

DENKSTOFF

N° 3

Qualität statt Mengen belohnen – (wie) geht das?

Performance-orientierte Vergütungsmodelle 2025

Eine Publikation des fmc

Inhalt

- 03 Editorial
- 04 Hintergrund
- 11 Performance-Bemessung
- 14 Performance und das KVG – Zeit für Anpassungen
- 16 Vier Modelle – viele Kombinationen
- 18 Kopfpauschalen (Population-based Payment)
- 23 Komplexpauschalen (Bundled Payment)
- 27 Kantonaes Globalbudget
- 30 Zielbasierte Zusatzvergütungen (Add-on Payment)
- 33 Handlungsoptionen und Anreize
- 35 Referenzen und weiterführende Literatur

Impressum

Herausgeber:

fmc – Schweizer Forum für Integrierte Versorgung
Zugerstrasse 193, 6314 Neuägeri, www.fmc.ch

Konzept & Texte:

Peter Berchtold, Oliver Reich,
Falk Schimmann, Urs Zanon

Grafik & Layout:

www.grafisch.ch

Druck:

Heller Druck AG, Cham
www.hellerdruck.ch
ISBN: 978-3-9524595-2-2
© fmc, Juni 2017

Weitere Exemplare des fmc-Denkstoff N°3 sind kostenlos beim Herausgeber erhältlich (info@fmc.ch). Die PDF-Version steht für den Download auf der Website www.fmc.ch zur Verfügung.

Wir danken allen Fachleuten sowie den Goldpartnern und Partnern, die mit ihrer Expertise zur Entwicklung der Performance-orientierten Vergütungsmodelle 2025 beigetragen haben.

Es braucht eine Revolution von unten

Das heutige Vergütungssystem für medizinische Leistungen steht schon lange in der Kritik. Natürlich kann man sich mit kleinen Korrekturen begnügen, indem man dem einen Leistungserbringer etwas wegnimmt, um es einem anderen zu geben, oder Budgetkürzungen für alle beschliesst. Dies ist zwar der einfachere Weg, aber keine Lösung für die vorhandenen Probleme. Wir verzichten so darauf, uns grundlegende Überlegungen zu einer neuen Form der Vergütung von medizinischen Leistungen zu machen. Wie ein Vergütungssystem im Gesundheitssystem aussehen könnte, das konsequent auf die Performance ausgerichtet ist, zeigt die vorliegende Publikation. Sie stellt vier verschiedene Modelle vor, die zudem kombinierbar sind.

Im Alltag bezahlen wir normalerweise auch für eine Performance und nicht für Einzelleistungen. Bei einem Flug in die Ferien sind die Leistungen an beiden Flughäfen, der Flug, das Essen inkl. Bedienung und die Gepäckabfertigung im Preis inbegriffen, obwohl es sich um ganz verschiedene Firmen handelt, welche die Leistungen erbringen. Man stelle sich vor, es gälte das heutige ambulante medizinische Abrechnungssystem: Dann würden wir für den Abflug- und den Anflug Flughafen, den Piloten, die Flight Attendant, die Person, die unser Gepäckstück ins Flugzeug bringt, und jene, die es wieder herausholt, einzeln bezahlen. Umgekehrt heisst das: Vor allem chronisch Kranke brauchen eine langfristige, koordinierte und integrierte Behandlung ihrer Erkrankung. Dabei ist es sekundär, wer welchen Beitrag geleistet hat.

Dem wichtigen und vielleicht schwierigsten Problem, wie solche ganzheitlichen Performances in der Medizin zu messen sind, widmet die Publikation ein eigenes Kapitel. Die übersichtlichen Grafiken sowie die kurzen und prägnanten Beschreibungen der Vor- und Nachteile der verschiedenen Modelle helfen, die komplexe Materie rasch zu verstehen. Damit ist allerdings auch



*Daniel Scheidegger,
Präsident der Schweizerischen
Akademie der Medizinischen
Wissenschaften SAMW*

ein Nachteil verbunden: All jene, die solche Performance-basierten Vergütungssysteme von vornherein ablehnen, bekommen die Gegenargumente frei Haus geliefert und müssen sich nicht mehr vertieft mit dieser Materie beschäftigen.

Es ist an der Zeit, dass wir in der Schweiz mit solchen Modellen zu experimentieren beginnen und nicht nur darüber sprechen. Das System ist in der Zwischenzeit so komplex geworden, dass nicht alle möglichen Nebeneffekte im Vorfeld ausdiskutiert werden können. Dank unseres föderalistischen Systems könnten solche Modelle in einzelnen Kantonen oder Regionen ausprobiert und bei Bedarf angepasst werden. Natürlich wäre bei solchen Experimenten eine unabhängige Begleitforschung eine Voraussetzung.

Die Autoren stellen die Frage: «Wer müsste die Initiative ergreifen, um ein Performance-basiertes Vergütungssystem zu etablieren?» Zur Auswahl stehen die Versicherer, die stationären und ambulanten Leistungserbringer, die Politik sowie der Bund und die Kantone. Womit mir der wichtigste Player fehlt: Eigentlich müssten wir als Bürger, Krankenversicherte, Patienten die Initiative ergreifen und neue Systeme verlangen. Wir sind diejenigen, die das im Moment unbefriedigende Finanzierungs- und Vergütungssystem mit unseren Steuern und Prämien bezahlen. Eine Revolution kommt immer von unten!

Hintergrund

Darin sind sich fast alle einig: Bei den Vergütungsformen für Behandlung und Betreuung besteht Handlungsbedarf – und zwar dringend. Denn die Nachteile der heutigen Fragmentierung der ambulanten und stationären Vergütungssysteme sind kaum mehr tragbar. Ebenso klar ist die Stossrichtung der notwendigen Reformen: Die Vergütungen sind konsequent auf Performance auszurichten und sollen ganze Populationen oder Behandlungsprozesse umfassen. Nur so wird die Versorgung der Patienten endlich besser koordiniert und integriert. Und können Fehlanreize und als Folge davon die stete Mengenausweitung wirkungsvoll korrigiert werden.

Wir alle kennen das jährliche Ritual rund um den Prämienanstieg der obligatorischen Grundversicherung und das nachfolgende Jammern der einen bzw. die Vorwürfe der anderen: falsche Anreize, überflüssige Leistungen, zu teure Apparate-Medizin und manches mehr. Die Reformvorschläge beschränken sich dann meist auf den Ruf – abhängig vom politischen Standpunkt – nach mehr Wettbewerb unter den Akteuren bzw. mehr staatlicher Regulierung. Selbstverständlich steckt in beidem ein Teil Wahrheit. Doch könnten mit den bestehenden Vergütungssystemen weder mehr Wettbewerb noch mehr Staat wirkliche Unterschiede bewirken.

Unsere heutigen Vergütungsformen der ärztlichen, therapeutischen, stationären, pflegerischen und weiteren Leistungen sind aufgrund ihrer unterschiedlichen Grundlagen und Ziele widersprüchlich, uneinheitlich, fragmentierend und in der Konsequenz mengenausweitend. Folglich sind grundlegende Reformen nötig – auch angesichts der eindrucklichen, gleichzeitig aber immer teureren medizinischen Entwicklungen. Doch grundlegende Reformen der heutigen Vergütungspraxis stellen in mancherlei Hinsicht eine Herausforderung dar:

- inhaltlich, weil es an zentralen Voraussetzungen wie Performance-orientierten Messsystemen mangelt;
- rechtlich, weil wichtige Rahmenbedingungen für zukunftsweisende und kohärente Vergütungsmodelle nicht explizit geregelt sind (mehr dazu siehe Seite 18);
- kulturell, weil die heutigen Vergütungssysteme auf die einzelnen Leistungserbringer-Gruppen (Ärzte, Akutspitäler, Reha-Kliniken etc.) zugeschnitten und damit nach wie vor attraktiv sind;
- betriebswirtschaftlich, weil der Umgang mit den heutigen Vergütungsformen eingespielt ist und eine grundlegende Reform für die meisten Leistungserbringer mit erheblichem Aufwand und Ungewissheiten verbunden ist.

Dabei liegt eine mögliche Lösung gar nicht so fern und dürfte mindestens im Grundsatz allen einleuchten: Gleich wer eine medizinische Leistung erbringt, ob Arzt, Pflegefachperson, Apotheker oder Physiotherapeutin – neben der eigentlichen Leistung sollte auch das vergütet werden, was für den Patienten oder die Patientin im Zentrum steht: die Qualität und das Ergebnis oder – in einem Wort – die Performance der Behandlung oder Betreuung.

So einleuchtend das erscheint, so komplex ist die Umsetzung. Nicht für die eigentliche Leistung, dort ist die Sache ziemlich klar: Es braucht eine Leistungsbeschreibung, zum Beispiel eine Tarmed-Position oder Fallpauschale, sowie einen Preis in Form eines Taxpunktswerts oder einer Baserate.

Es fehlt an entscheidenden Grundlagen

Bei der Performance sieht die Sache deutlich anders aus. Bis heute gibt es nur sehr begrenzte Möglichkeiten, Qualität und Ergebnisse von medizinischen Leistungen in Franken und Rappen zu übersetzen. Und dies, obwohl in den vergangenen Jahren viel in Qualitätsindikatoren investiert wurde und diese in unzähligen Studien wissenschaftlich evaluiert wurden. In einen Satz gefasst: Der exakten Bestimmbarkeit von Leistungen und Preisen kann (zumindest heute) kein annähernd ausreichendes Bewertungssystem zu Qualität und Ergebnissen bzw. Performance gegenübergestellt werden.

Damit nicht genug: Viele der bisherigen Performance-orientierten Vergütungsmodelle sind bei wissenschaftlichen Evaluationen mehr oder weniger durchgefallen.¹ Vor allem deshalb, weil sie neben den beabsichtigten Wirkungen auch unerwünschte Nebenwirkungen zeigten. Leistungserbringer tendierten beispielsweise dazu, Qualitätsindikatoren überproportional zu beachten und dafür andere Bedürfnisse der Patienten zu vernachlässigen oder – im schlimmsten Fall – Qualitätsbemessungen zu manipulieren, um die eigene Vergütung zu maximieren.

Zudem fokussiert die Mehrheit der heutigen Modelle zur Qualitätsbemessung auf einzelne Leistungserbringer (statt auf alle am Behandlungsprozess Beteiligte) und festigt damit die sektorale Behandlung, statt die Integration zu fördern. Ein weiterer Einwand ist das drohende Rosinenpicken, wenn Leistungserbringer also nur noch leicht therapierbare Patienten ohne komplexere Probleme betreuen, weil so die Performance-Ziele (und damit eine höhere Vergütung) einfacher zu erreichen sind. «Gaming the system» lautet der wenig schmeichelhafte Begriff dafür.

Den steigenden Anforderungen nicht gewachsen

Vor dem Hintergrund solcher Erfahrungen drängt sich also die Frage auf: Sind Performance-orientierte Vergütungsmodelle grundsätzlich abzulehnen? Wohl kaum, denn unerwünschte Nebenwirkungen hat jedes Anreiz- oder Vergütungssystem, auch die derzeit wichtigsten Vergütungsformen wie Einzelleistungs- bzw. Zeittarif oder Fallpauschalen. Gerade aus Patientenperspektive gibt es eine ganze Liste an Vorbehalten gegenüber den aktuellen Vergütungsformen. Als augenfälligste zum Beispiel die Fragmentierungen zwischen ambulanter und stationärer Behandlung durch unterschiedliche Tarifsyste-me, die für Patienten nachteilige Unterbrechungen der Behandlung und Informationslücken begünstigen. Oder die Einzelleistungsvergütungen, die nachgewiesenermassen Mengenausweitungen verursachen und den Patienten (zu) viele Doppelspurigkeiten zumuten.



