0% bzw. 0.94 bis 1.38 Mrd. CHF) und spitalambulante Akutsomatik (2.1% bis 2.3% bzw. 0.96 bis 1.05 Mrd. CHF). Diese vier Leistungsbereiche erklären allein drei Viertel des gesamten geschätzten Effizienzpotenzials.

Tabelle 5: Effizienzpotenziale nach Konsolidierung

<table>
<thead>
<tr>
<th>Leistungsbereiche</th>
<th>Effizienzpotenzial nach Konsolidierung</th>
<th>Kosten KVG-pflicht. Leistungen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>bzgl. Mengen (in Mio. CHF)</td>
<td>bzgl. Preise (in Mio. CHF)</td>
</tr>
<tr>
<td>L1, Q1, L3</td>
<td>low</td>
<td>high</td>
</tr>
<tr>
<td>L2</td>
<td>3203</td>
<td>3314</td>
</tr>
<tr>
<td>L1</td>
<td>148</td>
<td>158</td>
</tr>
<tr>
<td>M2</td>
<td>503</td>
<td>594</td>
</tr>
<tr>
<td>M3, M4</td>
<td>881</td>
<td>995</td>
</tr>
<tr>
<td>M6</td>
<td>70</td>
<td>74</td>
</tr>
<tr>
<td>M7</td>
<td>70</td>
<td>74</td>
</tr>
<tr>
<td>M9</td>
<td>281</td>
<td>331</td>
</tr>
<tr>
<td>N1</td>
<td>310</td>
<td>310</td>
</tr>
<tr>
<td>N2</td>
<td>31</td>
<td>31</td>
</tr>
<tr>
<td>Q1</td>
<td>150</td>
<td>150</td>
</tr>
<tr>
<td>Q2</td>
<td>259</td>
<td>259</td>
</tr>
<tr>
<td>Q3</td>
<td>79</td>
<td>79</td>
</tr>
<tr>
<td>Q4</td>
<td>91</td>
<td>91</td>
</tr>
<tr>
<td>Q5</td>
<td>31</td>
<td>31</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Legende:

- **= Kein relevantes Effizienzpotenzial, daher keine Schätzung (siehe Abschnitt Priorisierung)
- **= Schätzung des Effizienzpotenzials mit keiner Strategie möglich
Vergleicht man das Effizienzpotenzial der einzelnen Leistungsbereiche mit der Höhe der Kosten der KVG-pflichtigen Leistungen der entsprechenden Leistungsbereiche (und nicht mit den Kosten der KVG-pflichtigen Leistungen insgesamt) ergibt sich ein etwas anderes Bild. Die grössten prozentualen Effizienzpotenziale zeigen sich in den Leistungsbereichen: Ambulante Radiologie (18.1% bis 48.2%), stationäre Psychiatrie (25.5% bis 26.1%), Spitalambulante Akutsomatik (20.7% bis 22.6%), ambulante ärztliche Leistungen (18.1% bis 19.8%), stationäre Akutsomatik (18.9% bis 20.1%) sowie ambulante Laboranalysen (18.1% bis 22.2%).

Abbildung 8: Effizienzpotenziale nach KVG-Leistungsbereichen und Effizienzkategorien

6 Diskussion der Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Fragenstellung
Das Ziel dieser Studie ist die Schätzung des Effizienzpotenzials in den durch die OKP (mit-)finanzierten Leistungen in den einzelnen Leistungsbereichen der OKP. Da im Gesundheitswesen mengen- und preisbezogene Ineffizienzen vorliegen können, wurde folgende Forschungsfrage formuliert: Wie stark können die Kosten der KVG-pflichtigen Leistungen bei gegebenem Gesundheits-Outcome der Bevölkerung gesenkt werden, wenn medizinisch unnötige Leistungen und Produkte ausgeschlossen (Reduktion zu hoher Mengen) und wirksame Leistungen und Produkte zu angemessenen Preisen angeboten würden (Reduktion zu hoher Preise)?

Wichtigste Ergebnisse
Im Jahr 2016 lagen die Kosten der KVG-pflichtigen Leistungen bei 45.3 Mrd. CHF oder 56% der gesamten Gesundheitsausgaben. Wir schätzen ein Effizienzpotenzial zwischen 7.1 bis 8.4 Mrd. CHF oder 15.7% bis 18.6% der Kosten der KVG-pflichtigen Leistungen.

Die Leistungsbereiche mit dem grössten Effizienzpotenzial sind die stationäre Akutsomatik (2.07 bis 2.21 Mrd. CHF bzw. 4.6% bis 4.9% der Kosten der KVG-pflichtigen Leistungen), die ambulanten ärztlichen Leistungen (1.46 bis 1.60 Mrd. CHF bzw. 3.2% bis 3.5%), die verschreibungspflichtigen ambulant verabreichten Medikamente (0.94 bis 1.38 Mrd. CHF bzw. 2.1% bis 3.0%) und die spitalambulanten Behandlungen (0.96 bis 1.05 Mrd. CHF bzw. 2.1% bis 2.3%). Diese vier Leistungsbereiche umfassen drei Viertel des geschätzten Effizienzpotenzials.

Die Leistungsbereiche mit dem grössten Effizienzpotenzial im Verhältnis zu ihren KVG-pflichtigen Leistungskosten sind die ambulante Radiologie (18.1% bis 48.2%), die stationäre Psychiatrie (25.5% bis 26.1%), die spitalambulante Akutsomatik (20.7% bis 22.6%) und die ambulant durchgeführten Laboranalysen (18.1% bis 22.2%).

Die wichtigsten Ursachen für die Ineffizienzen sind die angebots- und nachfrageseitige Mengenausweitung, produktive Ineffizienzen bei den Leistungserbringern und zu hohe Preise von Gesundheitsleistungen und -produkten.

Interpretation der Ergebnisse
Bei der Interpretation der Resultate ist zu berücksichtigen, dass die Ergebnisse immer nur eine Annäherung an das «wahre» Effizienzpotenzial sind, da sie von der Verfügbarkeit und Qualität der Daten und Schätzstrategien abhängen. Insbesondere sind folgende Punkte zu berücksichtigen:

Zweitens war die Datenlage teilweise ungeeignet. So mussten wir manchmal nicht mehr aktuelle Schätzparameter oder ausländische statt schweizerische Schätzparameter verwenden.

Drittens lagen nicht für alle Schätzstrategien leistungsbereichsspezifische Parameter vor, so dass für alle Leistungsbereiche die gleichen Parameter verwendet werden mussten. Damit wurde eine prozentual identische Ineffizienz über alle Leistungsbereiche angenommen. Die Resultate für Leistungsbereiche, für welche vorwiegend solche nicht-leistungsbereichsspezifischen Schätzstrategien angewendet wurden, sollten daher mit Vorsicht interpretiert werden. Dies gilt vor allem für die angebots- und nachfrageseitige Mengenausweitung (M2) und die mangelnde Koordination zwischen den Leistungserbringern (M3), die einen wesentlichen Teil des Effizienzpotenzials darstellen.

Einordnung/Einschätzung der Ergebnisse


Die Kriterien 1 und 2 betreffen die Vollständigkeit der Resultate, die Kriterien 3 und 4 deren Validität:

Kriterium 1: Konnte für den entsprechenden Leistungsbereich mindestens eine Schätzstrategie in den acht anfangs identifizierten relevanten Ineffizienz-Kategorien geschätzt werden?
Das Kriterium ist erfüllt, wenn mindestens eine Schätzstrategie auf eine mögliche «Ineffizienz-Kategorie / Leistungsbereich» Kombination angewendet werden konnte.

Wenn Kriterium 1 erfüllt war:

Kriterium 2: Wie umfassend war das Effizienzpotenzials quantifizierbar?

Kriterium 3: Konnten leistungsbereichsspezifische Schätzparameter verwendet werden oder mussten die gleichen Schätzparameter für alle Leistungsbereiche verwendet werden?
Dieses Kriterium wurde jeweils als ganz, halb oder gar nicht erfüllt beurteilt. Ganz erfüllt ist es, wenn alle Strategien pro «Ineffizienz-Kategorie / Leistungsbereich» Kombination, die für die Konsolidierung verwendet wurden, leistungsbereichsspezifisch sind. Halb erfüllt ist es, wenn nicht alle der verwendeten Strategien leistungsbereichsspezifisch sind.

Kriterium 4: Konnten schweizerische Schätzparameter verwendet werden?
Tabelle 6: Beurteilung der Schätzstrategien gemäß vier Gütekriterien

<table>
<thead>
<tr>
<th>Leistungsbereiche</th>
<th>Kriterien zu Vollständigkeit der Resultate</th>
<th>Kriterien zu Validität der Resultate</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Stationäre somatische Akutbehandlung</td>
<td>M1</td>
<td>M2</td>
</tr>
<tr>
<td>Stationäre Psychiatriebehandlung</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Ambulante somatische Akutbehandlung</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Ambulante Rehabilitation</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Arztliche Behandlung, ambulant</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Ambulante Psychiatrie/Psychologie</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Stationäre Rehabilitation</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Ambulante Rehabilitation, nicht-psychonom.</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Landespflege in Institutionen</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Häusliche Landespflege</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Laboranalysen</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Radiologie ambulant</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Medikamente, ambulant, Verschreibungspflicht.</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Medikamente, ambulant, frei verkäuflich</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Therapeutische Apparate</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Durchschnitt ungewichtet</strong></td>
<td>56%</td>
<td>75%</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Durchschnitt gewichtet mit Kosten</strong></td>
<td>65%</td>
<td>81%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

0 Kriterium nicht erfüllt (von beiden Strategien, die für lower- und upper-bound Schätzung verwendet wurden)
1 Kriterium teilweise erfüllt (nur von einer der Strategien, die für die lower- und upper-bound Schätzung verwendet wurden)
2 Kriterium erfüllt (von beiden Strategien, die für lower- und upper-bound Schätzung verwendet wurden)

Kein relevantes Effizienzpotenzial erwartet, daher keine Schätzung (siehe Abschnitt Priorisierung)


Die zwei letzten Zeilen zeigen für jedes Kriterium einerseits den durchschnittlichen ungewichteten Erfüllungsgrad (d.h. jeder Leistungsbereich hat ein Gewicht von 1) und andererseits, um den unterschiedlichen Größen der einzelnen Leistungsbereichsrechnung zu rechnen, den mit dem Anteil der einzelnen Leistungsbereiche an den gesamten KVG-pflichtigen Leistungskosten gewichtete Durchschnitt des Erfüllungsgrades (z.B. Gewicht stationäre Akutstation = 24.8% = (11’008/44’351)).

*Die Quantifizierung der administrativen Ineffizienzen (P4) und der durch mangelnde Versorgungsqualität ausgehenden Ineffizienzen (M4) war aufgrund unzureichender Daten nicht möglich.
Tabelle 6 wertet jedes dieser Kriterien separat aus. Die Spalte «total» quantifiziert jeweils die Erfüllung des Kriteriums pro Leistungsbereich. Die Prozentzahl zeigt, in welchem Ausmass das Kriterium insgesamt für die relevanten Ineffizienz-Kategorien erfüllt ist (nicht relevante Felder sind grau gekennzeichnet). Die Legende der Tabelle illustriert die Details der Berechnungen.

Die Beurteilung der Gütekriterien zeigt ein relativ klares Bild:

- Das Effizienzpotenzial konnte für keinen Leistungsbereich vollständig quantifiziert werden (siehe Beurteilung Kriterium 1). Am schlechtesten abgedeckt sind die häusliche Langzeitpflege und die Langzeitpflege in Institutionen, für welche nur eine der drei relevanten Ineffizienz-Kategorien geschätzt werden konnten.

- Andererseits konnte das Effizienzpotenzial dort, wo Schätzungen möglich waren, mit einer gewichteten Quote von 81% relativ umfassend quantifiziert werden (siehe Beurteilung Kriterium 2). Am wenigsten trifft das auf die ambulante Rehabilitation und die häusliche Langzeitpflege zu.

- Eine deutliche Schwäche stellen die nicht-leistungsbereichsspezifischen Schätzstrategien dar, welche zu Verzerrungen zwischen den Leistungsbereichen führen können (siehe Beurteilung Kriterium 3). Für die meisten Leistungsbereiche trifft dies auf die Hälfte der Ineffizienz-Kategorien zu (Quote von 50% in Spalte «total») und die stationäre Rehabilitation sogar auf alle Leistungsbereiche (Quote von 0%).

- Ausländische Schätzparameter mussten nur in vereinzelten Fällen angewendet werden (siehe Beurteilung Kriterium 4). Besonders betroffen ist die ambulante Radiologie (Länder-Benchmarking in M2 und P1).

### Über- oder Unterschätzung des Effizienzpotenzials

*Entspricht unsere Schätzung eines Effizienzpotenzials von 15.7% bis 18.6% eher einer Unterschätzung oder Überschätzung?*


Für eine Unterschätzung sprechen unser Ansatz, wenn immer möglich, konservative Annahmen zur treffen und die mangelnde Berücksichtigung einiger Ineffizienzen aufgrund der unzureichenden Datenlage (etwa bei M1, M4 und P4).

Gesamthaft wird das Effizienzpotenzial also eher unterschätzt.

*Wie ist das geschätzte Effizienzpotenzial der einzelnen Leistungsbereiche zu beurteilen?*

Bei den einzelnen Leistungsbereichen sehen wir aufgrund der nicht-leistungsbereichsspezifischen Schätzungen sowohl eine Überschätzungs- als auch eine Unterschätzungs-Gefahr. Wenn nämlich die implizite Annahme der prozentual gleichen Einsparpotenziale in allen Leistungsbereichen nicht zutrifft,
würde dies zu einer Überschätzung des Einsparpotenzials in den einen Leistungsbereichen und zu einer Unterschätzung in den anderen Leistungsbereichen führen.

**Vergleich mit dem bisher angenommenen Effizienzpotenzial**


**Vergleich mit ausländischen Studien**


**Realisierung des Effizienzpotenzials**

Einige der verwendeten Schätzstrategien weisen auf mögliche Massnahmen zur Effizienzsteigerung hin. Dazu gehören etwa die Streichung von unwirksamen Leistungen aus dem KVG-Leistungskatalog (M1), eine grössere Budgetverantwortung der Leistungserbringer und eine höhere Kostenbeteiligung der Versicherten (M2), eine bessere Koordination zwischen den Leistungserbringern (M3), Effizienzsteigerungen bei den Leistungserbringern (P1), eine Verlagerung von der stationären in die ambulante Versorgung (P2) und eine Senkung überhöhter Tarife (P3).


