



Universität
Basel

Wirtschaftswissenschaftliche
Fakultät

**Health
Economics**

Prof. Dr. Stefan Felder

Prof. Dr. Stefan Felder | Health Economics

Peter Merian-Weg 6 | Postfach | CH-4002 Basel

Tel. +41 61 207 32 26 | stefan.felder@unibas.ch



Institut für Wirtschaftsstudien Basel
Fachbereich Gesundheit



Solothurnerstrasse 94 | CH-4053 Basel

Tel. +41 61 281 21 28 | gesundheit@iwsb.ch

Komplexpauschalen in der Schweiz

Umsetzbarkeit integraler Vergütungssysteme im Schweizer Gesundheitswesen

Gutachten im Auftrag des
Bundesamtes für Gesundheit BAG

Auftraggeber:	Bundesamt für Gesundheit BAG Sektion Weiterentwicklung Gesundheitsberufe Schwarzenburgstrasse 157 CH-3003 Bern	
Begleitgruppe:	Dr. Nico van der Heiden Cinzia Zeltner Dr. Stefan Spycher Fabienne Lüthi Lara De Simone	Sektion Weiterentwicklung Gesundheitsberufe Sektion Weiterentwicklung Gesundheitsberufe Direktionsbereich Gesundheitspolitik Sektion Weiterentwicklung Gesundheitsberufe Sektion Weiterentwicklung Gesundheitsberufe
Projektleitung:	Prof. Dr. Stefan Felder	Universität Basel
Projektbearbeitung:	Dr. Stefan Meyer Dr. Manuela Merki Camila Plaza	Institut für Wirtschaftsstudien Basel Institut für Wirtschaftsstudien Basel Universität Basel
Juristische Expertise:	Prof. Dr. Tomas Poledna	POLEDNA RC AG/Universität Zürich
Medizinische Expertise:	Prof. Dr. Thomas Rosemann, PhD	Universitätsspital Zürich
Anmerkung:	Der Bericht gibt die Auffassung der Autoren wieder, die nicht notwendigerweise mit derjenigen der Auftraggeber oder der Begleitgruppe übereinstimmen muss. Zur besseren Lesbarkeit und Vermeidung sprachlicher Schwerfälligkeit wird im vorliegenden Bericht nur die männliche Form verwendet. Die entsprechenden Begriffe beziehen sich auf beide Geschlechter.	
Vorgeschlagene Zitierweise:	Felder, S., Meyer, S., Merki, M., Plaza, C., Poledna, T. und Rosemann, T. (2019): «Komplexpauschalen in der Schweiz: Umsetzbarkeit integraler Vergütungssysteme im Schweizer Gesundheitswesen.» Gutachten im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG. Basel: Institut für Wirtschaftsstudien Basel.	



Zusammenfassung (Management Summary)

VERSORGUNG & VERGÜTUNG – ZWEI UNTRENNBARE ASPEKTE DES SCHWEIZER GESUNDHEITSWESENS

Die **Tarifstrukturen** im Gesundheitswesen sind **nicht unabhängig** von den vorherrschenden **Strukturen der Leistungserbringung**. Vergütungsmodelle sind einerseits das Resultat davon, welche Rolle die einzelnen Leistungserbringer im Versorgungsprozess einnehmen und wie sich diese organisieren. Gleichzeitig beeinflussen Vergütungssysteme die Art und Weise der Leistungserbringung und stehen u.a. im Verdacht, überholte Versorgungsstrukturen zu erhalten und Innovationen zu verhindern.

Im Schweizer Gesundheitswesen sind Tarifmodelle, die bei nur einer Kategorie von Leistungserbringern Anwendung finden, seit jeher die Regel. Während Spitäler für stationäre Behandlungen fall- oder leistungsbezogene Tagespauschalen erhalten, richtet sich die Vergütung im praxis- und spitalambulantem Sektor weitgehend nach den erbrachten Einzelleistungen. Andere Tarifmodelle gelten für die ambulante und stationäre Langzeitpflege, Apotheken, Chiropraktiker, physio- und ergotherapeutische Leistungen sowie die Diabetes- und Ernährungsberatung. Die zahlreichen Tarifverträge zwischen Leistungserbringern und Versicherern werden ergänzt mit sogenannten Amtstarifen, welche die Vergütung von Medikamenten, Hilfsmitteln und Gegenständen, Präparaten, Hilfsstoffen und Laboranalysen schweizweit einheitlich regeln.