Wichtige Begriffe

Tarif: Betrag für eine Leistung, der zwischen den Leistungserbringern und Versicherern ausgehandelt wird. Beispiel Grundpflege Spitex: CHF 54.60 pro Stunde (zulasten der Grundversicherung).

Preis: Bezieht sich in aller Regel auf ein Produkt, zum Beispiel ein Medikament.

Vergütung: Gesamtkosten einer Leistung. Beispiel Tarmed: Leistung x kantonaler Taxpunktswert; Beispiel SwissDRG: Baserate des Spitals x Fallgewicht.

Finanzierung: Bezieht sich auf ein ganzes System. Wichtigste Finanzierer des Schweizer Gesundheitssystems sind (neben der Jahresfranchise und dem Selbstbehalt der Betroffenen):

- Ambulant: Versicherer (via Prämien)
- Stationär: Versicherer, Kantone (via Steuern)
- Langzeitpflege: Versicherer, Kantone, Gemeinden (via Steuern)
- Prämienverbilligung: Bund (via Steuern), Kantone



Absehbare Entwicklungen bei der Finanzierung/Vergütung

Einheitliche Finanzierung ambulant-stationär: Um die unterschiedlichen finanziellen Anreize zwischen ambulanten Leistungen (100% Versicherer) und stationären (55% Kanton, 45% Versicherer) zu beseitigen, sollen beide Bereiche gleich finanziert werden. Bis Sommer 2017 erarbeitet eine Subkommission der nationalen Gesundheitskommission einen Vorschlag dazu.

Weitere Verfeinerung des Risikoausgleichs: Am 19. Oktober 2016 hat der Bundesrat entschieden, dass pharmazeutische Kostengruppen (Pharmaceutical Cost Groups PCG) als zusätzlicher Indikator im Risikoausgleich zu berücksichtigen sind. Er hat dazu eine Revision der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA) verabschiedet. Die neue Verordnung gilt erstmals für den Risikoausgleich 2020; die dazu erforderlichen Daten müssen die Versicherer ab 1. Januar 2018 sammeln.

Ambulante Pauschalen für operative Eingriffe: Im Oktober 2016 reichten Santésuisse und die fmCh-Tarifunion (27 medizinische Fachgesellschaften und Vereine mit rund 8000 Ärzten und Ärztinnen) gemeinsam einen Pauschal tariff für den ambulanten ärztlichen Bereich ein. Die Pauschalen beruhen grundsätzlich auf dem heutigen Tarmed und umfassen alle operativen Eingriffe. Ziel ist es, 2018 die ersten Kapitel in Kraft zu setzen.

Neue Tarifstruktur für die stationäre Psychiatrie (TarPsy): Heute werden stationäre psychiatrische Leistungen mit Tagespauschalen abgegolten, die je nach Kanton und Vertragspartner unterschiedlich differenziert sind. Neu soll ein national einheitliches System gelten. Grundlage dafür sind leistungsbezogene, degressive Tagespauschalen. Am 1. Januar 2018 soll TarPsy für die Erwachsenen-Psychiatrie eingeführt werden, am 1. Januar 2019 für die Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Neue Tarifstruktur für die stationäre Rehabilitation (ST Reha): Heute werden stationäre Rehabilitationen in der Regel mit Tagespauschalen abgegolten, die nicht oder kaum nach Leistungen abgestuft sind. Neu soll ein national einheitliches System gelten. Grundlage dafür sind Tagespauschalen, die nach Leistungsaufwand abgestuft sind. Die Einführung von ST Reha ist 2020 vorgesehen.

«There is a case for including pay for performance as part of physicians' payment, not least because of the problems associated with all other payment systems»: Mit dieser Folgerung schliesst ein im New England Journal of Medicine erschienener Report, einer der renommiertesten Fachzeitschriften und nicht dafür bekannt, gegen die Medizin und die Mediziner zu polemisieren.²

Diese grundsätzliche Kritik an allen «anderen» Vergütungsformen darf nicht erstaunen. Denn die Medizin hat sich seit der Tarmed- oder DRG-Einführung stark gewandelt. Folglich liegt es auf der Hand, dass auch unsere aktuellen Vergütungsformen je länger desto weniger mit den stetig steigenden Anforderungen Schritt halten. Optionenvielfalt und Komplexität der Behandlungen, Interprofessionalität und Interdependenz der Betreuung verlangen mehr Integration sowohl in der Versorgung wie auch bei der Vergütung. Integrierte Versorgung benötigt eben auch integrierte Vergütungsmodelle.

Gerade dafür versprechen Performance-orientierte Vergütungsmodelle besonders geeignet zu sein. Denn Performance nimmt immer auch die gesamten Behandlungs- und Betreuungsprozesse in den Blick. Und das ist es, was für Patienten, besonders chronisch kranke, entscheidend ist und nicht der einzelne Spitalaufenthalt oder die Betreuung durch die einzelne Fachperson.



VERGÜTUNGSMODELLE UND IHRE ZUKUNFT

Kein Land auf dieser Welt hat ein ideales Vergütungssystem. Jede Vergütungsform hat erwiesenermassen mehr oder weniger starke Nebenwirkungen, die sich – und das ist der springende Punkt – auf Vergütung und Leistungserbringung in den jeweils anderen Bereichen auswirken. Bekanntestes Beispiel sind die Fallpauschalen im Spital (DRG): Allein auf den stationären Bereich bezogen, sind sie eine durchaus taugliche Vergütungsform. Aus Sicht des Gesamtsystems bzw. der Patientenprozesse sieht die Sache ganz anders aus: Fallpauschalen enthalten Fehlanreize und begünstigen Fragmentierungen, indem sie die Integration über alle Versorgungsebenen und -sektoren behindern. Ursache dafür sind jedoch nicht die DRG per se, sondern das Nebeneinander divergierender Vergütungsformen bzw. das Fehlen einer Gesamtlogik der Leistungsvergütung.

Auf der Suche nach einer kohärenteren, also abgestimmten und zusammenhängenden Vergütung gilt es zwei grundlegende Aspekte zu berücksichtigen:

1. Eine Leistungsvergütung, die grossmehrheitlich auf Menge und Preise ausgerichtet ist (wie die heutigen Formen es sind), genügt den Anforderungen der Zukunft nicht. Schlimmer noch: Sie birgt ein Schädigungspotential für die Patienten, das nicht länger zu akzeptieren ist. Was nützt zum Beispiel einem älteren Patienten mit einem Herzklappendefekt eine perfekt durchgeführte Operation oder einer Patientin mit unheilbarem Tumorleiden eine zytostatische Behandlung, wenn Lebensqualität und Überlebenszeit dadurch nicht verbessert werden? Erwünscht ist vielmehr ein neuer Fokus, der für alle Akteure gleich akzeptabel und wichtig ist: der Nutzen für die Patienten bzw. die Performance der Leistungserbringer. Wobei mit Performance immer die Gesamtleistung aus Sicht der Patienten gemeint sein muss, also Gesamtqualität und Gesamtergebnis aller Leistungen und Leistungserbringer.

Selbstverständlich bleiben Qualität und Ergebnis einer einzelnen Leistung oder einer einzelnen Fachperson bedeutsam. Doch nur die Gesamtsicht vermag unerwünschte Nebenwirkungen wie Fragmentierungen oder Fehlversorgung zu reduzieren (seien es zu viele, zu wenige oder falsche Leistungen).

2. Kein Vergütungssystem ist wertneutral; alle Formen enthalten eine grundsätzliche Orientierung, die mehr oder weniger sichtbar ist. Nehmen wir wieder die Fallpauschalen im Spital als Beispiel: Mit den DRG sollte die Vergleichbarkeit und damit der Wettbewerb zwischen den Spitälern verbessert werden. Wettbewerb wiederum ist ein zutiefst liberales Steuerungsinstrument, das – so das Werturteil der Gegenseite – die Zugangsgerechtigkeit untergraben kann. Umgekehrt sieht es beim Capitation-basierten Globalbudget aus: Die Grundidee ist – vor allem in solidarisch finanzierten Gesundheitssystemen – der gerechte Zugang zu Gesundheitsleistungen. Gleichzeitig sind Globalbudgets ein zutiefst etatistisches Steuerungsinstrument, das – so das Werturteil der Gegenseite – Effizienz und Qualität schmälern kann.

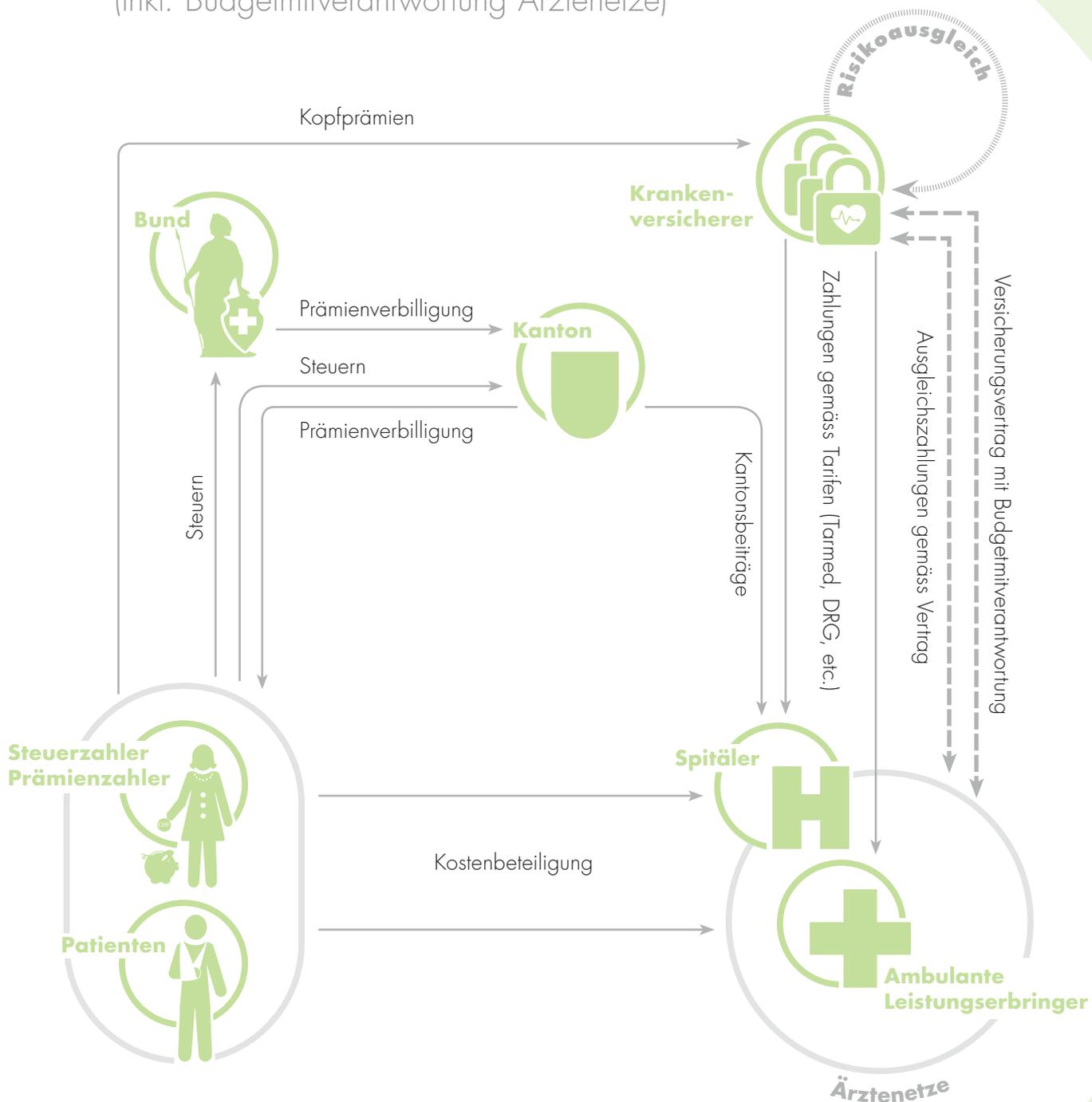
WARUM DIE SCHWEIZ BESTENS VORBEREITET IST

Was häufig zu wenig berücksichtigt wird: In der Schweiz gibt es schon länger bedeutsame Erfahrungen mit Vergütungsmodellen, die sich auf ein Kollektiv von Leistungserbringern und Patienten beziehen – nämlich die Budgetmitverantwortung von Ärztenetzen. Auch wenn sie in Teilen der Ärzteschaft immer noch umstritten ist, haben sie fast alle Ärztenetze seit Jahren in ihren Verträgen mit den Krankenversicherern vereinbart.

