



Neue Lösungsansätze für das Schweizer Gesundheitswesen

Zusammenfassung



Neue Lösungsansätze im Schweizer Gesundheitswesen

Zusammenfassung

Auftraggeber: santésuisse

Autoren: Dr. Maria Trottmann
Dr. Harry Telser
Dr. Philippe Widmer

27. Juni 2016

Einleitung

Ausgangslage

Die Schweiz verfügt über ein leistungsfähiges Gesundheitswesen, das der gesamten Bevölkerung Zugang zu einer umfassenden medizinischen Versorgung garantiert. Megatrends wie die demographische Alterung und die zunehmende Geschwindigkeit des technologischen Wandels stellen unsere Gesundheitsversorgung jedoch zunehmend vor Herausforderungen, welche die finanzielle Tragbarkeit des Systems gefährden könnten. Die bereits in der Vergangenheit stark angestiegenen Gesundheitsausgaben werden voraussichtlich weiterwachsen und die Forderung nach Gegenmassnahmen zunehmend verstärken. Es lohnt sich, frühzeitig Lösungsansätze zu überlegen, damit eine immer öfter diskutierte Rationierung von Leistungen verhindert werden kann. Vielmehr gilt es, die Effizienzreserven zu nutzen und die begrenzten Mittel im Gesundheitswesen so einzusetzen, dass der höchste Nutzen für die Gesellschaft gestiftet werden kann.

Ziele der Analyse

Das Ziel ist es dementsprechend, Reformvorschläge auszuarbeiten, welche die Effizienz des Mitteleinsatzes fördern. Da Finanzierer oder Regulatoren nur über begrenzte Informationen bezüglich des Patientenbedarfs verfügen, ist ineffiziente Leistungserbringung kaum direkt zu erkennen. Es ist daher zielführend, die Fehlanreize im System zu identifizieren, die dazu verleiten, zu viele oder zu teure medizinische Leistungen anzubieten. Diese sind vor allem in der Gestaltung der Vergütungssysteme, der Leistungsfinanzierung und der Versorgungsstruktur zu vermuten.

Eingrenzung des Analyserahmens

Im Zentrum unserer Analyse stehen Anreize für Ärzte/innen und akutsomatische Spitäler. Als Berater der Patienten sind sie die wichtigsten Entscheidungsträger bezüglich des Mitteleinsatzes. Fehlanreize seitens der Patienten und Krankenversicherer diskutieren wir hier aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht. Viele gesundheitsökonomische Studien haben bereits darauf hingewiesen, dass auf dem Krankversicherungsmarkt Anreize zur Risikoselektion bestehen und der Risikoausgleich verbessert werden muss. Diese Reform wurde bereits in Angriff genommen, so dass wir bei unserer Analyse von einem deutlich verbesserten Risikoausgleich ausgehen.

Analyse des Schweizer Gesundheitssystems

Zielkonflikte bei der Gestaltung von Vergütungssystemen

Vergütungssysteme sollen den Leistungserbringern die richtigen Anreize zu setzen. Diese bestehen darin, dass die wirksamsten Leistungen im optimalen Umfang und möglichst effizient, das heisst ohne Verschwendung von Mitteln, erbracht werden. Da die Finanzierer nicht dieselben Informationen über den Gesundheitszustand der Patienten haben wie die Leistungserbringer, ist die Gestaltung eines optimalen Vergütungssystems ein komplexes Unterfangen und mit Zielkonflikten verbunden. Diese Zielkonflikte lassen sich anhand der drei gesundheitsökonomischen Kriterien Power, Balance und Fit beschreiben.

- *Power* zeigt, wie stark die Vergütung steigt, wenn der Leistungserbringer höhere Kosten aufweist. Ein Vergütungssystem hat geringe Power, wenn jeder zusätzliche Kostenfranken

zu einer Erhöhung der Vergütung führt. In einem solchen System bestehen Anreize, die Kosten auszuweiten. Je höher die Power, desto stärker sind die Anreize für eine effiziente Leistungserbringung.