**Schlussfolgerungen**

7 Literaturverzeichnis


BAG 2017a. Faktenblatt - Anpassungen des Ärztetarifs TARMED. In: BAG (ed.).


PREISÜBERWACHER 2017. Jahresbericht des Preisüberwachers


8 Anhang

8.1 Details zum Ausschluss von zwei Ineffizienz-Kategorien

Ineffizienz-Kategorie M4 Behandlungsfehler / mangelnde Qualität


Ineffizienz-Kategorie P4 administrative Ineffizienzen

Die Herausforderung für die Schätzung eines Effizienzpotenzials durch unnötige administrativen Aufwand bei den Leistungserbringern besteht darin, die effizienzsteigernden von den ineffizienten administrativen Tätigkeiten zu unterscheiden. Ausgaben für administrative Tätigkeiten sind nicht per se überflüssig, denn sie ermöglichen es, dass ein Staat seine gesundheitspolitischen Kernfunktionen wahrnehmen kann (z.B. die Gewährleistung der Patientensicherheit). Es ist durchaus möglich, dass administrative Aufwände langfristig zu Einsparungen führen, sofern sie zur Effizienzsteigerung und zur Qualitäts- und Sicherheitssteigerung in der Leistungserbringung beitragen (OECD (2017)).

Es gibt für die Schweiz lediglich Studien, die aufzeigen wie sich der administrative Aufwand bei den Leistungserbringern in den letzten Jahren verändert hat. Golder et al. (2017) zeigen zum Beispiel, dass im stationären akutmedizinischen Bereich der Aufwand für ärztliche Dokumentationsarbeit/Patientendossiers von 2011 bis 2017 um 26 min bzw. 3.2%-Punkte pro Tag und Arzt zugenommen hat. In der stationären Psychiatrie ist sie um 1.7%-Punkte und in der stationären Rehabilitation um 3.3%-Punkte gestiegen. Keine der Studien kann jedoch eine Aussage dazu machen, welcher Anteil dieses Anstiegs nutzlos und damit ineffizient ist.
### 8.2 Details zur Abgrenzung der Kosten der KVG-pflichtigen Leistungen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kürzel in KFG-Statistik</th>
<th>Leistungsbereich</th>
<th>Finanzierung</th>
<th>Erste Abgrenzung (in Mio. CHF)</th>
<th>Kosten der KVG-pflichtigen Leistungen (in Mio. CHF)</th>
<th>Kommentar zur Abgrenzung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>L1+L3+Q1</td>
<td>Stationäre somatische Akutbehandlung (inkl. Medikamente und stationäre Geburthausbehandlung)</td>
<td>Alle</td>
<td>11'483</td>
<td>11'008</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>U OKP</td>
<td>5'072</td>
<td>5'072</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Kantone</td>
<td>5'529</td>
<td>5'529</td>
<td>Finanzierungsanteil der Kantone</td>
</tr>
<tr>
<td>L1+L3+Q1</td>
<td>Stationäre somatische Akutbehandlung (inkl. Medikamente und stationäre Geburthausbehandlung)</td>
<td>KoBe zu OKP</td>
<td>386</td>
<td>386</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Stationäre somatische Akutbehandlung (inkl. Medikamente und stationäre Geburthausbehandlung)</td>
<td>Selbstzahlungen</td>
<td>372</td>
<td>-</td>
<td>Annahme, dass nicht KVG-pflichtige Leistungen (z.B. Schönheitsoperationen)</td>
</tr>
<tr>
<td>L2</td>
<td>Stationäre Psychiatriebehandlung</td>
<td>Alle</td>
<td>1'445</td>
<td>1'384</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>L2</td>
<td>Stationäre Psychiatriebehandlung</td>
<td>U OKP</td>
<td>722</td>
<td>722</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>L2</td>
<td>Stationäre Psychiatriebehandlung</td>
<td>Kantone</td>
<td>603</td>
<td>603</td>
<td>Finanzierungsanteil der Kantone</td>
</tr>
<tr>
<td>L2</td>
<td>Stationäre Psychiatriebehandlung</td>
<td>Gemeinden</td>
<td>1</td>
<td>-</td>
<td>siehe oben (stationär akutsomatisch)</td>
</tr>
<tr>
<td>L2</td>
<td>Stationäre Psychiatriebehandlung</td>
<td>KoBe zu OKP</td>
<td>58</td>
<td>58</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>L2</td>
<td>Stationäre Psychiatriebehandlung</td>
<td>Selbstzahlungen</td>
<td>60</td>
<td>-</td>
<td>Annahme, dass nicht KVG-pflichtige Leistungen</td>
</tr>
<tr>
<td>Kürzel in KFG-Statistik</td>
<td>Leistungsbereich</td>
<td>Finanzierung</td>
<td>Erste Abgrenzung (in Mio. CHF)</td>
<td>Kosten der KVG-pflichtigen Leistungen (in Mio. CHF)</td>
<td>Kommentar zur Abgrenzung</td>
</tr>
<tr>
<td>-------------------------</td>
<td>------------------</td>
<td>--------------</td>
<td>-------------------------------</td>
<td>-----------------------------------------------</td>
<td>--------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>M2</td>
<td>Ambulante somatische Akutbehandlung im Spital</td>
<td>Alle</td>
<td>5’595</td>
<td>4’633</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M2</td>
<td>Ambulante somatische Akutbehandlung im Spital</td>
<td>U OKP</td>
<td>3’997</td>
<td>3’997</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M2</td>
<td>Ambulante somatische Akutbehandlung im Spital</td>
<td>KoBe zu OKP</td>
<td>636</td>
<td>636</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M2</td>
<td>Ambulante somatische Akutbehandlung im Spital</td>
<td>Selbstzahlun gen</td>
<td>962</td>
<td>- Abrechnungsmodalitäten; gemäss Christian Wickart (Tarife KSW) rechnen alle Krankenversicherer ausser ASSURA analog den stationären Leistungen direkt ab (tiers payant)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M3</td>
<td>Ärztliche Behandlung, ambulant, Einzelleistungen</td>
<td>Alle</td>
<td>4’889</td>
<td>4’501</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M3</td>
<td>Ärztliche Behandlung, ambulant, Einzelleistungen</td>
<td>U OKP</td>
<td>2’022</td>
<td>2’022</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M3</td>
<td>Ärztliche Behandlung, ambulant, Einzelleistungen</td>
<td>KoBe zu OKP</td>
<td>541</td>
<td>541</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M3</td>
<td>Ärztliche Behandlung, ambulant, Einzelleistungen</td>
<td>Selbstzahlun gen</td>
<td>2’327</td>
<td>1’939</td>
<td>Residuum aus Berechnung nach Zielgrösse: Anteil OKP-Kosten an Umsatz der Arztpraxen beträgt 87.5% (MAS 2015)</td>
</tr>
<tr>
<td>M4</td>
<td>Ärztliche Behandlung, ambulant, Managed Care</td>
<td>Alle</td>
<td>3’549</td>
<td>3’549</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M4</td>
<td>Ärztliche Behandlung, ambulant, Managed Care</td>
<td>U OKP</td>
<td>2’810</td>
<td>2’810</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M4</td>
<td>Ärztliche Behandlung, ambulant, Managed Care</td>
<td>KoBe zu OKP</td>
<td>739</td>
<td>739</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M6</td>
<td>Zahnbehandlung</td>
<td>Alle</td>
<td>3’259</td>
<td>69</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M6</td>
<td>Zahnbehandlung</td>
<td>U OKP</td>
<td>56</td>
<td>56</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M6</td>
<td>Zahnbehandlung</td>
<td>KoBe zu OKP</td>
<td>13</td>
<td>13</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M6</td>
<td>Zahnbehandlung</td>
<td>Selbstzahlun gen</td>
<td>3’190</td>
<td>- echte: Selbstzahlungen da nicht im KVG-Leistungskatalog</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M7</td>
<td>Ambulante Psychiatrie- und Psychologiebehandlung, kurativ</td>
<td>Alle</td>
<td>1’083</td>
<td>607</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M7</td>
<td>Ambulante Psychiatrie- und Psychologiebehandlung, kurativ</td>
<td>U OKP</td>
<td>449</td>
<td>449</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M7</td>
<td>Ambulante Psychiatrie- und Psychologiebehandlung, kurativ</td>
<td>KoBe zu OKP</td>
<td>63</td>
<td>63</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M7</td>
<td>Ambulante Psychiatrie- und Psychologiebehandlung, kurativ</td>
<td>Selbstzahlun gen</td>
<td>571</td>
<td>95</td>
<td>Annahme, dass Verhältnis der Selbstzahlungen zu Kostenbeteiligungen gleich hoch ist wie bei ärztlichen Behandlungen, d.h. Selbstzahlungen (M3) /KoBe (M3+M4) x KoBe(M7)</td>
</tr>
<tr>
<td>Kürzel in KFG-Statistik</td>
<td>Leistungsbereich</td>
<td>Finanzierung</td>
<td>Erste Abgrenzung (in Mio. CHF)</td>
<td>Kosten der KVG-pflichtigen Leistungen (in Mio. CHF)</td>
<td>Kommentar zur Abgrenzung</td>
</tr>
<tr>
<td>-------------------------</td>
<td>----------------</td>
<td>-------------</td>
<td>--------------------------------</td>
<td>--------------------------------------------------</td>
<td>--------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>M8</td>
<td>Ambulante Geburtshilfe, ambulante Geburtshausbehandlung</td>
<td>Alle</td>
<td>103</td>
<td>70</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M8</td>
<td>Ambulante Geburtshilfe, ambulante Geburtshausbehandlung</td>
<td>U OKP</td>
<td>70</td>
<td>70</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kürzel in KFG-Statistik</td>
<td>Leistungsbereich</td>
<td>Finanzierung</td>
<td>Erste Abgrenzung (in Mio. CHF)</td>
<td>Kosten der KVG-pflichtigen Leistungen (in Mio. CHF)</td>
<td>Kommentar zur Abgrenzung</td>
</tr>
<tr>
<td>------------------------</td>
<td>----------------------------------------------------------------------------------</td>
<td>---------------------------------</td>
<td>--------------------------------</td>
<td>-----------------------------------------------------</td>
<td>------------------------------------------------------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>M9</td>
<td>Andere kurative Therapien</td>
<td>Alle</td>
<td>389</td>
<td>351</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M9</td>
<td>Andere kurative Therapien</td>
<td>U OKP</td>
<td>303</td>
<td>303</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M9</td>
<td>Andere kurative Therapien</td>
<td>KoBe zu OKP</td>
<td>48</td>
<td>48</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>N1</td>
<td>Stationäre Rehabilitation</td>
<td>Alle</td>
<td>1’232</td>
<td>1’172</td>
<td>Kostenanteil der Kantone und Gemeinden werden anteilmässig bestimmt.</td>
</tr>
<tr>
<td>N1</td>
<td>Stationäre Rehabilitation U OKP</td>
<td>461</td>
<td>461</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>N1</td>
<td>Stationäre Rehabilitation Kantone</td>
<td>Gemeinden</td>
<td>675</td>
<td>675</td>
<td>Finanzierungsanteil der Kantone</td>
</tr>
<tr>
<td>N1</td>
<td>Stationäre Rehabilitation Kantone</td>
<td>Gemeinden</td>
<td>15</td>
<td>-</td>
<td>siehe oben (stationär akutsonatisch)</td>
</tr>
<tr>
<td>N1</td>
<td>Stationäre Rehabilitation KoBe zu OKP</td>
<td>15</td>
<td>36</td>
<td>36</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>N1</td>
<td>Stationäre Rehabilitation Selbstzahlungen</td>
<td>Alle</td>
<td>45</td>
<td>-</td>
<td>Annahme, dass nicht KVG-pflichtige Leistungen</td>
</tr>
<tr>
<td>N3</td>
<td>Ambulante Rehabilitation, nicht-psychosomatisch</td>
<td>Alle</td>
<td>1’445</td>
<td>1’100</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>N3</td>
<td>Ambulante Rehabilitation, nicht-psychosomatisch</td>
<td>U OKP</td>
<td>921</td>
<td>921</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>N3</td>
<td>Ambulante Rehabilitation, nicht-psychosomatisch</td>
<td>KoBe zu OKP</td>
<td>179</td>
<td>179</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>N3</td>
<td>Ambulante Rehabilitation, nicht-psychosomatisch</td>
<td>Selbstzahlungen</td>
<td>345</td>
<td>-</td>
<td>Annahme, dass nicht KVG-pflichtige Leistungen</td>
</tr>
<tr>
<td>O1</td>
<td>Langzeitpflege in Institutionen</td>
<td>Alle</td>
<td>9'812</td>
<td>4'068</td>
<td>Zielgrösse sind Pflegeleistungen gemäss Somed-Statistik (4’068 Mio.). KVG-pflichtige Anteil der Kantone und Gemeinden werden anteilmässig bestimmt.</td>
</tr>
<tr>
<td>O1</td>
<td>Langzeitpflege in Institutionen</td>
<td>U OKP</td>
<td>1’889</td>
<td>1’889</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>O1</td>
<td>Langzeitpflege in Institutionen</td>
<td>Kantone</td>
<td>2’213</td>
<td>1’415</td>
<td>Zielgrösse sind Pflegeleistungen gemäss Somed-Statistik (4’068 Mio.). KVG-pflichtige Anteil der Kantone und Gemeinden werden anteilmässig bestimmt.</td>
</tr>
<tr>
<td>O1</td>
<td>Langzeitpflege in Institutionen</td>
<td>Gemeinden</td>
<td>1’076</td>
<td>688</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>O1</td>
<td>Langzeitpflege in Institutionen</td>
<td>KoBe zu OKP</td>
<td>77</td>
<td>77</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>O1</td>
<td>Langzeitpflege in Institutionen</td>
<td>Selbstzahlungen</td>
<td>4’558</td>
<td>-</td>
<td>Grösstenteils echte Selbstzahlungen, tendenziell Unterschätzung des KVG-Anteils</td>
</tr>
<tr>
<td>O2</td>
<td>Häusliche Langzeitpflege, engerer Sinn: Pflege</td>
<td>Alle</td>
<td>1’792</td>
<td>1’302</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>O2</td>
<td>Häusliche Langzeitpflege, engerer Sinn: Pflege</td>
<td>U OKP</td>
<td>847</td>
<td>847</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kürzel in KFG-Statistik</td>
<td>Leistungsbereich</td>
<td>Finanzierung</td>
<td>Erste Abgrenzung (in Mio. CHF)</td>
<td>Kosten der KVG-pflichtigen Leistungen (in Mio. CHF)</td>
<td>Kommentar zur Abgrenzung</td>
</tr>
<tr>
<td>-------------------------</td>
<td>------------------</td>
<td>--------------</td>
<td>-------------------------------</td>
<td>-----------------------------------------------</td>
<td>--------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>O2</td>
<td>Häusliche Langzeitpflege, engerer Sinn: Pflege</td>
<td>Kantone</td>
<td>235</td>
<td>144</td>
<td>gemäss Spitex-Statistik: 144 Mio. ausgewiesene KVG-Leistungen</td>
</tr>
<tr>
<td>O2</td>
<td>Häusliche Langzeitpflege, engerer Sinn: Pflege</td>
<td>KoBe zu OKP</td>
<td>45</td>
<td>45</td>
<td>Quelle Spitex-Statistik 2016: 78 Mio. (Klienten) + 14 Mio. (verbleibendes Delta, damit Summe den KVG-Langzeitpflegeleistungen von 1'302 gemäss Spitex entspricht)</td>
</tr>
<tr>
<td>O2</td>
<td>Häusliche Langzeitpflege, engerer Sinn: Pflege</td>
<td>Selbstzahlungen</td>
<td>483</td>
<td>92</td>
<td>Residuum aus Berechnung nach Zielgrösse: Anteil OKP-Kosten an Umsatz der Arztpraxen beträgt 87.5% (MAS 2015)</td>
</tr>
<tr>
<td>P1</td>
<td>Laboranalysen</td>
<td>Alle</td>
<td>2'028</td>
<td>1'961</td>
<td>Residuum aus Berechnung nach Zielgrösse: Anteil OKP-Kosten an Umsatz der Arztpraxen beträgt 87.5% (MAS 2015)</td>
</tr>
<tr>
<td>P1</td>
<td>Laboranalysen</td>
<td>U OKP</td>
<td>1'025</td>
<td>1'025</td>
<td>Residuum aus Berechnung nach Zielgrösse: Anteil OKP-Kosten an Umsatz der Arztpraxen beträgt 87.5% (MAS 2015)</td>
</tr>
<tr>
<td>P1</td>
<td>Laboranalysen</td>
<td>KoBe zu OKP</td>
<td>374</td>
<td>374</td>
<td>Residuum aus Berechnung nach Zielgrösse: Anteil OKP-Kosten an Umsatz der Arztpraxen beträgt 87.5% (MAS 2015)</td>
</tr>
<tr>
<td>P2</td>
<td>Transport und Rettung</td>
<td>Alle</td>
<td>269</td>
<td>56</td>
<td>Residuum aus Berechnung nach Zielgrösse: Anteil OKP-Kosten an Umsatz der Arztpraxen beträgt 87.5% (MAS 2015)</td>
</tr>
<tr>
<td>P2</td>
<td>Transport und Rettung</td>
<td>U OKP</td>
<td>48</td>
<td>48</td>
<td>Residuum aus Berechnung nach Zielgrösse: Anteil OKP-Kosten an Umsatz der Arztpraxen beträgt 87.5% (MAS 2015)</td>
</tr>
<tr>
<td>P3</td>
<td>Radiologie</td>
<td>Alle</td>
<td>859</td>
<td>859</td>
<td>Residuum aus Berechnung nach Zielgrösse: Anteil OKP-Kosten an Umsatz der Arztpraxen beträgt 87.5% (MAS 2015)</td>
</tr>
<tr>
<td>P3</td>
<td>Radiologie</td>
<td>U OKP</td>
<td>615</td>
<td>615</td>
<td>Residuum aus Berechnung nach Zielgrösse: Anteil OKP-Kosten an Umsatz der Arztpraxen beträgt 87.5% (MAS 2015)</td>
</tr>
<tr>
<td>P3</td>
<td>Radiologie</td>
<td>KoBe zu OKP</td>
<td>169</td>
<td>169</td>
<td>Residuum aus Berechnung nach Zielgrösse: Anteil OKP-Kosten an Umsatz der Arztpraxen beträgt 87.5% (MAS 2015)</td>
</tr>
<tr>
<td>P3</td>
<td>Radiologie</td>
<td>Selbstzahlungen</td>
<td>75</td>
<td>75</td>
<td>Residuum aus Berechnung nach Zielgrösse: Anteil OKP-Kosten an Umsatz der Arztpraxen beträgt 87.5% (MAS 2015)</td>
</tr>
<tr>
<td>Q2</td>
<td>Medikamente, ambulant, verschreibungspflichtig</td>
<td>Alle</td>
<td>7'455</td>
<td>6'725</td>
<td>Residuum aus Berechnung nach Zielgrösse: Anteil OKP-Kosten an Umsatz der Arztpraxen beträgt 87.5% (MAS 2015)</td>
</tr>
<tr>
<td>Q2</td>
<td>Medikamente, ambulant, verschreibungspflichtig</td>
<td>U OKP</td>
<td>4'929</td>
<td>4'929</td>
<td>Residuum aus Berechnung nach Zielgrösse: Anteil OKP-Kosten an Umsatz der Arztpraxen beträgt 87.5% (MAS 2015)</td>
</tr>
<tr>
<td>Q2</td>
<td>Medikamente, ambulant, verschreibungspflichtig</td>
<td>KoBe zu OKP</td>
<td>756</td>
<td>756</td>
<td>Residuum aus Berechnung nach Zielgrösse: Anteil OKP-Kosten an Umsatz der Arztpraxen beträgt 87.5% (MAS 2015)</td>
</tr>
<tr>
<td>Q2</td>
<td>Medikamente, ambulant, verschreibungspflichtig</td>
<td>Selbstzahlungen</td>
<td>1'770</td>
<td>1'040</td>
<td>Residuum aus Berechnung nach Zielgrösse: Anteil OKP-Kosten an Umsatz der Arztpraxen beträgt 87.5% (MAS 2015)</td>
</tr>
<tr>
<td>Q3</td>
<td>Medikamente, ambulant, frei verkäuflich</td>
<td>Alle</td>
<td>2'088</td>
<td>686</td>
<td>Residuum aus Berechnung nach Zielgrösse: Anteil OKP-Kosten an Umsatz der Arztpraxen beträgt 87.5% (MAS 2015)</td>
</tr>
<tr>
<td>Q3</td>
<td>Medikamente, ambulant, frei verkäuflich</td>
<td>U OKP</td>
<td>582</td>
<td>582</td>
<td>Residuum aus Berechnung nach Zielgrösse: Anteil OKP-Kosten an Umsatz der Arztpraxen beträgt 87.5% (MAS 2015)</td>
</tr>
<tr>
<td>Q3</td>
<td>Medikamente, ambulant, frei verkäuflich</td>
<td>KoBe zu OKP</td>
<td>104</td>
<td>104</td>
<td>Residuum aus Berechnung nach Zielgrösse: Anteil OKP-Kosten an Umsatz der Arztpraxen beträgt 87.5% (MAS 2015)</td>
</tr>
<tr>
<td>Kürzel in KFG-Statistik</td>
<td>Leistungsbereich</td>
<td>Finanzierung</td>
<td>Erste Abgrenzung (in Mio. CHF)</td>
<td>Kosten der KVG-pflichtigen Leistungen (in Mio. CHF)</td>
<td>Kommentar zur Abgrenzung</td>
</tr>
<tr>
<td>-------------------------</td>
<td>------------------</td>
<td>--------------</td>
<td>-------------------------------</td>
<td>---------------------------------</td>
<td>--------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Q3</td>
<td>Medikamente, ambulant, frei verkäuflich</td>
<td>Selbstzahlungen</td>
<td>1'402</td>
<td>-</td>
<td>Residuum aus Berechnung nach Zielgrösse: Anteil kassenpflichtige rezeptfreie Medikamente am gesamten Marktvolumen der rezeptfreien Medikamente (Interpharma 2018), mind. Null</td>
</tr>
<tr>
<td>Q4</td>
<td>Verbrauchsprodukte</td>
<td>Alle</td>
<td>687</td>
<td>431</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Q4</td>
<td>Verbrauchsprodukte</td>
<td>U OKP</td>
<td>117</td>
<td>117</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Q4</td>
<td>Verbrauchsprodukte</td>
<td>KoBe zu OKP</td>
<td>16</td>
<td>16</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Q4</td>
<td>Verbrauchsprodukte</td>
<td>Selbstzahlungen</td>
<td>554</td>
<td>299</td>
<td>Leistungserbringerabhängig: - Spital: keine KVG-pflichtige Leistungen - Arztpraxen: Anteil KVG-pflichtige Leistungen 87.5% (MAS 2015) - Detailhandel: keine KVG-pflichtige Leistungen</td>
</tr>
<tr>
<td>Q5</td>
<td>Therapeutische Apparate</td>
<td>Alle</td>
<td>1'282</td>
<td>794</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Q5</td>
<td>Therapeutische Apparate</td>
<td>U OKP</td>
<td>394</td>
<td>394</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Q5</td>
<td>Therapeutische Apparate</td>
<td>KoBe zu OKP</td>
<td>58</td>
<td>58</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Q5</td>
<td>Therapeutische Apparate</td>
<td>Selbstzahlungen</td>
<td>830</td>
<td>342</td>
<td>Residuum aus Berechnung nach Zielgrösse: Anteil OKP-Kosten an Umsatz der Arztpraxen beträgt 87.5% (MAS 2015). Total wird vor Zielgrössen-Bestimmung um Anteil Optiker (keine KVG-pflichtige Leistungen) und Hörgeräteakustiker (aufgrund hoher Kosten kaum Selbstzahlungen) reduziert</td>
</tr>
<tr>
<td>R</td>
<td>Prävention</td>
<td>Alle</td>
<td>463</td>
<td>-</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>R</td>
<td>Prävention</td>
<td>U OKP</td>
<td>35</td>
<td>-</td>
<td>Annahme, dass kein Effizienzpotenzial</td>
</tr>
<tr>
<td>R</td>
<td>Prävention</td>
<td>KoBe zu OKP</td>
<td>3</td>
<td>-</td>
<td>Annahme, dass kein Effizienzpotenzial</td>
</tr>
<tr>
<td>R</td>
<td>Prävention</td>
<td>Selbstzahlungen</td>
<td>424</td>
<td>-</td>
<td>Annahme, dass kein Effizienzpotenzial</td>
</tr>
<tr>
<td>S2</td>
<td>Verwaltung Sozialversicherungen</td>
<td>Alle</td>
<td>1'337</td>
<td>-</td>
<td>gemäss Auftrag von Auftraggeber</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Tabelle A 2: KVG-pflichtige Leistungen nach Leistungsbereich und Finanzierungsregime