Budgetmitverantwortung meint die Mit-Verantwortung des Ärztenetzes (und nicht des einzelnen Arztes) für eine bestimmte Patientengruppe – und zwar bis zu einer festgelegten Risikolimit bei vereinbarten Kostenzielen. Der

FINANZFLÜSSE HEUTE

(inkl. Budgetmitverantwortung Ärztenetze)



einzelne Arzt erbringt und verrechnet seine Leistungen wie gewohnt. Die Mit-Verantwortung bezieht sich auf ein Parallel- oder Schattenbudget, in das alle von den Versicherern für das jeweilige Patientenkollektiv bezahlten Rechnungen verbucht werden (niedergelassene Ärzte, Spital, Apotheke, Spitex, Therapien, stationäre Rehabilitation etc.).

Die Rechnungsstellung und die Vergütung der Leistungserbringer erfolgen im jeweils gültigen Tarifsysteem, also Tarmed, DRG oder Spitex-Tarif. Berechnungsgrundlage der Budgets ist eine Kopfpauschale (Capitation), d.h. jener Betrag (ambulant und stationär), den ein einzelner Versicherter im kommenden Jahr in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht, Wohnort und Gesundheitszustand voraussichtlich benötigen wird. Die Summe der Kopfpauschalen ergibt dann das Budget für das Ärztenetz.

Bereitschaft zur Transparenz und Dialogfähigkeit

Die Budgetmitverantwortung will also den Blick und das Bewusstsein für den gesamten Behandlungs- und Betreuungsprozess und damit das Zusammenspiel aller Leistungserbringer schärfen – oder auf einen Nenner gebracht: die konsequente Integration und Koordination der Versorgung fördern. Folglich lässt sich die Budgetmitverantwortung, die primär auf Einsparziele fokussiert, ideal mit der Performance-orientierten Vergütung ergänzen.

Viele Krankenversicherer in der Schweiz setzen seit vielen Jahren auf die vertragliche und partnerschaftliche Zusammenarbeit mit Ärztenetzen. Als Grundlage dienen selektive und nach Leistung differenzierende Kooperationsmodelle. Diese haben zum Ziel, mit ausgewählten Partnern – möglichst exklusive – Mehrwerte für die eigenen Versicherten sowie gegenseitige Wettbewerbsvorteile zu erreichen und damit die Marktposition zu stärken. Die Modelle enthalten zum Beispiel die Bewer-

tung der Leistungserbringer-Partner in den Dimensionen Wirtschaftlichkeit, Zusammenarbeit und teilweise auch Qualität sowie gemeinsam festgelegte Zielwerte. Je nach Leistung und Zielerreichung der bewerteten Dimensionen resultiert auch eine differenzierte Vergütung.

Voraussetzungen für dauerhafte und verbindliche Kooperationen sind die Bereitschaft zur Transparenz bei allen beteiligten Akteuren, ihre Dialogfähigkeit sowie Anreizmodelle, die auf gemeinsam definierten Zielen basieren und für alle relevant sind. Eine grosse Herausforderung ist es dabei, sich bei der Leistungsbemessung und -vergütung auf Performance-Kriterien zu einigen, die allseits akzeptiert werden, mit vernünftigem Aufwand messbar sind und keine schwerwiegenden Fehlanreize enthalten. Dafür ist ein gemeinsames Verständnis von Qualität zu entwickeln, was ebenso anspruchsvoll ist wie die vorangehende Rollen- und Zielklärung. Immerhin: Die bisherigen Kooperationen zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern liefern wertvolle Erkenntnisse für diesen Dialog und den Erfolg von innovativen Versorgungs- und Finanzierungsmodellen.

ABSICHT

Grundsätzlich können alle Vergütungsformen – auch die heutigen – mit Performance-Kriterien ergänzt werden. Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass damit zwei unterschiedliche Anreizsysteme kombiniert werden: Die Vergütungsform wirkt auf die Effizienz, die Performance-Orientierung auf die Qualität. Dagegen ist nichts einzuwenden. Nur ist zwingend darauf zu achten, dass sich die beiden Anreizsysteme nicht behindern: Zum Beispiel passt eine pauschalierte Vergütung schlecht zu Qualitätskriterien von Einzelleistungen.

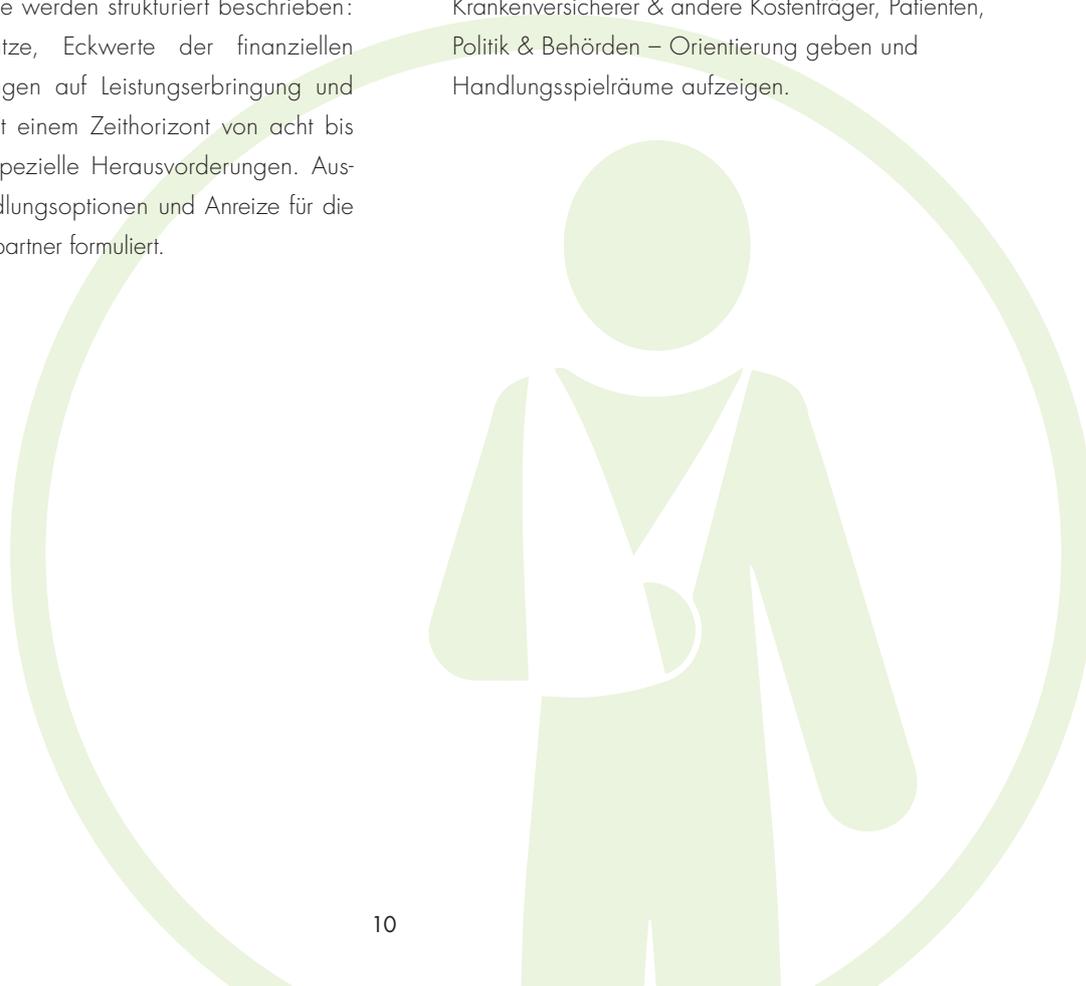
Die hier dargestellten Vergütungsmodelle verstehen sich als Grundformen künftiger Performance-orientierter Leistungsvergütung, wie sie in der Schweiz vor allem in Organisationen und Projekten der Integrierten Versorgung in den nächsten fünf bis zehn Jahren zur Anwendung kommen könnten. Sie orientieren sich an den international geführten Diskussionen.

Die einzelnen Modelle werden strukturiert beschrieben: allgemeine Grundsätze, Eckwerte der finanziellen Vergütung, Auswirkungen auf Leistungserbringung und Patientenverhalten (mit einem Zeithorizont von acht bis zehn Jahren) sowie spezielle Herausforderungen. Ausserdem werden Handlungsoptionen und Anreize für die zentralen Versorgungspartner formuliert.

Die Modelle enthalten bewusst keine abschliessenden Bewertungen und sind auch keine Wunschscenarien des fmc. Gleichzeitig sind Vergütungssysteme nie wertneutral; sie spiegeln immer unterschiedliche Grundhaltungen, die mehr oder weniger offen gelegt werden (vergleiche Seite 7). Davon zeugen die teils heftigen Auseinandersetzungen zwischen Verfechtern von Fallpauschalen/Bundled Payment und Globalbudgets/Capitation, wie vor Kurzem in der Harvard Business Review zu verfolgen war.^{3,4}

Absicht des fmc ist es, mit den hier beschriebenen Vergütungsmodellen und Handlungsoptionen die Entwicklung und Implementierung einer kohärenteren Leistungsvergütung zu unterstützen und damit die Integrierte Versorgung in der Schweiz zu stärken. Insbesondere wollen wir

- den Dialog jenseits von partikularen und berufspolitischen Interessen fördern;
- Diskussionen über erwünschte Wirkungen und (unvermeidliche) Nebenwirkungen in Gang setzen;
- den zentralen Akteuren – Leistungserbringer, Krankenversicherer & andere Kostenträger, Patienten, Politik & Behörden – Orientierung geben und Handlungsspielräume aufzeigen.



Performance-Bemessung

Wenn künftig auch das vergütet werden soll, was für den Patienten oder die Patientin im Zentrum steht, nämlich das Ergebnis und die Performance der ganzen Behandlung und Betreuung, ist auch die Medizin gefordert: Je differenzierter Behandlung und Betreuung werden, desto weniger entspricht das, was die einzelne Fachperson tut, dem Gesamtergebnis. So aufwendig der Weg zu solchen ganzheitlichen Performance-Bemessungen ist, so hoffnungsvoll sind die ersten Initiativen.

