



Umsetzung von Zielvorgaben für das Wachstum der Gesundheits- ausgaben in ausgewählten europäischen Ländern

Bericht zuhanden SWICA Krankenversicherung AG

Luzern, den 16. August 2019

I Autorinnen und Autoren

Cornel Kaufmann, PhD (Projektleitung)

Helen Amberg, MA (Projektmitarbeit)

Andreas Balthasar, Prof. Dr. (Qualitätssicherung)

Stefan Boes, Prof. Dr. (Externe Expertise)

I INTERFACE Politikstudien

Forschung Beratung GmbH

Seidenhofstrasse 12

CH-6003 Luzern

Tel +41 (0)41 226 04 26

Place de l'Europe 7

CH-1003 Lausanne

Tel +41 (0)21 310 17 90

www.interface-pol.ch

I Auftraggeberin

SWICA Krankenversicherung AG

I Laufzeit

Mai 2019 bis Juli 2019

I Projektreferenz

Projektnummer: 19-36

1. Einleitung	4
1.1 Ausgangslage und Zielsetzung	4
1.2 Definition Kostenziele	5
2. Methodisches Vorgehen	6
2.1 Länderauswahl	6
2.2 Literaturanalyse	7
2.3 Expertengespräche	7
3. Fallstudien in ausgewählten Ländern	8
3.1 Deutschland	9
3.2 Niederlande	16
3.3 Dänemark	22
3.4 Israel	30
4. Synthese	37
4.1 Ergebnisse	37
4.2 Erkenntnisse	39
Anhang	42

1. Einleitung

1.1 Ausgangslage und Zielsetzung

Im internationalen Vergleich hat die Schweiz eine sehr gute, jedoch auch eine relativ teure Gesundheitsversorgung. Relativ zum Bruttoinlandprodukt (BIP) machen die Gesundheitsausgaben ungefähr 12 Prozent aus, wobei die Tendenz steigend ist. Bezüglich Höhe der Gesundheitskosten befand sich die Schweiz 2016 an zweiter Stelle hinter den USA.¹ Die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung stiegen in den vergangenen Jahren um durchschnittlich 4 Prozent pro Jahr², stärker als die Einkommen. Die hohen Krankenkassenprämien in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) belasten neben den Mittelschicht Haushalten auch die öffentliche Hand.

Vor diesem Hintergrund werden politische Stimmen nach wirksamen Instrumenten für die Kostendämpfung lauter. Beispielsweise forderten Ständerat Erich Ettlín (Motion 16.3987) und Nationalrat Christian Lohr (Motion 16.3949) eine Kostensteuerung. Globale Kostensteuerungsmassnahmen wurden zudem durch die Expertengruppe als eine zentrale Massnahme empfohlen, um die Kostenentwicklung in der Schweiz zu bremsen.³ Auf der Grundlage des Berichts dieser Expertengruppe hat der Bundesrat ein Kostendämpfungsprogramm verabschiedet. Das zweite Massnahmenpaket dieses Programms soll Ende 2019 in die Vernehmlassung geschickt werden.⁴ Dieses Paket beinhaltet wahrscheinlich eine Vereinbarung von Kostenzielen zur Eindämmung der Kostenentwicklung.

Die SWICA möchte sich auf die bevorstehende politische Diskussion zu diesem Instrument vorbereiten. Die Verantwortlichen haben daher *Interface Politikstudien Forschung Beratung* mit der Erarbeitung der vorliegenden Studie beauftragt, die anhand von Fallstudien aufzeigen soll, wie in anderen europäischen Ländern Kostenziele definiert werden und welche Erfahrungen damit gemacht werden. Die Ergebnisse der Studie dienen der SWICA, ihre politische Position festzulegen.

Im Zentrum der Untersuchung stehen folgende Fragestellungen:

- Wie und nach welchen Prinzipien sind Kostenziele für die Gesundheitsausgaben in den ausgewählten Ländern ausgestaltet?
- Wie wird die Einhaltung der Ziele sichergestellt und überprüft?
- Welche Massnahmen sind bei Nichteinhaltung der Ziele vorgesehen?
- Was sind die Erfahrungen, Auswirkungen und Konsequenzen der Kostenziele auf die verschiedenen Akteure und die Gesundheitsausgaben?

¹ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/querschnittsthemen/monitoring-legislaturplanung/alle-indikatoren/leitline-3-sicherheit/kosten-gesundheitswesen.html>, Zugriff am 11.04.2019.

² Bundesamt für Gesundheit (2018): Statistik zur Krankenversicherung. Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2016, Bern.

³ Diener, V.; Blankart, R.; Busse, R. et al. (2017): Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung – Bericht der Expertengruppe. Bern: Der Bundesrat.

⁴ Bundesamt für Gesundheit, Medienmitteilung vom 08.03.2019.

1.2 Definition Kostenziele

Unter «Kostenzielen» wird eine verbindliche Vorgabe verstanden, die eine direkte Steuerung des Ausgabenwachstums in der Grundversicherung zulässt. Kostenziele entsprechen somit einer Budgetrestriktion.⁵ Im vorliegenden Bericht werden unter dem Begriff «Kostenziele» sowohl Globalbudgets als auch Kostenwachstumsziele verstanden:

- Als «Globalbudget» wird ein pauschaler Ausgabenbetrag für die Vergütung von Leistungen, die innerhalb einer bestimmten Zeitperiode erbracht werden, bezeichnet. Die Vergütung ist also unabhängig von der tatsächlich erbrachten Leistungsmenge.⁶
- (Kosten-)Wachstumsziele definieren einen Prozentsatz, um den die Gesundheitsausgaben in einer bestimmten Zeitperiode ansteigen dürfen.

Die Kostenziele werden entweder auf globaler Ebene (z.B. obligatorische Krankenversicherung Schweiz), auf sektoraler Ebene (z.B. ambulant, stationär) oder auf individueller Ebene (z.B. Leistungserbringer) definiert. Weiter können die Kostenziele geografisch unterschieden werden (national, regional, kantonale, kommunale).

Damit die Kostenziele einen verbindlichen Charakter erhalten, setzt ein vorab definierter Sanktionsmechanismus ein, sobald das Kostenziel überschritten wird. Werden Ziele auf individueller Ebene definiert, ermöglicht dies eine zeitnahe und direkte Sanktionierung. In der Praxis geschieht die Sanktionierung häufig mittels Tarifabschlägen ab der Überschreitung des Zielwerts (degressive Preise), seltener gibt es auch Rückzahlungsforderungen. Werden Ziele auf globaler/sektoraler Ebene definiert, ist eine direkte Sanktionierung eines Leistungserbringers schwieriger (bspw. aufgrund der Datenverfügbarkeit). Entsprechend sind solche Zielvereinbarungen tendenziell «softer», weil die Überprüfung der Zieleinhaltung und eine allfällige Sanktionierung schwieriger umzusetzen sind.

⁵ Brändle, T.; Colombier, C.; Baur, M.; Gaillard, S. (2018): Zielvorgaben für das Wachstum der Gesundheitsausgaben: Ausgewählte Erfahrungen und Erkenntnisse für die Schweiz. Working Paper der EFV Nr. 22.

⁶ Lobsiger, M.; Frey, M. (2019): Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Auswirkungen der Revision auf die Kosten und die Finanzierung des Versorgungssystems. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung, Basel.






2. Methodisches Vorgehen

Zur Beantwortung der übergeordneten Fragestellungen wurden Fallstudien in vier Ländern (Deutschland, Niederlande, Dänemark, Israel) durchgeführt. Dazu wurde bestehende Literatur analysiert sowie Gespräche mit Expertinnen und Experten geführt.

2.1 Länderauswahl

Die Auswahl der untersuchten Länder wurde in Zusammenarbeit mit der Auftraggeberin getroffen. Die ausgewählten Länder haben langjährige Erfahrung mit Kostenzielen im Gesundheitssektor und sind in gewissem Masse vergleichbar mit der Schweiz. Darstellung D 2.1 gibt einen Überblick über ausgewählte Kennzahlen in der Schweiz, in Deutschland, in den Niederlanden, in Dänemark und in Israel. Die Bevölkerungsdichte ist in den Niederlanden mit ungefähr 410 Personen pro Quadratkilometer am höchsten, gefolgt von Israel (ca. 393 Personen/km²), Deutschland (ca. 231 Personen/km²), der Schweiz (ca. 196 Personen/km²) und Dänemark, das die tiefste Bevölkerungsdichte aufweist (ca. 135 Personen/km²). Die Gesundheitskosten relativ zum BIP sind in den ausgewählten Ländern ähnlich. Ausnahme bildet dabei Israel, das eher tiefe Gesundheitskosten aufweist, und alle Vergleichsländer haben tiefere Gesundheitskosten als die Schweiz. Bei den Spitalbetten pro 1'000 Einwohner/-innen zeigt sich eine gewisse Divergenz zwischen den untersuchten Ländern. Deutschland hat mit Abstand die höchste Dichte an Spitalbetten. Dänemark hat die niedrigste Anzahl Spitalbetten pro 1'000 Einwohner/-innen.

D 2.1: Ausgewählte Kennzahlen aus den Bereichen Wirtschaft und Gesundheit

	<i>Schweiz</i>	<i>Deutschland</i>	<i>Niederlande</i>	<i>Dänemark</i>	<i>Israel</i>
					
Einwohner/-innen	8,1 Mio.	82,7 Mio.	17,1 Mio.	5,8 Mio.	8,7 Mio.
Fläche	41'285 km ²	357'600 km ²	41'500 km ²	42'900 km ²	22'100 km ²
BIP pro Kopf	80'190 USD	44'666 USD	48'483 USD	57'219 USD	40'544 USD
Arbeitslosenquote	4,7% ⁷	3,2%	3,5%	5,1%	4,0%
Gesundheitskosten im Verhältnis zum BIP	12,2%	11,2%	10,4%	10,4%	7,3%
Gesundheitskosten pro Kopf	9'836 USD	4'714 USD	4'742 USD	5'566 USD	2'837 USD
Lebenserwartung	82,9 Jahre	81,0 Jahre	81,6 Jahre	81,0 Jahre	82,6 Jahre
Beschäftigungsanteil im Gesundheits- und Sozialsektor	4,1%	6%	16%	3,5%	NA
Spitalbetten pro 1'000 Einwohner/-innen	4,5	8,1	3,6	2,2	3,0

Quellen: <https://databank.worldbank.org>; <https://data.oecd.org>, Zugriff am 26.06.2019.

⁷ Zur Erhöhung der Vergleichbarkeit wird die Quote gemäss OECD ausgewiesen. Das SECO weist für das Jahr 2018 eine Arbeitslosenquote von 2,5 Prozent aus.

Die ausgewählten Länder sind aus verschiedenen Gründen interessant:

- *Deutschland* hat ungefähr 30 Jahre Erfahrung mit Globalbudgets in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die sektorenspezifisch ausgestaltet sind. Zudem gibt es Parallelen zwischen dem Deutschen und dem Schweizer Gesundheitssystem. So ist beispielsweise die GKV wettbewerblich organisiert, was bedeutet, dass die Versicherten die Möglichkeit haben, den Versicherungsanbieter zu wählen.
- Die *Niederlande* hat in vielen Aspekten ein mit der Schweiz vergleichbares Versicherungssystem, das auch unter reguliertem Wettbewerb bekannt ist. Die Versicherten haben die Wahlmöglichkeiten zwischen privaten Versicherern und können zudem auch die Versicherungsprodukte innerhalb eines Versicherers wählen. Wobei die gedeckten Leistungen zwischen allen Versicherern einheitlich sind. Zudem hat die Niederlande langjährige Erfahrung mit Zielvorgaben für das Wachstum der Gesundheitsausgaben, die jeweils sektorenspezifisch ausgearbeitet sind.
- *Dänemark* setzt jährlich neue Ziele des Kostenwachstums für das Gesundheitswesen. Die Kostenziele werden in Form von Globalbudgets umgesetzt. Dänemarks Gesundheitssystem ist zusätzlich interessant, da es relativ dezentral organisiert ist, qualitativ als eines der besseren von Europa gilt und es in den vergangenen Jahren eine Restrukturierung der Spitallandschaft durchmachte. Zusätzlich nimmt Dänemark hinsichtlich der Digitalisierung und den verbundenen Möglichkeiten des Monitorings eine Vorreiterrolle ein.
- Zwischen den Versicherungssystemen in *Israel* und in der Schweiz gibt es ebenfalls Parallelen: Die Grundversicherung ist obligatorisch, es gibt Wettbewerb zwischen Versicherern und die vergüteten Leistungen sind einheitlich definiert. Jedoch wird das jährliche Budget der Versicherungen durch die Regierung definiert. Auch gibt es beispielsweise ein jährlich definiertes Budget für neue Technologien.

Die Auswahl gibt einen Einblick in unterschiedliche Systeme von Zielvorgaben, gleichzeitig sind Ähnlichkeiten mit dem Schweizer System gegeben.

2.2 Literaturanalyse

Die Literaturanalyse diente erstens der Erarbeitung der theoretischen Aspekte zur Konzeption von Zielvorgaben für das Wachstum von Gesundheitskosten. Zweitens wurden die institutionellen Hintergründe der jeweiligen Länder anhand von Übersichtsartikeln, wie zum Beispiel den Büchern der Reihe Health Systems in Transition (HiT) des European Observatory on Health Systems and Policies, oder existierenden Fallstudien aufgearbeitet.

2.3 Expertengespräche


Basierend auf der Literaturanalyse wurde ein Leitfaden für die Expertengespräche entwickelt. Pro Land wurden zwei bis drei Gespräche mit Expertinnen und Experten aus den Bereichen Gesundheitspolitik, Forschung, Leistungserbringer geführt. Die definitive Auswahl der Expertinnen und Experten wurde mit der Auftraggeberin abgesprochen. Die Expertengespräche wurden telefonisch entlang des Interviewleitfadens auf Deutsch oder Englisch geführt. Eine Liste der befragten Personen befindet sich im Anhang DA 1.

Die Expertengespräche dienten einerseits dem besseren Verständnis der Organisation des Gesundheitssystems sowie der Definition der Kostenziele in den Ländern. Andererseits war von Interesse, welche positiven und negativen Erfahrungen mit den Kostenzielen in den einzelnen Ländern gemacht wurden.

3. Fallstudien in ausgewählten Ländern

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse aus den Fallstudien in Form von Faktenblättern zusammengefasst. Grundlage dafür bilden die Literaturanalyse und die zwei bis drei Gespräche mit den Expertinnen und Experten. Für jedes untersuchte Land wurde ein Faktenblatt erstellt, das neben der Organisation und Finanzierung des Gesundheitssystems die Beschreibung der Kostenziele, deren Ausgestaltung sowie die positiven und negativen Erfahrungen mit den Kostenzielen beinhaltet. Zusätzlich werden weitere kostendämpfende Massnahmen beschrieben. Schliesslich wird am Ende jedes Faktenblattes festgehalten, was aus Sicht der Verfasser/-innen der Studie von den untersuchten Ländern gelernt werden kann. Die Ergebnisse aus den Fallstudien werden in Kapitel 4 synthetisiert zusammengefasst und Erkenntnisse für die Schweiz abgeleitet.

3.1 Deutschland

<p><i>Eckdaten</i></p> 	<p><i>Einwohner/-innen:</i> 82,7 Millionen (2017)</p>	<p><i>Fläche:</i> 357'600 km²</p>	<p><i>BIP pro Kopf:</i> 44'666 USD (2017)</p>	<p><i>Arbeitslosenquote:</i> 3,3% (2018)</p>
<p><i>Organisation des Gesundheitssystems</i></p>	<p>Deutschland kennt seit 2009 eine Versicherungspflicht für alle Einwohner/-innen. Es existieren zwei unabhängige Systeme zur Absicherung von Gesundheitsrisiken: Das sozialversicherungsbasierte System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und das prämiensbasierte System der privaten Krankenversicherung (PKV).</p> <p><i>Aufgabe des Staats</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Der Staat definiert die Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung. Die Organisation der Versorgung erfolgt in Selbstverwaltung der verschiedenen Hauptakteure. - Der Staat hat die Oberaufsicht über das Gesundheitssystem und greift mit bindenden Verordnungen ein, sofern die Hauptakteure keine Einigungen erlangen. <p><i>Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Die GKV dominiert das Versicherungssystem mit ungefähr 70 Millionen Versicherten (2012 entsprach dies ungefähr 85% der Bevölkerung). - Innerhalb des staatlichen Regulierungsrahmens obliegt das System der Selbstverwaltung den Hauptakteuren des GKV-Systems, die auch für die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung verantwortlich sind. Die Hauptakteure sind die Krankenkassen und ihre Verbände (z.B. GKV-Spitzenverband, Landesverbände der Krankenkassen), die Leistungserbringer und ihre Vereinigungen (z.B. kassenärztliche Vereinigung [KV] oder die Deutsche Krankenhausgesellschaft) sowie übergeordnete, gemeinsame Gremien (z.B. gemeinsamer Bundesausschuss, Bewertungsausschuss, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen [IQWiG]). - Die GKV funktioniert nach dem Sachleistungsprinzip: Der Patient/die Patientin hat Anspruch auf einen vordefinierten Leistungsumfang und er/sie erhält vom Leistungserbringer keine Rechnung für die bezogenen Leistungen, sondern der Versicherer kommt direkt für die Kosten auf. - Zwischen den ungefähr 113 Krankenkassen (2017) spielt der Qualitätswettbewerb um Versicherte. Der Wettbewerb soll insbesondere die medizinische Qualität und die Effizienz steigern.. - Zusätzlich zum definierten Leistungskatalog können Krankenkassen weitere Leistungen für Versicherte anbieten. Der Rahmen der Zusatzleistungen ist gesetzlich grob definiert und umfasst im Endeffekt alles wofür die Wirksamkeit nicht nachgewiesen ist (bspw. Homöopathie). - Versicherte können die Krankenversicherung (Mindestbindungsdauer 18 Monate) sowie die Leistungserbringer frei wählen. Für die Krankenkassen gilt eine Aufnahmepflicht (Kontrahierungszwang). - Die Krankenkassen finanzieren sich insbesondere durch einen Beitrag auf der Grundlohnsumme von 14,6 Prozent (Beitragssatz). Dieser Beitrag wird je zur Hälfte durch die Arbeitnehmenden und Arbeitgebenden getragen. Ergänzend können Krankenkassen Zusatzbeiträge erheben. Diese variieren zwischen den Krankenkassen, dürfen aber nicht mehr als 2 Prozent des Einkommens einer Person überschreiten. - Um Einkommens- und Morbiditätsunterschiede zwischen den Krankenkassen auszuglei- 			

chen und die Risikoselektion zu minimieren, existiert ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich.