<table>
<thead>
<tr>
<th>Leistungsbereich</th>
<th>Kosten nach Finanzierungsregime (in Mio. CHF)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Gemeinden</td>
</tr>
<tr>
<td>Stationäre somatische Akutbehandlung (inkl. Medikamente und stationäre Geburtshausbehandlung)</td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td>Stationäre Psychiatriebehandlung</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Ambulante somatische Akutbehandlung im Spital</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Ärztliche Behandlung, ambulant, Einzelleistungen</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Ärztliche Behandlung, ambulant, Managed Care</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Zahnbehandlung</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Ambulante Psychiatrie- und Psychologiebehandlung, kurativ</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Ambulante Geburtshilfe, ambulante Geburtshausbehandlung</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Andere kurative Therapien</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Stationäre Rehabilitation</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Ambulante Rehabilitation, nicht-psychosomatisch</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Langzeitpflege in Institutionen</td>
<td>688</td>
</tr>
<tr>
<td>Häusliche Langzeitpflege, engerer Sinn: Pflege</td>
<td>174</td>
</tr>
<tr>
<td>Laboranalysen</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Transport und Rettung</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Radiologie</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Medikamente, ambulant, verschreibungspflichtig</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Medikamente, ambulant, frei verkäuflich</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Verbrauchsprodukte</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Therapeutische Apparate</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
<td>883</td>
</tr>
</tbody>
</table>

in Prozent der Gesamtkosten der KVG-pflichtigen Leistungen: 1.9% 18.5% 9.5% 9.8% 60.3% 100.0%
8.3 Details zu den Berechnungen in allen Schätzstrategien

Tabelle A 3: Details zu Strategien M1.S1 und M1.S2

<table>
<thead>
<tr>
<th>Quelle</th>
<th>Behandlung</th>
<th>Kosten in CHF (lower bound)</th>
<th>Leistungsbereich</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Carter et al. (2017)</td>
<td>Colorectal cancer screening for older elderly patients</td>
<td>10'515'210</td>
<td>M2 (70%) + M3, M4 (30%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Carter et al. (2017)</td>
<td>Cervical cancer screening for women over age 65</td>
<td>1'908'460</td>
<td>P1 (100%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Sprenger et al. (2016)</td>
<td>Routine annual cervical cancer screening for younger women</td>
<td>19'307'334</td>
<td>P1 (100%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Reid et al. (2016)</td>
<td>HPV test in women younger than 30</td>
<td>5'944'493</td>
<td>P1 (100%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Sprenger et al. (2016)</td>
<td>Pap smears on women younger than 21</td>
<td>946'208</td>
<td>P1 (100%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Sprenger et al. (2016)</td>
<td>Pap smears on women with previous hysterectomy</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Carter et al. (2017)</td>
<td>Colorectal cancer screening for older elderly patients</td>
<td>10'515'210</td>
<td>M2 (70%) + M3, M4 (30%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Carter et al. (2017)</td>
<td>Cervical cancer screening for women over age 65</td>
<td>1'908'460</td>
<td>P1 (100%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Sprenger et al. (2016)</td>
<td>Routine annual cervical cancer screening for younger women</td>
<td>19'307'334</td>
<td>P1 (100%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Reid et al. (2016)</td>
<td>HPV test in women younger than 30</td>
<td>5'944'493</td>
<td>P1 (100%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Sprenger et al. (2016)</td>
<td>Pap smears on women younger than 21</td>
<td>946'208</td>
<td>P1 (100%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Sprenger et al. (2016)</td>
<td>Pap smears on women with previous hysterectomy</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Screening for other types of cancer