Für einen Patienten mit einem bösartigen Tumor zählt nicht nur, ob der Tumor vollständig entfernt wurde, die Chemotherapie wirksam war und die Überlebenszeit verlängert wurde. Genauso relevant ist für ihn die Frage, welche körperlichen Funktionen ihm bleiben oder wie sich seine Lebensqualität entwickelt. Selbstverständlich sind diese Aspekte in der klinischen Praxis schon jetzt wichtig, in der fragmentierten Welt der heutigen Versorgung kommen sie meist aber zu kurz.

Darum braucht es in der künftigen Patientenversorgung weit mehr Aufmerksamkeit für die Gesamtergebnisse und Performance. Das wird aber nur gelingen, wenn wir Performance zu messen beginnen. Denn ohne das wird immer im Dunkeln bleiben, welche Gesamtergebnisse die Patienten erhalten bzw. erwarten können. Und es wird immer verborgen bleiben, wie sich Leistungserbringer abzustimmen und zu organisieren haben, um ein bestimmtes Gesamtergebnis zu erreichen. Performance-Bemessung ist deshalb die Grundlage jeder Performance-orientierten Vergütung.

Es gibt viel zu tun – packen wir's an

Performance-Bemessungen sind aber keine klare Sache – im Gegenteil. Trotz vieler Bemühungen und zahlloser Publikationen steht nach wie vor kein Gold-Standard zur Verfügung und wird für die nahe Zukunft auch nicht zu erwarten sein. Dürfen wir das Thema deshalb wieder ad acta legen? Auf keinen Fall, auch wenn es viel Zeit und Energie benötigen wird, um taugliche Performance-Messsysteme und entsprechende Erfahrung aufzubauen. Und genau das lässt sich offensichtlich nicht im Forschungslabor oder am grünen Tisch entwickeln, sondern nur in der Praxis und Hand in Hand mit den Patienten.

Gleichwohl müssen wir, wenn wir Performance-Bemessungen und -Kriterien einführen wollen, nicht auf Feld eins beginnen. Es stehen verschiedene Initiativen zur Verfügung, die sich auch für den Schweizer Kontext eignen. Eine dieser Initiativen, die hierzulande ebenfalls schon intensiv diskutiert wird, ist das «International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM)». Das Konsortium wurde vom Karolinska Institut in Schweden, der Harvard University und der Boston Consulting Group aus den USA gegründet⁵. ICHOM hat sich zum Ziel gesetzt, per Ende 2017 für 50% der wichtigsten Krankheiten sogenannte Standard-Sets – d.h. Sets von Performance-Kriterien – zu erarbeiten. ICHOM macht das aber nicht selber, sondern stellt rund um den Globus Teams zusammen aus führenden Medizinexperten, Per-

Tabelle 1: Standard-Sets für Patienten mit koronarer Herzkrankheit

| Category (Cohorts) | Measure | Details | Timing | Data Source |
|---|--|--|---|----------------------------|
| Longitudinal outcomes (All) | All-cause mortality | Date of death | Tracked for 5 years after index event – reported at 1 and 5 years | Administrative |
| | Admissions (for AMI, hemorrhagic stroke, ischemic stroke or heart failure) | Date of each admission & discharge | | |
| | Procedural interventions | Date of PCI and/or CABG | | |
| | Acute renal failure | New requirement for dialysis | | |
| Patient – reported health status (All) | Angina, dyspnea, depression, functional status, health-related quality of life | SAQ-7, PHQ-2, Rose Dyspnea | 30 days + then annually to 5 years after index event | Patient reported |
| Acute Complications of treatment (PCI & CABG) | Mortality post procedure | Date of death | Within index hospitalization + within 30 days of procedure | Clinical or administrative |
| | Place of death | Options: Home; acute care hospital or rehab; nursing home or hospice | | |
| | Stroke and stroke type | Ischemic; hemorrhagic; unknown | | |
| | Acute renal failure | New requirement for dialysis | | |
| | Total length of stay | Date at arrival and discharge | Within index hospitalization | |
| | Post-procedure length of stay | Date of intervention and discharge | | |
| Major Surgery complications (CABG only) | Prolonged ventilation | Mechanical ventilation > 24 h post-surgery | Within index hospitalization | Clinical |
| | Deep sternal wound infection | Requires operative intervention, positive culture & antibiotics | Within index hospitalization + within 30 days of procedure | |
| | Reoperation required | Return to operating theatre (for other than wound) | | |
| Interventional cardiology complications (PCI only) | Significant dissection | Type C to F dissections | Within index hospitalization | Clinical |
| | Perforation | Angiographic or clinical evidence of perforation | | |
| | Emergent CABG for failed PCI | Emergency cardiothoracic surgery | | |
| | Vascular complications requiring intervention | At percutaneous entry site | Within index hospitalization + within 30 days of procedure | |
| | Bleeding event within 72 h | Within 72 h of PCI | Within index hospitalization + within 72 h of procedure | |

formance-Forschern und Patientenvertretern, die für eine bestimmte Krankheitsgruppe ein Standard-Set entwickeln.

Die ersten Schritte sind gemacht

Bis heute wurden 21 Standard-Sets erarbeitet: 5 für bösartige Tumorerkrankungen, 3 für kardiovaskuläre Störungen, je 2 für angeborene, neurologische, muskuloskeletale und Augenleiden sowie je eines für Störungen des Verdauungstrakts, Schwangerschaft/Geburt, die Psychiatrie und die Geriatrie. Zehn weitere, zum Beispiel für Diabetes und Bluthochdruck, sind in Vorbereitung. Die finalen Standard-Sets sind über die ICHOM-Webseite frei verfügbar und so gehalten, dass sie unabhängig von den jeweiligen System- und Versorgungsgegebenheiten nutzbar sind.

Beispielhaft ist in Tabelle 1 die Zusammenfassung des Standard-Sets für Patienten mit koronarer Herzkrankheit dargestellt (Erkrankung der Herzkranzgefäße). Die Zusammenfassung zeigt, welche Messungen (Measures) für welche Performance-Kriterien (Details) zu welchen Zeitpunkten (Timing) aufgrund welcher Daten (Data Source) empfohlen werden:

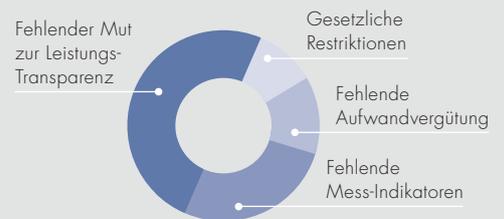
Auch wenn die Standard-Sets unabhängig von den jeweiligen Systemgegebenheiten nutzbar sind, können sie nicht eins-zu-eins übernommen werden. Sie benötigen einen Implementierungsprozess, der nicht nur die Abstimmung für einen bestimmten Versorgungskontext zum Ziel hat. Viel wichtiger ist, dass die Leistungserbringer gemeinsam mit den Krankenversicherern verbindliche Rahmen, Performance-Ziele und die Zusammenarbeit entwickeln.



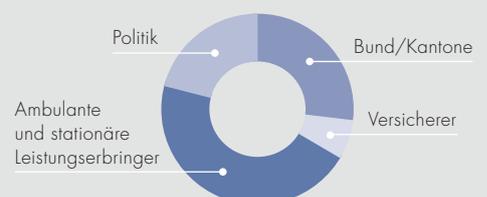
eVoting fmc-Symposium 2016

Am fmc-Symposium 2016 beantworteten die 340 Teilnehmenden folgende Fragen:

Welcher Faktor behindert aktuell eine geeignete Performance-Beurteilung der Integrierten Versorgung (d.h. entlang des Patientenpfades) am meisten?



Wer müsste die Initiative ergreifen, um das heute auf Einzelleistungen oder Einzel-Institutionen fokussierte Qualitätsverständnis im Gesundheitssystem auf einen integrierten Gesamtfokus hin zu adaptieren?



Performance und das KVG – Zeit für Anpassungen



Performance-orientierte Vergütungsmodelle waren anfangs der 1990er-Jahre, als das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) formuliert wurde, kein Thema in der Schweiz. Deshalb flossen sie nicht in das neue Gesetz ein, das am 1. Januar 1996 in Kraft trat. Ebenso wenig waren sie seither Gegenstand von KVG-Revisionen. Zwar lässt das geltende KVG einiges zu, doch wünschbar sind Anpassungen, die Klarheit und Raum für zukunftsweisende Lösungen schaffen.

Die hier vorgestellten Vergütungsmodelle orientieren sich in erster Linie daran, was sinnvoll und notwendig ist, um die Behandlung und Betreuung von Patienten stärker zu integrieren und deren Performance zu verbessern. Die Vereinbarkeit mit dem geltenden KVG hat zweite Priorität. Die Diskussionen zu Performance-orientierten Vergütungsmodellen könnten aber politische Vorstösse auslösen mit dem Ziel, solche Modelle künftig zu begünstigen.

Andererseits bildet das KVG auch für die Vergütung von medizinischen und pflegerischen Leistungen den gesetzlichen Rahmen. Deshalb hat das fmc den Juristen Markus Moser* gebeten, die Vereinbarkeit von Performance-orientierten Vergütungsmodellen mit dem geltenden KVG zu beurteilen. Die Meinungen zu den einzelnen Vergütungsmodellen sind an den entsprechenden Stellen eingefügt.

«Grosse Freiheit in der Gestaltung der Tarife»

Ganz grundsätzlich gilt gemäss Markus Moser: «In die Sprache des KVG übersetzt, sind Vergütungsmodelle gleich Tarife. Das KVG gibt den Tarifpartnern (Versicherer und Leistungserbringer) grosse Freiheit in der Gestaltung ihrer Tarife, zum Beispiel Einzelleitungsvergütung wie der Tarmed, den Zeittarif oder patientenbezogene und ver-

sichertenbezogene Pauschalen. Grundsätzlich ist jede Vergütungsform zulässig, wenn der Tarif eine sachgerechte Struktur aufweist, betriebswirtschaftliche Grundsätze beachtet und damit eine qualitativ hochstehende und zweckmässige Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird (Art. 43 Abs. 4 und Abs. 6 KVG).»

Ganz allgemein teilt Markus Moser die Ansicht des fmc, dass die Schweiz gut vorbereitet ist für Performance-orientierte Vergütungsformen, auch wenn der Begriff im KVG nicht vorkommt: «Aber im Grunde genommen sind Kriterien der Performance nichts anderes als Qualitätskriterien im Sinne des KVG. Da die Tarifpartner unter anderem auf eine qualitativ hochstehende Versorgung achten (Art. 43 Abs. 6 KVG) und Massnahmen der Qualitätssicherung vereinbaren müssen (Art. 77 KVV), hat jede Art der Vergütung Performance-orientiert zu sein. Wie die Vergütung von der Performance bzw. der Qualität der Leistungen abhängig gemacht werden darf, muss anhand der konkret getroffenen Vereinbarung beurteilt und entschieden werden.