- Nicht erwerbstätige Familienmitglieder sind mitversichert.

Private Krankenversicherung (PKV)⁸

- Gemessen an der Anzahl Versicherten spielt die PKV eine untergeordnete Rolle im deutschen Versicherungssystem. Allerdings stieg der Anteil der Personen mit einer privaten Krankenversicherung von 7 Prozent in 1975 auf 11 Prozent in 2012.
- Personen, die mehr als einen definierten Betrag verdienen (ungefähr 60'000 Euro), können in die PKV wechseln.
- Die PKV finanziert sich durch individuelle Prämien, die risikobasiert sind. Es besteht kein Kontrahierungszwang.

Zusatzversicherung

- Die Zusatzversicherung deckt einerseits Zuzahlungen für Leistungen, die nicht oder nicht vollständig von der Hauptversicherung des/der Versicherten übernommen werden. Zusätzlich gibt es Zusatzversicherungen, die Leistungen decken, die über das übliche Leistungspaket der Hauptversicherung hinausgehen (bspw. Auslandkrankenschutz im nicht-EU-Ausland, Chefarztbehandlung, Einzelzimmer im Krankenhaus, Zahnzusatzversicherung für umfangreiche Zahnbehandlungen).
- GKV- sowie PKV-Versicherungen bieten Zusatzversicherungen an.
- Im Jahr 2012 hatten 23,1 Millionen Personen eine Zusatzversicherung abgeschlossen (damals entsprach dies ungefähr 28% der Bevölkerung).

Leistungserbringer

- Deutschland hat absolut und relativ eine hohe Anzahl an Krankenhausbetten: 618 pro 100'000 Einwohner/-innen im Jahr 2014, das heisst 64 Prozent mehr als im Durchschnitt der EU-15-Länder (376 Betten pro 100'000 Einwohner/-innen).
- Ungefähr ein Drittel der Krankenhäuser haben eine öffentliche Trägerschaft, wobei die öffentliche Trägerschaft Kommunen, Städte oder auch Bundesländer umfassen. Und jeweils ein Drittel hat eine freigemeinnützige oder eine private Trägerschaft. 1991 gehörten noch ungefähr 50 Prozent einem öffentlichen Eigner.
- Die Bundesländer sind zu einer Krankenhausplanung verpflichtet. Um mit der GKV abrechnen zu können, braucht das Krankenhaus eine Lizenz. Die Planung durch die Bundesländer umfasst insbesondere die Definition der Obergrenze der Abrechnungslizenzen sowie die Einteilung der Krankenhäuser nach Versorgungsstufe. Die Versorgungsstufe eines Krankenhauses definiert die angebotenen Leistungen, respektive die zur Verfügung stehenden Fachabteilungen. Allerdings können die Bundesländer gemäss Expertenaussagen auch Einfluss auf grössere Investitionen nehmen, wie beispielsweise die Anschaffung von Medizinalgeräten (z.B. MRI).
- Ein Marktzutritt erfolgt über den Kauf einer bestehenden Lizenz. Die Reduktion der Krankenhäuser kann durch den Kauf der Lizenzen erfolgen. Dies ist jedoch gemäss Expertenaussage kostspielig.
- Die ambulante Gesundheitsversorgung erfolgt hauptsächlich durch private, gewinnorientierte Anbieter.
- Akutversorgung und Langzeitpflege werden in der Regel von gemeinnützigen oder gewinnorientierten Anbietern erbracht.

⁸ Im Weiteren gehen wir ausschliesslich auf die GKV ein, ausser es ist explizit vermerkt.

<p><i>Finanzierung des Gesundheitssystems</i></p>	<p>Die Krankenkassen erheben die Beiträge von den Arbeitnehmenden und Arbeitgebenden und überweisen diese an einen Reallokationspool. Die Auszahlung der gesammelten Beiträge an die Krankenversicherer erfolgt nach dem morbiditätsbasierten Risikoanpassungsschema.</p> <p><i>Prävention</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Die Primärprävention und die (betriebliche) Gesundheitsförderung sind Aufgabe der Krankenkassen. Pro Versicherten erhalten die Krankenkassen dafür ungefähr drei Euro pro Jahr. <p><i>Ambulante Versorgung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Die Krankenkassen verhandeln einen Kollektivvertrag mit den regional organisierten kassenärztlichen Vereinigungen. Der Kollektivvertrag regelt die Gesamtvergütung für alle ambulanten Leistungen. Die Höhe der Gesamtvergütung orientiert sich an der Morbidität der Versicherten. Durch den Abschluss des Kollektivvertrags sind die kassenärztlichen Vereinigungen zuständig für die Bezahlung der Ärzte/-innen. Nur in definierten Ausnahmen können die Krankenkassen die Leistungserbringer direkt vergüten. <p><i>Stationäre Versorgung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Die stationären Einrichtungen werden dual finanziert. Für die Investitionskosten kommen die Bundesländer auf (ca. 5% der Einnahmen). Die laufenden Betriebskosten werden von den gesetzlichen Krankenkassen, den privaten Krankenversicherungen sowie den Selbstzahlenden getragen. Die Finanzierung der laufenden Ausgaben wird durch Fallpauschalen abgegolten (DRG-System). – Der Basisfallwert ist seit 2010 für alle Krankenhäuser eines Bundeslandes einheitlich. Vorher konnte dieser divergieren. Der Basisfallwert wird jährlich zwischen Vertretenden der Krankenhäusern und der GKV verhandelt. Die Obergrenze des Landesbasisfallwerts wird durch den GKV-Spitzenverband, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Verband der Privaten Krankenversicherungen festgelegt. In den vergangenen Jahren entsprach die Obergrenze der Veränderung der Grundlohnrate (ca. 2,7%). – Die Investitionen der Bundesländer haben über die Zeit hinweg abgenommen. Aufgrund dieses Rückgangs nimmt gemäss Expertenaussagen auch der Einfluss der Bundesländer auf planerische Entscheide ab. Tendenziell gibt es auch einen Trend von öffentlichen Krankenhausträgern zu privaten Trägern. Dieser Trend hat aber seit 2012 etwas abgeflacht. – Jährlich verhandeln die Vertragsparteien die Vergütung der zu erbringenden Leistungen, die nicht gemäss bundeseinheitlichen Vorgaben festgesetzt sind. Diese umfassen 43 DRG, 73 Zusatzentgelte (2016) und unbewertete teilstationäre Leistungen oder Entgelte für besondere Einrichtungen.
<p><i>Abgeltung der Leistungserbringer</i></p>	<p><i>Ambulante Versorgung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Für die Abgeltung der ambulanten Versorgung sind die kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zuständig. Das mit den Krankenkassen ausgehandelte Budget wird in den meisten KVen zuerst zwischen Fachärzten/-innen und Hausärzten/-innen aufgeteilt. Anschliessend wird anhand von Punkten pro Praxis ein Regelleistungsvolumen (RLV) festgelegt. Das praxisbezogene Regelleistungsvolumen basiert auf der Fallzahl der Praxis im Vorjahresquartal und dem durchschnittlichen Fallwert der Arztgruppe sowie dem Gewichtungsfaktor Alter der Patienten/-innen. Fallzahlen oberhalb einer definierten fachspezifischen Schranke werden nur reduziert in die Berechnung der RLV einbezogen. Das RLV definiert das Leistungsvolumen, das zu einem fixen Betrag abgegolten wird. Das Regelleistungsvolumen wird jeweils vor Quartalsbeginn den Ärzten/-innen kommuniziert. – Leistungen, die über dem RLV liegen, werden zu einem reduzierten Betrag abgegolten um

	<p>Skaleneffekten Rechnung zu tragen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vor 2009 wurden die Preise der Leistungen retrospektiv festgelegt. Wobei der Preis einer Leistung mit der Anzahl verkauften Leistungen sank. Die Änderung zur prospektiven Preisgestaltung ab 2009 führte zu besserer Planungssicherheit für die Ärzte/-innen und wirkte sich gemäss Expertenaussagen preisstabilisierend und mengenreduzierend aus. - Die Praxisgebühr von 10 Euro, die der Patient/die Patientin pro Arztbesuch pro Quartal zahlen musste, wurde 2012 aufgrund des mangelnden Nachweises einer effektiven Steuerungswirkung und insbesondere aufgrund des «Hinausschieben» des Arztbesuchs der finanziell schlechter gestellten Individuen abgeschafft. <p><i>Stationäre Versorgung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 2017 wurde der Fixkostendegressionsabschlag eingeführt. Verhandeln die Krankenhäuser mit den Krankenkassen eine Steigerung des Leistungsvolumens (erhöhte Fallzahl) gegenüber dem Vorjahr, so werden die zusätzlichen Leistungen über die folgenden drei Jahre nur reduziert vergütet (35% niedriger). Hintergrund des Fixkostendegressionsabschlags ist die Idee der positiven Skalenerträge, respektive die Überlegung, dass die Grenzkosten mit der erhöhten Fallzahl sinken. Gemäss Expertenaussage blieb das Leistungsvolumen im Jahr 2017 stabil oder es gab sogar einen leichten Rückgang. Neuere Zahlen zeigen aber, dass die Mengen nun trotz Fixkostendegressionsabschlag wieder steigen. Die befragten Experten bezweifeln, dass mit dem Fixkostendegressionsabschlag die Mengen nachhaltig eingeschränkt werden können. - Krankenhäuser, die das verhandelte Leistungsvolumen übersteigen, müssen einen Teil des zusätzlichen Umsatzes im Folgejahr zurückvergüten. Die Höhe der Rückvergütung liegt normalerweise bei 65 Prozent der zusätzlich abgerechneten Leistungen. Andererseits erhalten Krankenhäuser, die unter dem verhandelten Leistungsvolumen bleiben, 20 Prozent dieses Volumens als Mindererlösausgleich.
<i>Gibt es Kostenziele?</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<i>Ebene</i>	<input checked="" type="checkbox"/> National <input checked="" type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Lokal
<i>Sektoren</i>	<input type="checkbox"/> Stationäre Versorgung <input checked="" type="checkbox"/> Ambulante Versorgung (bspw. Hausärzte/-innen, Spezialisten/-innen)
	<input checked="" type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Weitere
<i>Beschreibung der globalen Kostenziele</i>	<p>Gemäss Expertenaussagen bildet der Grundsatz der Beitragssatzstabilität eine Art globales Kostenziel. Dieser Grundsatz bedeutet, dass die Leistungsvergütung in der GKV so ausgestaltet ist, dass es zu keiner Erhöhung des Beitragssatzes kommt (ausser bei Ausnahmen wie bspw. der Zunahme der Morbidität). Der Beitragssatz ist der prozentuale Beitrag, der auf der Grundlohnsumme erhoben wird. Er liegt aktuell bei 14,6 Prozent. Trotz des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität steigen die Leistungsausgaben seit 2006 jedoch deutlich schneller als die Grundlohnrate.</p>
<i>Mechanismus zur Festlegung der Kostenziele</i>	<p>Ohne den Beitragssatz zu verändern, kann das verfügbare Budget durch diverse Faktoren beeinflusst werden. Die Beitragsbemessungsgrenze (Obergrenze der Lohnsumme, auf der prozentuale Beiträge erhoben werden) steigt jährlich um etwa 2 Prozent. Zusätzlich beobachtet man über die letzten Jahre, dass die Versicherungspflichtgrenze angehoben wurde. Das ist die Einkommensgrenze, ab der von der GKV in die PKV gewechselt werden darf (60'000 Euro). Erhöht man die Einkommensgrenze, so steigen automatisch auch die verfügbaren Gelder in der GKV, da weniger Personen in die PKV wechseln können. Weiter hängt das verfügbare Budget mit der wirtschaftlichen Entwicklung und insbesondere der Arbeitslosigkeit zusammen. Bei hoher Arbeitslosigkeit sinken die Einnahmen durch die prozentualen Beiträge</p>

	auf der Grundlohnsumme.
<i>Beschreibung der sektoralen Kostenziele</i>	<p><i>Stationäre Versorgung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Gemäss Expertenaussage ist die Beitragssatzstabilität ein vages Ziel, das die Kassen dazu anhalten soll, wirtschaftlich zu handeln. Die Experten waren sich uneinig, inwiefern man im stationären Bereich von Kostenzielen sprechen kann. Einerseits würden Verhandlungen unter der Nebenbedingung der Beitragssatzstabilität stattfinden, andererseits seien im stationären Sektor die Instrumente der Kostenkontrolle nicht griffig (Fixkostendegressionsabschlag und Mehrerlösausgleich) und es gäbe Abweichungen von der Beitragssatzstabilität.
	<p><i>Ambulante Versorgung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Für jeden Vertragsarzt/jede Vertragsärztin wird pro Quartal ein praxisbezogenes Regelleistungsvolumen (RLV) ermittelt. Die RLV definieren prospektiv und für jeden Vertragsarzt/jede Vertragsärztin die Anzahl der abrechenbaren Leistungen, die zu einem fixen Betrag vergütet werden. Das RLV bildet eine Zielvorgabe für die abzugebenden Leistungen und die Vergütung. Wird das RLV überstiegen, werden die Leistungen zu einem reduzierten Betrag vergütet. – Vor der Einführung des RLV gab es eine Ausgabenobergrenze, die den Versorgungsbedarf auf eine spezielle Arztgruppe und nicht eine einzelne Arztpraxis berücksichtigte. Bei dieser Regulierung wurde der Preis für die Leistungen erst ex-post berechnet, was zu geringerer Planungssicherheit führte.
	<p><i>Medikamente</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Zwischen 1993 und 2001 existierte eine Ausgabenobergrenze für Arzneimittel im ambulanten Sektor. Gab es eine Überschreitung der Obergrenze, sollten die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Pharmaunternehmen gemeinsam dafür haften. Festgelegt wurde die Obergrenze durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen. Ein intertemporaler Ausgleich wurde erlaubt. Aus Sicht der Experten hat diese Obergrenze zu einer vermehrten Generikaverschreibung geführt. Zu einer vermehrten Generikaverschreibung haben zusätzlich die Aut-Idem-Regelung und die Rabattverträge zwischen den Herstellern und den Krankenkassen geführt. – Ex-post werden praxisbezogene Richtgrössen bezüglich angemessener Verordnung von Arzneimittel berechnet. Wird die Richtgrösse um mehr als 125 Prozent überschritten, braucht es eine Begründung oder es wird eine Rückzahlung angefordert. Ein Effekt auf das Verordnungsverhalten ist gemäss Expertenaussage kaum auszumachen.
<i>Überprüfung und Sanktionierung</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Finden die Tarifpartner keine Einigung für die Ausgestaltung der Zielvorgaben, greift eine Schiedsstelle auf Bundes- und Landesebene ein. Mitglieder der Schiedsstelle sind die Krankenkassenverbände, die Verbände der Leistungserbringer und unparteiische Mitglieder. – Die Kostensteuerungsmassnahmen im ambulanten und stationären Bereich haben bei einer Überschreitung einen Abschlag der Vergütung zur Folge. – Bei Nichteinhaltung der Zielvorgabe der Medikamente wird eine Rückzahlung von der Arztpraxis an die Kassenärztliche Vereinigung gefordert.
<i>Erfahrungen mit den Kostenzielen</i>	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Die Beitragssatzstabilität gibt ein vages Kostenziel vor und dient als Orientierungshilfe. ⊕ Die Tarifpartner übernehmen die Finanzverantwortung, um die Beitragssatzstabilität einzuhalten. ⊕ Da die Kassenärztliche Vereinigung (Verband der Leistungserbringer) und nicht die Krankenkassen über die Höhe der RLV entscheiden, ist gemäss Expertenaussage die Akzeptanz bei den Ärzten/-innen höher.