- *Balance* vergleicht die Power bei der Vergütung unterschiedlicher Leistungen. Die Balance ist dann am höchsten, wenn alle Leistungen gleich vergütet werden. Ist dies nicht der Fall, bestehen Anreize, eine spezifische Behandlungsform vorzuziehen.
- Der *Fit* zeigt, wie gut die unterschiedlichen Bedürfnisse der Patienten im Vergütungssystem abgebildet sind. Einen hohen Fit weisen zum Beispiel Einzelleistungsvergütungssysteme auf, da dort alle erbrachten Leistungen vergütet werden. Fallpauschalensysteme weisen demgegenüber einen geringeren Fit auf, weil die Patienten eingruppiert werden und nur die erwarteten Kosten in der entsprechenden Gruppe gedeckt bekommen. Je höher der Fit, je geringer sind die Anreize zur Patientenselektion.

Es besteht ein Zielkonflikt zwischen Fit auf der einen Seite und Power und Balance auf der anderen Seite. Ein höherer Fit ist nur zu Lasten einer geringeren Power und/oder Balance zu haben. Hier gilt es, den richtigen Mix zu finden.

Damit dieser Mix auch über die Zeit aufrechterhalten werden kann, muss ein Vergütungssystem zusätzlich *Anpassungsfähigkeit* aufweisen. Gerade beim rasanten medizin-technologischen Wandel, muss ein Vergütungssystem schnell angepasst werden können, damit Power, Balance und Fit nicht in eine Schiefelage geraten. Als Beispiel seien technologische Innovationen genannt. Typischerweise sind diese Leistungen in den ersten Jahren sehr aufwendig, über die Zeit und mit zunehmender Verbreitung werden sie jedoch immer günstiger. Wird das Vergütungssystem nicht angepasst, werden technologische Leistungen über die Zeit hochprofitabel. So werden Anreize gesetzt, viele technologische Leistungen zu erbringen, auch wenn sie nicht immer die optimale Behandlungswahl für den Patienten darstellen.

Fehlanreize in den heutigen Vergütungssystemen

Im *ambulantem Bereich* werden die Leistungen mit dem TARMED vergütet. Dabei handelt es sich grundsätzlich um eine Einzelleistungsvergütung. Wenn zusätzliche Leistungen erbracht werden, werden diese zu fixen Tarifen vergütet. Damit weist die Vergütung einen *hohen Fit*, aber eine *geringe Power* auf. Es bestehen Anreize zur Mengenausweitung. Zusätzlich hat der TARMED eine geringe Anpassungsfähigkeit. Insbesondere kostensenkende Innovationen werden vom Vergütungssystem nicht gefördert. Auch wenn eine Leistung heute weniger Kosten verursacht als vor 10 Jahren, sinkt die Vergütung dafür nicht. Gewisse technologische Leistungen werden über die Zeit hochprofitabel. Dementsprechend haben die Balance und auch der Fit über die Zeit abgenommen und diese Entwicklung wird weitergehen, wenn das System nicht revidiert wird.

Bei der *stationären Akutsomatik* werden die Leistungen mit SwissDRG vergütet. Dabei handelt es sich um ein Fallpauschalensystem. Die Patienten werden aufgrund ihrer Diagnose und anderen Faktoren in Gruppen (DRGs) eingeteilt und das Spital erhält für jeden Patientenfall die erwarteten Kosten (Durchschnittskosten) in der jeweiligen Gruppe vergütet. Diese Pauschalvergütung weist eine *hohe Power* auf. Die Spitäler hätten starke Anreize, ihre Kosten pro Fall zu senken, wenn alle Spitäler die gleichen Voraussetzungen (Balance und Fit) hätten. Da der ambulante Sektor und auch nachgelagerte Betriebe im stationären Bereich (Rehabilitation, Pflegeheime) anders vergütet werden, besteht eine *geringe Balance an den Schnittstellen*. Es kann sich unter Umständen lohnen, rein aufgrund der Vergütung Leistungen vom akutstationären in den ambu-