«Jeder Tarif setzt eine qualitativ hochstehende Versorgung voraus»

Im Tarifvertrag vereinbarte Verminderungen der Vergütung sind zulässig, falls die vereinbarte Performance nicht erreicht worden ist. Sie decken sich mit dem genannten Grundsatz gemäss Art. 43 Abs. 6 KVG. Hingegen sind zielbasierte Zusatzvergütungen (Add-on Payment) der Versicherer schwer mit diesem Grundsatz zu vereinbaren, weil jeder Tarif eine qualitativ hochstehende Versorgung voraussetzt. Übertrifft ein Leistungserbringer die verlangte Qualität, ist dies – aus Sicht des KVG – kein Grund für eine höhere Vergütung. Mit dem KVG vereinbar ist es dagegen, wenn die zwischen einem Versorgungsmodell und den Versicherern festgelegte Vergütung unter den daran beteiligten Leistungserbringern Performanceorientiert aufgeteilt wird.

Versorgungsmodelle regeln die Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern bei der Behandlung von Patienten. Sie beruhen also auf Vereinbarungen zwischen Leistungserbringern. Das KVG ist dann relevant, wenn in Vereinbarungen mit Versicherern – insbesondere in Tarifverträgen – darauf Bezug genommen wird.»

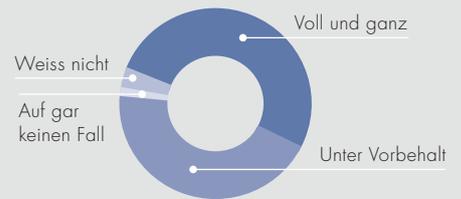
** Dr. Markus Moser ist juristischer Berater im Gesundheitswesen. Er war von 1987 bis 1997 Vizedirektor im Bundesamt für Sozialversicherungen und prägte das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) massgeblich mit.*



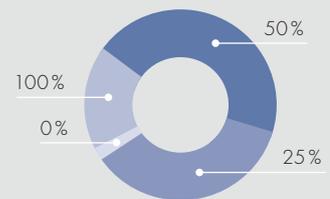
eVoting fmc-Symposium 2016

Am fmc-Symposium 2016 beantworteten die 340 Teilnehmenden folgende Fragen:

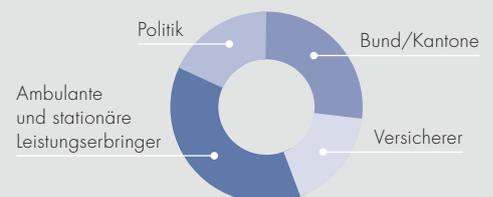
Würden Sie ein Vergütungssystem, welches auch Performance-Aspekte integriert hat, grundsätzlich begrüssen?



Wie hoch sollte der Qualitäts/Performance-abhängige Anteil der Vergütung sein (in Prozent)?



Wer müsste die Initiative ergreifen, um ein Performance-basiertes Vergütungssystem zu etablieren?



Vier Modelle – viele Kombinationen

Wir gehen davon aus, dass in den nächsten Jahren unterschiedliche Vergütungsmodelle entstehen werden, die unterschiedliche Präferenzen und Bedürfnisse von verschiedenen (geografischen, kulturellen) Regionen und verschiedenen Bevölkerungs- und Patientengruppen berücksichtigen. Wichtig: Wir verstehen die dargestellten Modelle nicht als scharf voneinander abgegrenzt. Es sind auch Kombinationen und Variationen möglich – und erwünscht.

Im Vordergrund sehen wir vier Performance-orientierte Vergütungsformen:

- Kopfpauschalen (Population-based Payment)
- Komplexpauschalen (Bundled Payment)
- Kantonales Globalbudget
- Zielbasierte Zusatzvergütungen (Add-on Payment)

Angesichts der komplexen Materie liegt es auf der Hand, dass alle Formen Chancen und Risiken haben (Tabelle 2). Zwar liessen sich mit Gegenanreizen und Mischformen die jeweiligen Vorteile verstärken bzw. Risiken vermindern. Doch bleiben viele Diskussionen dazu in ideologischen Ecken gefangen (vergleiche auch Seite 7). Andererseits ist es für weiterführende Dialoge unabdingbar, die grundsätzlichen Wertorientierungen der Modelle bzw. deren Chancen und Risiken zu kennen. Nur so lassen sich neue Vergütungsformen gestalten, die von Leistungserbringern und Kostenträgern gleichermaßen akzeptiert werden – und zum Nutzen der Patientinnen und Patienten sind.

Neben dem grundsätzlichen Fokus sowie den Chancen und Risiken der Modelle interessiert auch, wie vereinbar sie mit dem schweizerischen Finanzierungs- und Versicherungssystem sind (Tabelle 3). Wichtig dabei: Die einheitliche Finanzierung ambulant-stationär (Monismus), wie sie derzeit auf Bundesebene diskutiert wird, könnte Performance-orientierten Vergütungsmodellen einen starken Auftrieb verleihen (siehe «Absehbare Entwicklungen bei der Finanzierung/Vergütung» auf Seite 6).

Tabelle 2: Chancen und Risiken von Performance-orientierten Vergütungsmodellen

| Grundformen | Fokus | Chancen | Risiken |
|--|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Kopfpauschalen (Population-based Payment) • Kantonales Globalbudget | <ul style="list-style-type: none"> • Gesundheit und Krankheiten • Bevölkerungsgruppen | <ul style="list-style-type: none"> • Starke Ausrichtung auf die Erhaltung von Gesundheit • Integration der gesamten Versorgung • Hohe Zugangsgerechtigkeit, unabhängig von der Morbidität | <ul style="list-style-type: none"> • Notwendige Leistungen werden vorenthalten • Performance-Bemessung für ganze Populationen ist komplex und aufwendig |
| <ul style="list-style-type: none"> • Komplexpauschalen (Bundled Payment) • Zielbasierte Zusatzvergütungen (Add-on Payment) | <ul style="list-style-type: none"> • Krankheiten • Patientengruppen | <ul style="list-style-type: none"> • Starke Ausrichtung auf die Prävention von Krankheiten • Integration von Behandlungsprozessen • Mehr Wettbewerbsmöglichkeiten für Leistungserbringer (Preis, Performance) | <ul style="list-style-type: none"> • «Bundling» ergibt neue Fragmentierungen • Die Leistungserbringer sind zu stark auf bestimmte Krankheiten fokussiert (und vernachlässigen andere) |

Tabelle 3: Vereinbarkeit von Performance-orientierten Vergütungsmodellen mit dem heutigen System

| | Population-based Payment | Bundled Payment | Kantonales Globalbudget | Add-on Payment |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Fokus | Bevölkerungsgruppe(n) | Patientengruppe(n) | Bevölkerungsgruppe(n) | Patientengruppe(n) |
| Versicherungsmodell nach KVG | Standard oder alternative Modelle |
| Vertrag zwischen | Versicherer-Leistungserbringer | Versicherer-Leistungserbringer | Versicherer-Leistungserbringer | Versicherer-Leistungserbringer |
| Vertragszwang | nein | nein | ja | nein |
| Einheitliche Finanzierung ambulant-stationär (Monismus)* | wünschbar | wünschbar | erforderlich | nein |
| Vereinbarkeit mit dem geltenden KVG | bedingt | bedingt | nein | bedingt |
| Implementierungsaufwand in der Schweiz | ++ | ++ | ++++ | + |

* Da sich diese Vergütungsmodelle über den ambulanten und stationären Bereich erstrecken, wäre es sinnvoll, wenn beide Bereiche auch gleich finanziert wären.

Kopfpauschalen (Population-based Payment)

Die bevölkerungs-basierte Vergütung (Population-based Payment) umfasst die ganze Population einer Region oder einzelne Bevölkerungsgruppen. Im Vordergrund stehen (komplexe) Versorgungssituationen, nicht einzelne Krankheiten. Die bevölkerungs-basierte Vergütung ist eine Weiterentwicklung der in der Schweiz geläufigen Budgetmitverantwortung der Ärztenetze, erweitert um eine Performance-Mitverantwortung.

BESCHREIBUNG/GRUNDSÄTZE

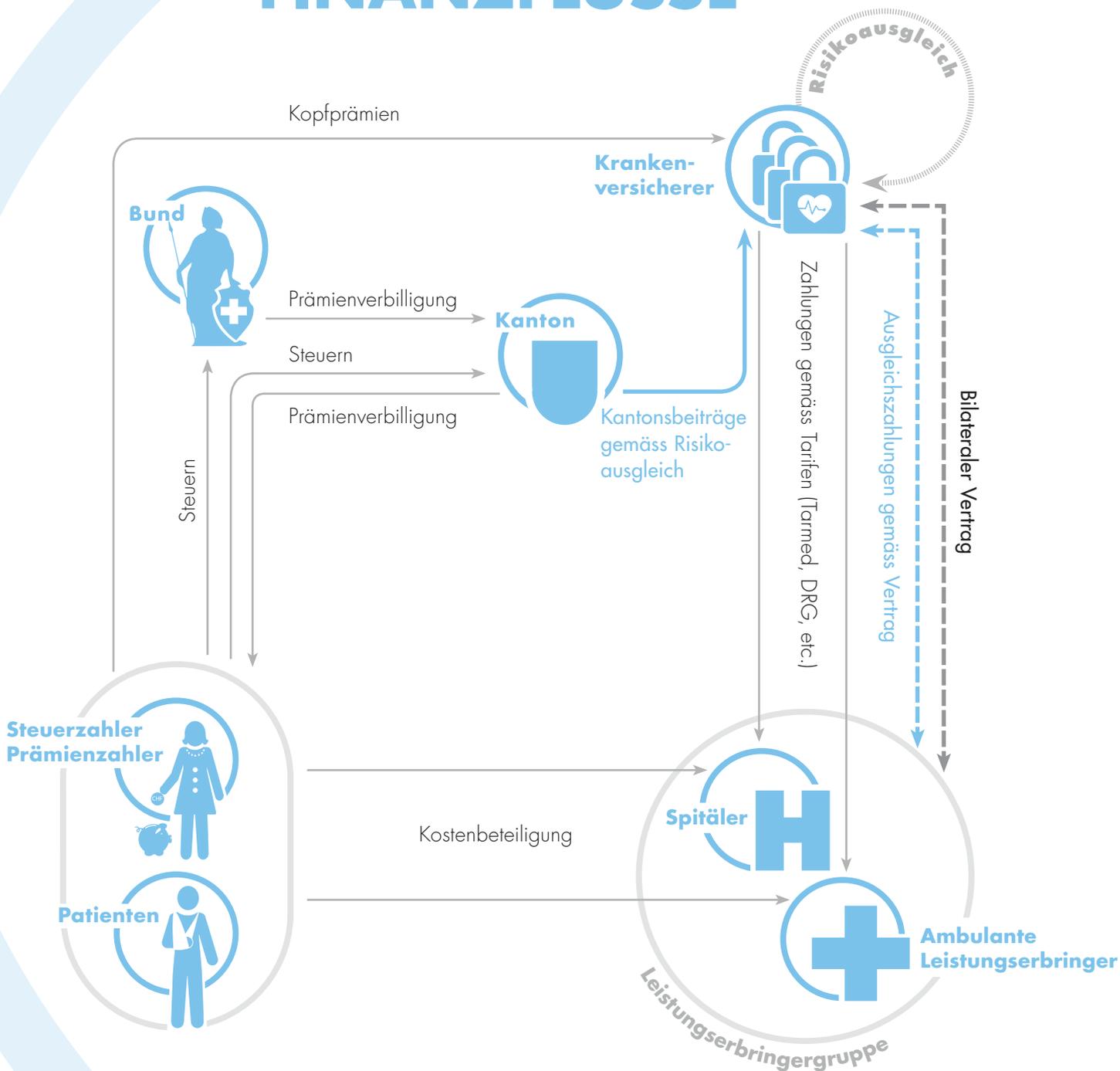
Ausgangspunkt ist ein bilateraler Vertrag zwischen einem Kostenträger und einer Gruppe von Leistungserbringern, der ohne Vertragszwang zwischen den Parteien ausgehandelt wird. Die beteiligten Leistungserbringer (z.B. Ärztenetze, Gesundheitszentren, Spitäler, Apotheken, Spitex-Organisationen) bilden eine organisatorische Einheit und verpflichten sich auf gemeinsame Ziele, ein gemeinsames Verständnis von Performance und die kontinuierliche Entwicklung der Zusammenarbeit. Häufig haben sie vorgängig schon kooperiert, fallweise auch Erfahrungen gewonnen mit neuen Vergütungsformen (z.B. Komplexpauschalen).