- ⊖ Die Gesundheitskosten steigen in Deutschland, das Ziel der Beitragssatzstabilität wird nicht strikt eingehalten. Die Kostenanstiege hängen aber auch mit dem demografischen Wandel zusammen.
- ⊖ Das Budget der Gesundheitsausgaben ist direkt an die wirtschaftliche Entwicklung geknüpft. Momentan gibt es eine tiefe Arbeitslosigkeit. Entsprechend gibt es ein verhältnismässig grosses Budget und wenig Druck, Massnahmen zur Kostensteuerung zu ergreifen. Eine Beitragssenkung wäre möglich, doch man fürchtet eine zukünftige mögliche Erhöhung des Beitragssatzes.
- ⊖ Die Gesundheitsreformen (bspw. Fixkostendegressionsabschlag) haben meistens zu kurzfristigen Einsparungen geführt, die aber nicht nachhaltig waren.
- ⊖ Das DRG-System ist stark auf Prozeduren ausgerichtet, die Anzahl von Zusatzentgelten für komplexe, aufwändige Fälle ist über die Jahre stark angestiegen. Es wird davon ausgegangen, dass diese Entwicklung eine Mengenausweitung begünstigte. Gemäss Expertenaussage müsste das DRG-System überarbeitet werden, so dass der Fokus verstärkt auf die Diagnosenqualität gerichtet wird.
- ⊖ Gemäss einer Expertenaussage ist Deutschland im stationären Bereich ein schlechtes Vorbild bezüglich Kostendämpfung. Es bräuchte eine massive Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft inklusive einem Abbau der Überkapazitäten.
- ⊖ Die duale Finanzierung der Spitäler, die in Deutschland existiert, führt aus Sicht der befragten Experten zu Governance-Problemen und tendenziell zur Erhaltung einer überholten Spitallandschaft.
- ⊖ Als Folge der Kostendämpfungspolitik sei insbesondere im stationären Sektor die Unzufriedenheit der Ärzte/-innen und des Pflegepersonals mit den Arbeitsbedingungen gestiegen.


Weitere
Kostendämpfungs-
massnahmen

- *Ambulant vor stationär*: Die Ambulantisierung könnte in Deutschland weiter vorangetrieben werden. Gemäss Expertenaussagen werden aufgrund der existierenden Anreize noch viele Eingriffe stationär durchgeführt, die auch ambulant durchgeführt werden könnten.
- *Stärkung der Kooperation und der Koordination der einzelnen Versorgungsbereiche (Disease-Management-Programme)*: Bislang gibt es strukturierte Behandlungsprogramme für sechs Krankheitsbilder, wie beispielsweise Diabetes mellitus Typ2, Brustkrebs oder Asthma. Die chronischen Krankheiten und die verbindlichen Behandlungsrichtlinien für die Behandlung der Krankheiten werden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (Regulierungsbehörde in gemeinsamer Selbstverwaltung) festgelegt. Dieser ist das höchste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen. Das koordinierte Vorgehen soll Komplikationen, Krankenhausaufenthalten oder Folgeschäden vorbeugen. Die Evidenz bezüglich Kosten und Nutzen für die Patienten/-innen sind je nach Programm unterschiedlich. Wobei es aus Sicht der Experten aus methodologischer Sicht auch schwierig ist, die Effekte zu identifizieren. Finanziert werden die Disease-Management-Programme durch die GKV. 2017 waren 6,8 Millionen Versicherte in einem solchen Programm eingeschrieben.
- Es besteht *keine Niederlassungsfreiheit für Ärzte/-innen*, sondern die KVen definieren die Anzahl Praxen und in welcher geografischen Region sich diese niederlassen dürfen. Ärzte/-innen können auch ohne Berücksichtigung der Niederlassungsfreiheit eine Praxis eröffnen. Die Leistungen können dann jedoch nicht über die GKV, sondern nur über die PKV abgerechnet werden oder die Patienten/-innen müssen selber bezahlen.
- Im stationären Bereich findet ein Trend von der Landesplanung hin zu einer Marktregulierung statt. Der Gemeinsame Bundesausschuss und das Kartellamt übernehmen immer mehr Aufgaben der Länder.
- *Arzneimittel-Rabattverträge* erlauben es GKV-Versicherern, Verträge mit spezifischen Arzneimittelherstellern für Arzneimittel mit patentabgelaufenen Wirkstoffen abzuschlies-

<i>Lessons learned</i>	<p>sen. Wenn vom Arzt nichts Weiteres explizit vermerkt ist, erhalten Versicherte ausschliesslich das Arzneimittel des kontrahierten Herstellers. Bevorzugt der Versicherte ein anderes Arzneimittel, muss er Zuzahlungen in Kauf nehmen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Das <i>Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)</i> ist ein unabhängiges wissenschaftliches Institut, das anhand von evidenzbasierten Studien den Nutzen von medizinischen Massnahmen (Arzneimittel, Operationsmethoden, Screenings, Disease-Management-Programmen) beurteilt und Kosten-Nutzen-Analysen durchführt. Entscheide über die Vergütung von medizinischen Massnahmen fällt der Gemeinsame Bundesausschuss.
	<ul style="list-style-type: none"> - Regelleistungsvolumen im ambulanten Bereich wirken kostendämpfend. - Das vage Kostenziel der Beitragssatzstabilität dient als Orientierungshilfe für die Akteure. - Gemäss Expertenaussagen sei die Verknüpfung des Budgets der Gesundheitsausgaben mit der wirtschaftlichen Entwicklung fraglich, da kein direkter Zusammenhang existiere. - Eine Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft könnte zum Abbau von Überkapazitäten führen und die Verlagerung von stationären zu ambulanten Behandlungen fördern.

Quellen: Experteninterviews. Busse, R.; Blümel, M. (2014): Germany. Health system review. Health Systems in Transition, Vol. 16, No. 2.
 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung.
 Eidgenössische Finanzverwaltung (EFV) (2018): Zielvorgaben für das Wachstum der Gesundheitsausgaben: Ausgewählte Erfahrungen und Erkenntnisse für die Schweiz, Bern.
 Leber, R-D. (2017): Krankenhauswettbewerb in meinem Hoheitsgebiet, Präsentation im Rahmen der dggö-Jahrestagung, Basel, 10.03.2017.
 Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi) (2019): Gesundheitswirtschaft Fakten & Zahlen, Ausgabe 2018, Berlin. <https://databank.worldbank.org>; <https://data.oecd.org>, Zugriff am 26.06.2019.

3.2 Niederlande

<p><i>Eckdaten</i></p> 	<p><i>Einwohner/-innen:</i> 17,1 Millionen (2017)</p>	<p><i>Fläche:</i> 41'500 km²</p>	<p><i>BIP pro Kopf:</i> 48'483 USD (2017)</p>	<p><i>Arbeitslosenquote:</i> 3,6% (2018)</p>
	<p><i>Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum BIP:</i> 10,4% (2016)</p>	<p><i>Gesundheitsausgaben pro Kopf:</i> 4'742 USD (2016)</p>	<p><i>Lebenserwartung:</i> 81,6 Jahre (2017)</p>	<p><i>Beschäftigungsanteil Gesundheits-/Sozialsektor:</i> 16% (2014)</p>
<p><i>Organisation des Gesundheitssystems</i></p>	<p><i>Aufgabe des Staats</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Das niederländische Gesundheitssystem ist dezentral organisiert. - Der Staat übernimmt die Aufsichtsfunktion über den Gesundheitssektor und definiert jährliche Kostenziele. <p><i>Grundversicherung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Seit der Reform in 2006 (Health Insurance Act) basiert das niederländische Gesundheitssystem auf dem regulierten Wettbewerb. Die Niederländer/-innen sind verpflichtet, eine Krankenversicherung für ein einheitliches Grundleistungspaket abzuschliessen. Die Krankenversicherer müssen jede Person aufnehmen, die eine Versicherung beantragt. Die Patienten/-innen haben grundsätzlich freie Wahl unter allen verfügbaren Hausärzten/-innen und Versicherungen. Der Hausarzt/die Hausärztin fungiert als Gatekeeper. - Für die Behandlung beim Hausarzt/bei der Hausärztin bezahlen die Patienten/-innen keinen Selbstbehalt, für Behandlungen in Krankenhäusern oder durch die Fachpflege gibt es einen Selbstbehalt. - Zwischen den Versicherern und den Spezialisten/-innen und Krankenhäusern gibt es immer mehr selektive Verträge. Dies reduziert die Auswahlmöglichkeiten für die Patienten/-innen. - Es gibt neun national tätige Versicherungsgesellschaften. - Die Grundversicherung deckt folgende Bereiche: Hausarzt, Krankenhaus, Versorgung im Zusammenhang mit der Mutterschaft, häusliche Pflege, Arzneimittel und psychologische Versorgung. - Der Leistungskatalog der Grundversicherung wurde im Zusammenhang mit den Zielvorgaben mehrmals reduziert (z.B. Ausschluss zahnärztliche Leistungen, Physiotherapie). - Leistungen, die nicht in der Grundversicherung enthalten sind, können über Zusatzversicherungen versichert werden (z.B. Brille, zahnärztliche Leistungen). <p><i>Zusatzversicherung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Zusatzversicherung ist in den Niederlanden vergleichsweise wichtig und deckt unter anderem die meisten zahnärztlichen und paramedizinischen Dienstleistungen ab. Rund 82 Prozent der Bevölkerung haben eine Zusatzversicherung. <p><i>Leistungserbringer</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Stationäre Einrichtungen sind privat und per Gesetz überwiegend gemeinnützig orientiert. Sie sind häufig gross und betreiben zusätzlich grosse ambulante Abteilungen. - Die grossen Krankenhäuser sind das Ergebnis von zahlreichen Fusionen. Die Zusammenlegungen wurden einerseits aus marktstrategischen Gründen und zur Schaffung von mehr Gegenmacht gegenüber den Krankenkassen intensiviert. Andererseits bot die Regierung einen Anreiz für Fusionen, da das Budget der fusionierten grossen Krankenhäuser höher war als die Summe der Budgets der kleineren Krankenhäuser vor den Fusionen. Zwischen 1982 und 2005 ging die Zahl der Krankenhausorganisationen deutlich zurück (von 172 auf 94). 			

	<ul style="list-style-type: none"> - Fachärzte/-innen arbeiten traditionell unabhängig innerhalb der Krankenhausorganisation sowohl für die stationäre als auch für die ambulante Versorgung. Die meisten sind formal selbständig und arbeiten in Partnerschaften mit Krankenhäusern. Andere Fachärzte/-innen werden direkt von den Krankenhäusern angestellt. Ein weiterer Trend ist, dass mehr Fachärzte/-innen in unabhängigen Behandlungszentren (Zelfstandige Behandel Centra, ZBCs) arbeiten, die mit der Grundversicherung abrechnen dürfen. Privatpraxen werden fast ausschliesslich von Hausärzten/-innen geführt.
<p><i>Finanzierung des Gesundheitssystems</i></p>	<p>Die Gesundheitsversorgung wird hauptsächlich (72%) durch die obligatorischen Krankenversicherungsbeiträge der Bürger/-innen finanziert, weitere 13 Prozent durch die allgemeine Besteuerung. Es gibt drei Hauptfinanzierungssysteme: eines für Prävention, eines für die Grundversorgung und eines für die Langzeitpflege.</p> <p><i>Prävention</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Prävention wird durch das Präventionsgesetz geregelt. Sie richtet sich an die gesamte Bevölkerung. Zur Prävention gehören Impfungen, Krebsvorsorge-Programme und die Prävention bei Kindern bis zum Alter von 13 Jahren. - Die Prävention wird aus der allgemeinen Besteuerung finanziert. <p><i>Medizinische Versorgung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Finanzierung der ambulanten Versorgung basiert auf der sozialen Krankenversicherung und dem regulierten Wettbewerb. Die Krankenversicherung für Erwachsene wird zu 50 Prozent durch eine Gemeinschaftsprämie, die vom Versicherten bezahlt wird, und zu 50 Prozent durch eine einkommensabhängige Prämie bezahlt. Die Gesundheitsversorgung von Kindern unter 18 Jahren wird mit einem staatlichen Beitrag aus Steuern bezahlt. - Pro Jahr werden die ersten 385 Euro (2016) der Gesundheitsausgaben aus der Grundversicherung vom Versicherten bezahlt, mit Ausnahme von Hausarztbesuchen, Mutterschaftsbetreuung, häuslicher Pflege und Betreuung von Kindern unter 18 Jahren. Versicherte können auch höhere Franchisen (max. 885 Euro) wählen. - Für die im Krankenversicherungsgesetz («Zorgverzekeringswet» [Zvw]) geregelte Versorgung gilt der regulierte Wettbewerb. Die Krankenversicherungen und Leistungserbringer verhandeln über Preis und Qualität der Versorgung. Die niederländische Gesundheitsbehörde überwacht den Wettbewerb und testet die Leistungen, für welche die Preise verhandelt werden können. - Die Krankenversicherungen können Verträge mit den Leistungserbringern aushandeln. Gemäss Aussagen der Experten entsteht durch die Konkurrenz unter den Leistungserbringern eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung zu einem niedrigen Preis. Der Konkurrenzkampf zwingt die Gesundheitsdienstleister, innovativ zu sein, was wiederum die Rentabilität erhöht. - Die Krankenhäuser können die Tarife für ungefähr 70 Prozent ihres Umsatzes mit den Krankenversicherern frei verhandeln. Die restlichen Sätze (30%) werden von der Regierung festgelegt. Dies betrifft beispielsweise Notfallversorgung (nicht planbar) oder Organtransplantationen (zu wenig Anbieter).
<p><i>Abgeltung der Leistungserbringer</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Die <i>Versicherer</i> verhandeln mit den Leistungserbringern (i.d.R. mit den Verbänden) die Tarife. - <i>Krankenhäuser</i> werden über ein angepasstes DRG-System bezahlt («Diagnosis Treatment Combinations»). - Jeder Versicherer verhandelt mit jedem Krankenhaus. Einige Versicherer verhandeln ein Pauschalbudget, andere verhandeln über Preis und/oder Volumen für individuelle Behandlungen.

	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Hausärzte/-innen</i> werden durch eine Kombination aus Fee-for-Service, pro-Kopf-Pauschale und pay-for-performance bezahlt. – Die Langzeitpflege von Personen, die einer 24-Stunden-Betreuung bedürfen, wird aus einkommensabhängigen Beiträgen finanziert. – Alle anderen Formen der Langzeitpflege liegen in der Verantwortung der Gemeinden. Die Gemeinden erhalten für diese Aufgaben zusätzliche Mittel, die jedoch nicht zweckgebunden sind. Dies gibt den Gemeinden die Freiheit, die Pflege nach eigenem Ermessen zu organisieren. Darüber hinaus sollten Langzeitbetreute zunächst eine Lösung in ihrem persönlichen Umfeld finden. Nur wenn dies nicht möglich oder unzureichend ist, kann eine professionelle Betreuung angestellt werden. Es kann jedoch niemand zur Pflege gezwungen werden.
<i>Gibt es Kostenziele?</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<i>Ebene</i>	<input checked="" type="checkbox"/> National <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Lokal
<i>Sektoren</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Stationäre Versorgung <input checked="" type="checkbox"/> Ambulante Versorgung (bspw. Hausärzte/-innen, Spezialisten/-innen)
	<input type="checkbox"/> Medikamente <input checked="" type="checkbox"/> Weitere
<i>Beschreibung der globalen Kostenziele</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Die Gesundheitsausgaben, inklusive beitragsfinanzierte Ausgaben der Krankenversicherungen, sind seit 1994 explizit Teil des regelbasierten Haushaltsprozesses und unterliegen einer Art budgetären Zielvorgabe («Budgetary Framework for Healthcare»). – Die Kostenziele gelten auf nationaler Ebene. – Für die Jahre 2012–2017 wurde ein Sparpaket von 50 Milliarden Euro verabschiedet und ein jährliches, globales Kostenwachstumsziel von 1,5 Prozent festgelegt. Dieser Wert ist im Vergleich zu den vorherigen Jahren sehr tief (2,5–4,5%). – Neben dem globalen Kostenwachstumsziel werden auch Kostenwachstumsziele respektive Budgetvorgaben für einzelne Sektoren festgelegt (vgl. nachfolgend). – Die Kostenziele werden alle vier Jahre festgelegt. Die Kostenziele gelten normalerweise für die gesamte Periode, Anpassungen sind jedoch möglich.
<i>Mechanismus zur Festlegung der Kostenziele</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Die Kostenziele werden vom CPB («Centraal Planbureau»), dem niederländischen Büro für ökonomische Politikanalyse, berechnet. – Der gesamte Prozess dauert knapp zwei Jahre. Das CPB startet bereits im Herbst 2019 mit den Berechnungen, die zu den Wahlen im Frühling 2021 vorhanden sein müssen. – Das CPB kalkuliert eine Prognose unter Berücksichtigung der Bevölkerungsentwicklung, neuer Technologien, der Inflation, Lohnniveaus usw. Es resultieren reale Kostenziele. – Die vom CPB vorgeschlagenen Kostenziele werden von den Politikern diskutiert und in den meisten Fällen auch genehmigt. Insbesondere eine Senkung des vom CPB vorgeschlagenen Kostenziels bedarf einer guten Begründung, wobei der Grund, die Effizienz zu erhöhen, nicht akzeptiert wird. – Auch die Patientenorganisation, der Krankenhausverband und weitere Stakeholder werden in die Diskussion zur Festlegung der Kostenziele integriert. – Gemäss Experten sind die Kostenziele eher im Sinne eines Gentleman’s Agreement zu verstehen.
<i>Beschreibung der sektoralen Kostenziele</i>	<p>Die sektoralen Kostenziele werden mit den Stakeholdern (Gesundheitsministerium, Patientenorganisation, Krankenversicherung, Vertretung der Leistungsbereiche [z.B. Verband der Grundversorger, Dachvereinigung der Spezialisten]) der verschiedenen Gesundheitssektoren verhandelt und in Vereinbarungen festgehalten. Folgende Kostenziele bzgl. dem Wachstum der Gesundheitskosten in den einzelnen Sektoren wurden festgelegt:</p>

	2012–2014	2015–2017	2018
Stationäre Versorgung	2,5%	1,5%	1,6%
Ambulante Versorgung	3,0%	3,0%	3,0%
Spitalambulante Versorgung	3,0%	2,5%	2,5%
Spezialisten/-innen	2,5%	1,5%	1,6%
Psychische Gesundheit	2,5%	1,0%	1,0%

- *Ambulante Versorgung*: 1,5 Prozent des Kostenziels soll für die Substitution von stationär zu ambulant eingesetzt werden. Für 2018 wurde neben der realen Kostenwachstumsrate von 2,5 Prozent zusätzlich ein Pauschalbetrag von 75 Millionen Euro zur Förderung der Verschiebung von der Spezial- zur Grundversorgung gesprochen.
- Für *Medikamente/Arzneimittel* gibt es kein Kostenwachstumsziel. Die Regierung verhandelt mit den Pharmakonzernen über die Preise von sehr teuren Medikamenten. Zudem funktionieren gemäss Experten die Substitution durch Generika sehr gut.