<table>
<thead>
<tr>
<th>Quelle</th>
<th>Behandlung</th>
<th>Kosten in CHF (lower bound)</th>
<th>Leistungsbereich</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Schwartz et al. (2014)</td>
<td>Cancer screening for patient with chronic kidney disease (CKD) receiving dialysis</td>
<td>58'756</td>
<td>P3 (100%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Sprenger et al. (2016)</td>
<td>Cancer screening in adults with life expectancy &lt;10 years</td>
<td>3'883'323</td>
<td>P3 (100%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Sprenger et al. (2016)</td>
<td>Prostate-specific antigen (PSA) testing</td>
<td>1'332'823</td>
<td>P1 (100%)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Diagnostic and Preventive Testing

<table>
<thead>
<tr>
<th>Quelle</th>
<th>Behandlung</th>
<th>Kosten in CHF (lower bound)</th>
<th>Leistungsbereich</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Reid et al. (2016) + Schwartz et al. (2014)</td>
<td>Bone mineral density testing at frequent intervals / Dual-energy x-ray absorptiometry (DEXA) screening for osteoporosis</td>
<td>1'306'329</td>
<td>P3 (100%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Reid et al. (2016) + Schwartz et al. (2014)</td>
<td>Homocysteine testing for cardiovascular disease</td>
<td>1'309'122</td>
<td>P1 (100%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Reid et al. (2016) + Schwartz et al. (2014)</td>
<td>Hypercoagulability testing in patients with deep vein thrombosis (DVT)</td>
<td>68'328</td>
<td>P1 (100%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Reid et al. (2016) + Schwartz et al. (2014)</td>
<td>PTH measurement for patients with stage I-III CKD</td>
<td>3'831'518</td>
<td>P1 (100%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Reid et al. (2016)</td>
<td>Screening for 25-OH-Vitamin D deficiency</td>
<td>1'879'006</td>
<td>P1 (100%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Sprenger et al. (2016)</td>
<td>Screening for gestational diabetes</td>
<td>563'043</td>
<td>P1 (100%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Sprenger et al. (2016)</td>
<td>T3 testing for hypothyroidism</td>
<td>8'107'516</td>
<td>P1 (100%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Sprenger et al. (2016)</td>
<td>Unproven diagnostic tests in the evaluation of allergy</td>
<td>1'938'378</td>
<td>M3, M4 (100%)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Preoperative Testing

<table>
<thead>
<tr>
<th>Quelle</th>
<th>Behandlung</th>
<th>Kosten in CHF (lower bound)</th>
<th>Leistungsbereich</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Colla et al. (2015)</td>
<td>Preoperative cardiac tests (cataract surgery)</td>
<td>15'855</td>
<td>M2 (100%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Reid et al. (2016) + Schwartz et al. (2014)</td>
<td>Preoperative chest radiography</td>
<td>2'249'222</td>
<td>L1, Q1, L3 (50%) + P3 (50%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Reid et al. (2016) + Schwartz et al. (2014)</td>
<td>Preoperative Echocardiography</td>
<td>1'059'076</td>
<td>L1, Q1, L3 (50%) + P3 (50%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Reid et al. (2016) + Schwartz et al. (2014)</td>
<td>Preoperative Pulmonary function testing (PFMT)</td>
<td>195'411</td>
<td>L1, Q1, L3 (50%) + M2 (50%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Reid et al. (2016) + Schwartz et al. (2014)</td>
<td>Preoperative stress testing</td>
<td>7'048'224</td>
<td>L1, Q1, L3 (50%) + M2 (50%)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Headache Imaging

<table>
<thead>
<tr>
<th>Quelle</th>
<th>Behandlung</th>
<th>Kosten in CHF (lower bound)</th>
<th>Leistungsbereich</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Reid et al. (2016) + Schwartz et al. (2014)</td>
<td>CT/MRI of head for uncomplicated headache</td>
<td>20'945'684</td>
<td>M2 (20%) + P3 (80%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Quelle</td>
<td>Behandlung</td>
<td>Kosten in CHF (lower bound)</td>
<td>Leistungsbereich</td>
</tr>
<tr>
<td>--------</td>
<td>------------</td>
<td>----------------------------</td>
<td>------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Reid et al. (2016) + Schwartz et al. (2014)</td>
<td>EEG for headaches</td>
<td>614’948</td>
<td>M2 (20%) + M3, M4 (80%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Reid et al. (2016) + Schwartz et al. (2014)</td>
<td>Imaging (x-ray, CT or MRI) for non-specific low back pain</td>
<td>15’306’280</td>
<td>P3 (100%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Carter et al. (2017)</td>
<td>MRI of lumbar spine for low back pain</td>
<td>4’016’633</td>
<td>P3 (100%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Other types of imaging</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Colla et al. (2015)</td>
<td>Benign prostatic hyperplasia (=BPH) imaging</td>
<td>689’226</td>
<td>P3 (100%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Reid et al. (2016) + Schwartz et al. (2014)</td>
<td>CT of the sinuses for uncomplicated acute rhinosinusitis</td>
<td>5’109’405</td>
<td>P3 (100%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Reid et al. (2016) + Schwartz et al. (2014)</td>
<td>Diagnostics in the evaluation of syncope</td>
<td>4’550’285</td>
<td>M3, M4 (80%) + P1 (20%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Reid et al. (2016)</td>
<td>Imaging for plantar fasciitis</td>
<td>2’254’808</td>
<td>P3 (100%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Reid et al. (2016) + Schwartz et al. (2014)</td>
<td>Screening for carotid artery disease in asymptomatic adults</td>
<td>22’658’640</td>
<td>P3 (100%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Cardiovascular Testing and Procedures</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Colla et al. (2015)</td>
<td>Cardiac tests on low-risk, asymptomatic patients</td>
<td>unspecific definition of low risk, asymptomatic patients</td>
<td>M3, M4 (100%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Reid et al. (2016) + Schwartz et al. (2014)</td>
<td>Carotid endarterectomy for asymptomatic adults</td>
<td>922’421</td>
<td>L1, Q1, L3 (50%) + M2 (50%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Reid et al. (2016) + Schwartz et al. (2014)</td>
<td>IVC filters to prevent pulmonary embolism</td>
<td>4’029’722</td>
<td>P3 (100%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Reid et al. (2016) + Schwartz et al. (2014)</td>
<td>Percutaneous coronary intervention for stable coronary artery disease</td>
<td>19’186’574</td>
<td>L1, Q1, L3 (50%) + M2 (50%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Reid et al. (2016) + Schwartz et al. (2014)</td>
<td>Peripheral artery stenting</td>
<td>37’439’133</td>
<td>L1, Q1, L3 (50%) + M2 (50%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Reid et al. (2016) + Schwartz et al. (2014)</td>
<td>Renal artery angioplasty or stent</td>
<td>9’806’973</td>
<td>L1, Q1, L3 (50%) + M2 (50%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Reid et al. (2016) + Schwartz et al. (2014)</td>
<td>Screening for carotid artery disease in case of syncope</td>
<td>2’417’247</td>
<td>P3 (100%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Reid et al. (2016) + Schwartz et al. (2014)</td>
<td>Stress testing for stable coronary artery disease</td>
<td>13’481’228</td>
<td>M3, M4 (50%) + P3 (50%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Other Surgery</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Reid et al. (2016) + Schwartz et al. (2014)</td>
<td>Arthroscopic surgery for knee osteoarthritis</td>
<td>5’990’612</td>
<td>L1, Q1, L3 (100%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Carter et al. (2017)</td>
<td>Hysterectomy for benign disease for women</td>
<td>15’804’548</td>
<td>L1, Q1, L3 (55%) + M2 (45%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Carter et al. (2017)</td>
<td>Laminectomy or spinal fusion for low back pain</td>
<td>30’939’622</td>
<td>L1, Q1, L3 (50%) + M2 (50%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Reid et al. (2016)</td>
<td>Spinal injection for low-back pain</td>
<td>41’440’629</td>
<td>M3, M4 (100%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Carter et al. (2017)</td>
<td>Use of bone growth material in cervical spine fusion</td>
<td>no prevalence rate or cost per enrollee available</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Reid et al. (2016) + Schwartz et al. (2014)</td>
<td>Vertebroplasty or kyphoplasty for osteoporotic vertebral fracture</td>
<td>11’960’345</td>
<td>M3, M4 (100%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Drugs</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sprenger et al. (2016)</td>
<td>Abatacept for the treatment of people with RA</td>
<td>7’980’168</td>
<td>Q2 (100%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Sprenger et al. (2016)</td>
<td>Combination Lipid Therapy in Type 2 Diabetes Mellitus</td>
<td>2’440’786</td>
<td>Q2 (100%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Quelle</td>
<td>Behandlung</td>
<td>Kosten in CHF (lower bound)</td>
<td>Leistungsbereich</td>
</tr>
<tr>
<td>-----------------------------</td>
<td>--------------------------------------------------------------------------------------------------</td>
<td>----------------------------</td>
<td>------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Sprenger et al. (2016)</td>
<td>Combination of a New oral anticoagulant (NOAC) with dual antiplatelet therapy in people who need anticoagulation, who have had an MI</td>
<td>95'026</td>
<td>Q2 (100%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Sprenger et al. (2016)</td>
<td>Dapagliflozin in a triple therapy regimen with metformin and a sulfonylurea for treating type 2 diabetes</td>
<td>166'468</td>
<td>M3, M4 (100%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Sprenger et al. (2016)</td>
<td>Dehydroepiandrosteron (DHEA) in Women and DHEA or Testosterone in Men &gt;65 years</td>
<td>732'745</td>
<td>Q2 (100%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Sprenger et al. (2016)</td>
<td>Gamma Hydroxybutyric Acid (GHB) for the treatment of alcohol misuse</td>
<td>23'785</td>
<td>Q2 (100%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Sprenger et al. (2016)</td>
<td>Homeopathic medications, non-vitamin dietary or herbal supplements as treatments or preventive measures</td>
<td>5'079'327</td>
<td>Q3 (100%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Sprenger et al. (2016)</td>
<td>Lipid-lowering medications in individuals with a limited life expectancy</td>
<td>4'454'184</td>
<td>Q2 (100%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Sprenger et al. (2016)</td>
<td>Long-term, frequent dose, continuous prescription of antacid therapy</td>
<td>54'187'728</td>
<td>Q2 (100%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Sprenger et al. (2016)</td>
<td>Nicorandil to reduce risk in patients after an MI</td>
<td>516'349</td>
<td>Q2 (100%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Sprenger et al. (2016)</td>
<td>Oxybutynin to frail older women</td>
<td>1'606'102</td>
<td>Q2 (100%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Sprenger et al. (2016)</td>
<td>Oxycodone for pain</td>
<td>3'306'872</td>
<td>Q2 (100%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Colla et al. (2015)</td>
<td>Use of opioid or butalbital treatment for migraine, except as a last resort</td>
<td>6'120'539</td>
<td>Q2 (100%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Colla et al. (2015)</td>
<td>Use of antipsychotics as first choice to treat behavioral and psychological symptoms of dementia</td>
<td>70'234'232</td>
<td>Q2 (100%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Disease Approach</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sprenger et al. (2016)</td>
<td>Bladder instillations or washouts</td>
<td>79'878</td>
<td>L1, Q1, L3 (50%) + M2 (50%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Colla et al. (2015)</td>
<td>Percutaneous feeding tubes in patients with advanced dementia</td>
<td>2'188'296</td>
<td>L1, Q1, L3 (50%) + M2 (50%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Routine FU/Monitoring</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sprenger et al. (2016)</td>
<td>Daily glucose testing in Type 2 diabetes mellitus patients not using insulin</td>
<td>34'106'877</td>
<td>P1 (100%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Sprenger et al. (2016)</td>
<td>Routine screening for bacterial vaginosis in pregnant women</td>
<td>352'266</td>
<td>P3 (100%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Leistungsbereiche für KVG-pflichtige Leistungen</td>
<td>Leistungsbereiche</td>
<td>M1.51 (Mio. CHF)</td>
<td>M1.52 (Mio. CHF)</td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
</tr>
<tr>
<td>L1, Q1, L3</td>
<td>Stationäre somatische Akutbehandlung (inkl. Medikamente und stationäre Geburtshausbehandlung)</td>
<td>70 (0.6%)</td>
<td>3 (0.0%)</td>
</tr>
<tr>
<td>M2</td>
<td>Ambulante somatische Akutbehandlung im Spital</td>
<td>73 (1.6%)</td>
<td>13 (0.3%)</td>
</tr>
<tr>
<td>M3, M4</td>
<td>Ärztliche Behandlung, Einzelleistungen &amp; Managed Care</td>
<td>70 (0.9%)</td>
<td>7 (0.9%)</td>
</tr>
<tr>
<td>P1</td>
<td>Laboranalysen (ambulant)</td>
<td>80 (4.1%)</td>
<td>2 (0.1%)</td>
</tr>
<tr>
<td>P3</td>
<td>Radiologie (ambulant)</td>
<td>87 (10.1%)</td>
<td>40 (4.7%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Q2</td>
<td>Medikamente, ambulant, verschreibungspflichtig</td>
<td>152 (2.3%)</td>
<td>131 (1.9%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Q3</td>
<td>Medikamente, ambulant, frei verkäuflich</td>
<td>5 (0.7%)</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Summe</td>
<td></td>
<td>537 (1.6%)</td>
<td>197 (0.6%)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Tabelle A 4: Details zu Strategie M2.S1

#### Berechnung des Effizienzpotenzials der OKP-pflichtigen Leistungen pro Versicherungsmodell

<table>
<thead>
<tr>
<th>Leistungsbereich</th>
<th>Leistungsbereich</th>
<th>Einsparpotential (in CHF)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>L3, L4, L5</td>
<td>Stationäre somatische Akutbehandlung (inkl. Medikamente und Gabeberatung)</td>
<td>585</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Ambulante somatische Akutbehandlung im Spitäl</td>
<td>246</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Ambulante somatische Akutbehandlung im Spitäl</td>
<td>32</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Laboranaly men</td>
<td>104</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Radiologie</td>
<td>46</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Medikamente, ambulant, verschreibungsfähig</td>
<td>358</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Medikamente, ambulant, frei verkauflich</td>
<td>36</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Therapeutische Apparate</td>
<td>41</td>
</tr>
<tr>
<td>SUMME Leistungsbereiche</td>
<td>SUMME Leistungsbereiche</td>
<td>1'952</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Anmerkungen:** BASE = Standardmodell; BONUS = Bonusmodell; HAM, RDS, A = Modelle ohne Vertrag zwischen Versicherer und Leistungserbringer; HAM, A = Häusärzte, Ärztengruppen und HAM-Praxen mit Vertrag zwischen Versicherer und Leistungserbringer ohne Budgetverantwortung; HAM, B = Häusärzte, Ärztengruppen und HAM-Praxen mit Vertrag zwischen Versicherer und Leistungserbringer mit Budgetverantwortung; H DIV, A = Andere Modelle wie Sektormodelle mit Vertrag zwischen Versicherer und Leistungserbringer ohne Budgetverantwortung; H DIV, B = Andere Modelle wie Sektormodelle mit Vertrag zwischen Versicherer und Leistungserbringer mit Budgetverantwortung; AND = Andere Modelle, auch nicht in NC.