Verträge zur bevölkerungs-basierten Vergütung umfassen Regionen, in denen die beteiligten Leistungserbringer überwiegend tätig sind. Sinnvollerweise schliessen sich die Leistungserbringer zu einer Gruppe zusammen. Für die Leistungserbringer-Gruppe ist es vorteilhaft, einen möglichst grossen Teil der zu betreuenden Population in

einem solchen Vertrag einzuschliessen. Darin werden – zusätzlich zu den üblichen Elementen wie Zugang oder Leistungserbringung – medizinische Performance-Ziele für die zu versorgende Population vereinbart. Die Leistungserbringer erzielen Zusatzeinnahmen, falls sie diese Ziele erreichen. Wenn immer möglich beziehen sich die Anreize auf die Behandlungsergebnisse, ansonsten auf Prozess- oder Strukturelemente, welche die Zusammenarbeit und Koordination fördern.

Weil sich die Performance-Bemessungen immer auf eine ganze Population bezieht, entstehen zusätzliche Anreize: Während Patienten wie gewohnt im Erkrankungsfall behandelt werden, ist bei Gesunden und Risikogruppen darauf zu achten, dass sie nicht erkranken. Früherkennung und Prävention bekommen so einen neuen Stellenwert.

FINANZFLÜSSE



FINANZIELLE ECKWERTE

- Prospektives («virtuelles») Budget für die gesamte Population, die Teil des Vertrags ist und von der Leistungserbringer-Gruppe behandelt und betreut wird.
- Zusatzeinnahmen durch die Integration von Performance-Kriterien, welche die Transparenz sowie die Qualität oder Effizienz der Leistungen für die Population erhöhen sollen.
- Die einzelnen Leistungserbringer stellen Rechnung gemäss den bestehenden Tarifsystemen (z.B. Tarmed, Fallpauschalen, kantonale Spitex-Tarife).
- Ende Jahr werden die effektiv abgerechneten Leistungen mit dem Budget verglichen und allfällige Ausgleichszahlungen ausgelöst (an die Versicherer oder die Leistungserbringer-Gruppe).
- Monismus: Der Kostenanteil der Kantone für stationäre Aufenthalte sollte – zumindest für die Population in diesem Modell – direkt an die jeweiligen Versicherer gehen, weil diese mit den Leistungserbringern deren Performance ermitteln und daraus die Vergütung ableiten.
- Die Leistungen, die das Budget abdeckt, umfassen das ganze Spektrum der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Ein allfälliger Überschuss zugunsten der Leistungserbringer-Gruppe kann auch für zusätzliche Leistungen verwendet werden, zum Beispiel für die Koordination oder Patientenschulungen.

LEISTUNGSERBRINGUNG UND PATIENTEN-VERHALTEN 2025

Leistungserbringer-Gruppe

- Sie fokussiert, gefördert durch gezielte Anreize, auf eine ganze Population – ohne dass die einzelne Fachperson die Behandlung oder Betreuung des einzelnen Patienten vernachlässigt. Dank diesem Fokus sind die beteiligten Leistungserbringer stärker vernetzt – auch elektronisch – und die Behandlungsschritte besser aufeinander abgestimmt.
- Die Leistungserbringer-Gruppe engagiert sich in der Weiterentwicklung von Performance-Kriterien und baut damit ein gemeinsames Verständnis zu Qualität und Ergebnissen innerhalb der Gruppe auf.
- Die Leistungserbringer-Gruppe verwendet die Überschüsse auch für primärpräventive Massnahmen oder die Früherkennung bestimmter Krankheiten. Sie baut ein Netzwerk von Partnern auf, die Rabatte auf Produkten oder Dienstleistungen geben, wenn die Versicherten zum Beispiel per Smartwatch ihr Bewegungsverhalten erfassen und melden.
- Die Leistungserbringer-Gruppe verwendet die Überschüsse auch für zusätzliche Leistungen wie Patienten-Coaching oder Beratungen zur alltagsgerechten Einrichtung der Wohnräume.
- Die Leistungserbringer-Gruppe – und nicht der einzelne Leistungserbringer – erhält eine Zusatzvergütung, wenn sie das Label «Excellence in Chronic Care Management» trägt.
- Die Leistungserbringer-Gruppe erhält eine weitere Zusatzvergütung, wenn sie Daten liefert für ein nationales Chronic-Care-Register.

Versicherer

- Im Vertrag zwischen Versicherern und Leistungserbringer-Gruppe sind bevölkerungs-basierte Anreize vereinbart, zum Beispiel:
 - Bei X Prozent der Population werden innerhalb eines Jahres alle Kontrolluntersuchungen gemäss anerkannten Behandlungsrichtlinien durchgeführt.
 - X Prozent der Population nehmen an einem Schulungsprogramm zum besseren Umgang mit Beschwerden und zur eigenverantwortlichen Alltagsgestaltung teil.
 - X Prozent der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in der Leistungserbringer-Gruppe beteiligen sich am Programm «Gemeinsam für Ihre Gesundheit»: Sie binden Patienten systematisch in Therapieentscheide ein (Shared Decision Making), fördern die virtuelle Begleitung der Therapie (Telemonitoring) und unterstützen die Betreuung zu Hause (Home Care).
 - X Prozent der Leistungserbringer nehmen am Programm «Massvoller Medikamenteneinsatz» teil: Sie haben Einblick in die jeweils aktuelle Medikation der Patienten, sprechen mit ihnen über mögliche Schwierigkeiten bei Mehrfachmedikation oder bei der Medikamenteneinnahme und geben die Rückmeldungen und eigene Beobachtungen in die gemeinsame Plattform ein. Auf dieser Basis überprüft der verantwortliche Arzt regelmässig die Medikation und passt sie bei Bedarf an.
- Die Versicherer entwickeln auch für die Versicherten Anreizsysteme, damit sich diese vermehrt in (effizienten) Leistungserbringernetzen behandeln lassen.
- Die Versicherer sind bereit, für die Behandlung und Betreuung von chronisch kranken Menschen Mehrjahresverträge abzuschliessen, im Wissen, dass Behandlungserfolge und Verhaltensänderungen oft längere Zeit benötigen.

Versicherte/Patienten

- Die Versicherten erhalten einen Anreiz, wenn sie freiwillig auf die Möglichkeit verzichten, die Kasse jedes Jahr zu wechseln (z.B. eine fixe Prämie über mehrere Jahre oder die Streichung des Selbstbetrags). Dadurch sind die Versicherer bereit, in diese Kunden/Patienten zu investieren.
- Die Patienten sind motiviert, ein elektronisches Patientendossier zu eröffnen. Sie können nachvollziehen, dass es ihnen nützt, wenn alle beteiligten Leistungserbringer alle behandlungsrelevanten Daten sehen und auf dieser Basis diagnostische oder therapeutische Entscheide treffen.

HERAUSFORDERUNGEN

Performance-Kriterien: Die Definition solcher Kriterien ist äusserst anspruchsvoll, ebenso deren Aushandeln und Vereinbaren zwischen den Versicherern und der Leistungserbringer-Gruppe. Ausserdem ist zu berücksichtigen, dass sich die Wirkung von präventiven Massnahmen, wie sie in diesem System gestärkt werden sollen, oft erst nach längerer Zeit messen lässt. Weltweit gibt es bisher nur begrenzte Erfahrungen mit Performance-Bemessung; deshalb können bestehende Kriterien-Raster nicht einfach übernommen werden. Vielmehr wird reichlich Entwicklungsarbeit nötig sein.

Zweitens – und das dürfte noch anspruchsvoller sein – verlagert sich mit der bevölkerungsbasierten Vergütung das Risiko, dass unvorhergesehene Erkrankungen auftreten, von den Versicherern zu den Leistungserbringern. Für solche Risiken müssen Leistungserbringer-Gruppen Rückstellungen bilden bzw. Rückversicherungen abschliessen.



Bedingt vereinbar mit dem KVG

Markus Moser (siehe Seite 14) beurteilt Population-based Payment wie folgt: «Gemäss Modellbeschreibung bilden die Leistungserbringer eine organisatorische Einheit – es besteht also ein Versorgungsmodell. Die vom Modell erfasste Population (Versicherte) ist im Tarifvertrag mit den Versicherern zu umschreiben.

Das KVG sieht für Tarifverträge, die sich auf die Versorgung einer bestimmten Versichertengruppe beziehen, ausdrücklich die Möglichkeit eines prospektiven Globalbudgets vor.

Nach der Beschreibung des Modells ist das Globalbudget nur virtuell. Die Leistungserbringer stellen nach den bestehenden Tarifsyste men Rechnung (z.B. Tarmed). Am Ende des Budgetjahres werden die abgerechneten Leistungen mit dem Budget verglichen und allfällige Ausgleichszahlungen ausgelöst. Es ist grundsätzlich möglich, die Differenz zum Budget an die Versicherer zurückzuerstatten oder bei den Leistungserbringern zu belassen. Die entsprechenden Auflagen müssen aber Teil des Tarifvertrags sein, ebenso eine allfällige Regelung, unter welchen Voraussetzungen das Budget überschritten werden darf. Nachträgliche Zahlungen der Versicherer, die über das bestehende und vereinbarte Tarifsystem hinausgehen, sind im Grundsatz unzulässig.

Nach Art. 34 Abs. 1 KVG dürfen die Versicherer im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) nur Kosten für die im Gesetz erwähnten Leistungen übernehmen. Die in der Beschreibung des Modells erwähnten bevölkerungsbasierten Anreize (z.B. Schulungsprogramme für Versicherte für den besseren Umgang mit Beschwerden) dürften zum Teil über den Leistungskatalog der OKP hinausgehen. Die Versicherer dürfen diese den Versicherten nicht zusätzlich vergüten.

Werden solche Leistungen hingegen innerhalb des Versorgungsmodells erbracht und im Rahmen des vereinbarten Globalbudgets finanziert, ist dies kein Widerspruch zum KVG. Das Gesetz regelt nämlich nicht, wie ein einzelner Leistungserbringer oder ein Versorgungsmodell die ihm nach dem Tarifvertrag geschuldeten Vergütungen zu verwenden hat. Unproblematisch sind auch Auflagen, die sich auf Leistungserbringer beziehen, zum Beispiel die systematische Einbindung der Patienten in Therapieentscheide oder Gespräche mit Patienten über mögliche Schwierigkeiten bei Mehrfachmedikation.»

Schliesslich müssen die beteiligten Leistungserbringer klären, wie die erreichten Performance-Ziele innerhalb der Leitungserbringer-Gruppe aufzuteilen sind. Also die Frage: Wer hat wie viel zum positiven Ergebnis der versicherten Population beigetragen? Dass unterschiedliche Leistungserbringer eine Verbindlichkeit über mehrere Versorgungsebenen eingehen, ist fast für alle Neuland.