Überprüfung und Sanktionierung

- Es gibt kein Frühwarnsystem bezüglich die Kostenentwicklung bei den ambulanten und den stationären Leistungen, das eine Überschreitung der Zielvorgaben ankündigen würde. Da das System privat organisiert ist, kann es mehrere Jahre dauern, bis die Informationen von den Patienten/-innen über den Versicherer bis zu den Aufsehern und an den Staat gelangen. Es gibt jedoch ein Monitoring der Medikamentenpreise. Ein Frühwarnsystem bezüglich der Kostenentwicklung bei den ambulanten und den stationären Leistungen wäre gemäss Experten über ein Monitoring der Patientenakten am einfachsten umsetzbar.
- 30 Prozent der Tarife im stationären Bereich werden von der Regierung festgelegt. Ansonsten gibt es aus Sicht der Experten keine prospektiven Massnahmen, um die Zielvorgaben sicherzustellen.
- Im Jahr 2009 wurde in Folge der deutlichen Budgetüberschreitungen im stationären Bereich ein «macro budget instrument» eingeführt, mit dem die Regierung eine ex-post-Budgetkürzung gegenüber den Leistungserbringern in Abhängigkeit ihrer Anteile an den gesamthaft erbrachten Leistungen dieses Bereichs durchsetzen kann. Jede sektorale Vereinbarung enthält diese gesetzlich festgehaltene Sanktionsmöglichkeit. Die jeweilige Leistungserbringergruppe ist somit kollektiv dafür verantwortlich, die Budgetvereinbarungen einzuhalten und die möglichen Sanktionen, die durch das Gesundheitsministerium erlassen werden, zu tragen. Gemäss Expertenaussagen ist diese Massnahme stark umstritten, da sie leistungsstarke Leistungserbringer am härtesten trifft, ohne die Effizienz zu berücksichtigen. Die Massnahme wurde bisher jedoch noch nie umgesetzt. Sie sei eher eine «nuclear option», das heisst eine Art Drohung.
- Bisher wurden Kostenüberschreitungen des einen Sektors einfach von dem verfügbaren Budget anderer Sektoren beziehungsweise dem Gesamtbudget aufgefangen. Die Experten sind sich jedoch nicht sicher, ob diese Strategie langfristig funktionieren wird.

Erfahrungen mit den Kostenzielen

- ⊕ Unter einer neuen Koalitionskonstellation (2012–2017) schaffte es die niederländische Regierung, neue und stringentere mehrjährige Ausgabenwachstumsvorgaben für den Gesundheitsbereich zu formulieren und bislang einzuhalten.
- ⊕ Die sektoralen Vereinbarungen sind zu einem «Anker» für die Verhandlungen zwischen den Tarifpartnern geworden. Zudem ist gemäss der befragten Experten die Diskussion und aktive Auseinandersetzung der Stakeholder mit den Kostenzielen sehr wertvoll. Der Aus-


tausch zwischen den verschiedenen Stakeholdern trage zudem zur Koordination der Gesundheitsversorgung bei.

- ⊕ Die Kostenziele ermöglichen die Steuerung der Gesundheitsversorgung. So wurde in den vergangenen Jahren das Budget für die Hausärzte/-innen sowie die ambulante Versorgung erhöht und entsprechend für die stationäre Versorgung reduziert. Damit konnte der Wechsel zur ambulanten Versorgung forciert werden.
 - ⊕ In den letzten Jahren gab es keine Überschreitung der Ausgaben, sondern sogar eine Unterschreitung. Gemäss befragten Experten kann die Unterschreitung der Ausgaben eine Folge von den harten Verhandlungen mit den verschiedenen Gesundheitssektoren und entsprechend strengen Vereinbarungen sein. Zudem seien die Spitäler – möglicherweise aufgrund der Verschiebung zu spitalambulanter Versorgung und Versorgung durch Hausärzte – effizienter geworden. Möglicherweise waren aber auch die Budget-Prognosen zu hoch.
 - ⊕ Aus Sicht der Experten können die Kostenziele als eine Art Kompromiss zwischen der Regierung und den Leistungserbringern im Gesundheitssektor betrachtet werden. Die Regierung erreicht mittels der Vereinbarungen, dass die festgelegten Ziele eingehalten werden. Dafür bleibt der Gesundheitssektor weitgehend autonom.
 - ⊕ Gemäss den befragten Experten sind keine offensichtlichen negativen Folgen für die Patienten/-innen erkennbar. Die Qualität der Versorgung ist nicht gesunken. Im Gegenteil: Die Spitäler stehen stark unter Druck, die aktuellsten medizinischen Geräte zur Verfügung zu stellen.
 - ⊕ Die Hausärzte werden seit der Einführung der obligatorischen Krankenversicherung in 2006 aus einer Kombination von FFS und Capitation vergütet. Neuerdings ist ein Teil der Leistungserbringung auch durch pay-for-performance abgegolten. Schon vor der Einführung des Versicherungsobligatoriums wurden Hausärzte für öffentlich Versicherte Personen durch Capitation vergütet und für private Versicherte durch FFS. Entsprechend hat die Niederlande eine langjährige Erfahrung mit Capitation. Es besteht keine wissenschaftliche Evidenz, dass die Einführung der Kombination von Capitation und FFS einen Einfluss auf die Versorgungsqualität hatte.
 - ⊕ Aufgrund der wieder leicht ansteigenden Wartezeiten wird in den Niederlanden betont, dass grundsätzlich alle Patienten/-innen das Recht auf Gesundheitsversorgung haben. Dies wurde von Gerichtsseite in der Folge von rechtlichen Klagen mehrmals bestätigt.
-
- ⊖ Zwischen 1994 und 2012 wurden die Budgetvorgaben nur einmal eingehalten (im Jahr 2006). Die Begründung liegt insbesondere darin, dass die definitiven Zahlen und damit das Ausmass der Budgetüberschreitung mit starker zeitlicher Verzögerung vorlagen. Entschädigungsabschlüsse nach 3 Jahren noch umzusetzen, war politisch nicht machbar. Zudem war das Gesundheitssystem der Niederlande im Zeitraum von 1994–2012 stark im Wandel (z.B. Reform 2006). Weiter konzentrierten sich die politischen Leistungsträger überwiegend auf die Effizienzsteigerung, während Kosteneinsparungen weniger Gewicht beigemessen wurde.
 - ⊖ Die befragten Experten sind skeptisch bezüglich der vorgesehenen Sanktionsmassnahmen bei Überschreitung der vorgegebenen Budgets. Eine Umsetzung sei wenig realistisch.
 - ⊖ Aus Sicht der Experten ist unklar, wie lange die bisherige Politik der Kostenwachstumsziele noch funktionieren wird und die Stakeholder sich verpflichten, diese Ziele einzuhalten.
 - ⊖ Aus der Literatur geht hervor, dass das im Jahr 2005 eingeführte DRG-System nicht kostendämpfend wirkte: Es gab eine klare Mengenausweitung, Anzeichen für eine systematische Höherkodierung und eine Tendenz zu einem leichteren Fallmix. Die Budgetvorgaben wurden deutlich überschritten.
 - ⊖ Im Zusammenhang mit der Einführung der DRG konnten die Wartezeiten reduziert werden. Gemäss Expertenaussagen zeigt sich aktuell jedoch wieder ein leichter Anstieg der

	Wartezeiten.
<i>Weitere Kostendämpfungs-massnahmen</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Die sektoralen Vereinbarungen waren gemäss den Experten strategisch wertvoll. Es gab mehrere Massnahmen zur Dezentralisierung, Einstellung unnötiger Gesundheitsversorgung, Erhöhung der Digitalisierung im Gesundheitssystem, Reduktion von Betten für psychische Gesundheit, Reduktion der Konsultationen bei chronisch Kranken usw. – Es gibt ein dichtes System von medizinischen Richtlinien. Diese wurden gemeinsam vom niederländischen Gesundheitsinstitut, von wissenschaftlichen Patienten- und Hausärzte-Gemeinschaften sowie von den Versicherungsgesellschaften erarbeitet. Die Richtlinien definieren, was eine angemessene Versorgung ist. Es wird zudem viel unternommen, um die unangemessene Versorgung zu reduzieren. Das Ausmass des Erfolgs in der Praxis ist noch unklar. – Zusätzlich zum Referenzpreissystem existiert in den Niederlanden die Präferenzpreispolitik. Dies bedeutet, dass Krankenversicherungen für patentabgelaufene und wirkstoffidentische Arzneimittel eine Ausschreibung machen und während der Vertragsdauer nur das Arzneimittel des Gewinners der Ausschreibung vergüten. Die Anzahl solcher direkten Verträge unterscheidet sich je nach Versicherung stark. Einige Versicherungen verfolgen die Präferenzpreispolitik gar nicht. Die durch die Präferenzpreispolitik erzielten Arzneimittelpreise liegen deutlich unter den Preisen des Referenzpreissystems. – Das Institut für Health Care Quality (Kwaliteitsinstituut) fördert die Entwicklung von Qualitätsstandards, hilft bei der Umsetzung der erarbeiteten Qualitätsstandards und fördert die angemessene Nutzung der Pflege und stellt sicher, dass Bürger/-innen und andere Akteure des Gesundheitswesens Zugang zu zuverlässigen Informationen über die Qualität der angebotenen Pflege haben. Zusätzlich erhöhen verschiedene Websites, auf denen Gesundheitsdienstleister verglichen werden können, die Transparenz (z.B. www.kiesbeter.nl, www.zorgkaartnederland.nl). – Der Selbstbehalt, für den die Versicherten selber aufkommen müssen, hat sich im Laufe der Jahre deutlich erhöht, von 150 Euro im Jahr 2008 auf 385 Euro im Jahr 2016. Gleichzeitig wurden mehrmals Leistungen aus der Grundversicherung gestrichen.
<i>Lessons learned</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Die Kostenziele fördern den Austausch zwischen den beteiligten Stakeholdern. – Die aktive Auseinandersetzung der Stakeholder mit den Kostenzielen fördert die Akzeptanz und Einhaltung der Ziele. – Die Kostenziele tragen zur strategischen Steuerung der Gesundheitsausgaben (Verlagerung der Versorgung von stationär zu ambulant) bei. – Investition in weiterführende kostendämpfende Massnahmen, wie beispielsweise medizinische Richtlinien zur Steigerung der Indikationsqualität, unterstützen die Erreichung der Kostenziele. – Strenge Zielvorgaben können erreicht werden.

Quellen: Experteninterviews. Kroneman, M.; Boerma, W.; van den Berg, M.; Groenewegen, P.; de Jong, J.; van Ginneken, E. (2016): The Netherlands: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2016; 18(2):1–239; Eidgenössische Finanzverwaltung (EFV) (2018): Zielvorgaben für das Wachstum der Gesundheitsausgaben: Ausgewählte Erfahrungen und Erkenntnisse für die Schweiz, Bern. <https://databank.worldbank.org>; <https://data.oecd.org>, Zugriff am 26.06.2019.

3.3 Dänemark

<p><i>Eckdaten</i></p> 	<p><i>Einwohner/-innen:</i> 5,8 Millionen (2017)</p>	<p><i>Fläche:</i> 42'900 km²</p>	<p><i>BIP pro Kopf:</i> 57'219 USD (2017)</p>	<p><i>Arbeitslosenquote:</i> 5,1% (2018)</p>
	<p><i>Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum BIP:</i> 10,4% (2016)</p>	<p><i>Gesundheitsausgaben pro Kopf:</i> 5'566 USD (2016)</p>	<p><i>Lebenserwartung:</i> 81,0 Jahre (2017)</p>	<p><i>Beschäftigungsanteil Gesundheits-/Sozialsektor:</i> 3,5% (2018)</p>
<p><i>Organisation des Gesundheitssystems</i></p>	<p>Durch die Reform von 2007 gibt es eine neue Aufteilung der Regionen und Gemeinden, Anpassungen in den Aufgabenverteilung zwischen Staat, Regionen und Gemeinden und ein neues Finanzierungs- und Ausgleichssystem. Die bisher 13 Bezirke wurden durch fünf neue Regionen ersetzt und die Anzahl Gemeinden wurden von 271 auf 98 reduziert.</p> <p><i>Aufgabe des Staats</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Das Gesundheitssystem ist relativ dezentral organisiert, da den Regionen und Gemeinden eine wichtige Rolle in der Bereitstellung der Gesundheitsversorgung zukommt. - Die nationale Regierung respektive das Gesundheitsministerium legt den rechtlichen Rahmen für das Gesundheitswesen fest und ist für die allgemeine Planung, Umsetzung und Überwachung der gesetzlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen zuständig. Weiter definiert der Staat Richt- und Leitlinien für die Qualitätssicherung und Kontrolle. - Die Verantwortlichkeiten sind auf den Staat, die Regionen und die Gemeinden verteilt. <p><i>Aufgabe der Regionen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Es gibt heute fünf Verwaltungsregionen, die von demokratisch gewählten Räten regiert werden. Diese sind für die Planung und Erbringung der Gesundheitsversorgung zuständig und übernehmen gewisse koordinative Aufgaben sowie Aufgaben im Zusammenhang mit der spezialisierten Sozialfürsorge. - Die Regionen besitzen, verwalten und finanzieren Krankenhäuser (inkl. Rehabilitation) und finanzieren den Grossteil der Leistungen von Hausärzten (aus den vom Staat zur Verfügung gestellten Mitteln), niedergelassenen Spezialisten, Physiotherapeuten, Zahnärzten und Apothekern. - Die übergeordnete Organisation «Danske Regioner» vertritt die Interessen von allen fünf Regionen (nicht nur hinsichtlich der Gesundheitsversorgung). <p><i>Aufgabe der Gemeinden</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Die 98 Gemeinden sind für die Finanzierung und Bereitstellung von Pflegeheimen, Spitexleistungen, Zahnarztpraxen, Schulgesundheitsdiensten, Haushaltshilfen und der Behandlung von Drogen- und Alkoholmissbrauch verantwortlich. Die Gemeinden sind auch für die Umsetzung von allgemeinen Präventionsaufgaben und für die Rehabilitation außerhalb der Krankenhäuser zuständig. <p><i>Grundversicherung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Das dänische Gesundheitssystem basiert auf den Prinzipien des freien und gleichberechtigten Zugangs zur Gesundheitsversorgung für alle Bürger/-innen. - In Dänemark gibt es keinen Krankenversicherungswettbewerb. - Es gibt eine gesetzliche Krankenversicherung, bei der alle Bürger/-innen versichert sind und die Wahl zwischen den Krankenversicherungsgruppen 1 oder 2 haben: <ul style="list-style-type: none"> - Personen der Krankenversicherungsgruppe 1 werden bei einem bestimmten Hausarzt/einer bestimmten Hausärztin registriert. Sie haben das Recht auf kostenlose medizinische Versorgung durch den Hausarzt/die Hausärztin. Ein Wechsel des Hausarz- 			

tes/der Hausärztin ist möglich, muss jedoch der Gemeindeverwaltung mitgeteilt und begründet werden. Der Hausarzt/die Hausärztin fungiert als Gatekeeper. Für die fachärztliche Behandlung durch bestimmte Spezialisten/-innen (z.B. Augenärzte/-innen, Zahnärzte/-innen) ist keine Überweisung erforderlich. 98 Prozent der Bürger/-innen gehören der Krankenversicherungsgruppe 1 an.

- Personen der Krankenversicherungsgruppe 2 haben freie Wahl des Hausarztes/der Hausärztin und können Ärzte/-innen in der Privatpraxis ohne Überweisung aufsuchen. Leistungen sind in der Regel mit Zuzahlungen belegt.
- Versicherte können innerhalb bestimmter Grenzen alle öffentlichen und einige privaten Krankenhäuser frei wählen. Kann die Region nicht sicherstellen, dass die Behandlung innerhalb von 30 Tagen eingeleitet wird, haben die Patienten/-innen das Recht auf eine sogenannte «erweiterte freie Krankenhauswahl». Das bedeutet, dass die Patienten/-innen wählen können, ob sie in ein privates Krankenhaus in Dänemark oder in ein öffentliches oder privates Krankenhaus im Ausland gehen wollen.