Das Ergebnis der weitgehenden Trennung der Versorgungsbereiche und der unterschiedlichen Tarifmodelle ist ein hochspezialisiertes, sektorales Gesundheitssystem, welches stark auf die Behandlung akuter Behandlungsepisoden ausgerichtet ist (Djalali & Rosemann, 2015). Aufgrund der isolierten Tarifsysteme internalisiert der einzelne Leistungserbringer bei seinen Entscheidungen nicht die Kosten der Behandlung seines Patienten bei ihm vor- und nachgelagerten Leistungserbringern. Dies führt zu **Fehlanreizen** in der Versorgung und einer allgemein **fehlenden Koordinierung** über die Schnittstellen hinweg. Dadurch steigen das Risiko einer Über-, Unter- oder Fehlversorgung gewisser Patientengruppen und die Gesundheitskosten.

KOMPLEXPAUSCHALEN FÜR QUALITÄT & EFFIZIENZ? – DIE ABSCHLIESSENDE BEURTEILUNG STEHT (NOCH) AUS

Komplexpauschalen bilden das Gegenstück zu den heutigen Tarifmodellen. Sie **bündeln** die **Behandlungsleistungen** in Zusammenhang mit elektiven Eingriffen und der Versorgung chronischer Patienten über die einzelnen Leistungsbereiche und Leistungserbringer hinweg und vergüten diese **pauschal**. Für eine Anwendung infrage kommen u.a. orthopädische und kardiologische Eingriffe, die Behandlung chronischer Erkrankungen wie Hypertonie, der koronaren Herzkrankheit, von Diabetes Typ 1 und 2 und COPD, aber auch von psychiatrischen Erkrankungen mit einem chronischen Verlauf sowie die Geburtshilfe. Ein zentraler Aspekt des übergreifenden **morbiditätsorientierten Vergütungsmodells** ist die Beteiligung der Leistungserbringer an der **Ergebnisqualität** der Behandlung (Porter & Kaplan, 2016). Dadurch sollen einerseits unnötige Eingriffe verhindert und die Versorgung effizienter und damit kostengünstiger gestaltet werden. Gleichzeitig soll die Qualität der Behandlung – vor allem für chronische Patienten – dadurch zunehmen, dass sich die Vergütung nach der Einhaltung vorgegebener medizinischer Leitlinien und der Erfüllung bestimmter Ergebnisparameter richtet.

International wurde die Wirkung von Komplexpauschalen bereits mehrheitlich fallweise untersucht. In einer grossen Studie aus den USA wurde ihr Kosteneinsparpotenzial auf 5.4 Prozent der gesamten Gesundheitskosten geschätzt (Eibner u. a., 2009; Hussey u. a., 2009). Dies allerdings nur dann, wenn dabei chronische Erkrankungen sowie elektive Eingriffe miteinbezogen werden. Dennoch ist die Evidenz im Hinblick auf die Kosten uneinheitlich und klare Aussagen zum Zusammenhang von Vergütung und Qualität sind (noch) nicht abschliessend möglich. Die teilweise **divergierenden Ergebnisse aus der Literatur** sind indes nicht überraschend, da die Art und Weise der Implementierung sowie die jeweiligen Gesundheitssysteme einen grossen Einfluss darauf haben, ob Komplexpauschalen ihre Wirkung entfalten können oder nicht. Mahnende Stimmen aus der wissenschaftlichen Begleitforschung weisen indes auf die Schwierigkeit hin, neue Vergütungsmodelle so zu implementieren, dass dadurch nicht bestehende Fehlanreize mit neuen ersetzt werden.