Quelle: SAGIS Dättermo, eigene Berechnungen.
### Tabelle A 5: Details zu Strategie M2.S2

<table>
<thead>
<tr>
<th>Leistungsbereich</th>
<th>Beschreibung der Leistungsbereich</th>
<th>Ersparnispotenzial (in Mio. CHF)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>NS, NL, LS</td>
<td>Stationäre ambulante Aufnahme</td>
<td>145</td>
</tr>
<tr>
<td>L1</td>
<td>Teilstationäre Psychiatrie</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>L2</td>
<td>Ambulante psychiatrische Akutbehandlung</td>
<td>61</td>
</tr>
<tr>
<td>L4</td>
<td>Ambulante Psychiatrie, psychomotorische Therapie</td>
<td>55</td>
</tr>
<tr>
<td>P1</td>
<td>Psychiatrie, Psychologie</td>
<td>71</td>
</tr>
<tr>
<td>P2</td>
<td>Radiologie</td>
<td>50</td>
</tr>
<tr>
<td>G2</td>
<td>Medikamente, ambulant, verschreibungspflichtig</td>
<td>33</td>
</tr>
<tr>
<td>G3</td>
<td>Medikamente, ambulant, frei verkauflich</td>
<td>35</td>
</tr>
<tr>
<td>G4</td>
<td>Therapeutische Apparate</td>
<td>35</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Anmerkungen:**
- Relative Ersparnispotenzial im Vergleich zum Standardmodell: BASE = Standardmodell; BONUS = Bonusmodell; HAM_RIS_A = Modelle ohne Vertrag zwischen Versicherer und Leistungserbringer; HAM_RIS_A = Modelle ohne Vertrag zwischen Versicherer und Leistungserbringer ohne Budgetmitverantwortung; H_DIV_A = Andere Modelle mit Vertrag zwischen Versicherer und Leistungserbringer ohne Budgetmitverantwortung; AND = Andere Modelle, auch nicht MC.
- Quelle: SASIS Datenpool, eigene Berechnungen.
Tabelle A 6: Details zu Strategie M2.S3

<table>
<thead>
<tr>
<th>M2.S3: Länder-Benchmark bezüglich der Anzahl der MRI- und CT-Untersuchungen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Kennzahlen aus Tabelle 3 (Leistungsbereich P3):</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Kosten für KVG-pflichtige Leistungen (in Mio. CHF)</td>
</tr>
<tr>
<td>859</td>
</tr>
<tr>
<td>Schweizer Bevölkerung (in 1’000 Einw.):</td>
</tr>
<tr>
<td>MRI</td>
</tr>
<tr>
<td>170</td>
</tr>
<tr>
<td>Anteil ambulant durchgeführter Untersuchungen*:</td>
</tr>
<tr>
<td>90%</td>
</tr>
<tr>
<td>Durchschnittliche Kosten für Untersuchung Schweiz (in CHF) ***:</td>
</tr>
<tr>
<td>419</td>
</tr>
<tr>
<td>Anzahl Untersuchungen Benchmark-Länder (pro 1’000 Einw.):</td>
</tr>
<tr>
<td>MRI</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Anzahl vermeidbare Untersuchungen im Vgl. zu Benchmark (Total CH):</td>
</tr>
<tr>
<td>MRI</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CT</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Anzahl vermeidbarer ambulant durchgeführter Untersuchungen im Vgl. zu Benchmark (Total CH) ?:</td>
</tr>
<tr>
<td>MRI</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CT</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Einsparpotenzial Kosten für KVG-pflichtige Leistungen (in Mio. CHF):</td>
</tr>
<tr>
<td>MRI</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CT</td>
</tr>
<tr>
<td>Einsparpotenzial Kosten für KVG-pflichtige Leistungen in % der Kosten für KVG-pflichtige Leistungen P3:</td>
</tr>
<tr>
<td>MRI</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CT</td>
</tr>
<tr>
<td>Einsparpotenzial Kosten in % der Kosten für KVG-pflichtige Leist. (in Mio. CHF):</td>
</tr>
<tr>
<td>MRI</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CT</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Quellen: * OECD (für Anzahl Untersuchungen insgesamt (in und ausserhalb von Spitälen); Krankenhausstatistik (für Anzahl Untersuchungen in Spitälen ambulant bzw. stationär)) ** OECD für Holland und Dänemark (Informationen zur Anzahl Untersuchungen in und ausserhalb von Spitälen: keine Unterteilung in ambulant und stationär möglich). *** SASS (Durchschnittskosten der CT- und MRI-Untersuchungen ambulant).

** Annahme: Anteil vermeidbarer Untersuchungen im stationären und ambulanten Bereich gleich hoch.
Tabelle A 7: Details zu Strategie M3.1 (lower bound)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Leistungsbereich</th>
<th>Bezeichnung des leistungsbereichs</th>
<th>Einsparpotenzial (in Mio. CHF)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>L1, L2, L3</td>
<td>Stationäre somatische Akutbehandlung (inkl. Medikamente und Geburtsklinik)</td>
<td>222</td>
</tr>
<tr>
<td>L2</td>
<td>Stationäre Psychiatriebehandlung</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td>L2</td>
<td>Ambulante somatische Akutbehandlung im Spital</td>
<td>93</td>
</tr>
<tr>
<td>M3, M4</td>
<td>Ärztliche Behandlung, ambulant, Einzelleistungen und Managed Care</td>
<td>162</td>
</tr>
<tr>
<td>M7</td>
<td>Ambulante Psychiatrie- und Psychologiebehandlung, kurativ</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>P1</td>
<td>Laboranalysen</td>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td>P3</td>
<td>Radiologie</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>Q2</td>
<td>Medikamente, ambulant, verschreibungspflichtig</td>
<td>135</td>
</tr>
<tr>
<td>C9</td>
<td>Therapeutische Apparate</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>Summe Leistungsbereiche</td>
<td></td>
<td>739</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Anmerkungen: BASE = Standardmodell; BONUS = Bonusmodelle.
Quelle: SASIS Datenpool, eigene Berechnungen.
Tabelle A 8: Details zu Strategie M3.1 (upper bound)

<table>
<thead>
<tr>
<th>M3.1: Mangelnde Koordination in der Versorgung</th>
<th>BASE</th>
<th>BONUS</th>
<th>HAM_RDS_A</th>
<th>H_DV_A</th>
<th>H_DV_B</th>
<th>AND</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Kernzahlen aus Tabelle A1 (Leistungsbereiche L1+Q1+Q3, L2, M2-A, M7, P1, P3, Q2-3, Q6)</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Total Kosten für KV-pflichtige Leistungen (in Mio. CHF)</td>
<td>367.08</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Anteil Totaler OKP-Bruttoleistungskosten an Totalen für KV-pflichtige Leistungen</td>
<td>72.2%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Ergebnisse aus Truettlen et al. (2012), Tabelle 5</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Relatives Einsparpotenzial für Versicherte mit 300 CHF Franchise (FFS &gt;&gt; IPA)</td>
<td>20.6%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>relatives Einsparpotenzial für Versicherte mit 500 CHF Franchise (FFS &gt;&gt; IPA)</td>
<td>7.5%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>relatives Einsparpotenzial für Versicherte mit &gt; 500 CHF Franchise (FFS &gt;&gt; IPA)</td>
<td>1.5%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Berechnung des Einsparpotenzials der KV-pflichtigen Leistungen pro Versichertenmodell und Frauchensbiete</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Frauchens: &gt; 500 CHF</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Osk-Bruttoleistungskosten pro Versicherten (in CHF)</td>
<td>6’116</td>
<td>2’472</td>
<td>4’032</td>
<td>3’331</td>
<td>3’643</td>
<td>3’477</td>
</tr>
<tr>
<td>Einsparpotenzial Osk-Bruttoleistungskosten pro Versicherten (in CHF)</td>
<td>650</td>
<td>263</td>
<td>439</td>
<td>352</td>
<td>387</td>
<td>370</td>
</tr>
<tr>
<td>Anzahl Versicherte</td>
<td>1’873’778</td>
<td>4’108</td>
<td>1’410’934</td>
<td>367’199</td>
<td>14’661</td>
<td>99’172</td>
</tr>
<tr>
<td>Einsparpotenzial Osk-Bruttoleistungskosten (in Mio. CHF)</td>
<td>1’088</td>
<td>1</td>
<td>605</td>
<td>57</td>
<td>37</td>
<td>37</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Frauchens: &gt; 500 CHF</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Osk-Bruttoleistungskosten pro Versicherten (in CHF)</td>
<td>6’407</td>
<td>314</td>
<td>4’222</td>
<td>3’620</td>
<td>3’965</td>
<td>3’843</td>
</tr>
<tr>
<td>Einsparpotenzial Osk-Bruttoleistungskosten pro Versicherten (in CHF)</td>
<td>495</td>
<td>24</td>
<td>317</td>
<td>271</td>
<td>297</td>
<td>288</td>
</tr>
<tr>
<td>Anzahl Versicherte</td>
<td>422’433</td>
<td>0</td>
<td>278’178</td>
<td>73’541</td>
<td>4’362</td>
<td>34’520</td>
</tr>
<tr>
<td>Einsparpotenzial Osk-Bruttoleistungskosten (in Mio. CHF)</td>
<td>209</td>
<td>0</td>
<td>88</td>
<td>20</td>
<td>10</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Frauchens: &gt; 500 CHF</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Osk-Bruttoleistungskosten pro Versicherten (in CHF)</td>
<td>2’037</td>
<td>0</td>
<td>1’185</td>
<td>1’186</td>
<td>1’187</td>
<td>1’135</td>
</tr>
<tr>
<td>Einsparpotenzial Osk-Bruttoleistungskosten pro Versicherten (in CHF)</td>
<td>30</td>
<td>0</td>
<td>18</td>
<td>18</td>
<td>18</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>Anzahl Versicherte</td>
<td>627’873</td>
<td>0</td>
<td>1’097’456</td>
<td>447’623</td>
<td>11’844</td>
<td>116’707</td>
</tr>
<tr>
<td>Einsparpotenzial Osk-Bruttoleistungskosten (in Mio. CHF)</td>
<td>19</td>
<td>0</td>
<td>19</td>
<td>8</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Total (in Mio. CHF)</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>UMD Capitation</td>
<td>1’316</td>
<td>1</td>
<td>712</td>
<td>155</td>
<td>7</td>
<td>49</td>
</tr>
<tr>
<td>Einsparpotenzial KV-pflichtige Leistungen durch bessere Koordination UMD Capitation</td>
<td>1’823</td>
<td>1</td>
<td>986</td>
<td>215</td>
<td>10</td>
<td>68</td>
</tr>
<tr>
<td>Einsparpotenzial KV-pflichtige Leistungen durch Capitation (Resultat Strategie M2.52)</td>
<td>1’331</td>
<td>1</td>
<td>645</td>
<td>157</td>
<td>9</td>
<td>50</td>
</tr>
<tr>
<td>Einsparpotenzial KV-pflichtige Leistungen durch bessere Koordination</td>
<td>692</td>
<td>1</td>
<td>341</td>
<td>58</td>
<td>1</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Einsparpotenzial KV-pflichtige Leistungen alle Versicherungsmodelle durch bessere Koordination</strong></td>
<td>1’110</td>
<td>1</td>
<td>592</td>
<td>134</td>
<td>7</td>
<td>42</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Berechnung des Einsparpotenzials der KV-pflichtigen Leistungen pro Leistungsbereich (L1) gemäss den Kostenelementen der L1 an den Kosten KV-pflichtiger Leistungen in CHF:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Leistungsbereich</th>
<th>Berechnung des Leistungsbereichs</th>
<th>Einsparpotenzial (in Mio. CHF)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>L1, Q1, L3</td>
<td>Stationsärztliche Ambulanzambulanz (Inh. Medizinische Universität Zürich)</td>
<td>333</td>
</tr>
<tr>
<td>L2</td>
<td>Stationsärztliche Ambulanzambulanz (Inh. Medizinische Universität Zürich)</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td>M2</td>
<td>Stationsärztliche Ambulanzambulanz (Inh. Medizinische Universität Zürich)</td>
<td>140</td>
</tr>
<tr>
<td>M3, M4</td>
<td>Ärztliche Leistungen, ambulant, Ersatzleistungen und Managed Care</td>
<td>243</td>
</tr>
<tr>
<td>M7</td>
<td>Stationsärztliche Ambulanzambulanz (Inh. Medizinische Universität Zürich)</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>H1</td>
<td>Laboranalysen</td>
<td>59</td>
</tr>
<tr>
<td>P1</td>
<td>Pathologische Anatomie</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>G2</td>
<td>Medizinische, ambulant, verschreibungspflichtig</td>
<td>203</td>
</tr>
<tr>
<td>H3</td>
<td>Medizinische, ambulant, frei vertragsbedingt</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>G5</td>
<td>Therapeutische Anamnese</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>Summe Leistungsbereiche</td>
<td>1’110</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Anmerkungen: BASE = Standardmodell, BONUS = Bonusmodell, HAM_RDS_A = Modell ohne Vertrag zwischen Versicherer und Leistungserbringer, H_DV_A = Andere Modelle wie Telefominodelle mit Vertrag zwischen Versicherer und Leitungserbringer ohne Budgetverantwortung, H_DV_B = Andere Modelle wie Telefominodelle mit Vertrag zwischen Versicherer und Leistungserbringer mit Budgetverantwortung, AND = Andere Modelle, auch nicht HAM.
### Tabelle A 9: Details zu Strategie M3.S2 – Laboranalysen

<table>
<thead>
<tr>
<th>M3.S2: Doppelte Leistungen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Laboranalysen ambulant (P1)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Kennzahlen aus Tabelle 3 (Leistungsbereich P1):**
- Kosten für KVG-pflichtige Leistungen (in Mio. CHF): 1'961
- OKP-Bruttokosten an Kosten für KVG-pflichtige Leistungen: 71.3%

**Resultat aus Schwappach (2011):**
- Wahrscheinlichkeit für eine doppelte Laboranalyse pro Jahr: 5.9%

**Annahme: Anteil vermeidbarer doppelter Laboranalyse**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Szenario 1</th>
<th>Szenario 2</th>
<th>Szenario 3</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>100%</td>
<td>80%</td>
<td>50%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Einsparpotenzial OKP-Bruttokosten (in Mio CHF):**
- Scenario 1: 6
- Scenario 2: 5
- Scenario 3: 3

**Einsparpotenzial KVG-pflichtige Leistungen (in Mio CHF):**
- Scenario 1: 8
- Scenario 2: 7
- Scenario 3: 4

**Einsparpotenzial in % der Kosten für KVG-pflichtige Leistungen:**
- Scenario 1: 0.4%
- Scenario 2: 0.3%
- Scenario 3: 0.2%

---

* Quellen: SASSIS DataPool, SASSIS TarifPool (Durchschnittskosten aller Labor-Produktionen).