Zusatzversicherung

- Die Zusatzversicherung wird neben dem gesetzlichen Gesundheitssystem in Dänemark vor allem als Zusatz- oder Ergänzungssystem genutzt. Ein Ausstieg aus der steuerlichen Finanzierung des öffentlichen Gesundheitswesens ist nicht möglich. Die Zusatzversicherung nimmt einen geringen Stellenwert ein und macht nur ungefähr 2 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben aus. Es wird unterschieden zwischen der komplementären und der ergänzenden Zusatzversicherung:
 - Die *komplementäre* Zusatzversicherung bietet eine vollständige oder teilweise Deckung von Leistungen, die vom gesetzlichen Gesundheitssystem ausgeschlossen oder nur teilweise abgedeckt sind. Aus der Literatur geht hervor, dass die Nachfrage nach der komplementären Zusatzversicherung eine Reaktion auf die relativ hohen Zuzahlungen in einigen Bereichen wie Medikamente, Brille und Physiotherapie ist.
 - Die *ergänzende* Zusatzversicherung wird in drei Kategorien unterteilt: Versicherung für Untersuchung und Behandlung (einschliesslich Operationen und Medikamente) in privaten Krankenhäusern, Versicherung für Präventionsleistungen (z.B. Physiotherapie, Chiropraktik), Versicherung für allgemeine Gesundheitsuntersuchungen (u.a. für Zuzahlungen des Patienten/der Patientin, Verkürzung der Wartezeiten).
- Gemäss befragten Experten/-innen haben rund die Hälfte aller Däninnen und Dänen eine Zusatzversicherung.
- Der grösste Anbieter von komplementärer Zusatzversicherung ist der gemeinnützige Krankenversicherungsverein «danmark». Die ergänzende Zusatzversicherung wird von sechs privaten gemeinnützigen Versicherungsgesellschaften angeboten.

Leistungserbringer

- Die meisten Leistungserbringer gehören einem öffentlichen Eigner.
- Im Zuge der Reform von 2007 erfährt auch die Krankenhauslandschaft eine umfassende Neustrukturierung. 2007 gab es in Dänemark 79 Krankenhäuser. Bis 2025 soll diese Anzahl auf 53 reduziert werden. Dadurch wird auch die Anzahl Betten von 20'000 auf ungefähr 15'000 reduziert werden. Ziel der Umstrukturierung ist es, die Funktionseinheiten zusammenzulegen und dafür weniger, aber hochspezialisierte Zentren zu errichten. Insgesamt werden dafür ungefähr 6,4 Milliarden Euro aufgewendet. Daraus sollen eine gezielte Behandlung und eine verbesserte Versorgungskontinuität resultieren.
- Die Mehrheit der spitalambulanten und stationären Versorgungen findet in allgemeinen öffentlichen Krankenhäusern statt. In den Krankenhäusern gibt es sowohl stationäre als auch ambulante Kliniken sowie 24-Stunden-Notfallstationen. Im Jahr 2010 wurden 2,2

Finanzierung des Gesundheitssystems

- Prozent der Spitalleistungen von privaten Spitälern durchgeführt.
- Hausärzte/-innen führen Privatpraxen, entweder allein (etwa ein Drittel aller Hausärzte/-innen) oder in Zusammenarbeit mit anderen Hausärzten/-innen.
 - Für die chronische Pflege wird die Verantwortung zwischen den regionalen Krankenhäusern, Hausärzten/-innen und Anbieter von kommunalen institutionellen und häuslichen Dienstleistungen geteilt.

Weiteres

- Das dänische Gesundheitssystem ist gekennzeichnet durch eine umfassende Digitalisierung, die elektronische Kommunikation zwischen den Leistungserbringern sowie die systematische Nutzung von Daten und digitalisierten Arbeitsverfahren. So führen beispielsweise alle Hausärzte/-innen elektronische Gesundheitsakten (EPA) und 98 Prozent der Hausärzte/-innen tauschen diese Aufzeichnungen elektronisch aus. Alle Laboruntersuchungsergebnisse von den Krankenhäusern werden elektronisch übermittelt.
- Über das Webportal sundhed.dk haben alle Bürger/-innen Zugang zu ihren eigenen medizinischen Daten aus den EPA. Zudem ermöglicht der «Shared Medication Record» den Bürgern/-innen und Angehörigen des Gesundheitswesens Zugang zu einer vollständigen elektronischen Aufzeichnung der aktuell von einer Person eingenommenen, verschreibungspflichtigen Medikamente.

- Grundsätzlich werden alle Gesundheits- und Sozialdienstleistungen durch allgemeine Steuern finanziert und durch ein System von Blockzuschüssen («Block Grants»), Rückerstattungen und Ausgleichszahlungen der Regierung unterstützt. 2015 wurden rund 84 Prozent der Gesundheitsausgaben öffentlich finanziert. Die restlichen 16 Prozent wurden durch Patientenzahlungen finanziert. Zuzahlungen fallen insbesondere bei Arzneimitteln (ausser im stationären Bereich), Zahnmedizin und Sehhilfen an, bei anderen Leistungen spielen sie eine untergeordnete Rolle.
- Die Finanzierung des Gesundheitssystems basiert auf jährlichen Finanzierungsvereinbarungen zwischen Regierung, Regionen und Kommunen. Die Parteien einigen sich auf eine Reihe von Zielen für die Höhe der Gesundheitsausgaben im kommenden Jahr.
- Die Aufteilung der Block Grants auf die Regionen erfolgt nach einer relativ komplexen Formel, die unter anderem folgende Faktoren miteinbezieht: Altersverteilung, Anzahl Sozialhilfebezüger, Anzahl Kinder von alleinerziehenden Eltern, Anzahl Personen in Mietwohnungen, Anzahl Personen, die auf Inseln wohnen.
- Die Aufgaben der Gemeinden sind insbesondere durch Einkommenssteuern und Block Grants finanziert. Die Aufgaben der Regionen finanzieren sich zusätzlich durch Mehrwertsteuern, Steuern auf spezifischen Gütern (bspw. fetthaltige Nahrungsmittel) und Beiträge der Gemeinden.
- Zusätzlich zur allgemeinen Finanzierung gibt es einen Sonderfonds («Satspuljeaftalen»), der zur Stärkung der Gesundheitsinitiativen für benachteiligte Bürger/-innen, die Sozialleistungen erhalten, eingesetzt wird.

Prävention

- Präventionskampagnen und Vorschriften (z.B. Rauchverbote an bestimmten Orten) werden auf nationaler Ebene beschlossen. Die Umsetzung in der Praxis ist Aufgabe der Gemeinden. Es besteht jedoch eine Zusammenarbeit mit den Regionen.

Medizinische Versorgung

- Der grösste Teil der Gesundheitsdienstleistungen wird durch allgemeine Steuern finanziert.

<p><i>Abteilung der Leistungserbringer</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Öffentliche Krankenhäuser werden durch eine Kombination von globalen Budgets (30–50%) und fallbezogenen Zahlungen (DRGs; 50–70%) finanziert. - Die krankenhausbasierte <i>ambulante Versorgung</i> wird wie die stationäre Versorgung durch die Regionen finanziert. - In Krankenhäusern tätige Ärzte/-innen und Gesundheitsfachpersonen werden von regionalen Krankenhäusern angestellt. - Die <i>Langzeitpflege</i> ausserhalb der Krankenhäuser wird von den Gemeinden finanziert. - <i>Hausärzte/-innen und Spezialisten/-innen</i> werden von den Regionen bezahlt. Ihr Einkommen ergibt sich aus einer Mischung aus pro-Kopf-Pauschale (Capitation; 30% des Einkommens) und Dienstleistungsgebühren (FFS; 70% des Einkommens). Die Tarife werden durch nationale Vereinbarungen von den dänischen Regionen und der Organisation der Hausärzte/-innen (Praktisierende Laegers Organisation [PLO]) festgelegt. Zuzahlungen, die nicht von der Region abgegolten werden (z.B. Gesundheitsbescheinigung für die Erneuerung des Führerscheins), machen nur einen kleinen Teil des Einkommens der Hausärzte/-innen aus. - Die Gehälter für das von den <i>Gemeinden beschäftigte Gesundheitspersonal</i> (z.B. Krankenschwestern, die in Pflegeheimen oder in der häuslichen Pflege arbeiten, und Zahnärzte/-innen, die in Schulkliniken arbeiten) werden zwischen der Gemeindeverwaltung und den zuständigen Gewerkschaften ausgehandelt.
<p><i>Gibt es Kostenziele?</i></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p><i>Ebene</i></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> National <input checked="" type="checkbox"/> Regional <input checked="" type="checkbox"/> Lokal</p>
<p><i>Sektoren</i></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Stationäre Versorgung <input checked="" type="checkbox"/> Ambulante Versorgung (bspw. Hausärzte/-innen, Spezialisten/-innen)</p>
	<p><input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Weitere</p>
<p><i>Beschreibung der globalen Kostenziele</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gemäss Expertenaussagen werden schon seit rund 50 Jahren globale Budgets vereinbart. Das «Haushaltsgesetz», mittels welchem die Globalbudgets gesetzlich verankert wurden, ist jedoch erst seit 2012 in Kraft. - Es werden jährlich globale Budgets (die sogenannten «Block Grants») für die Regionen und Gemeinden festgelegt. Im weiteren Sinne gibt es auch sektorale Kostenziele. - Für spezifische Ziele (z.B. Verbesserung der Gesundheit von Menschen mit verminderter kognitiver Funktionalität, präventive Initiativen für Kinder, die in Familien mit psychiatrischen Erkrankungen aufwachsen) werden Sondermittel («Satspuljeaftalen») bereitgestellt. Diese basieren auf einer politischen Vereinbarung zwischen den politischen Parteien im Parlament. - Die DRG-Sätze für stationäre Leistungen und die FFS-Sätze für ambulante Leistungen (dänisches ambulantes Gruppierungssystem) werden einmal jährlich vom Gesundheitsministerium auf der Grundlage der durchschnittlichen Kosten berechnet.
<p><i>Mechanismus zur Festlegung der Kostenziele</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Die globalen Budgets werden jährlich zwischen dem Gesundheitsministerium, dem Finanzministerium sowie den Regional- und Kommunalräten/-innen – vertreten durch die dänischen Regionen und die Gemeindeverwaltung – an einer nationalen Budgetverhandlung ausgehandelt. Dabei werden die Ziele für die Ausgaben im Gesundheitswesen festgelegt. - Das Budget wird auf die fünf Regionen verteilt. Die wichtigste Quelle der regionalen Finanzierung ist der Blockzuschuss der Regierung (etwa 75% der gesamten regionalen Förderung). Die Aufteilung des Zuschusses auf die Regionen wird in Abhängigkeit von spezifischen Kriterien wie Demografie und Sozialstruktur vergeben. Neben dem Blockzuschuss erhalten die Regionen von der Regierung einen massnahmenbezogenen Zuschuss,

	<p>der sich nach dem Umfang der patientenbezogenen Aktivität in den Krankenhäusern der Region richtet. Darüber hinaus erhalten die Regionen von den Kommunen einen finanziellen Beitrag. Die Regionen bestimmen die Höhe der tätigkeitsbezogenen Förderung durch die Gemeinden (etwa 255 Euro pro Bürger im Jahr 2013). Wenn mindestens zwei Drittel der Gemeinden in der Region gegen einen Vorschlag zur Erhöhung der Subvention sind, können sie dagegen Einspruch erheben.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seit 2005 beinhalteten die Budgetvereinbarungen mit den Regionen die Forderung nach einer jährlichen Produktivitätssteigerung von 2 Prozent, was eine Senkung der pro-Kopf-Ausgaben zur Folge hat. In der Vergangenheit wurde bei Nichteinhaltung des vorgegebenen Wachstums das Budget des Folgejahres für diese Region reduziert. Dieses Kriterium wird seit 2018 jedoch nicht mehr angewandt. Die Begründung sehen die befragten Experten/-innen darin, dass möglicherweise die Produktivität nicht weiter gesteigert werden kann und das Optimum erreicht wurde. - Die Leistungen, die von Gemeinden angeboten werden, finanzieren sich durch Einkommenssteuern und Zuschüssen der Zentralregierung sowie durch Erstattungen und Ausgleichszahlungen. Blockzuschüsse der Regierung werden unter den Gemeinden im Verhältnis zu ihrer Steuerbasis aufgeteilt. Die Gemeinden finanzieren die Pflegeheime, Spitexleistungen, Zahnarztpraxen, Schulgesundheitsdienste, Haushaltshilfen und die Behandlung von Drogen- und Alkoholmissbrauch. - Die Gemeinden zahlen einen tätigkeitsbezogenen Zuschuss an die Regionen (z.B. Anzahl Krankenhausaufenthalte, Anzahl ambulante Behandlungen in den Krankenhäusern, Anzahl der von den Hausärzten/-innen erbrachten Leistungen). Aus der Literatur geht hervor, dass auf diese Weise die Gemeinden einen Anreiz haben, wirksame Präventionsmassnahmen zu ergreifen, welche die Nachfrage nach Krankenhausaufenthalten und anderen regionalen Gesundheitsdienstleistungen reduzieren.
<p><i>Beschreibung der sektoralen Kostenziele</i></p>	<p>Die Regionen verfügen über ein Budget, mittels dem alle Gesundheitsdienstleistungen in der Region abgegolten werden müssen. Sektorale Kostenziele sind nur im weiteren Sinne vorhanden. So werden beispielsweise Vereinbarungen zu Tarifen und Kostenzielen mit den Allgemeinärzten/-innen und Fachärzten/-innen abgeschlossen oder Budgets für die Spitäler definiert.</p> <hr/> <p><i>Stationäre und ambulante Versorgung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Regionen entscheiden über die Budgetierungsmechanismen. Dabei wird eine Kombination aus fixem Budget und tätigkeitsbezogener Finanzierung auf der Grundlage von DRG angewandt (wobei das fixe Budget den grössten Teil der Finanzierung ausmacht; die DRG-Sätze werden vom Gesundheitsministerium auf nationaler Ebene berechnet). <hr/> <p><i>Hausärzte/-innen und Spezialisten/-innen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Kostenziele werden national definiert und gelten entsprechend für den gesamten Sektor – es gibt keine regionalen Unterschiede. - Die Ziele werden alle zwei bis drei Jahre zwischen den dänischen Regionen (dänischer regioner) und der PLO ausgehandelt. Die Ziele werden jeweils für ein Jahr festgelegt. - Die Hausärzte/-innen in Dänemark haben einen maximalen Betrag, den sie von den Regionen erhalten (2019: rund 1'251 Milliarden Franken für den gesamten Sektor der ambulanten Versorgung). Darin sind beispielsweise lokale Vereinbarungen, Impfungen und Schwangerschaft nicht enthalten. Dieses Budget darf pro Jahr um 0,6 Prozent überschritten werden. - Zudem gibt es individuelle Ziele für die Praxen. Die einzelnen Praxen können maximal 25 Prozent mehr verdienen als der durchschnittliche Ertrag in ihrer Region beträgt.

	<p><i>Medikamente</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Die stationären Arzneimittelabgaben werden durch den gemeinsamen Einkauf sowie durch nationale Richtlinien und klinisches Monitoring überwacht. – Der Einkauf von Medikamenten, Hörgeräten und anderen medizinischen Geräten erfolgt durch die Regionalorganisation Amgros. Aufgrund von Erfahrungen mit teuren Arzneimitteln in Krankenhäusern wurde im Jahr 2017 zudem ein neuer, regionaler «Medikamentenrat» gegründet. Der Rat besteht aus drei Einheiten: dem Rat (16 Mitglieder, 3 Beobachter/-innen), den Fachausschüssen und dem Sekretariat. Er bewertet die Wirksamkeit und Kosteneffizienz neuer Medikamente und empfiehlt, ob die Regionen das neue Medikament einführen sollten oder nicht. Der Rat erarbeitet zudem Guidelines für die Anwendung der neuen Arzneimittel und stellt somit eine einheitliche Anwendung in den Regionen sicher. Die Krankenhäuser halten sich gemäss Aussage der Experten/-innen an diese Empfehlungen. – Die Pharmaunternehmen melden dem Gesundheitsministerium monatlich die Preise. Die Apotheken sind verpflichtet, die günstigste Alternative mit dem gleichen Wirkstoff zu wählen, ausser es wird ein bestimmtes Medikament verschrieben. Die Patienten/-innen können zwar teurere Medikamente wählen, müssen für die Differenz jedoch selber aufkommen.
<p><i>Überprüfung und Sanktionierung</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> – Der massnahmenbezogene Zuschuss von der Regierung an die Regionen wird automatisch reduziert, sofern nicht der erwartete Umfang an Gesundheitsleistungen in den Regionen erbracht wird. – Die fünf Regionen verfügen über Wirtschaftsabteilungen, welche die Budgets überwachen. Wenn sich abzeichnet, dass das Budget überschritten wird, gibt es gemäss den befragten Experten/-innen eine gewisse Koordination zwischen den fünf Regionen. So wurde 2018 das Budget in einer Region überschritten, in einer anderen dagegen unterschritten. Somit ergaben sich auf nationaler Ebene keine Sanktionen. Würden alle Regionen das Budget überschreiten, gäbe es gemäss Expertenaussagen eine Reduktion des Budgets in den Folgejahren. – Seit Einführung des Sanktionsmechanismus im Jahr 2012 wurde dieser nie eingesetzt (dies gilt für die Regionen und Gemeinden). – Auch im Sektor der Hausärzte/-innen gibt es ein Monitoring, das zur Erreichung der Kostenziele beiträgt. So berechnet PLO jeden Monat eine Prognose und informiert alle Ärzte/-innen via Newsletter über den Stand des Budgets. Sollte das Ziel bald erreicht werden, können die Ärzte/-innen den Umfang oder die Menge ihrer Konsultationen reduzieren. Diese Massnahme wurde aus Sicht der Experten/-innen bisher jedoch noch nie ergriffen. – Die Regionen kontrollieren die Ausgaben in den Spitälern mittels der tätigkeitsbezogenen Finanzierung – kombiniert mit dem angestrebten Aktivitätsniveau und sinkenden Zahlungsraten. Bei Überschreitungen des Spitalbudgets sind die Regionen befugt, Personalwechsel auf der Führungsebene durchzusetzen. – Die zwischen den Regionen und Haus- und Fachärzten/-innen abgeschlossenen Tarifverträge enthalten verschiedene Klauseln über Tarifsenkungen, sofern die Gesamtausgaben das vorgegebene Niveau überschreiten. Jeweils im April und Oktober wird der Betrag, den die Ärzte/-innen für eine Behandlung erhalten, festgelegt. Wenn das Ziel überschritten wird, wird entsprechend die Vergütung der Behandlungskosten pro Patient/-in reduziert. Seit der Einführung der Kostenziele mussten in diesem Sektor noch nie Sanktionen ausgesprochen werden. – Die Regionen überwachen zusätzlich das Aktivitätsniveau der einzelnen Hausarztpraxen und können eingreifen, wenn diese deutlich vom Durchschnitt der angebotenen Leistungen abweichen.