lanten, den Pflege- oder den Rehabereich zu verschieben. Zudem hängt der Fit bei einem Fallpauschalensystem von der konkreten Ausgestaltung des Systems ab. Alle so gelagerten Systeme haben jedoch ein grundsätzliches Problem mit der Vergütung von *Hochkostenfällen*. Bei diesen *ist der Fit typischerweise schlecht*, und es bestehen Anreize für die Spitäler für Patientenselektion. Für Spitäler ist es finanziell attraktiv, einfache Fälle möglichst selbst zu behandeln, Hochkostenfälle jedoch weiterzuweisen. Dasselbe gilt für DRGs, in denen nur wenige Patienten zu liegen kommen. Dadurch entsteht für ein einzelnes Spital ein hohes Verlustrisiko, für das es unter Umständen hohe Reserven anlegen müsste.

Fehlanreize in der Finanzierung

Auch im Bereich der Finanzierung gibt es unterschiedliche Systeme für den ambulanten und den stationären Bereich. Während der ambulante Sektor monistisch durch die Krankenversicherer finanziert wird, gibt es im stationären Bereich ein dual-fixes System, bei dem die Kantone mindestens 55 Prozent der Kosten tragen und die Versicherer den Rest.

Vor allem die dual-fixe Finanzierung im stationären Bereich schafft Unklarheiten und Verzerrungen. Zum einen reduziert sie die Kostentransparenz der medizinischen Leistungen. Während die Kosten von ambulanten Leistungen vollständig in den Versicherungsprämien sichtbar werden, sind die Kosten für stationäre Leistungen teilweise in den kantonalen Steuern enthalten. Dies mindert die Innovationsanreize im Prämienwettbewerb. Schafft es etwa ein Versicherer oder eine Managed-Care-Organisation mit intensiver ambulanter Betreuung, Patienten vom Spital fernzuhalten, wird der resultierende Spareffekt in seinen Prämien nicht oder nur zum Teil sichtbar.

Die dual-fixe Finanzierung mit zwei Finanzierern gleichzeitig führt aber auch zu unklaren Rollenverteilungen. So ist insbesondere unklar, wie stark der Kanton bei den Tarifverhandlungen oder der Rechnungsprüfung bei den Spitälern eingreifen soll oder darf.

Zusätzlich ergeben sich Verzerrungen, weil einige Kantone die eigenen Spitäler ausserhalb des SwissDRG-Systems teilweise stark finanziell unterstützen (Finanzierung der Infrastruktur und gemeinwirtschaftliche Leistungen). Dies führt zu unterschiedlich langen Spiessen für die Spitäler und dementsprechende Wettbewerbsverzerrungen.

Fehlanreize in der Versorgungsstruktur

Analysiert man die Versorgungsstruktur des schweizerischen Gesundheitswesens, erkennt man, dass Fehlanreize vor allem durch den Vertragszwang (ambulant und stationär) sowie der Mehrfachrolle der Kantone zustande kommen. Durch den *Vertragszwang* (und die einheitliche Leistungsvergütung) hat sich das Angebot nur limitiert am Bedarf auszurichten. Falls in einem Gebiet mehr Ärzte oder Spitäler vorhanden sind, als zur Versorgung der Bevölkerung notwendig wären, verstärken sich die bereits durch das Vergütungssystem gegebenen Anreize zur Mengenausweitung.

Die Kantone haben im Spitalwettbewerb eine einzigartige Stellung. Sie sind zum einen Regulator und erstellen die kantonalen Spitallisten, die bestimmen, welche Spitäler zu Lasten der sozialen Krankenversicherung abrechnen dürfen. Zum anderen treten sie mit eigenen Spitälern selbst am Markt auf. Dies kann dazu führen, dass die Bedürfnisse der eigenen Spitäler höher gewichtet werden als die Bedürfnisse der Patienten oder der Solidargemeinschaft. Die Mehrfachrolle ist vor allem dann problematisch, wenn aus Standortinteressen oder regionalpolitischen Gründen innerkantonale Anbieter bevorzugt werden oder Marktmacht durch kantonale

Spitalgruppen aufgebaut wird. Dies begünstigt eine ineffiziente Leistungserbringung, vor allem, wenn damit andere Kantone unter Zugzwang gesetzt werden, ebenso handeln.