### Tabelle A 10: Details zu Strategie M3.S2 – Radiologie

<table>
<thead>
<tr>
<th>M3.S2: Doppelte Leistungen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Radiologie stationär (L1, Q1, L3), lower-bound Schätzung</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Kennzahlen aus Tabelle 3 (Leistungsbereich L1+L3+Q3):**
- Kosten für KVG-pflichtige Leistungen (in Mio. CHF): 10'987

**Resultat aus Hinzpeter et al. (2017):**
- Wahrscheinlichkeit für einen vermeidbaren doppelten CT Scan: 34.1%

**Annahme: Anzahl verlegter Traumapatienten**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Szenario 1</th>
<th>Szenario 2</th>
<th>Szenario 3</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>80%</td>
<td>80%</td>
<td>50%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Anzahl verlegte Traumapatienten:**
- Scenario 1: 639
- Scenario 2: 218
- Scenario 3: 1'276

**Einsparpotenzial KVG-pflichtige Leistungen (in Mio CHF):**
- Scenario 1: 0.278
- Scenario 2: 0.03%

---

* Quelle: SASSIS DataPool, SASSIS TarifPool (Durchschnittskosten aller Labor-Produktionen).

** Quelle: Hinzpeter et al. (2017). Die Wahrscheinlichkeit für mindestens einen vermeidbaren doppelten Scan ergibt sich aus der Annahme, dass die Wahrscheinlichkeit pro Patient mit vermeidbaren doppelten CT Scans in der Schweiz (0.278) gilt. Die vermeidbaren Kosten pro Traumapatient gemessen werden. Die vermeidbaren Kosten pro Traumapatient wurden mit dem Preisindex für stationäre Leistungen in Preisen im Jahr 2014 umgerechnet.*
Tabelle A 11: Details zu Strategie P1.S1

<table>
<thead>
<tr>
<th>Leistungsbereich</th>
<th>Kosten KVG-pflichtiger Leistungen in CHF</th>
<th>Effizienzpotential top-down in %</th>
<th>Effizienzpotential top-down in CHF</th>
<th>Effizienzpotential bewirkt in CHF</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>L1+L3+Q1</td>
<td>11'008</td>
<td>18%</td>
<td>1'982</td>
<td>50% von C</td>
</tr>
<tr>
<td>L2</td>
<td>1'384</td>
<td>18%</td>
<td>249</td>
<td>125% von C</td>
</tr>
<tr>
<td>M2</td>
<td>4'633</td>
<td>18%</td>
<td>834</td>
<td>417% von C</td>
</tr>
<tr>
<td>M1+M4</td>
<td>8'505</td>
<td>15%</td>
<td>1'208</td>
<td>50% von C</td>
</tr>
<tr>
<td>N1</td>
<td>1'772</td>
<td>15%</td>
<td>211</td>
<td>105% von C</td>
</tr>
<tr>
<td>N3</td>
<td>1'300</td>
<td>15%</td>
<td>165</td>
<td>83% von C</td>
</tr>
<tr>
<td>G1</td>
<td>4'668</td>
<td>15%</td>
<td>610</td>
<td>50% von C</td>
</tr>
<tr>
<td>G2</td>
<td>9'302</td>
<td>15%</td>
<td>105</td>
<td>98% von C</td>
</tr>
<tr>
<td>P1</td>
<td>1'961</td>
<td>15%</td>
<td>294</td>
<td>147% von C</td>
</tr>
<tr>
<td>P2</td>
<td>859</td>
<td>15%</td>
<td>129</td>
<td>64% von C</td>
</tr>
<tr>
<td>G3</td>
<td>6725</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>G4</td>
<td>686</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>G5</td>
<td>431</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Effizienzpotential top-down selektierte Leistungsbereiche</td>
<td>1'942</td>
<td>8%</td>
<td>1'942</td>
<td>8%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Einsparpotential in % des Total Kosten KVG-pflichtiger Leistungen:

Tabelle A 12: Details zu Strategie P1.S2 – stationäre somatische Akutbehandlung

| P1.S2: Benchmarking Wirtschaftlichkeit stationäre Leistungserbringer |
|------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Stationäre somatische Akutbehandlung (inkl. Medikamente)         | in Mio. CHF     |
| Total Kosten für KVG-pflichtige Leistungen stat. Akutsomatik      | 11'008          |

Datenquelle für die folgenden Angaben:

- Daten von 15 Kantonen zu den schwergradbereinigte Fallkosten 2016
- Akutsomatik ohne Universitäts spitäler und Geburtskliniken

Abdeckungsgrad ca. 2/3 der stationären Fälle:

- Anzahl bewertete stationäre Fälle aus Datenerhebung: 610'581
- Benchmark bei 30. Perzentil (aufgerundet, CHF): 9'600
- Summe aller Fallkosten oberhalb Benchmark x bewertete Fälle: 250.5

Hochrechnung auf stationäre Fälle aller Kantone:

- Anzahl stationäre Fälle Kantone ohne Datenangabe: 284'633
- Anteil bewertete Fälle aus Datenerhebung in % von allen stationären Fällen: 68%

Effizienzpotential bei stationärer Akutsomatik (Mio. CHF): 367.3

Einsparpotential in % des Total Kosten KVG-pflichtiger Leistungen: 3%
**Tabelle A 13: Details zu Strategie P1.S2 – Langzeitpflege in Institutionen**

<table>
<thead>
<tr>
<th>P1.S2: Benchmarking Wirtschaftlichkeit stationäre Leistungserbringer</th>
<th>in Mio. CHF</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Langzeitpflege in Institutionen</td>
<td>4'068 a</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Datenquelle für die folgenden Angaben: SOMED 2016**

- Individualdaten für jede Institution:
  - Anzahl Pflegetage: b
  - Gesamtkosten Pflegelieferungen: c
  - Kosten für KVG-pflichtige Pflege pro Pflegetag (CHF): d = c/b
  - Index der Pflegeintensität (min: 1, max: 12): e

- Pflegeintensitäts-adjustierte Kosten für KVG-pflichtige Pflege pro Pflegetag (CHF): f = d/e
- Mittelwert: 21.9
- Median: 20.9

**Effizienzpotential für Institution i**

\[ h = \max(0; (1-g) \times e \times b) \]

**Effizienzpotential bei stationärer Langzeitpflege (Mio. CHF): 426 i = \text{summe}(h)**

**Einsparpotential in % des Total Kosten KVG-pflichtiger Leistungen: 10.5%**

**Tabelle A 14: Details zu Strategie P1.S3 – ärztliche Behandlung ambulant**

<table>
<thead>
<tr>
<th>P1.S3: Vergleich effizienter versus ineffizienter ambulante Organisationen</th>
<th>in Mio. CHF</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ärztliche Behandlung ambulant (Einzelpraxen und Managed Care)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Total Kosten für KVG-pflichtige Leistungen</td>
<td>8'050 a</td>
</tr>
<tr>
<td>Einzelpraxen</td>
<td>4'501 i</td>
</tr>
<tr>
<td>Managed Care (hMO)</td>
<td>3'549 j</td>
</tr>
</tbody>
</table>

- Anteil Kosten nach Größe (Schlusslet: Anzahl Ärzte gemäss RoRo):
  - Einzelpraxen: 24%
  - 2er/3er-Praxen: 32%
  - 4er-Praxen: 44%

- Kosten für KVG-pflichtigen Leistungen:
  - Einzelpraxen: 1'972 c = a x b
  - 2er/3er-Praxen: 2'551
d
  - 4er-Praxen: 3'527
c

- Anteil Betriebskosten 2015 (Experteninterviews):
  - Einzelpraxen: 35%
  - Managed Care (hMO): 20%

- Anteil Betriebskosten bei effizienter Größe (als Anteil der KVG-pflicht. Leistungen):

  | Effizienzpotential bei den Betriebskosten von | 286 f = c x (d-a) |
  | Einzelpraxen                                  | 128 g = f x i/a   |
  | Managed Care (hMO)                            | 130 h = f x j/b   |

- Einsparpotential in % des Total Kosten KVG-pflichtiger Leistungen: 5%
### Tabelle A 15: Details zu Strategie P1.S3 – ambulante Rehabilitation

<table>
<thead>
<tr>
<th>Einzelpraxen</th>
<th>2er/3er/4er-Praxen</th>
<th>5+er-Praxen (Benchmark)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Total Kosten für KVG-pflichtige Leistungen</td>
<td>1'100</td>
<td>a</td>
</tr>
<tr>
<td>Anteile Kosten nach Größe (Schlüssel: analog Anzahl Ärzte gemäss Rote)</td>
<td>24%</td>
<td>41%</td>
</tr>
<tr>
<td>Kosten für KVG-pflichtige Leistungen</td>
<td>269</td>
<td>454</td>
</tr>
<tr>
<td>Anteil Betriebskosten 2016 (gemäß Experteninterview ca. Hälfte der Betriebskosten von Arztpraxen)</td>
<td>17,5%</td>
<td>12,5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Anteil Betriebskosten bei effizienter Größe (als Anteil der KVG-pflicht. Leistungen)</td>
<td>10%</td>
<td>10%</td>
</tr>
<tr>
<td>Effizienzpotential bei den Betriebskosten von</td>
<td>20</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>Einsparpotential in % des Total Kosten KVG-pflichtige Leistung</td>
<td>3%</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Tabelle A 16: Details zu Strategie P1.S3 – ambulante Langzeitpflege

<table>
<thead>
<tr>
<th>Spitex öffentlich</th>
<th>Spitex privat</th>
<th>Selbständige</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Total:</td>
<td>14'984'542</td>
<td>11'278'265</td>
</tr>
<tr>
<td>Kosten für KVG-pflichtige Leistungen</td>
<td>587</td>
<td>248</td>
</tr>
<tr>
<td>Anteil Betriebskosten 2016 (SBP):</td>
<td>13,3%</td>
<td>15,3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Betriebskosten (als Anteil der KVG-pflicht. Leistungen)</td>
<td>131</td>
<td>38</td>
</tr>
<tr>
<td>Anteil an Betriebskosten der ineffizienten Organisationen</td>
<td>24%</td>
<td>66%</td>
</tr>
<tr>
<td>Prozentuale Differenz in den Betriebskosten einer ineffizienten Organisation: 20% bis 33% (Expertin Interviews)</td>
<td>33%</td>
<td>33%</td>
</tr>
<tr>
<td>Effizienzpotential bei den Betriebskosten von ineffizienten Organisationen</td>
<td>10</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>Einsparpotential in % des Total Kosten KVG-pflichtiger Leistungen</td>
<td>2%</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Tabelle A 17: Details zu Strategie P1.S4

<table>
<thead>
<tr>
<th>P1.S4: Erfahrungen aus dem Ausland in ineffizientem Skill-Grade-Mix für hausärztliche Aufgaben</th>
<th>in Mio. CHF</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Total Kosten für KVG-pflichtige Leistungen</td>
<td>8'050</td>
</tr>
<tr>
<td>Einzelleistungen (FFS)</td>
<td>4'501</td>
</tr>
<tr>
<td>Managed Care (HMO)</td>
<td>3'549</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Anteil Grundversorger: (Quelle: BFS, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens nach Leistungserbringern und Leistungen)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ärztepraxen und ambulante Zentren</td>
</tr>
<tr>
<td>Ärztepraxen, Grundversorgung</td>
</tr>
<tr>
<td>Ärztepraxen, Gruppenpraxen</td>
</tr>
<tr>
<td>Kosten für ambulante Behandlungen Grundversorger</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Anteil durch ANP substituierbare Leistungen (Quelle: Tragens et al. 2014)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>20%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Anteil Kosten von substituierbaren Leistungen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>342</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kostensenkung bei substituierbaren Leistungen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>33%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Medieneinkommen Arzt (Brutto pro Jahr/12)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>13'500</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Medieneinkommen ANP (Brutto pro Jahr/12)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>8'990</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Effizienzpotenzial optimaler Einsatz von ANP</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>114</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Einsparpotenzial in % des Total Kosten KVG-pflichtiger Leistungen:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>3%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Tabelle A 18: Details zu Strategie P1.S5

<table>
<thead>
<tr>
<th>P1.S5: Auslastung von CT- und MRI-Geräten</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Kennzahlen aus Tabelle 3 (Leistungsbereich P3): Kosten für KVG-pflichtige Leistungen (in Mio. CHF)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>CT</th>
<th>MRI</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Anzahl Behandlungen ambulant &amp; stationär im Spital *</td>
<td>8'101'414</td>
</tr>
<tr>
<td>Anzahl Behandlungen ambulant ausserhalb Spital ***</td>
<td>2'107'980</td>
</tr>
<tr>
<td>Anzahl Geräte im Spital *</td>
<td>2'201</td>
</tr>
<tr>
<td>Anzahl Geräte ambulant ausserhalb Spital **</td>
<td>723</td>
</tr>
<tr>
<td>Auslastung im Spital (Behandlungen/Gerät)</td>
<td>4'248</td>
</tr>
<tr>
<td>Auslastung ausserhalb Spital (Behandlungen/Gerät)</td>
<td>1'642</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Auslastung (Behandlungen/Gerät) in den Vergleichsländern ***</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Dänemark</td>
</tr>
<tr>
<td>Niederlande</td>
</tr>
<tr>
<td>Frankreich</td>
</tr>
<tr>
<td>Durchschnitt über alle Länder (Benchmark-Auslastung)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Benchmark: Übergreifende Geräte ambulant ausserhalb Spital</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>311</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Jährliche Kosten pro Gerät (Abschreibung und Unterhalt; in tausend CHF) (Quelle: Verstall et al. 2016)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>8'158</td>
</tr>
</tbody>
</table>

| Effizienzpotenzial ambulant ausserhalb Spital (in Mio. CHF) | 13 |

<table>
<thead>
<tr>
<th>Einsparpotenzial Leistungsbereich Radiologie (in Mio. CHF)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>112</td>
</tr>
</tbody>
</table>

| Einsparpotenzial in % des Total Kosten KVG-pflichtiger Leistungen Radiologie:
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>13%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Quellen:** * Kostenhausstatistik (für Anzahl Geräte und Untersuchungen in Spitälen ambulant bzw. stationär), ** OECD (für Anzahl CT-Geräte ambulant ausserhalb Spital), *** OECD (für Frankreich, Niederlande und Dänemark: Informationen zur Anzahl Untersuchungen in und ausserhalb von Spitälen; keine Unterteilung in ambulant und stationär möglich), **** SASS (Anzahl CT- und MRI-Ubersicht Untersuchungen ambulant ausserhalb Spital)
### Tabelle A 19: Details zu Strategie P2.S1