<p><i>Erfahrungen mit den Kostenzielen</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Gemäss den befragten Experten/-innen haben die vereinbarten Budgetvorgaben eine disziplinierende Wirkung und verleihen dem Staat eine gewisse Planungssicherheit. Zudem tragen sie einer nachhaltigen Finanzpolitik bei. ⊕ Die Wartelisten-Garantie von 30 Tagen ist gemäss Aussage der Experten/-innen eine verständliche politische Botschaft und trägt bei der Bevölkerung zur Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem bei. ⊕ Aus Sicht der Experten/-innen gibt es keine offensichtlichen Qualitätseinbussen für die Patienten/-innen. Jedoch können Hausärzte/-innen Behandlungen auf das Folgejahr verschieben, falls sie feststellen, dass das Budget bald erreicht ist. Seit der Einführung der Kostenziele wurden diese im Hausarzt-Sektor nur einmal – im ersten Jahr – überschritten. ⊕ Die Behandlungsqualität in den Krankenhäusern hat aufgrund deren Spezialisierung gemäss den Experten/-innen zugenommen. Die Distanz bis zum nächstliegenden Krankenhaus hat aber für gewisse Patienten/-innen zugenommen. <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ⊖ Die Experten/-innen sind der Meinung, dass die Fokussierung auf ein Jahresbudget die Handlungsfreiheit und Risikobereitschaft einschränken kann und ein Planungshorizont über drei bis vier Jahre mehr Flexibilität zulassen würde. ⊖ Aus Sicht der Experten/-innen zeigt sich die Schwäche des dänischen Systems darin, dass nur wenig Diskurs über Priorisierung der Leistungen besteht. So kann es bei politisch motivierten Entscheidungen sein, dass Patienten/-innen mit Krankheiten, die mehr Medienaufmerksamkeit erhalten, besser versorgt werden. Ein erster Schritt in Richtung Priorisierung war die Gründung des Medikamentenrats. Es mangle jedoch an Priorisierung in den anderen Bereichen. ⊖ Aus Sicht der befragten Experten/-innen bestehen gewisse negative Anreize für die Regionen, für Hausärzte/-innen oder für andere Anbieter im Gesundheitswesen, mehr zu tun als sie sollten, um das Budget zu erreichen. ⊖ Gemäss Aussage der Experten/-innen verhindert das Kostenziel, der sinkenden Anzahl an Allgemeinärzten/-innen und Pflegefachpersonen entgegenzuwirken. Die Ärzte/-innen zögern, neues Personal einzustellen, weil dies zusätzliche Kosten verursachen und damit das Kostenziel schneller erreicht würde. Gleichzeitig werden die Patienten/-innen immer älter und brauchen häufiger einen Arzt/eine Ärztin. Entsprechend sank die durchschnittliche Anzahl der Arztbesuche – abgesehen von den älteren Patienten/-innen – für die meisten Altersgruppen.
<p><i>Weitere Kostendämpfungs-massnahmen</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> – Die Apotheken sind verpflichtet, das vom Hausarzt/von der Hausärztin verordnete Medikament durch das billigste Generikum zu ersetzen, um die Arzneimittelkosten sowohl für den öffentlichen Sektor als auch für den einzelnen Patienten zu senken. – Es besteht eine enge Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern und den Regionen. Zudem ist streng geregelt, welches Krankenhaus welche Art von Behandlung durchführen darf (Spezialisierung). – Die umfassende Digitalisierung in Dänemark – auch im Gesundheitssektor – wirkt aus Sicht der Experten/-innen kostensenkend, erhöht die Sicherheit und die Kommunikationsgeschwindigkeit. – Vor dem Aufsuchen einer Notfallstation ist in Dänemark eine telefonische Voranmeldung durch den Hausarzt oder der Kontakt über eine medizinische Hotline zwingend. Dies soll die Notfallstationen von Bagatellfällen entlasten. – Qualitätsindikatoren zu Gesundheitsdienstleistern werden auf einer nationalen Webseite kommuniziert. Dies soll den Patienten/-innen erlauben, dass sie informierte Entscheidungen bezüglich Spitalwahl treffen können. – Die dänische Patientensicherheitsbehörde führt Inspektionen bei den Ärzten/-innen und Gesundheitsfachpersonen durch, unter anderem basierend auf Beschwerden von Patienten.

	<p>ten/-innen. Auch führt die Patientensicherheitsbehörde ein Monitoring von unerwünschten Ereignissen/Nebenwirkungen,⁹ um die Patientensicherheit zu gewährleisten. Bei Beanstandungen hat die Patientenaufsichtsbehörde die Möglichkeit, Vorschriften und Guidelines für Gesundheitsfachpersonen und Ärzte/-innen zu erlassen.</p>
<i>Lessons learned</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Die Konzentration auf wenige spezialisierte Krankenhäuser wirkt kostendämpfend und effizienzsteigernd. – Der Diskurs über die Kostenziele hat eine disziplinierende Wirkung auf alle Stakeholder (inkl. Leistungserbringer). – Es gibt einen «Medikamentenrat» zur Bewertung der Wirksamkeit und Kosteneffizienz neuer Medikamente sowie zur Stärkung des Fokus auf kostengünstige Generika. – Ein Monitoring der Gesundheitsausgaben auf verschiedenen Ebenen (gesamtwirtschaftlich, Hausärzte/-innen und einzelne Arztpraxen) ist installiert. – Die Digitalisierung erleichtert die Datenerfassung, die Arbeitsverfahren und den Austausch zwischen den Leistungserbringern. Gleichzeitig wirkt die Digitalisierung kostendämpfend.

Quellen: Interviews mit Experten/-innen. Olejaz, M.; Juul Nielsen, A.; Rudkjøbing, A.; Okkels Birk, H.; Krasnik, A.; Hernández-Quevedo, C. (2012): Denmark: Health system review. *Health Systems in Transition*, Kopenhagen, 14(2):1–192. Ministry of Health (2017): Healthcare in Denmark – An Overview, Kopenhagen. <https://databank.worldbank.org>; <https://data.oecd.org>; <https://www.dst.dk/en/Statistik/emner/arbejde-indkomst-og-formue/beskaeftigelse>, Zugriff am 26.06.2019. <https://medicinraadet.dk>, Zugriff am 07.08.2019. Weiterführende Literatur: Møller Pedersen, K., Bech, M., Vrangback, K. (2011): *The Danish Health Care System: An Analysis of Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats (SWOT analysis)*, University of Southern Denmark.

⁹ Siehe www.dpsd.dk, Zugriff am 18.06.2019.

3.4 Israel

<p>Eckdaten</p> 	<p>Einwohner/-innen: 8,7 Millionen (2017)</p>	<p>Fläche: 22'100 km²</p>	<p>BIP pro Kopf: 40'544 (2017)</p>	<p>Arbeitslosenquote: 4% (2018)</p>
	<p>Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum BIP: 7,3% (2016)</p>	<p>Gesundheitsausgaben pro Kopf: 2'837 USD (2016)</p>	<p>Lebenserwartung: 82,6 Jahre</p>	<p>Beschäftigungsanteil Gesundheits- /Sozialsektor: n.V.</p>
<p>Organisation des Gesundheitssystems</p>	<p><i>Aufgabe des Staats</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Das israelische Gesundheitssystem ist relativ zentralistisch organisiert. - Der Staat nimmt eine wichtige und starke Rolle ein. - Das Gesundheitsministerium reguliert das Gesundheitssystem, die Gesundheitsberufe, die Krankenkassen (inkl. die von ihnen angebotene Zusatzversicherung), die Spitalplanung von öffentlichen Spitälern sowie die Ärztepositionen in öffentlichen Spitälern. - Das Preissetzungskomitee des Gesundheits- und Finanzministeriums legt die Preise der durch die Krankenkassen vergüteten stationären Leistungen fest. - Das Finanzministerium reguliert die private Zusatzversicherung, das Budget für die durch die Grundversicherung gedeckte Gesundheitsversorgung (Leistungskatalog) und definiert die Löhne der Gesundheitsfachpersonen im stationären Sektor (bspw. der Pflegefachpersonen oder Ärzte/-innen). <p><i>Grundversicherung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Grundversicherung ist seit 1995 für die Bewohner/-innen von Israel obligatorisch. - Die Grundversicherung bietet einen einheitlichen Leistungskatalog an. Es wurden bisher nie Leistungen aus dem Katalog gestrichen. - Vier Krankenkassen bieten die Grundversicherung an. - Krankenkassen sind dafür zuständig, dass der definierte Umfang an Leistungen angeboten wird. Die Versicherungsprodukte verfolgen vollumfänglich den Ansatz von Managed Care und fokussiert darauf, die Kosten und die Leistungsmenge einzudämmen. So besitzen beispielsweise die Versicherer einen Grossteil der Leistungserbringer (ambulant und teilweise auch stationär) und die Versicherer können festlegen, welche Leistungen nur nach vorgängiger Kostengutsprache gemacht werden dürfen. - Die Versicherten können die Krankenkasse wählen und die Krankenkassen müssen alle Versicherten aufnehmen. - Allerdings sind nicht alle Krankenkassen in allen Regionen gleich stark vertreten. Der grössten Krankenkasse (Clalit) gehört beispielsweise das einzige Universitätsspital im Süden Israels. - Etwas mehr als 50 Prozent der gesamten Bevölkerung sind bei Clalit versichert, ungefähr 25 Prozent der Bevölkerung sind bei der zweitgrössten Krankenkasse Maccabi versichert. - Ungefähr 85 Prozent aller Kosten werden durch die Grundversicherung gedeckt. Die restlichen Kosten sind insbesondere Zuzahlungen (ca. 7%), Physiotherapie oder Zahnarztleistungen. <p><i>Zusatzversicherung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Krankenkassen, welche die Grundversicherung anbieten, bieten auch Zusatzversicherungen an. Die Deckung ist einheitlich innerhalb eines Anbieters und die Prämien variieren ausschliesslich nach Alter. Wie in der obligatorischen Versicherung, haben die Krankenkassen eine Aufnahmepflicht. Das Gesundheitsministerium reguliert die Zusatzversicherung. Ungefähr 84 Prozent aller Personen haben zusätzlich eine solche Zusatzversicherung. 			

- Zudem bieten private Versicherungen Zusatzversicherungen an. Die gedeckten Leistungen sind individuell und die Prämien risikobasiert. 57 Prozent aller Einwohner/-innen haben auch eine Zusatzversicherung eines privaten Anbieters.
- Einer der Hauptunterschiede zwischen privaten Zusatzversicherungen und Zusatzversicherungen der Krankenkassen besteht darin, dass letztere keine Medikamente decken können, die nicht durch die obligatorische Versicherung gedeckt werden. Weiter bieten Zusatzversicherungen von privaten Anbietern mehr Wahlfreiheit bei den Ärzten/-innen.
- Auffallend ist, dass gemäss Aussage der Experten/-innen nicht nur schlechte Risiken (bspw. ältere und kranke Personen) eine Zusatzversicherung abschliessen, sondern auch die guten Risiken (keine adverse Selektion).

Leistungserbringer

- *Stationärer Sektor:* Israel hat ungefähr 230 Betten pro 100'000 Einwohner/-in, dies liegt deutlich unter dem OECD- oder auch dem EU-15-Durchschnitt. Die durchschnittliche Liegedauer ist mit vier Tagen eine der tiefsten in der OECD und die Auslastung der Betten eine der höchsten. Die Ärzterate im stationären Sektor ist durchschnittlich, wobei gemäss Experten/-innen eine sinkende Tendenz vorherrscht.
- Es gibt drei Eigentums-Typen von *öffentlichen Spitälern (non-profit)*: Staatliche Spitäler, Spitäler von der Clalit Krankenversicherung (die Spitäler waren schon vor dem Grundversicherungspflicht im Besitz des Versicherers) und Spitäler von Kirchen oder NGOs. Insbesondere die öffentlichen Spitäler und deren Management sind stark vom Staat abhängig. Eingriffe, die durch die Grundversicherung finanziert werden, werden normalerweise in öffentlichen Spitälern durchgeführt (Ausnahme bildet die Versicherung Macabi).
- *Private Spitäler (for profit)* machen nur 3 Prozent aller Spitalbetten aus, sie führen aber 40 Prozent aller elektiven Eingriffe durch, die mehrheitlich durch die Zusatzversicherung finanziert sind. Die privaten Spitäler können die Preise selber festsetzen, passen sich preislich jedoch meistens an die öffentlichen Spitäler an. Bezüglich Investitionen haben die privaten Spitäler ebenfalls mehr Freiheiten. Die meisten privaten Spitäler gehören der Macabi Krankenkasse, wobei die Eigentümerschaft historisch bedingt ist. Macabi hat die Spitäler zu einem Zeitpunkt eröffnet, als die Krankenhauslandschaft weniger stark reguliert war. Gemäss Experten/-innen wäre es kaum möglich, neue private Spitäler zu eröffnen.
- Die *ambulante Versorgung* ist im Verhältnis zu anderen Ländern wichtig. Sie wird insbesondere in den Communities und nicht den Spitälern angeboten. Die Mehrheit der ambulanten Leistungserbringer arbeitet in einem Angestelltenverhältnis für eine Versicherung oder sie sind selbständig und erhalten von den Versicherern eine pro-Kopf-Vergütung (Capitation).

Finanzierung des Gesundheitssystems

Mehrheitlich wird das System durch öffentliche Gelder finanziert. In den vergangenen Jahren stieg der Anteil an privater Finanzierung jedoch auf 40 Prozent an.

Prävention

- Die Zuständigkeit liegt beim Gesundheitsministerium.
- Das Budget wird nicht jährlich angepasst und hat über die Jahre hinweg tendenziell abgenommen.