Regulierung: Die duale Finanzierung der Spitalleistungen durch Krankenversicherer (45%) und Kantone (55%) ist mit der bevölkerungsbasierten Vergütung kaum kompatibel. Denn es gehört zu den Grundprinzipien dieser Vergütungsform, dass die Leistungserbringer – unabhängig von der Quelle der Gelder – entscheiden, welche Behandlungen oder welche gesundheitsförderlichen Massnahmen den grössten Nutzen bringen und letztlich die Gesamtkosten der Versorgung senkt. Eine Zweckbindung der Gelder, welche die Kostenträger beisteuern, läuft dem zuwider. Deshalb sollten die Kantonsbeiträge – im Sinne der monistischen Finanzierung – direkt an die Krankenversicherer gehen, zum Beispiel durch die Festlegung eines Mindestprozentsatzes an den OKP-Kosten im jeweiligen Kanton.

Komplexpauschalen (Bundled Payment)

Komplexpauschalen (Bundled Payment) legen das Augenmerk auf einzelne Krankheiten oder Krankheitsgruppen und nicht – wie bei bevölkerungs-basierten Vergütungs- und Performance-Modellen – auf eine ganze Population oder bestimmte Personengruppen. Die Vergütung bezieht sich auf gesamte Betreuungs- und Behandlungszyklen (Bundles) und schliesst sämtliche Einzelleistungen der beteiligten Gesundheitsversorger ein.

BESCHREIBUNG/GRUNDSÄTZE

Kern des Modells ist ein bilateraler Vertrag zwischen einem Kostenträger und einer Gruppe von Leistungserbringern, der ohne Vertragszwang zwischen den Parteien ausgehandelt wird. Auf Seiten der Leistungserbringer schliessen sich Organisationen zusammen, welche für die im Vertrag eingeschlossenen Krankheiten (Bundles) ihre ambulanten Leistungen (z.B. Ärztenetze, Gesundheitszentren, Apotheken), stationären Angebote (z.B. Spitäler, Rehabilitation) und Weiteres bündeln wollen. Die Zusammenarbeit zwischen diesen Leistungserbringern ist gekennzeichnet durch einen verbindlichen Rahmen, gemeinsam festgelegte Ziele, ein gemeinsames Verständnis von Performance und die kontinuierliche Entwicklung der Kooperation.

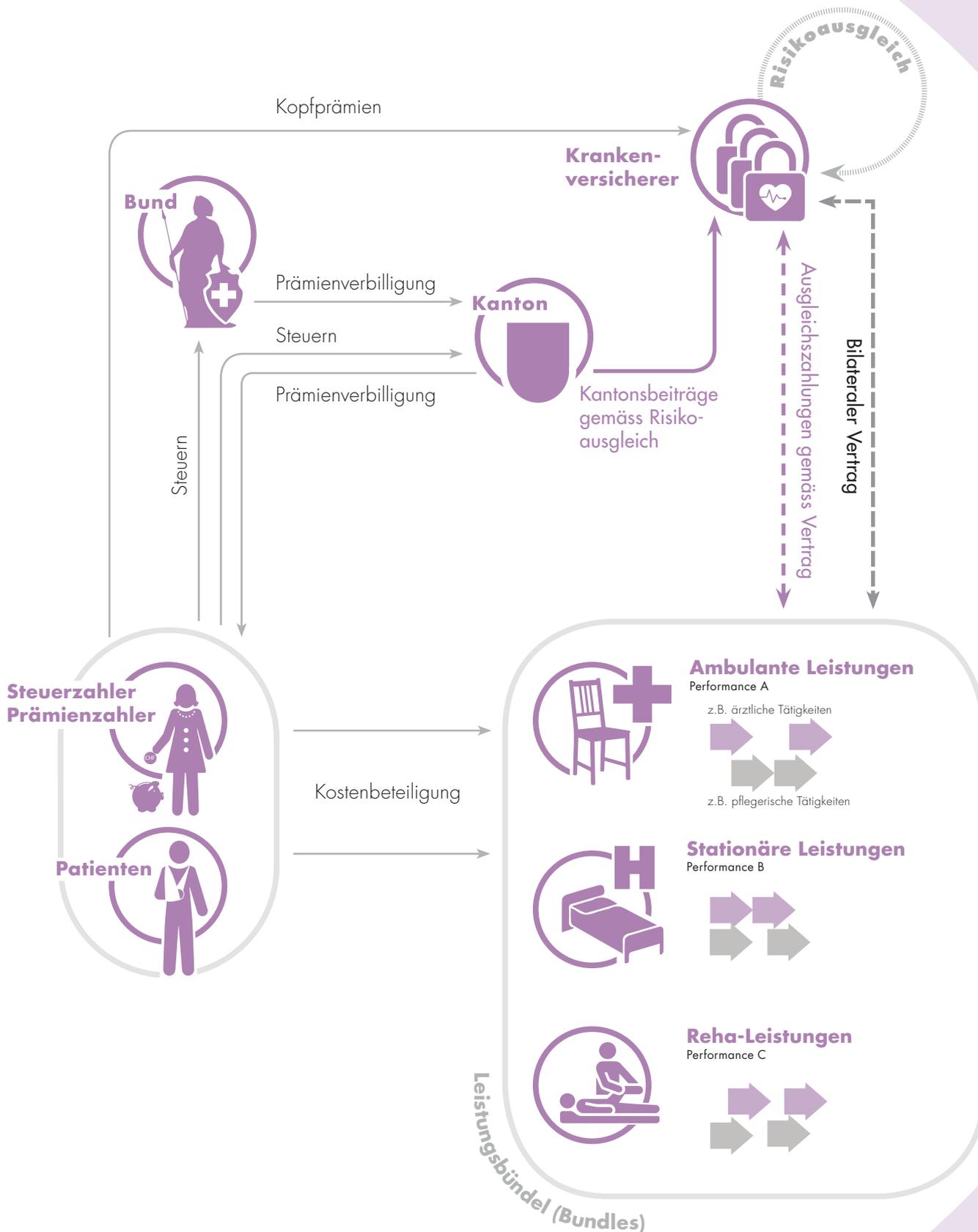
Für die Patienten- bzw. Krankheitsgruppe, deren Betreuung mit Komplexpauschalen vergütet werden soll, ist jeweils zu überprüfen, ob die Behandlungsabläufe in einem ähnlichen Rahmen und von vergleichbarer Komplexität sind. Ansonsten müssen Risikoanpassungen bei den Performance- und Behandlungszielen vorgenommen werden, um das Rosinenpicken zu vermeiden. Es muss das Ziel sein, möglichst viele Mitglieder einer Indikations- oder Behandlungsgruppe nach Komplexpauschalen zu vergüten. Damit steigt die Bereitschaft der Leistungserbringergruppen, die notwendige finanzielle Mitverantwortung zu übernehmen.

Patienten erhalten Empfehlungen, in welchen Einrichtungen sie sich (weiter-)behandeln lassen sollen, damit sie von optimal abgestimmten Behandlungsprozessen profitieren. Sie sind jedoch frei, jederzeit eine andere Einrichtung aufzusuchen.

FINANZIELLE ECKWERTE

- Die Vergütung kann folgende Varianten umfassen:
 - Globale Pauschale: Deckt alle Behandlungskosten für ein bestimmtes akutes Ereignis. Beispiele: die operative und rehabilitative Behandlung eines Knochenbruchs oder eine Gallensteinentfernung
 - Zeitbasierte Pauschale «Krankheit»: Deckt alle Behandlungskosten während einer definierten Zeitspanne (in der Regel ein Jahr) für eine oder mehrere chronische Krankheiten. Beispiel: die Behandlung eines insulinpflichtigen Diabetikers für ein Jahr inklusive die notwendigen Kontrolluntersuchungen, um Folgeschäden zu minimieren oder stationäre Behandlungen aufgrund von Entgleisungen zu vermeiden
 - Zeitbasierte Pauschale «Patientengruppe»: Deckt alle Behandlungskosten während einer Zeitspanne (in der Regel ein Jahr) für eine bestimmte Patientengruppe; diese definiert sich über mehrere Einschlusskriterien und nicht über eine einzelne

FINANZFLÜSSE



Diagnose. Beispiele: Behandlungskosten von COPD-Patienten oder von psychiatrischen Patienten mit chronischen Schizophrenien für ein Jahr

- Klar definierte und durchgängig umgesetzte Behandlungspfade mit transparent ausgewiesenen Performance-Indikatoren
- Die Versicherer haben ein gegenüber heute viel grösseres Interesse, ihre Versicherten zu qualitativ herausragenden Leistungserbringern zu lenken.
- Monismus: Der Kostenanteil der Kantone für stationäre Aufenthalte sollte – zumindest für Patienten in diesem Modell – direkt an die jeweiligen Versicherer gehen, weil diese mit den Leistungserbringern deren Performance ermitteln und daraus die Vergütung ableiten.
- Die einzelnen Leistungserbringer stellen individuell Rechnung gemäss den bestehenden Tarifsystemen (z.B. Tarmed, Fallpauschalen, kantonale Spitex-Tarife). Zu den vertraglich festgelegten Zeitpunkten wird die erreichte Performance mit der vereinbarten verglichen; daraus ergeben sich allfällige Ausgleichszahlungen (an die Versicherer oder die Leistungserbringer-Gruppe).
- Die durch den bilateralen Vertrag abgedeckten Leistungen umfassen das ganze Spektrum der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Ein allfälliger Bonus zugunsten der Leistungserbringer-Gruppe – wenn diese zum Beispiel die Performance übertrifft – kann auch für zusätzliche Leistungen wie Koordination oder Patientenschulungen verwendet werden.

LEISTUNGSERBRINGUNG UND PATIENTEN-VERHALTEN 2025

Komplexpauschalen sind für Leistungserbringer ein kraftvoller Anreiz, die Behandlungs- und Betreuungspfade viel stärker zu koordinieren als heute und die beteiligten Anbieter stärker in eine Gesamtverantwortung einzubinden, sowohl finanziell wie auch bezüglich Performance. Weil Komplexpauschalen im Grundsatz krankheits- oder indikationsspezifisch sind, lassen sich neue Formen der Zusammenarbeit oder Verbindlichkeit in kleineren

Schritten umsetzen als bei bevölkerungs-basierten Vergütungen. Zudem sind Performance-Kriterien für klar umschriebene Krankheitsbilder oder Indikationen einfacher zu entwickeln, einzuführen und zu messen als entsprechende Kriterien für ganze Populationen oder ein grosses Krankheitsspektrum.

Leistungserbringer-Gruppe

- Die Leistungserbringer-Gruppe erarbeitet und implementiert klar definierte Behandlungspfade mit transparent ausgewiesenen Performance-Indikatoren.
- Sie organisiert gemeinsame Fallkonferenzen, in denen die stärkere Abstimmung der einzelnen Behandlungsprozesse sowie deren Outcomes diskutiert und optimiert werden.
- Elektronische Hilfsmittel werden so miteinander vernetzt, dass jeder Leistungserbringer die behandlungsrelevanten Daten seiner Patienten erhalten bzw. zur Verfügung stellen kann.
- Sie führt interprofessionelle und unternehmensübergreifende Weiterbildungen durch, um das gegenseitige Verständnis, eine gemeinsame Kultur und die interprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern.
- Die Leistungserbringer-Gruppe – und nicht der einzelne Leistungserbringer – erhält Zusatzvergütungen, wenn sie gemeinsam Performance-Ziele oder ein Qualitätszertifikat für ihre integrierten Behandlungsprozesse erreicht.
- Sie erhält weitere Zusatzvergütungen, wenn sie Daten für nationale Register liefert, die es zu den jeweiligen Krankheiten gibt.