**P2.S1: Internationales Benchmarking zur Substitution stationärer durch ambulante Leistungen Akutmatik**

<table>
<thead>
<tr>
<th>in Mio. CHF</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Total Kosten für KVG-pflichtige Leistungen stationäre Akutmatik</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Potential 2030:**
(Basis: Grobschätzung von pwc - Schwendener et al. (2016))

- a) 13 chirurgische Eingriffe bereits erkannt und in Umsetzung begriffen (optimistisch): 251
- b) Erhöhung Anteil ambulante Eingriffe auf 65% (realistisch): 161
- c) pessimistisch: 71

**Total Einsparpotential durch Substitution stationär durch ambulant in 2030:**

<table>
<thead>
<tr>
<th>d = b + c</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>742</td>
</tr>
</tbody>
</table>

- jährliche Zunahme Anzahl Fälle (Faktor): 1.0175
- (Daten pwc (S.17): Fallzunahme um 32% zwischen 2014 und 2030)
- Gesamte Zunahme zwischen 2016 und 2030 (Faktor): 1.2750
- Korrektur um Wachstum Anzahl Fälle 2016 => 2030 (Faktor): 0.78

**Total Einsparpotential durch Substitution stationär durch ambulant in 2016:**

<table>
<thead>
<tr>
<th>h = d x g</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>582</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Einsparpotential in % des Totalen Kosten KVG-pflichtige Leistungen:**

<table>
<thead>
<tr>
<th>i = h / a</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>5%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Tabelle A 20: Details zu Strategie P2.S2

**P2.S2: Interkantonales Benchmarking zur Substitution stationärer durch ambulante Leistungen Psychiatrie**

<table>
<thead>
<tr>
<th>in Mio. CHF</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Total Kosten für KVG-pflichtige Leistungen stationäre Psychiatrie</td>
</tr>
</tbody>
</table>

- Kantonale Bevölkerung (Quelle: STATPOP)
- Kantonale Hospitalisierungsrate Psychiatrie (pro 1000 Einw., Quelle: Medizinische Statistik)
  - Durchschnitt CH (‘benchmark’): 10.07
  - Durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro Kanton (Quelle: Medizinische Statistik)
- vermeidbare stationäre Fälle Psychiatrie pro Kanton

<table>
<thead>
<tr>
<th>g = f x (c - d) x b/1000</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>654</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>h = Kosten ambulante Behandlung pro Patient (Quelle: Stutz et al. 2015)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>3'588</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Einsparpotential stationäre Psychiatrie pro Kanton**

<table>
<thead>
<tr>
<th>i = f x (c x g - b)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>105</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Einsparpotential stationäre Psychiatrie ganze CH (in Mio. CHF)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>j = summ(i)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>8%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Einsparpotential in % des Total stationäre Psychiatrie**

<table>
<thead>
<tr>
<th>k = j / a</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>8%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Tabelle A 21: Details zu Strategie P2.S3

| P2.S3: Substitution Inanspruchnahme Spital Notfall durch ambulante Leistungserbringer |
|------------------------------------------|------------------|---------------------|
|Kennzahlen aus Tabelle 3:                |                  |                     |
|Total Kosten für KVG-pflichtige Leistungen Spital ambulant in Mio. CHF | 4'033 | a |
|Anzahl Notfallkonsultationen im Spital je Kanton (Quelle: Osoan Dossier 64/PSA) | b |
|Substitutionsrate in % | 20% | 40% | c |
|Anzahl verlagerbarer Notfälle je Kanton | d = b x c |
|Kosten Notfallkonsultation im Spital je Kanton (Quelle: Osoan Dossier 64/PSA) | e |
|Kosten Notfallkonsultation beim Hausarzt je Kanton (in CHF) (Quelle: Eicher et al. 2010 und eigene Berechnungen) | f |
|Kostenunterschied pro Notfallkonsultation (in CHF) | g = e - f |
|Einsparpotential je Kanton (in CHF) | h = d x g |
|Effizienzpotential bei Substitutionsrate (in Mio. CHF) |      | 56 | 112 | i = summe(h) |
|Effizienzpotential durch Substitution spitalambulanter Notfallbehandlungen durch Hausarztpraxen (in Mio. CHF) | j = mittelwert(i) |
|Einsparpotential in % des Total Kosten KVG-pflichtige Leistungen Spital-ambulant | 1.8% |

Tabelle A 22: Details zur Strategie P3.S1

<table>
<thead>
<tr>
<th>P3.S1: Effekt der Anpassungen der TARMED-Tarife durch das BAG</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Quelle</td>
</tr>
<tr>
<td>BAG interne Berechnung, ambulante somatische Akutbehandlung im Spital</td>
</tr>
<tr>
<td>BAG interne Berechnung, Einzelleistungen ambulanter Spezialisten und Gruppenpraxen</td>
</tr>
<tr>
<td>BAG interne Berechnung, ambulante Radiologie, nur TARMED-Eingriff relevante Positionen</td>
</tr>
<tr>
<td>Effekt TARMED-Eingriff bei</td>
</tr>
<tr>
<td>BAG interne Berechnung, M3 ambulante spezifische Akutbehandlung im Spital</td>
</tr>
<tr>
<td>BAG interne Berechnung, P3 Radiologie</td>
</tr>
<tr>
<td>KFG-Statistik, Wachstumsrate ambulante Leistungen 2010-2016</td>
</tr>
<tr>
<td>Hochrechnungsfaktor OKP-Bruttkosten zu KVG-pflichtig</td>
</tr>
<tr>
<td>eigene, M2 ambulante somatische Akutbehandlung im Spital</td>
</tr>
<tr>
<td>eigene, M3+M4 ambulante spezifische Akutbehandlung im Spital</td>
</tr>
<tr>
<td>eigene, P3 Radiologie</td>
</tr>
<tr>
<td>Leistungsbereich</td>
</tr>
<tr>
<td>M2</td>
</tr>
<tr>
<td>M3, M4</td>
</tr>
<tr>
<td>P3</td>
</tr>
<tr>
<td>total</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Tabelle A 23: Details zu Strategie P3.S2

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kennzahlen aus Tabelle 3 Leistungsbereich vergütungspflichtige Medikamente</th>
<th>Total Kosten für KVG-Leistungen 2016 (in Mio. CHF)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>7'411</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ergebnisse aus Polynomials et al. (2018) - vergüt.pfl. Medikamente</th>
<th>Total OKP-Bruttoleistungskosten 2017</th>
<th>6'260</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Variante 1</td>
<td>Variante 2</td>
</tr>
<tr>
<td>Total Einsparpotential OKP-Bruttoleistungskosten 2017</td>
<td>low</td>
<td>high</td>
</tr>
<tr>
<td>350</td>
<td>850</td>
<td>190</td>
</tr>
</tbody>
</table>

| Einsparpotential in % der Total Kosten KVG-Leistungen 2016 | 5.0% | 7.7% | 3.0% | 4.0% |

| Einsparpotential KVG-Leistungen 2016 (in Mio. CHF) | 367 | 568 | 225 | 296 |


** Annahme 2: Das relative Einsparpotential in den OKP-Bruttoleistungskosten entspricht dem relativen Einsparpotential in den Kosten für KVG-pflichtige Leistungen.

### Tabelle A 24: Details zu Strategie P3.S3

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kennzahlen aus Tabelle 3 Leistungsbereich verschr.pfl. Medikamente</th>
<th>Total Kosten für KVG-pflichtiger Leistungen 2016 (in Mio. CHF)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>6'725</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>5'484</td>
<td>401</td>
</tr>
</tbody>
</table>

| Einsparpotential in % des Total Kosten KVG-pflichtiger Leistungen 2016 | 7.3% |

| Einsparpotential KVG-pflichtige Leistungen 2016 (in Mio. CHF) | 492 |


** Annahme 2: Das relative Einsparpotential in den OKP-Bruttoleistungskosten entspricht dem relativen Einsparpotential in den Kosten für KVG-pflichtige Leistungen.
8.4 Details zu der Konsolidierung

Tabelle A 25: Herleitung der prozentualen Überschneidungen zwischen M2 und M3

| Modell | Population | Franchise | BASIS | HAM_111_A | HAM_A | HAM_B | H_111_A | H_111_B | AND
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>vor Konsolidierung (Summe von M2.1 und M3.2)</td>
<td>Energiepotential in % der Bruttolistungskosten</td>
<td>Erwachsene</td>
<td>300 DCH</td>
<td>17.9%</td>
<td>17.9%</td>
<td>13.0%</td>
<td>7.8%</td>
<td>17.9%</td>
<td>12.2%</td>
</tr>
<tr>
<td>nach Konsolidierung</td>
<td>Energiepotential in % der Bruttolistungskosten</td>
<td>Erwachsene</td>
<td>300 DCH</td>
<td>14.8%</td>
<td>14.8%</td>
<td>10.7% **</td>
<td>7.3%</td>
<td>14.8%</td>
<td>10.1**</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| Bemerkung | Überschneidung in % der Bruttolistungskosten | Erwachsene | 300 DCH | -0.3% | -0.3% | -1.5% | 0.0% | -1.4% | -2.1% | c = (b - a) **

- **b** nach Konsolidierung (Summe von M2.1 und M3.2) | Energiepotential in % der Bruttolistungskosten | Erwachsene | 300 DCH | 10.7% | 10.7% | 13.0% | 7.8% | 13.0% | 10.7% | 13.0% | d1 |
| | Kinder | 300 DCH | 9.4% | 6.8% | 5.7% | 5.7% | 5.7% | 5.7% | 5.7% | d2 |
| | Erwachsene + Kinder | 300 DCH | 9.4% | 6.8% | 5.7% | 5.7% | 5.7% | 5.7% | 5.7% | d3 |
| nach Konsolidierung | Energiepotential in % der Bruttolistungskosten | Erwachsene | 300 DCH | 13.8% | 13.8% | 10.7% | 7.8% | 10.7% | 7.8% | 13.0% | d1 ** |
| | Kinder | 300 DCH | 7.8% | 7.8% | 5.7% | 5.7% | 5.7% | 5.7% | 5.7% | d2 ** |
| | Erwachsene + Kinder | 300 DCH | 7.8% | 7.8% | 5.7% | 5.7% | 5.7% | 5.7% | 5.7% | d3 ** |
| Bemerkung | Überschneidung in % der Bruttolistungskosten | Erwachsene | 300 DCH | -2.0% | -2.0% | -1.5% | -1.5% | -1.5% | -1.5% | f1 = (d1 - d2) c = 3*** |
| | Kinder | 300 DCH | -2.0% | -2.0% | -1.5% | -1.5% | -1.5% | -1.5% | f2 = (d2 - d3) c = 3*** |
| | Erwachsene + Kinder | 300 DCH | -2.0% | -2.0% | -1.5% | -1.5% | -1.5% | -1.5% | f3 = (d3 - d2) c = 3*** |

*a* gemäss Trottmann et al. 2012

**b** berechnet gemäss relativen Konsolidierungsbedarf für andere Modelle gemäss Trottmann et al. 2012 (z.B. 14.8%/7.8%/13.0% = 10.7%)

***c* Anteil der sich überschneidenden Strategien.
### Tabelle A 26: Berechnung absolute Überschneidungen von M2 und M3 (lower bound)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Konsolidierung: M2 (Mengenauswertung) und M3 (eigene Koordination)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Konsolidierung Summen 2 (cc)</td>
</tr>
<tr>
<td>Verwendung von Tabelle 3 (Leistungsbereiche L1+Q1+3, L2, M2-6, M7, PL, P3, Q3-5, GS)</td>
</tr>
<tr>
<td>Totalen Kosten für KVG-pflichtige Leistungen (in Mio. CHF)</td>
</tr>
<tr>
<td>31'886</td>
</tr>
<tr>
<td>Artikel Totalen KVG-Bruttokosten an Totalen Kosten für KVG-pflichtige Leistungen</td>
</tr>
<tr>
<td>72.2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Überschneidungen zwischen M2 und M3 in % der Bruttokostenkosten nach Modell</td>
</tr>
<tr>
<td>Wechselse-if, X30 CHF Franchise</td>
</tr>
<tr>
<td>-2.9% -2.9% -1.5% -1.5% -1.5% -1.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Kinder, 300 CHF Franchise</td>
</tr>
<tr>
<td>-1.1% -1.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Wechselse-if + Kinder &gt; 300 CHF Franchise</td>
</tr>
<tr>
<td>-1.1% -1.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Berechnung der Überschneidung M2 - M3 der KVG-pflichtigen Leistungen pro Versicherungsmodell und Franchisestaffe</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Ermittlung der Versicherungsstaffe</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Ermittlung der Franchisestaffe</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Überschneidung M2 - M3 der KVG-pflichtigen Leistungen pro Versicherungsmodell und Franchisestaffe**

#### Überschneidung M2 - M3 der KVG-pflichtigen Leistungen pro Leistungsbereich und Staffe

<table>
<thead>
<tr>
<th>Leistungsbereich</th>
<th>Überschneidung (in Mio. CHF)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>L1.2, Q1.3, L3</td>
<td>-181</td>
</tr>
<tr>
<td>L2</td>
<td>-33</td>
</tr>
<tr>
<td>N2</td>
<td>-78</td>
</tr>
<tr>
<td>N8</td>
<td>-76</td>
</tr>
<tr>
<td>N9</td>
<td>-80</td>
</tr>
<tr>
<td>N7</td>
<td>-50</td>
</tr>
<tr>
<td>P1</td>
<td>-33</td>
</tr>
<tr>
<td>P3</td>
<td>-15</td>
</tr>
<tr>
<td>Q2</td>
<td>-114</td>
</tr>
<tr>
<td>Q5</td>
<td>-12</td>
</tr>
<tr>
<td>C2</td>
<td>-13</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Anmerkungen: BASE = Standardmodell; BONUS = Bonusmodell; HAM_RDS_A = Modelle ohne Vertrag zwischen Versicherer und Leistungserbringer; IWO_A = Haushorte, Ärzte-Netzwerke und IWO-Frauen mit Vertrag zwischen Versicherer und Leistungserbringer ohne Budgetverantwortung; H2_DIV_B = Andere Modelle wie Telefonmodelle mit Vertrag zwischen Versicherer und Leistungserbringer ohne Budgetverantwortung; AND = Andere Modelle, auch nicht NC.