ZWEI HANDLUNGSOPTIONEN FÜR DIE SCHWEIZ – MIT EINEM KLAREN FAVORITEN

Die vorliegende Studie untersucht **zwei alternative Strategien** für eine Einführung von Komplexpauschalen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Eine **Implementierung «Top Down»** durch den Bund hätte zum Ziel, den Tarifpartnern die Anwendung der Vergütungslösung bei bestimmten Indikationen als verbindlich zu erklären. Diese Lösung würde implizieren, dass wie im stationären Bereich fortan eine **schweizweit einheitliche Tarifstruktur** existierte, während die Vergütungshöhe weiterhin zwischen den Tarifpartnern ausgehandelt würde. Allerdings wird aus mehreren Gründen von einer «Top Down»-Umsetzung von Komplexpauschalen **abgeraten**. Nebst der unklaren Wirkung sprechen das Fehlen eines Vorzeigemodells, die Beteiligung zahlreicher und unterschiedlicher selbständiger Leistungserbringer, die Problematik der Abgrenzbarkeit von Leistungen, eine fehlende Datenbasis für die Erarbeitung der Tarifstruktur und auch die neuen Tarifstrukturen für stationäre Leistungen gegen eine national verordnete Umsetzung.

Bevorzugt wird aus Sicht der Autoren – insbesondere unter Berücksichtigung der Ergebnisse einer Stakeholderbefragung – eine **Umsetzung «Bottom Up»** unter Wahrung der Tarifautonomie. Die rechtliche Expertise hat ergeben, dass das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) einer Anwendung von Komplexpauschalen – trotz eines rechtlichen Klärungsbedarfs in gewissen Bereichen – nicht im Weg steht. Dass es neue, innovative Vergütungslösungen dennoch schwer haben werden, liegt in den **strukturellen Rahmenbedingungen und den mangelnden Anreizen** der Tarifpartner begründet. Die (noch) fehlende Integration der Leistungserbringer, die duale Spitalfinanzierung, der Kontrahierungszwang, das Verbot von Mehrjahresverträgen in der OKP werden zusammen mit der Rechtsunsicherheit als wesentliche Hindernisse für die Etablierung neuer Tarifstrukturen identifiziert.

UNTERSTÜTZUNG VON PILOTPROJEKTEN MIT EXPERIMENTIERARTIKEL & «EXPERIMENTIERFONDS»

Die aktuelle Revision des KVG sieht eine Ergänzung des Bundesgesetzes mit dem sogenannten «Experimentierartikel» vor. Dieser soll es den Versicherern, Leistungserbringern, Kantonen und Patientenorganisationen erlauben, regional und zeitlich begrenzte **Pilotprojekte** ausserhalb des «normalen» KVG-Rahmens zu testen. Die Autoren dieser Studie erachten dabei eine stärkere und explizite Berücksichtigung von Vergütungsprojekten als zielführend. Damit könnten die Funktionsweise und Wirkung von Komplexpauschalen in einem kontrollierten Rahmen untersucht und daraus Erkenntnisse für eine spätere, flächendeckende Einführung in der OKP gewonnen werden. Hierzu sind die Gesetzesgrundlage und die entsprechende Bundesverordnung so anzupassen, dass Komplexpauschalprojekte mit einer genügenden Rechtssicherheit für die beteiligten Vertragspartner durchgeführt werden können. Ergänzend dazu wird ein **«Experimentierfonds»** vorgeschlagen, der es den Krankenversicherern und Leistungserbringern ermöglichen soll, selbst Pilotprojekte mit alternativen Vergütungsmodellen zu lancieren.

Unabhängig davon können die aktuelle Revisionsbemühung zur **einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen** (EFAS) – konsequenterweise mit einer Berücksichtigung der Langzeitpflege – und die bereits beschlossene **Verfeinerung des Risikoausgleichs** die Anreize der Tarifpartner verbessern, in neue Versorgungs- und Vergütungsmodelle zu investieren. **Weitere Massnahmen** umfassen die Möglichkeit von Mehrjahresverträgen in der OKP, die Förderung von integrierten Versorgungsstrukturen, die Einführung eines differenzierten Kontrahierungszwangs sowie Investitionen in die Erhebung fehlender Daten zu Kosten, Leistungen und Qualität in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung. Der Bund hat hierzu die Möglichkeit, eine Auswahl dieser Vorschläge im Zuge des zweiten Massnahmenpakets «Kostendämpfung» zu berücksichtigen, das voraussichtlich im Verlaufe dieses Jahres vorgelegt werden soll.