Medizinische Versorgung

- Das Budget für die medizinische Versorgung finanziert sich einerseits durch eine Gesundheitssteuer, die ungefähr 5 Prozent des Einkommens ausmacht. Die Gesundheitssteuer finanziert das System zu etwa 50 Prozent. Die restlichen 50 Prozent stammen beispielsweise aus der Einkommenssteuer und der Mehrwertsteuer. Der Budgetanteil, der aus den zweit-

	<p>genannten Finanzierungsquellen stammt, ist etwas volatiler und kann direkt durch externe Faktoren (wie Krieg oder das Wirtschaftswachstum) beeinflusst werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Das Budget für das Gesundheitswesen wird beim nationalen Versicherungsinstitut gesammelt und anschliessend zwischen den vier Krankenversicherern aufgeteilt. Die Aufteilung erfolgt nach einer Capitation-Formel, die Risikofaktoren wie das Alter, Geschlecht oder die geographische Region miteinbezieht. - Die Krankenkassen wiederum verteilen ihr Budget auf die Regionen. - Die Krankenkassen machen grundsätzlich jedes Jahr Defizit. Das Finanzministerium deckt dieses Defizit durch Subventionen. Der Staat kann dafür Einfluss auf das Management der Krankenkassen nehmen. Im Jahr 2015 beliefen sich die Defizite der vier Krankenkassen auf 545 Millionen Euro. - Ungefähr 40 Prozent des Budgets der Krankenkassen wird für den stationären Sektor aufgewendet. - Da die Krankenkassen die ambulanten Ärzte/-innen normalerweise direkt anstellen (durch Capitation) und die Spitalleistungen einkaufen müssen, besteht von Seiten der Krankenkassen ein Anreiz, möglichst viele Behandlungen ambulant durchzuführen (zumindest bis zum Cap der stationären Versorgung, siehe nachfolgend). Auch haben die Krankenkassen kaum Einfluss auf die Leistungen, die in Spitälern angeboten werden, sondern bezahlen schlussendlich die Rechnung. Dies versuchen die Krankenkassen zu verhindern. <p><i>Langzeitpflege</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Wird nicht über die obligatorische Grundversicherung finanziert. - Die Zuständigkeit liegt beim Gesundheitsministerium. - Das Budget wird nicht jährlich angepasst und hat über die Jahre hinweg tendenziell abgenommen.
<p><i>Abgeltung der Leistungserbringer</i></p>	<p><i>Krankenhäuser</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Einnahmen der Krankenhäuser setzen sich insbesondere aus zwei Komponenten zusammen. Einerseits durch den Verkauf von Leistungen (ca. 88%) und andererseits durch staatliche Subventionen (ca. 12%) für finanzielle Defizite, Infrastruktur und Ausstattung. - Die Abgeltung für die angebotenen Leistungen erfolgt über per diems sowie Prozeduren-Related Groups (PRGs). Die spital-ambulante Versorgung wird durch Fee-For-Service abgegolten. Es liegt keine Evidenz vor, dass die Einführung von PRG einen Einfluss auf die Anzahl Fälle oder die Liegedauer hatte. Ein möglicher Erklärungsgrund ist, dass sich unterschiedliche Anreizmechanismen aufheben (z.B. durch Cap oder Subventionen). - Die Spitäler stellen die Ärzte/-innen sowie das medizinische Personal an. <p><i>Hausärzte/-innen und Spezialisten/-innen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Art und die Höhe der Abgeltung der niedergelassenen Ärzte/-innen unterscheiden sich je nach Krankenkasse. - Die meisten niedergelassenen Ärzte/-innen, die für Krankenkassen arbeiten, werden durch Capitation oder ein lohnbasiertes Anstellungsverhältnis abgegolten. Dadurch können Anreize zur Mengenausweitung reduziert werden. - Die Ärzte/-innen haben gemäss Aussage der Experten/-innen gute Verhandlungsmöglichkeiten mit den Krankenkassen, insbesondere, wenn sie einen grossen Patientenstamm haben. - Bei Clalit werden Hausärzte/-innen durch eine risikoabhängige Capitation vergütet. Die Höhe der Capitation bezieht das Alter und den Gesundheitszustand des Patientenstamms mit ein. Die Bezahlung ist unabhängig davon, ob ein Patient/eine Patientin den Arzt/die Ärztin aufsucht oder nicht. Ausschlaggebend ist, ob der Patient/die Patientin auf der Patientenliste des Arztes/der Ärztin fungiert. Dieses System wird auch als Passive Capitation

	<p>bezeichnet. Bei Spezialisten/-innen kommt eine Active Capitation zur Anwendung. In diesem Fall wird die Capitation ausbezahlt, sobald der Patient oder die Patientin mindestens einmal innerhalb einer Periode den Spezialisten oder die Spezialistin aufgesucht hat. Zusätzlich werden Spezialisten und Spezialistinnen nach FFS vergütet, wobei der maximale Betrag der FFS-Vergütungen beschränkt ist.</p>
<i>Gibt es Kostenziele?</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<i>Ebene</i>	<input checked="" type="checkbox"/> National <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Lokal
<i>Sektoren</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Stationäre Versorgung <input checked="" type="checkbox"/> Ambulante Versorgung (bspw. Hausärzte/-innen, Spezialisten/-innen)
	<input checked="" type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Weitere
<i>Beschreibung der globalen Kostenziele</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Das Finanzministerium und das Gesundheitsministerium definieren jährlich das Budget für das Gesundheitswesen. Das Budget wirkt wie ein Kostenziel, welches jährlich etwas steigt. - Teilweise wird argumentiert, dass das Budget über die Jahre hinweg zu wenig stark gestiegen ist und dadurch die Qualität der Gesundheitsversorgung leidet. - Das globale Budget wird wiederum aufgeteilt auf den stationären und den ambulanten Sektor. Ungefähr 40 Prozent des Budgets werden für den stationären Bereich aufgewendet.
<i>Mechanismus zur Festlegung der Kostenziele</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Das Budget für das Gesundheitswesen steigt jährlich automatisch an. Der Anstieg wird durch zwei Indizes bestimmt: i) dem Bevölkerungswachstum; ii) dem Gesundheitskostenindex, der wiederum auf den Lohnentwicklungen, dem Konsumentenpreisindex und dem Baumaterialienindex beruht. Die Formel für die jährliche Budgeterhöhung wird nur selten verändert. Das letzte Mal im Jahr 2014. Gemäss Expertenaussagen werden die Kostenziele dadurch zunehmend strikter (insbesondere aufgrund der alternden Bevölkerung). - Ein zweites Budget wird jährlich für neue Technologien gesprochen. Dieses Budget variiert periodisch und die Höhe hängt wiederum von den wirtschaftlichen Entwicklungen ab. Es gab auch Jahre, in denen kein Budget für neue Technologien gesprochen wurde. - Das totale Budget wird basierend auf einer Capitation-Formel auf die einzelnen Krankenkassen aufgeteilt. Die Capitation-Formel wird alle drei Jahre überprüft, gegebenenfalls angepasst und um Indikatoren ergänzt. - Die Krankenkassen wiederum verteilen ihr Budget auf die Regionen. - Die Krankenkassen machen grundsätzlich jedes Jahr Defizit. Das Finanzministerium deckt dieses Defizit durch Subventionen. Der Staat kann dafür Einfluss auf das Management der Krankenkassen nehmen.
<i>Beschreibung der sektoralen Kostenziele</i>	<p><i>Stationärer Sektor</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Das Finanzministerium hat einen Deckel definiert (Cap), ab dem die Krankenkassen Abschläge auf die Listenpreise hinnehmen müssen. Das Finanzministerium definiert ebenfalls, dass Krankenkassen Leistungen im Wert von mindestens 93 Prozent des Vorjahres einkaufen müssen (Lower Floor). Der Lower Floor wurde gesetzt, damit die Krankenkassen nicht alle Patienten/-innen in ein einzelnes Spital schicken und die Krankenkasse von niedrigen Preisen profitiert, sobald der definierte Deckel erreicht wird. Durch den Cap und den Lower Floor wird allerdings eine Bandbreite definiert, die grundsätzlich wie ein Globalbudget wirkt. - Oftmals handeln die Krankenkassen mit den Spitälern einen tieferen Deckel (Upper Floor) aus, als durch das Finanzministerium vorgegeben wird und die Krankenkassen geben eine definierte Anzahl zu behandelnde Patienten/-innen nach Diagnosengruppen vor. Die Ver-

	<p>handlungsmacht unterscheidet sich nach Krankenkassen. Die ausgehandelten Vereinbarungen variieren entsprechend nach Krankenkasse und haben den Charakter eines globalen Budgets für die Spitäler. Allerdings deckt das Finanzministerium anschliessend allfällige Defizite des Spitals.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aufgrund der Verhandlungen der Obergrenze zwischen den Spitälern und der Krankenkassen hat das Finanzministerium im Jahr 2017 die Obergrenze um fast 20 Prozent reduziert. - Sobald der Deckel erreicht wurde, besteht ein Anreiz für die Versicherungen, die Patienten/-innen in die stationäre Versorgung zu verlegen (auch für elektive Eingriffe).
	<p><i>Ambulanter Sektor</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Umsetzung der Einhaltung des Budgets im ambulanten Sektor ist Aufgabe der Krankenkassen. - Die Kostenkontrolle im ambulanten Sektor hängt mit der Vergütung der niedergelassenen Ärzte/-innen zusammen, die tendenziell durch Capitation und fixe Löhne stattfindet. Bei einem allfälligen FFS-Anteil ist dieser nach oben begrenzt. <hr/> <p><i>Medikamente</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Seit 2011 unterstützt das Gesundheitsministerium Risk Sharing-Agreements für neue Arzneimittel zwischen Pharmaunternehmen und Krankenkassen. Das Budget für neue Arzneimittel und neue Technologien ist beschränkt. Die Einführung neuer Arzneimittel und Technologien birgt ein Risiko bezüglich Effektivität und Finanzen der Krankenkassen. Um diese Risiken zu minimieren, werden zwei unterschiedliche Risk Sharing-Agreements umgesetzt: die outcomebasierte Vereinbarung und finanzbasierte Vereinbarung. - Bei der erstgenannten Vereinbarung muss der Technologieanbieter die Krankenkasse rückvergüten, sofern das vorher vereinbarte Outcome-Ziel nicht erreicht wurde. - Bei der zweitgenannten Vereinbarung wird das finanzielle Risiko reduziert, indem zwischen den Krankenkassen und dem Pharmaunternehmen eine Obergrenze für die Kosten pro Patient/-in oder die totalen Kosten für eine definierte Periode vereinbart wird. Wird die Obergrenze überschritten, vergütet das Pharmaunternehmen die Differenz an die Krankenkasse. - Solche Risk Sharing-Agreements gewinnen an Wichtigkeit. Mehrheitlich werden finanzbasierte Risk Sharing-Agreements abgeschlossen.
<p><i>Überprüfung und Sanktionierung</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Das Finanzministerium deckt in der <i>stationären Versorgung</i> die Defizite. Als Sanktion gewinnt es an Einfluss auf die stationäre Versorgung (bspw. in die Ausgestaltung der Löhne von Ärzten/-innen oder das Management der Spitäler). Gemäss Aussage der Experten/-innen ist dieser Mechanismus vom Finanzministerium erwünscht. - Auch deckt das Finanzministerium Defizite der Krankenkassen durch Subventionen. Als Sanktion gewinnt das Finanzministerium wiederum Einfluss auf Management-Entscheide. - Durch den Managed Care-Ansatz haben zudem die Versicherer die Möglichkeit der Einflussnahme auf die Leistungserbringer. Dies vereinfacht für die Versicherer die Überprüfung der Leistungserbringer und die Einflussnahme auf die Leistungserbringer.
<p><i>Erfahrungen mit den Kostenzielen</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Die Gesundheitsausgaben sind im Verhältnis zu anderen Ländern relativ niedrig. Dies ist gemäss Experten/-innen auf die zentralisierte und strikte Budgetierung, aber auch auf die junge Population Israels zurückzuführen. ⊕ Die Krankenversicherungen verhalten sich kostenbewusst und verfolgen den Managed Care-Ansatz strikt. Dadurch werden auch Innovationen im Bereich E-Health gefördert.

	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Die Krankenkassen haben grosse Verhandlungsmacht, da es nur wenige gibt. Dies wirkt zusätzlich kostendämpfend. <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ⊖ Der Cap im stationären Bereich ist zu kompliziert und Stakeholder verstehen oftmals die Funktionsweise nicht genau. ⊖ Die Vergütungsstruktur ist tendenziell kompliziert und umfasst diverse Anreize ⊖ Die Kostenziele werden verabschiedet, doch von den Krankenkassen und den Spitälern tendenziell nicht eingehalten. Sie verhandeln am Ende des Jahres um Subventionen mit dem Finanzministerium. Die Kostenziele dienen jedoch dazu, einen Rahmen zu definieren. ⊖ Der Cap für die Spitäler soll grundsätzlich dazu führen, dass nicht zu viel Leistungen angeboten werden. Allerdings werden oberhalb des Caps die Leistungen günstiger für die Krankenkassen. Diese haben dann entsprechend den Anreiz, dass sie mehr Leistungen beziehen. ⊖ Der Lower Floor ist ein negativer Anreiz, der die Krankenkassen davon abhält, ihr ambulantes Angebot in den Gemeinden auszubauen. Dies, da die Krankenkassen im kommenden Jahr (unabhängig von der Anzahl bezogenen Leistungen) wiederum Zahlungen in der Höhe von mindestens 93 Prozent des Vorjahres an die Spitäler ausrichten müssen. ⊖ Die zusätzlichen Verhandlungen zwischen den Krankenkassen und den Spitälern, die wie ein Globalbudget wirken, hebeln zudem die Anreize des Vergütungssystems (PRG und per diems) aus. ⊖ Unter Experten/-innen ist man sich einig, dass das Budget nicht genügend ansteigt, um den Mehraufwand durch die technologischen Entwicklungen, den Bevölkerungszuwachs und die alternde Bevölkerung abzufangen. ⊖ Die Wartezeiten scheinen tendenziell länger zu werden. In einem internationalen Vergleich steht Israel allerdings gut da. ⊖ Die stationäre Finanzierung mit Unter- und Obergrenze ist sehr komplex und es werden (zu)viele Ziele gleichzeitig verfolgt. ⊖ Die Spitäler machen jährlich Defizit und sind von den Subventionen des Staates abhängig. Dies führt zu Planungsunsicherheiten für die Spitäler. ⊖ Die Subventionen hebeln wiederum die Anreizmechanismen der Vergütungssysteme aus.
<p><i>Weitere Kostendämpfungs-massnahmen</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Krankenkassen können zusätzliche finanzielle Unterstützung vom Staat erhalten, wenn sie vorher definierte Ziele erreichen. Solche Ziele können beispielsweise auf die Steigerung der Effizienz oder die Reduktion von Ungleichheiten ausgerichtet sein. Diese retrospektiven Zahlungen sollen Anreize für die ökonomische Stabilität der Krankenkassen schaffen oder helfen, politische Ziele durchzusetzen. Mehrheitlich wurde diese Politik in der Vergangenheit angewendet, um ökonomische Ziele zu verfolgen. Es wurden jedoch auch Ziele hinsichtlich der Qualität der Gesundheitsversorgung von älteren Personen, der Abgabe von Impfungen, der Prävention oder der Reduktion von sozialen Ungleichheiten in der Gesundheit definiert. - Es gibt eine Tendenz, dass das Gesundheitsministerium Daten zur Qualität sammelt und publiziert. Einerseits können diese den Patienten/-innen zur Orientierung dienen und andererseits kann das Gesundheitsministerium diese für ein Monitoring verwenden.
<p><i>Lessons learned</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Im internationalen Vergleich hat Israel pro Person und relativ zum BIP tiefe Gesundheitsausgaben. Gemäss Experten/-innen sei dies unter anderem durch das zentralisierte System, das starke Gesundheits- und Finanzministerium und die strikten Kostenziele zu begründen. - Krankenversicherungen haben grosse Freiheiten in der Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung und bieten ein ausgeprägtes Managed Care-System an. Dies wirkt sich kostendämpfend aus, schränkt aber auch die Wahlfreiheiten der Patienten/-innen ein. - Die staatlich festgelegten Preise der stationären Leistungen widerspiegeln nicht unbedingt

- die Kostenwahrheit. Dies kann zu Ineffizienzen und Fehlanreizen führen.
- Die staatlich prospektiven Budgetziele werden durch die Krankenkassen und die Krankenhäuser nicht eingehalten. Entsprechend übernimmt der Staat jährlich Defizite der Krankenhäuser und der Krankenkassen. Dies schwächt die beabsichtigten Ziele der Kostendämpfung ab.

Quellen: Interviews mit Experten/-innen. Rosen, B.; Waitzberg, R.; Merkur, S. (2015): Israel: Health system review. *Health Systems in Transition*. 17(6): 1–212. Hammermann, A.; Feder-Bubis, P.; Greenberg, D. (2012): Finanziel Risk-Sharing in Updating the National List of Health Services in Israel: Stakeholders' Perceived Interests. *Value in health*, 15: 737–742. Waitzberg, R.; Quentin, W.; Daniels, E.; Perman, V.; Brammli-Greenberg, S.; Busse, R.; Greenberg, D. (2019): The 2010 expansion of activity-based hospital payment in Israel: an evaluation of effects at the ward level. *BMC Health Services Research*, 19:292. Brammli-Greenberg, S.; Glazer, J.; Schueli, A.: Regulated Competition and Health Plan Payment Under the National Health Insurance Law in Israel – The Unfinished Story. In: McGuire T, van Kleef R (eds), *Risk Adjustment, Risk Sharing and Premium Regulation in Health Insurance Markets*. Academic Press, 2018. <https://databank.worldbank.org>; <https://data.oecd.org>, Zugriff am 26.06.2019.

Legende: n.V.: Daten nicht verfügbar.





4. Synthese

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse aus den Fallstudien entlang der Fragestellungen zusammengefasst und Erkenntnisse für die Schweiz abgeleitet.

4.1 Ergebnisse

1. Wie und nach welchen Prinzipien sind Kostenziele für die Gesundheitsausgaben in den ausgewählten Ländern ausgestaltet?

In allen vier Ländern gibt es Kostenziele, entweder in Form von Globalbudgets oder als Vorgaben zum Kostenwachstum. Die Kostenziele gelten entweder nur auf nationaler Ebene (Niederlande, Israel) oder werden zusätzlich zur nationalen Ebene auch auf regionaler (Deutschland, Dänemark) oder kommunaler Ebene (Dänemark) definiert. Zudem gibt es in allen Ländern spezifische Kostenziele für unterschiedliche Gesundheitssektoren. Darstellung D 4.1 gibt eine Übersicht über die Kostenziele in den untersuchten Ländern.