Quelle: SAGS Datenspeicher, eigene Berechnungen.
Tabelle A 27: Berechnung absoluten Überschneidungen von M2 und M3 (upper bound)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Position</th>
<th>Leistungsbereich</th>
<th>Überschneidung in CHF</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>11, 12, 13</td>
<td>Stationäre somatische Akubehandlung (inkl. Medikamente und Gebührenabkommen)</td>
<td>&lt;229</td>
</tr>
<tr>
<td>14</td>
<td>Stationäre Psychiatriebehandlung</td>
<td>27</td>
</tr>
<tr>
<td>15</td>
<td>Ambulante somatische Akubehandlung im Spital</td>
<td>&lt;51</td>
</tr>
<tr>
<td>16</td>
<td>Ärztliche Behandlung, ambulant, stationäre Leistungen</td>
<td>&lt;68</td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>Ärztliche Behandlung, ambulant, Monatsaren</td>
<td>&lt;70</td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
<td>Ambulante Psychiatrie- und Psychologische Behandlung, kurativ</td>
<td>&lt;12</td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td>Laboranalysen</td>
<td>&lt;30</td>
</tr>
<tr>
<td>20</td>
<td>Radiologie</td>
<td>&lt;17</td>
</tr>
<tr>
<td>21</td>
<td>Medikamente, ambulant, verschreibungspflichtig</td>
<td>&lt;132</td>
</tr>
<tr>
<td>22</td>
<td>Medikamente, ambulant, frei verkauflich</td>
<td>&lt;14</td>
</tr>
<tr>
<td>23</td>
<td>Therapeutische Apparate</td>
<td>&lt;16</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Anmerkungen: BASIS = Standardmodell; BONUS = Basismodell; HAM_RDS_A = Modelle ohne Vertrag zwischen Versicherer und Leistungserbringer; HMD_A = Hausärzte, Ärztenerwähnung und HMD-Patienten mit Vertrag zwischen Versicherer und Leistungserbringer ohne Budgetstrukturverwaltung; HMD_B = Hausärzte, Ärztenerwähnung und HMD-Patienten mit Vertrag zwischen Versicherer und Leistungserbringer mit Budgetstrukturverwaltung; H_DV_A = andere Modelle wie Telemedizinalmodelle mit Vertrag zwischen Versicherer und Leistungserbringer ohne Budgetstrukturverwaltung; H_DV_B = Andere Modelle wie Telemedizinalmodelle mit Vertrag zwischen Versicherer und Leistungserbringer mit Budgetstrukturverwaltung; AND = Andere Modelle, auch nicht M.

Quelle: SAGIS Datenpool, eigene Berechnungen.

Tabelle A 28: Berechnung absoluten Überschneidungen (M1-M2, P1-P2, P1-P3)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Position</th>
<th>Leistungsbereich</th>
<th>Überschneidung absolut in CHF</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Stationäre somatische Akubehandlung</td>
<td>&lt;100*% 9,2 &gt;96*% (85 3 6446 6 1)/1008 9 &lt;186 9 316 3 367 9 988 11009</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Stationäre Psychiatriebehandlung</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Ambulante som. Akubehandlung Spital</td>
<td>&lt;100*% 13,2 &gt;72*% (246 3 271 3 463) 9 78 9 912 9 417 9 85 5 4633</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Ärztliche Behandlung, ambulant</td>
<td>&lt;100*% 7,3 &gt;69*% (428 471,4 8050 3 1 136 9 158 5 171 5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Leistungsbereiche

<table>
<thead>
<tr>
<th>Position</th>
<th>Leistungsbereich</th>
<th>Überschneidung absolut in CHF</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>5</td>
<td>Laboranalysen</td>
<td>10,3</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Radiologie</td>
<td>39,4</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Medikamente, ambulant, verschreibungspflichtig</td>
<td>130,5</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Medikamente, ambulant, frei verkauflich</td>
<td>&lt;100*% 2,2 5,1 5 1,4 6 675 2 672,1 713 9 123,4</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>Therapeutische Apparate</td>
<td>13,7</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Details der Berechnungen siehe Tabellen A24 und A25

Bemerkung: Die nicht-entscheideten Werte für M1, M2, P1 und P3 stammen aus der Tabelle 4 (Resultate vor Konsolidierung)
<table>
<thead>
<tr>
<th>Leistungsbereiche</th>
<th>M (low)</th>
<th>M (high)</th>
<th>P (low)</th>
<th>P (high)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Stationäre somatische Akutbehandlung</td>
<td>=1454.9-3.2-186</td>
<td>=1633-7.8-216.3</td>
<td>=949.2-33.3</td>
<td>=949.2-33.3</td>
</tr>
<tr>
<td>Stationäre Psychiatriebehandlung</td>
<td>=182.5-0-23.4</td>
<td>=196.5-0-27.3</td>
<td>=229.9-11.2</td>
<td>=229.9-11.2</td>
</tr>
<tr>
<td>Ambulante som. Akutbehandlung Spital</td>
<td>=624.2-13.2-78.4</td>
<td>=730.4-8.1-91.2</td>
<td>=719.3-16.8-218.8</td>
<td>=719.3-16.8-218.8</td>
</tr>
<tr>
<td>Ärztliche Behandlung, ambulant</td>
<td>=1068.8-7.3-136.3</td>
<td>=1212.3-7.8-158.5</td>
<td>=775.3-171.5</td>
<td>=799.8-171.5</td>
</tr>
<tr>
<td>Ambulante Psychiatrie/Psychologiebeh.</td>
<td>=80-0-10.3</td>
<td>=86.1-0-11.9</td>
<td>=105.5</td>
<td>=105.5</td>
</tr>
<tr>
<td>Stationäre Rehabilitation</td>
<td>=105.5</td>
<td>=105.5</td>
<td>=31</td>
<td>=82.5</td>
</tr>
<tr>
<td>Ambulante Rehabilitation, nicht-psychosom.</td>
<td>=425.7</td>
<td>=425.7</td>
<td>=24</td>
<td>=97.7</td>
</tr>
<tr>
<td>Langzeitpflege in Institutionen</td>
<td>=425.7</td>
<td>=425.7</td>
<td>=24</td>
<td>=97.7</td>
</tr>
<tr>
<td>Häusliche Langzeitpflege</td>
<td>=24</td>
<td>=97.7</td>
<td>=24</td>
<td>=97.7</td>
</tr>
<tr>
<td>Laboranalysen</td>
<td>=260.8-2.2-33.2</td>
<td>=358.6-9.3-38.6</td>
<td>=147.1</td>
<td>=147.1</td>
</tr>
<tr>
<td>Radiologie ambulant</td>
<td>=153.5-40.2-14.5</td>
<td>=373.9-7.7-16.9</td>
<td>=106.0-41.6</td>
<td>=153.6-41.6</td>
</tr>
<tr>
<td>Medikamente, ambulant, verschreib.pfl.</td>
<td>=1017.4-130.5-113.9</td>
<td>=1106.4-16.9-132.4</td>
<td>=190</td>
<td>=492</td>
</tr>
<tr>
<td>Medikamente, ambulant, frei verkäufli.</td>
<td>=90.5-0-11.6</td>
<td>=102.5-0-13.5</td>
<td>=190</td>
<td>=492</td>
</tr>
<tr>
<td>Therap. Apparate</td>
<td>=104.7-0-13.4</td>
<td>=112.7-0-15.6</td>
<td>=190</td>
<td>=492</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Total</strong></td>
<td><strong>4'219</strong></td>
<td><strong>5'130</strong></td>
<td><strong>3'210</strong></td>
<td><strong>3'709</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

_Bemerkung: Die nicht-konsolidierten Werte für M und P stammen aus der Tabelle 4 (Resultate vor Konsolidierung)_,

WIG/ZHAW INFRAS

128
8.5 Befragte Experten

- Holger Auerbach (Akomo GmbH)
- Stefan Gysin (Institut für Hausarztmedizin & Community Care Luzern)
- Urs Hepp (ipw)
- Romy Mahrer Imhof (Nursing Science & Care GmbH)
- Karl Metzger (Medbase)
- Marianne Pfister (Spitex Schweiz)
- Markus Reck (Permed)
- Robin Schmidt (MediX)
- Maria Schubert (ZHAW, Departement Gesundheit, Institut Pflege)
- Anna Scrowther (Hirslanden)
- Niklaus Stulz (ipw)
8.6 Verwendete Datenquellen

Tabelle A 30: Verwendete Datenquellen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Datenquelle</th>
<th>Daten</th>
<th>Jahr</th>
<th>Strategie</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>SASIS Tarifpool</td>
<td>Anzahl CT- und MRI- Untersuchungen ambulant ausserhalb Spital</td>
<td>2016</td>
<td>P1.S5</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Anzahl MRI und CT Untersuchungen ambulant (Tarmed)</td>
<td>2016</td>
<td>M2.S3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Durchschnitt und SD der Kosten für MRI und CT Untersuchungen</td>
<td>2016</td>
<td>M2.S3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Durchschnittskosten für häufige Laborleistungen</td>
<td>2016</td>
<td>M3.S2</td>
</tr>
<tr>
<td>BAG</td>
<td>Anzahl Personen mit bestimmtem Versicherungsmodell und Franchisestufe</td>
<td>2016</td>
<td>M2.S1-M2.S2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Durchschnitt und SD der OKP-Bruttoleistungskosten pro Person nach</td>
<td>2016</td>
<td>M2.S1-M2.S2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Versicherungsmodell und Franchisestufe</td>
<td></td>
<td>M3.S1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Anzahl stationäre Fälle Kantone ohne Datenangabe (Kennzahlen der</td>
<td>2016</td>
<td>P1.S2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Schweizer Spitäler 2016)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Patientendaten Spital ambulant: Anzahl in Spitälen behandelter</td>
<td>2018</td>
<td>P2.S3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ambulante Notfälle</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens nach</td>
<td>2016</td>
<td>P1.S4</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Leistungserbringer und Leistungen</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>OBSAN</td>
<td>Dossier 64: Anzahl und Kosten Notfallkonsultation im Spital je Kanton</td>
<td>2016</td>
<td>P2.S3</td>
</tr>
<tr>
<td>Interne Berechnungen BAG</td>
<td>Effekt der Anpassungen der TARMED-Tarife durch das BAG</td>
<td>2015</td>
<td>P3.51</td>
</tr>
<tr>
<td>Kantone</td>
<td>Schweregradbereinigte Fallkosten akutsoziale Spitäler (ohne Universitätsspitäler und Geburtskliniken)</td>
<td>2016</td>
<td>P1.S2</td>
</tr>
<tr>
<td>Medizinische Statistik</td>
<td>Aufenthaltsdauer und Hospitalisierungsrate bei psychiatrischen Erkrankungen pro Kanton</td>
<td>2016</td>
<td>P2.S2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kosten stationäre Behandlung pro Tag in CHF</td>
<td>2016</td>
<td>P2.S2</td>
</tr>
<tr>
<td>BFS</td>
<td>Spitex Statistik</td>
<td>2016</td>
<td>P1.S3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Statistik der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS)</td>
<td>2015</td>
<td>Abgrenzung KVGPflichtiger Leistungen P1.S4</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>LIK</td>
<td>2015</td>
<td>P3.S3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kantonale Bevölkerung</td>
<td>2006-2017</td>
<td>P2.S2</td>
</tr>
<tr>
<td>Quelle</td>
<td>Statistik/Indikation</td>
<td>Jahr</td>
<td>Seite</td>
</tr>
<tr>
<td>-------------------</td>
<td>-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------</td>
<td>--------</td>
<td>-------</td>
</tr>
<tr>
<td>SOMED</td>
<td>Detaildaten</td>
<td>2016</td>
<td>P1.S2</td>
</tr>
<tr>
<td>FMH Ärztestatistik oder ROKO</td>
<td>Anzahl Praxen mit Angabe der Anzahl Leistungserbringer</td>
<td>2016</td>
<td>P1.S3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Durchschnittslohn Hausärzte</td>
<td>2016</td>
<td>P1.S4</td>
</tr>
<tr>
<td>Lohncheck.ch</td>
<td>Medianeinkommen ANP und Ärzte</td>
<td>2016</td>
<td>P1.S4</td>
</tr>
<tr>
<td>Krankenhausstatistik</td>
<td>Anzahl Untersuchungen MRI und CT in der CH in Spitälern ambulant bzw. stationär</td>
<td>2016</td>
<td>M2.S3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Anzahl MRI und CT Geräte in Spitälern</td>
<td>2016</td>
<td>P1.S5</td>
</tr>
<tr>
<td>KFG Statistik</td>
<td>Durchschnittliche Wachstumsrate ambulanter Leistungen</td>
<td>2010-2016</td>
<td>P3.S1</td>
</tr>
<tr>
<td>ELIGO</td>
<td>Kantonale Taxpunktwerte TARMED</td>
<td>2016</td>
<td>P3.S1</td>
</tr>
<tr>
<td>GBD</td>
<td>Prävalenzen der Indikationen</td>
<td></td>
<td>M1.S1</td>
</tr>
<tr>
<td>Weltbank</td>
<td>Kaufkraftbereinigung</td>
<td></td>
<td>M1.S1</td>
</tr>
<tr>
<td>SNB</td>
<td>Wechselkurs</td>
<td></td>
<td>M1.S1</td>
</tr>
<tr>
<td>OECD Statistik</td>
<td>Anzahl MRI und CT Untersuchungen für verschiedene westeuropäische Länder in und ausserhalb von Spitälern</td>
<td>2016</td>
<td>M2.S3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Anzahl CT Geräte CH ambulant ausserhalb Spital</td>
<td>2016</td>
<td>P1.S5</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Anzahl Spitalbetten (Norwegen, Spanien)</td>
<td>2016</td>
<td>P2.S1</td>
</tr>
</tbody>
</table>