Reformvorschläge

Ziele für eine Reform

Aus der Analyse der Vergütung, Finanzierung und Versorgungsstruktur des Schweizer Gesundheitswesens leiten wir sechs Ziele für eine mögliche Reform ab, mit der die Anreize für eine effiziente und bedarfsgerechte Leistungserbringung verbessert werden können.

Ziel 1: Gleiche Regulierung von ambulanten und stationären Leistungen. Stationäre und ambulante Leistungen unterscheiden sich bei Vergütung, Finanzierung und Versorgungsstruktur. Diese Unterschiede sind historisch gewachsen und im Kontext der heutigen Medizin nicht mehr zweckmässig. Die geringe Balance zwischen den Sektoren führt zu Leistungsverlagerung, die nicht zwingend der optimalen Behandlung entsprechen.

Ziel 2: Mehr Gestaltungsspielraum für die Vertragspartner. Die anstehenden Megatrends zeigen, dass das Gesundheitswesen einem stetigen Wandel unterworfen ist. In einem so dynamischen Umfeld ist es wichtig, dass die Akteure genügend Gestaltungsspielraum für Innovationen haben, denn diese lassen sich nicht per Regulierung vorschreiben, sondern entwickeln sich an der Basis. Kann sich die Vertragsgestaltung neuen Entwicklungen nicht anpassen, werden mittelfristig Power, Balance und Fit des Gesundheitssystems reduziert.

Ziel 3: Klare Aufgabenteilung zwischen den Finanzierern. Die Finanzierer sollen ihre Rolle als Sachwalter der Solidargemeinschaft in Verhandlungen über Vergütung und Versorgungsstruktur wahrnehmen können. Dazu soll jeder Leistung genau ein Akteur mit der Finanzierungsverantwortung zugeordnet werden. Dies ist im Moment im stationären Sektor nicht gegeben.

Ziel 4: Verbesserung des Fit in der Vergütung von stationären Leistungen. Das heutige SwissDRG-System ist stark pauschaliert und weist somit eine relativ hohe Power auf. Für viele Fälle funktioniert dies hinreichend gut. Bei Hochkostenfällen und DRGs mit kleinen Fallzahlen sollten jedoch Massnahmen ergriffen werden, um den Fit zu verbessern.

Ziel 5: Verbesserung der Anpassungsfähigkeit der Vergütung von ambulanten Leistungen. Aufgrund des raschen technologischen Wandels muss die Tarifstruktur regelmässig angepasst werden, um langfristig sachgerecht zu bleiben.

Ziel 6: Administrierbarkeit des Systems im Auge behalten. Es kann nicht im Sinne einer Reform sein, diese so kompliziert zu machen, dass damit mehr Kosten für die Administrierbarkeit generiert werden, als durch eine effizientere Leistungserbringung eingespart werden können.

Reformvorschlag: Unterscheidung nach frei verhandelbaren und regulierten Leistungen (Liste A und Liste B)

Zur Erreichung der Ziele 1 bis 3 schlagen wir vor, anstelle der historisch gewachsenen Unterscheidung in ambulant und stationär, die Leistungen danach einzuteilen, welche Regulierungsform für sie am geeignetsten erscheint:

- **Liste A – frei verhandelbare Leistungen:** Die Regulierung ist nach wettbewerblichen Grundsätzen auszurichten.
- **Liste B – regulierte Leistungen.** Die Vergabe und Vergütung hat nach transparenten Kriterien zu erfolgen.

Die *Liste A* kommt für Leistungen in Frage, die häufig vorkommen, die einen ausreichend homogenen Ressourcenbedarf haben und die planbar sind. Wettbewerb ist vor allem dort sinnvoll, wo eine grosse Menge standardisierbarer Leistungen angeboten werden. Zudem sollte der Patient in der Lage sein, einen Anbieter zu wählen und dafür allfällige Warte- und Wegzeiten auf sich zu nehmen. Das Kriterium der Planbarkeit muss jedoch nicht unter allen Umständen erfüllt sein. So könnten auch leichtere Akutfälle unter die frei verhandelbaren Leistungen fallen, solange die anderen beiden Kriterien erfüllt sind.