D 4.1: Übersicht Kostenziele				
	<i>Deutschland</i>	<i>Niederlande</i>	<i>Dänemark</i>	<i>Israel</i>
				
Globale Kostenziele	Ja	Ja	Ja	Ja
Ausgestaltung Kostenziele	Globalbudgets	Globalbudgets Kostenwachstumsziele	Globalbudgets	Globalbudgets
Geografische Ebene	National Regional	National	National Regional Kommunal	National
Sektorale Kostenziele	Ambulante Versorgung Medikamente	Stationäre Versorgung Ambulante Versorgung Psychische Gesundheit	Stationäre Versorgung Ambulante Versorgung	Stationäre Versorgung Ambulante Versorgung

Quelle: Darstellung Interface.

2. Wie wird die Einhaltung der Ziele sichergestellt und überprüft?

Damit die definierten Kostenziele eingehalten werden, verfolgen die untersuchten Länder verschiedene Strategien. Weiter zeigen sich Unterschiede bei der Anzahl ex-ante-Massnahmen zur Einhaltung der Kostenziele. In Israel stammen die Ressourcen der Krankenversicherer, die für die Bereitstellung der Versorgung verantwortlich sind, aus einer staatlichen pro-Kopf-Pauschale und allfälligen Subventionen für Defizite. Wobei Subventionen durch das Finanzministerium auch an Eingriffe ins Management gekoppelt sein können. Durch die hohe Kostenverantwortung der Versicherer und das starke Finanzministerium hielt sich die Kostensteigerung in Israel im internationalen Vergleich unterdurchschnittlich. In Deutschland, den Niederlanden und in Dänemark werden die Zielvorgaben durch den Diskurs zwischen den Tarifpartnern festgelegt, wodurch die Tarifpartner Finanzverantwortung übernehmen und die Akzeptanz der Kostenziele steigt. Der Diskurs kann also indirekt zur Einhaltung der Kostenziele beitragen. In den Niederlanden werden zudem 30 Prozent der Tarife im stationären Bereich von der Re-

gierung festgelegt und für die Medikamentenpreise existiert ein Monitoring. Dänemark setzt im Vergleich zu den anderen drei untersuchten Ländern die meisten ex-ante-Massnahmen ein, um sicher zu stellen, dass die Kostenziele eingehalten werden. So gibt es beispielsweise Monitorings auf verschiedenen Ebenen (gesamtwirtschaftlich, Hausärzte/-innen und einzelne Arztpraxen). Dadurch können beispielsweise die Regionen bereits während der laufenden Periode, für die das Kostenziel definiert wurde, untereinander koordinieren, um gemeinsam das Budget einhalten zu können. Ferner gibt es in Dänemark einen Medikamentenrat, der die Kosteneffizienz neuer Medikamente bewertet und Guidelines für deren Einsatz in Krankenhäusern ausarbeitet. Eine ähnliche Rolle nimmt das IQWiG in Deutschland ein. Wobei es die Kosten-Nutzen-Analysen nicht ausschliesslich zu Arzneimitteln, sondern auch für Operationsmethoden, Screenings und Disease-Management-Programmen durchführt.

3. Welche Massnahmen sind bei Nichteinhaltung der Ziele vorgesehen?

In allen untersuchten Ländern gibt es Sanktionen, sofern die Kostenziele nicht eingehalten werden:

- In *Deutschland* haben die Kostensteuerungsmassnahmen im ambulanten und stationären Bereich bei einer Überschreitung einen Abschlag der Vergütung beziehungsweise eine Rückzahlung zur Folge. Bei Nichteinhaltung der Zielvorgabe der Medikamente wird eine Rückzahlung von der Arztpraxis an die kassenärztliche Vereinigung gefordert. Für die Umsetzung dieser Massnahmen werden Ziele auf der Ebene des einzelnen Leistungserbringers definiert.
- Die *Niederlande* führte 2009 das «macro budget instrument» ein. Damit kann die Regierung eine ex-post-Budgetkürzung gegenüber den Leistungserbringern in Abhängigkeit ihrer Anteile an den gesamthaft erbrachten Leistungen dieses Sektors durchsetzen.
- Die Regierung in *Dänemark* reduziert den massnahmenbezogenen Zuschuss an die Regionen, sofern nicht der erwartete Umfang an Gesundheitsleistungen in den Regionen erbracht wurde. Bei den Haus- und Fachärzten/-innen werden die Tarife gesenkt, sofern die Gesamtausgaben das vorgegebene Budget überschreiten. Seit 2011 haben die Regionen das Budget aber nie überschritten, sondern seit 2014 sogar marginal unterschritten. Sanktionsmassnahmen wurden bislang nie umgesetzt.
- Wird das definierte Budget eines Krankenhauses überschritten, kommt es in *Israel* zu einem Abschlag auf die Vergütung der stationären Leistungen. Ambulante Leistungserbringer werden mehrheitlich durch eine Capitation vergütet, allfällige FFS-Anteile sind zudem gedeckelt. Zusätzlich kann das starke Finanzministerium Einfluss auf die einzelnen Krankenhäuser und Versicherer nehmen.

Die definierten Sanktionsmassnahmen wurden jedoch erst in Deutschland und Israel tatsächlich umgesetzt.

4. Was sind die Erfahrungen, Auswirkungen und Konsequenzen der Kostenziele auf die verschiedenen Akteure und die Gesundheitsausgaben?

Die Erfahrungen mit den Kostenzielen in den untersuchten Ländern sind mehrheitlich positiv und die Budgetrestriktionen scheinen akzeptiert. Aus Sicht der befragten Experten/

-innen ist eine kostendämpfende Wirkung auf die Gesundheitsausgaben feststellbar. Insbesondere positiv kam hervor, dass die Kostenziele den Akteuren im Gesundheitswesen als Orientierungshilfe dienen und den Austausch zwischen den Akteuren fördern. Die Akteure übernehmen Finanzverantwortung, weil sie bei der Festlegung der Kostenziele involviert werden.

Ferner erwähnen die befragten Experten/-innen keine negativen Konsequenzen auf die Versorgungsqualität. Wissenschaftliche Evidenz des Einflusses von Kostenzielen auf die Versorgungsqualität ist jedoch auch rar, da dieser aus methodologischer Sicht schwierig zu messen ist. Als negative Konsequenzen der Kostenziele halten die befragten Experten/

-innen die steigende Unzufriedenheit der Ärzte/-innen und des Pflegepersonals sowie den Mangel an Gesundheitspersonal aufgrund des steigenden Kostendrucks fest. In Israel plant man momentan zudem eine Studie zur Prüfung des Effekts des Kostendrucks auf die Wartezeiten. Auch wurde erwähnt, dass Einsparungen und Kostendämpfungsmassnahmen beispielsweise Einschränkungen der Wahlfreiheiten zur Folge haben. Ebenfalls negativ erwähnt wird, dass entweder die Kostenziele nicht eingehalten oder die vorgesehenen Sanktionsmassnahmen nicht konsequent durchgesetzt werden können.

4.2 Erkenntnisse

Aus den Fallstudien ergeben sich drei Erkenntnisse, welche die Verfasser/-innen der vorliegenden Studie für die Entwicklung von Kostenzielen für die Schweiz als relevant erachten:

1. Kostenziele können zielführende Massnahmen sein, um das Kostenwachstum einzudämmen.

In den untersuchten Ländern zeigt sich, dass Kostenziele zur Eindämmung des Kostenwachstums beitragen können:

- Das in *Deutschland* umgesetzte Regelleistungsvolumen wirkt im ambulanten Bereich kostendämpfend. Die Stabilität des Beitragssatzes dient den Akteuren im Gesundheitswesen vor allem als Orientierungshilfe. Zudem gibt diese Stabilität ein vages Kostenziel vor.
- In den *Niederlanden* konnten die – teilweise strengen – Zielvorgaben in den letzten Jahren eingehalten werden. Die Kostenziele werden als «Anker» für die Kostenverhandlungen empfunden. Des Weiteren tragen die Kostenziele zur strategischen Steuerung der Gesundheitsausgaben bei. So wurde in den Niederlanden beispielsweise eine Verlagerung der Versorgung von stationär zu ambulant mithilfe der Kostenziele erreicht.
- In *Dänemark* konnten die Kostenziele, die in Form von Globalbudgets umgesetzt werden, in den letzten Jahren mehrheitlich eingehalten werden. Die Globalbudgets geben dem Staat eine gewisse Planungssicherheit und haben eine disziplinierende Wirkung auf die involvierten Akteure. Zudem tragen sie zu einer nachhaltigen Finanzpolitik bei.
- In Israel sind die Gesundheitsausgaben relativ niedrig. Dies ist gemäss Expertenaussagen grossenteils aufgrund des strikten Regimes des Finanzministeriums bei der Festlegung der jährlichen Budgets sowie dem Managed Care-Ansatz und der jungen Bevölkerung zu verdanken.

Wichtig ist, dass die allfälligen Sanktionsmassnahmen wirksam und gut auf das bestehende System abgestimmt sind und keine negativen Anreize haben; so kann beispielsweise eine geringere Entschädigung für Ärzte/-innen in einem FFS-System zu induzierter Nachfrage führen. In den untersuchten Ländern gibt es Sanktionsmassnahmen in Form von Entschädigungsabschlägen, Tarifikürzungen oder Budgetkürzungen. Die Fallstudien zeigen, dass bereits die Definition der Massnahmen eine disziplinierende Wirkung haben kann. Tatsächlich umgesetzt wurden solche Massnahmen jedoch erst in Deutschland und Israel. In beiden dieser Länder werden die Kostenziele auf die einzelnen Leistungserbringer heruntergebrochen, was die Umsetzbarkeit von Sanktionsmass-

nahmen vereinfacht. Eine wirksame Sanktionierung setzt weiter voraus, dass die notwendigen Daten zur Überprüfung des Kostenziels rechtzeitig vorliegen. So zeigte sich in den Niederlanden, dass die definitiven Zahlen und damit das Ausmass der Budgetüberschreitung mit starker zeitlicher Verzögerung vorlag. Dies führte dazu, dass Entschädigungsabschlüsse nach drei Jahren nicht mehr geltend gemacht werden konnten. Auch das 2009 eingeführte «macro budget instrument», das ex-post-Budgetkürzungen gegenüber den Leistungserbringern in Abhängigkeit ihrer Anteile an den gesamthaft sektoral erbrachten Leistungen vorsieht, wurde bisher noch nie umgesetzt. Die Fallstudien zeigen auf, dass bei Kostenzielen, die nicht auf einen einzelnen Leistungserbringer angewendet werden, sondern auf globaler oder sektoraler Ebene definiert sind, die Durchsetzbarkeit und Sanktionierung erschwert zu sein scheint. So kann es sein, dass bei Nichteinhaltung der Kostenziele nach alternativen Lösungen gesucht wird, bevor es zum Einsatz der Sanktionierungsmassnahmen kommt. Damit die Kostenziele griffig sind, ist weiter sicherzustellen, dass die Kostenziele nicht zu grosszügig definiert sind.

2. Kostenziele wirken in erster Linie nicht direkt über die Zielvorgabe, sondern insbesondere indirekt über den Diskurs und die Übernahme von Finanzverantwortung der Stakeholder.

In Deutschland, den Niederlanden und Dänemark spielt der Diskurs in der Festlegung der Kostenziele eine wichtige Rolle. Der Austausch zwischen den verschiedenen Stakeholdern im Gesundheitswesen wird dadurch aktiv gefördert und kann zu einer effizienten Koordination der Gesundheitsversorgung beitragen. Die aktive Auseinandersetzung mit den Kostenzielen fördert zudem die Akzeptanz und Einhaltung der vereinbarten Ziele. Die einzelnen Stakeholder übernehmen mehr Verantwortung in Bezug auf das Kostenwachstum. Für die Wirksamkeit von Kostenzielen ist es deshalb zentral, den Diskurs zwischen den unterschiedlichen Stakeholdern im Gesundheitswesen zu fördern, gemeinsame (Kosten-)Ziele zu formulieren und sie damit stärker in die Verantwortung zu nehmen.

3. Zur Erreichung der Kostenziele sind flankierende Massnahmen notwendig.

Die Fallstudien zeigen, dass es zielführend ist, weitere kostendämpfende Massnahmen zu ergreifen. In den untersuchten Ländern haben sich folgende flankierenden Massnahmen als wirkungsvoll erwiesen:

- Ein umfassendes und zeitnahes *Monitoring* der Gesundheitsdaten ermöglicht die gezielte Steuerung der Gesundheitskosten und die ständige Überprüfung der Kostenziele. So werden beispielsweise in Dänemark die Hausärzte/-innen regelmässige über die bisherigen Kosten ihrer Behandlungen informiert.
- Die *Stärkung von Managed Care- und Gatekeeper-Systemen* kann kostendämpfend wirken. So bieten beispielsweise die Krankenversicherungen in Israel ein ausgeprägtes Managed Care-System an. Auch in den Niederlanden wird durch die selektiven Verträge zwischen Krankenversicherern und Spezialisten/-innen und Krankenhäusern die Wahl eingeschränkt. Zudem fungiert in den Niederlanden und in Dänemark der Hausarzt/die Hausärztin als Gatekeeper. In den Niederlanden, Dänemark und Israel werden die ambulanten Leistungserbringer zusätzlich, mindestens teilweise, durch Capitation vergütet, um insbesondere den Anreiz einer Mengenausweitung zu reduzieren. In Dänemark ist ferner eine telefonische Voranmeldung durch den Hausarzt/die Hausärztin oder die Konsultation einer medizinischen Hotline vor dem Aufsuchen einer Notfallstation zwingend. Diese Massnahmen sollen die Notfallstationen von Bagatellfällen entlasten.
- Die *Position der Versicherten stärken*, indem Informationsasymmetrien abgebaut werden. Dies kann die Versicherten befähigen, ineffiziente, qualitativ ungenügende

oder unnötige Behandlungen zu erkennen. Die Niederlande und Dänemark verfügen über Webseiten, auf denen Qualitätsindikatoren zu Gesundheitsdienstleistern kommuniziert werden. Dies soll den Patienten/-innen erlauben, informierte Entscheidungen bezüglich der Wahl der Dienstleister zu treffen.

- *Medizinische Richtlinien*, beispielsweise zu angemessener Versorgung oder zur Behandlung von chronischen Krankheiten, können zu einer effizienteren Versorgung und entsprechend zur Reduktion der Gesundheitskosten beitragen.
- Die *Digitalisierung* ermöglicht einen schnellen, unkomplizierten Austausch zwischen den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen. Sie kann zudem die Umsetzung eines Monitorings erleichtern.
- Die Optimierung der *interregionalen Zusammenarbeit bei der Spitalplanung* kann qualitäts- und effizienzsteigernd wirken. So setzt Dänemark auf wenige hochspezialisierte Zentrumsspitäler. Auch in den Niederlanden kam es in den vergangenen Jahren zu einem signifikanten Rückgang der Akutspitäler. Die deutschen Experten sind der Ansicht, dass eine Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft in Deutschland zum Abbau von Überkapazitäten führen könnte und die Verlagerung von stationären zu ambulanten Behandlungen fördern würde.

Insgesamt ist aus Sicht der Verfasser/-innen der vorliegenden Studie erstens eine gute Datengrundlage, die durch ein Monitoring geschaffen werden kann, notwendig zur Überprüfung der definierten Kostenziele, der Wirkungen auf Versorgung und für eine zeitnahe Sanktionierung bei Nichteinhaltung. Zweitens können Managed Care- oder Gatekeeper-Systeme wesentlich zur Erreichung der Kostenziele beitragen. Drittens kann die Sicherstellung einer angemessenen Versorgung (entweder durch medizinische Richtlinien oder die Stärkung der Position der Versicherten) weiter kostendämpfend wirken.

Anhang

DA 1: Liste der befragten Experten/-innen

<i>Name</i>	<i>Land</i>	<i>Institution/Funktion</i>
Rudolf Blankart, Prof. Dr.	Deutschland	Professor für Regulatory Affairs, Kompetenzzentrum für Public Management (KPM), Universität Bern; Director Promoting Services, sitem-insel AG
Stefan Felder, Prof. Dr.	Deutschland	Professor für Gesundheitsökonomie, Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät, Universität Basel
Jonas Schreyögg, Prof. Dr.	Deutschland	Inhaber des Lehrstuhls für Betriebswirtschaftslehre, insbesondere Management im Gesundheitswesen an der Universität Hamburg und wissenschaftlicher Direktor des Hamburg Center for Health Economics (HCHE)
Rudy Douven, Dr.	Niederlande	Scientific Researcher on Health Care Policy and Practice; Policy Advisor at Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis (CPB)
Patrick Jeurissen, Prof. Dr.	Niederlande	Professor in fiscal sustainable health care systems at Radboud University Medical School and the Science Officer of the Ministry of Health, Welfare and Sports in the Netherlands
Dorte Gyrd-Hansen, Prof. Dr.	Dänemark	Director of the Danish Center for Health Economics, University of Southern Denmark
Jeppe Hedegaard Munck	Dänemark	Team leader und Senior advisor – Economic affairs danske regioner
Jeppe Krag	Dänemark	Chefconsultant Praktiserende Lægers Organisation (PLO)
Shuli Brammli Greenberg, Dr.	Israel	Head of Health Systems Management Department, University of Haifa
Vadim Perman	Israel	VP of Planning, Budgeting and Pricing, Gesundheitsministerium, Israel
Ruth Waitzberg	Israel	Research Scholar, Economics and Health Policy Team (Systems Group), Myers-JDC-Brookdale Institute