Die Vergütung und Versorgungsstruktur sollen nach wettbewerblichen Grundsätzen ausgestaltet werden. So braucht es eine Vertragsfreiheit für Finanzierer und Leistungserbringer, da über Leistungsumfang, Vergütung und zu erreichende Qualitätsstandards verhandelt werden soll. Insbesondere soll es möglich sein, ambulante und stationäre Leistungen zu bündeln. Um die Versorgungssicherheit zu garantieren, können die Kantone eine Mindestanzahl an Leistungserbringern pro Spezialität festlegen, die unter Vertrag genommen werden muss. Zusätzlich sollte das Kartellgesetz uneingeschränkt anwendbar sein, damit keine Marktmacht aufgebaut werden kann.

Die *Liste B* kommt für Leistungen in Frage, die schwere, nicht planbare Akutleistungen (schwere Notfälle) sind, deren Fallzahl zu gering ist und/oder für die hohe Vorhalteleistungen anfallen. In all diesen Fällen scheint ein wettbewerbliches System seine Vorteile nicht ausspielen zu können und eine Regulierung der Leistungen mittels transparenter Leistungsvergabe und Vergütung scheint sinnvoller zu sein. Ebenfalls ein Kandidat für die Liste B sind innovative Technologien, deren Nutzen noch nicht ausreichend bewiesen ist oder für die die Datengrundlagen zu einer Preisfestsetzung im Tarifsysteem noch nicht gegeben sind. Solche Innovationen könnte man vorläufig in der Liste B vergüten mit der Auflage, dass Leistungserbringer, Patienten und Finanzierer verpflichtet sind, die für eine Evaluation nötigen Daten zur Verfügung zu stellen.

Die Vergütung und Versorgungsstruktur sollte sich danach richten, dass die Regelung für alle Bürger grundsätzlich gleich ist, mit möglichen Unterschieden nach Versorgungsregion. Die Vereinbarungen mit den Leistungserbringern sollen vom Akteur getroffen werden, welcher auch die Finanzierungsverantwortung trägt. Dafür kommen entweder die Krankenversicherer oder die Kantone in Frage. Die Liste kann zwischen diesen Akteuren aufgeteilt werden, es soll jedoch jeder Leistung genau ein Finanzierer gegenüberstehen (Monismus pro Leistung). Für die konkrete Umsetzung kommen verschiedene Varianten in Frage. So könnten die Leistungsaufträge regelmässig ausgeschrieben und an wenige Leistungserbringer vergeben werden. Die regelmässige Ausschreibung erzeugt einen gewissen Wettbewerbsdruck, so dass auch monopolistische Anbieter Anreize für eine effiziente Leistungserbringung haben. Alternativ können auch Verbandsverträge zum Einsatz kommen, wenn beispielsweise alle befähigten Leistungserbringer eine Leistung abrechnen dürfen sollen.

Die folgende Abbildung gibt einen Überblick über die Ausgestaltung der Listen A und B.

	Liste A (Wettbewerb)	Liste B (reguliert)
Kriterien	<ul style="list-style-type: none"> Ausreichend hohe Fallzahl Homogen im Ressourcenbedarf Planbar 	<ul style="list-style-type: none"> Schwere, nicht planbare Akutleistungen Geringe Fallzahl Hohe Vorhalteleistungen Leistungen in Evaluation
Finanzierung	<ul style="list-style-type: none"> Monistisch durch Krankenversicherer 	<ul style="list-style-type: none"> Durch Krankenversicherer oder Kantone (Monistisch pro Leistung)
Versorgungsstruktur	<ul style="list-style-type: none"> Vertragsfreiheit zwischen Versicherern und Leistungserbringern 	<ul style="list-style-type: none"> Vertragszwang mit regelmässigen Ausschreibungen («contestable monopoly») oder Verbandsverträgen
Vergütung	<ul style="list-style-type: none"> Ausgehandelt in selektiven Verträgen 	<ul style="list-style-type: none"> Teil der Ausschreibung oder Verhandlung

Aufbau auf den heutigen Vergütungssystemen

Zur Erreichung der Ziele 5 bis 6 schlagen wir vor, die national einheitlichen Tarifsysteme Tarmed und SwissDRG als *Klassifikationssysteme* zur Herstellung der Transparenz weiter zu pflegen. Ähnlich wie im stationären sollte aber auch im ambulanten Bereich regelmässig eine Erhebung des Aufwands pro Leistung stattfinden. Die Vertragspartner sollten aber sowohl in Liste A als auch in Liste B frei sein, eine davon abweichende Vergütung zu vereinbaren.

Zur Erreichung des Ziels 4 empfehlen wir im Bereich der frei verhandelbaren Leistungen (Liste A) eine obligatorische *Rückversicherung für Hochkostenfälle* in Spitälern. Liegen die Fallkosten über einer bestimmten Schwelle, werden die darüber liegenden Kosten anteilmässig (z. B. 90%) durch die Rückversicherung bezahlt. Spitäler müssen die Rückversicherung mit einer Prämie pro Fall finanzieren. So wird der Fit bei Hochkostenfällen erheblich verbessert und die möglichen Gewinne durch Patientenselektion reduzieren sich.

Umsetzungsvarianten

Wir sehen verschiedene Varianten der Umsetzung auf zwei Ebenen vor. Zum einen kann die Anzahl Leistungen auf den Listen A und B variieren, zum anderen der Finanzierer der Liste B.

Langfristig sollte das Ziel sein, alle Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung den beiden Listen A und B zuzuweisen. Kurz- und mittelfristig ist es jedoch sinnvoll, das heutige System kontinuierlich anzupassen und nur wenige Leistungen den beiden Listen zuzuordnen. Bei anderen Leistungen gilt die heutige Regulierung. Als frei verhandelbare Leistungen kommen diejenigen in Frage, wo aktuell ein Überangebot besteht und die Anreize zur Mengenausweitung besonders ausgeprägt sind. Regulierte Leistungen könnten Leistungen mit kleiner Fallzahl oder hohen Vorhalteleistungen sein oder neue Technologien unter Evaluation.

Bei der Finanzierung der Liste B kommen entweder die Versicherer oder die Kantone in Frage. Die Finanzierung sollte von den konkreten Leistungen abhängen. Bei Behandlungen mit hohen Vorhalteleistungen wäre eine Finanzierung durch die Kantone wohl zweckmässig, bei Leistungen unter Evaluation kommt eine Finanzierung durch die Versicherer in Frage. Wichtig ist, dass die Finanzierung monistisch ist, das heisst nur durch einen Finanzierer erfolgt. Die Arbeitsgruppe Leu von 2004 hat bereits konkrete Vorschläge zum Monismus vorgelegt. In diesem Bericht sind unterschiedliche Varianten ausgearbeitet, die auch aufzeigen, wie der Anteil an der Gesamtfinanzierung, die ein Akteur tragen soll, unabhängig vom Monismus definiert werden kann.

Fazit

In unserer Analyse haben wir Fehlanreize bezüglich Vergütung, Finanzierung und Versorgungsstruktur identifiziert. Weil Zielkonflikte insbesondere zwischen Anreizen zur effizienten Leistungserbringung, zur optimalen Behandlungswahl und zur (unerwünschten) Patientenselektion bestehen, gibt es keine einzelne Massnahme, welche die Reformziele alleine erreichen kann. Um diesen Zielkonflikten zu begegnen, schlagen wir einen Mix aus wettbewerblichen und regulierten Elementen vor. Leistungen sollen danach eingeteilt werden, welche Regulierungsform für sie am geeignetsten erscheint. Diese Regulierungsform ist dann konsequent anzuwenden. Zudem schlagen wir vor, auch bei wettbewerblich organisierten Leistungen Massnahmen zu ergreifen, damit keine Selektionsanreize gegen Patienten mit besonders hohem Leistungsbedarf bestehen.

Polynomics AG
Baslerstrasse 44
CH-4600 Olten

www.polynomics.ch
polynomics@polynomics.ch

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