Versicherer

- Im Vertrag zwischen Versicherer und Leistungserbringer-Gruppe sind versorgungs-basierte Anreize vereinbart, zum Beispiel:
 - X Prozent der behandelten Patienten werden komplett in der Gruppe behandelt.
 - Die Gesamtkosten der behandelten Patienten liegen X Prozent tiefer als die Summe der Einzelabrechnungen betragen hätte.
- Die Versicherer entwickeln auch für die Versicherten Anreizsysteme, damit sich diese vermehrt in (effizienten) Leistungserbringernetzen behandeln lassen.

- Die Versicherer sind bereit, für die Behandlung und Betreuung von chronisch kranken Menschen Mehrjahresverträge abzuschliessen, im Wissen, dass Behandlungserfolge und Verhaltensänderungen oft längere Zeit benötigen.

Versicherte/Patienten

- Die Versicherten erhalten einen Anreiz, wenn sie freiwillig auf die Möglichkeit verzichten, die Kasse jedes Jahr zu wechseln (z.B. eine fixe Prämie über mehrere Jahre oder die Streichung des Selbstbehalts). Dadurch sind die Versicherer bereit, in diese Kunden/Patienten zu investieren.
- Die Versicherten sind bereit, die Weiterbehandlung dort fortzusetzen, wo es ihnen die erstbehandelnde Fachperson empfiehlt. Damit haben sie eine höhere Gewissheit, dass die Abläufe optimal aufeinander abgestimmt sind und sich keine unnötigen Wartetage ergeben.
- Die Patienten sind motiviert, ein elektronisches Patientendossier zu eröffnen. Sie können nachvollziehen, dass es ihnen nützt, wenn alle beteiligten

Leistungserbringer alle behandlungsrelevanten Daten sehen und auf dieser Basis diagnostische oder therapeutische Entscheide treffen.

HERAUSFORDERUNGEN

Zusatzaufwand: Grösste Herausforderung ist – vor allem zu Beginn – das zwangsläufige Nebeneinander von bisheriger Versorgung und Vergütung und den neuen Komplexpauschalen. Zur Illustration: In den USA umfasst das 2011 von Medicare initiierte Bundled-Payment-Programm rund 14'000 Bundles für je 24 internistische und chirurgische Krankheitsgruppen. Damit ist auch eine Hauptkritik an diesem Vergütungsmodell illustriert: Es droht ein hoher (zusätzlicher) Aufwand für die Einführung und Administration. Ausserdem müssen – je nach Krankheitsgruppen, für die Bundles implementiert werden sollen – unterschiedliche Kooperationspartner zusammenfinden.

Das beschriebene Nebeneinander ist allerdings nicht zwingend nachteilig: Es kann auch als Grundlage für einen stärkeren Qualitäts- und Performance-Wettbewerb zwischen Leistungserbringern gesehen werden. Deshalb setzen sich vor allem Personen, welche die Gesundheitsversorgung vermehrt wettbewerbsfähig steuern wollen, für Komplexpauschalen ein.

Regulierung: Die heutige duale Finanzierung der stationären Leistungen in den Spitälern durch Krankenkassen (45%) und Kantone (55%) ist mit diesem Vergütungsmodell kaum kompatibel. Deshalb gilt für Komplexpauschalen im Prinzip dasselbe wie für Kopfpauschalen: Die Kantonsbeiträge sollten – im Sinne der monistischen Finanzierung – direkt an die Krankenversicherer gehen, zum Beispiel durch die Festlegung eines Mindestprozentsatzes an den OKP-Kosten im jeweiligen Kanton (vergleiche Seite 16).



Bedingt vereinbar mit dem KVG

Markus Moser (siehe Seite 14) beurteilt Bundled Payment wie folgt: «Nachdem das KVG offen lässt, wie Patientenpauschalen umschrieben werden, kommen grundsätzlich alle für dieses Modell beschriebenen Varianten von Komplexpauschalen infrage, sofern die allgemeinen Grundsätze des KVG beachtet werden (sachgerechte Tarifstruktur, Beachtung betriebswirtschaftlicher Grundsätze, zweckmässige und kostengünstige gesundheitliche Versorgung). Die Vergütung der Leistungen erfolgt zunächst nach dem normalen Tarifvertrag. Die Komplexpauschale soll erst nachträglich zur Anwendung gelangen.

Werden – gestützt auf die Vereinbarung zwischen Versicherern und Versorgungsmodell – Ausgleichszahlungen geleistet (z.B. Rückzahlungen an die Versicherer oder Zahlungen an das Versorgungsmodell), ist dies kein Widerspruch zum KVG. Dies gilt auch für einen allfälligen Bonus zugunsten einer Leistungserbringergruppe, sofern dieser aus der vereinbarten Komplexpauschale finanziert wird.»

Kantonales Globalbudget

Globalbudgets können als grundlegende Variante von Population-based Payment verstanden werden. Sie umfassen die ganze Population einer Region (z.B. einen Kanton) oder einzelne Bevölkerungsgruppen und decken sämtliche Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP).

BESCHREIBUNG/GRUNDSÄTZE

Kern ist ein vom Kanton prospektiv festgelegtes Globalbudget. Der Kanton fordert die Prämien parallel zu den Steuern ein und verteilt sie aufgrund des Risikostrukturausgleichs an die Krankenversicherer. Auf Seiten der Leistungserbringer schliessen sich Organisationen zu Leistungserbringer-Gruppen bzw. Versorgungsnetzen zusammen, die der Bevölkerung einer bestimmten Region den Zugang zu Grundversorgern, spezialisierten ambulanten Angeboten (z.B. Gesundheitszentren), stationären Leistungen (z.B. Spitäler) und weiteren Angeboten gewährleisten. Der Zusammenschluss der Leistungserbringer ist durch einen verbindlichen Rahmen, gemeinsam festgelegte Ziele, gemeinsame Performance-Systeme und eine kontinuierliche Entwicklung der Zusammenarbeit gekennzeichnet. Die Krankenversicherer vereinbaren mit diesen Versorgungsnetzen bilaterale Verträge.

Entscheidend ist dabei, dass ein Globalbudget um Performance-Ziele ergänzt wird. Nur dann wird es zu einem echten Steuerungssystem und bleibt nicht einfach ein Instrument zur Kostendämpfung. Ohne Performance-Kriterien besteht die grosse Gefahr, die Fehler der Managed-Care-Modelle der Vergangenheit zu wiederholen.

FINANZIELLE ECKWERTE

- Prospektiv festgelegtes Globalbudget für die gesamte Bevölkerung im Kanton
- Das Globalbudget umfasst sämtliche Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP).

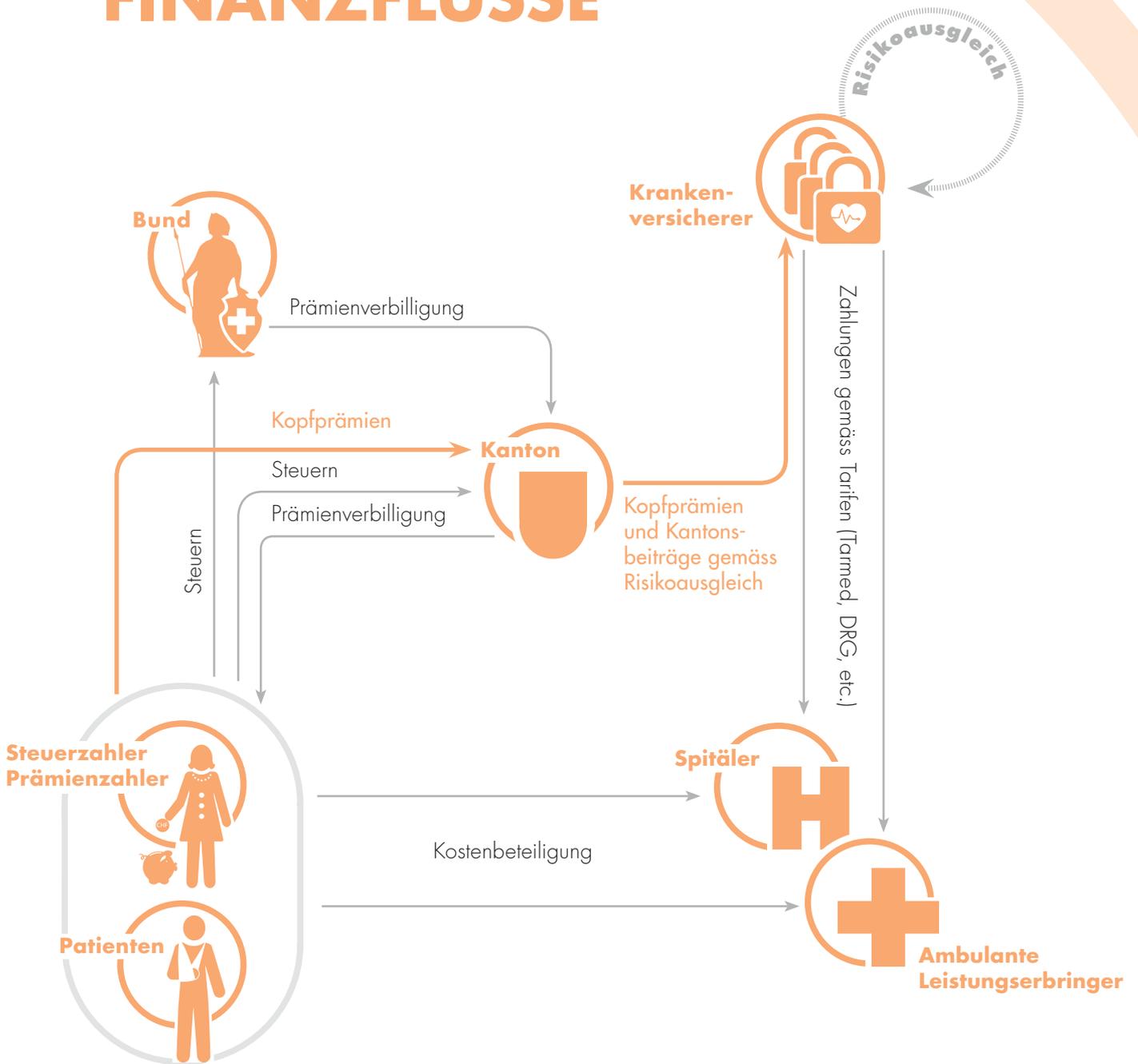
- Der Kanton zieht die Prämien ein und verteilt sie gemäss Risikostrukturausgleich – inklusive der Kantonsbeiträge für die Spitäler – an die Krankenversicherer (monistische Finanzierung).
- Der Kanton kann zusätzliche Gelder zur Förderung von innovativen Versorgungsformen oder für bestimmte (Patienten-)Gruppen einsetzen.
- Krankenversicherer verhandeln mit den Leistungserbringer-Gruppen Tarifverträge und steuern damit die Versorgung. In den Tarifverträgen können alle Tarifformen (Einzelleistungstarife, Pauschalen, Globalbudget) zur Anwendung gelangen.
- Die einzelnen Leistungserbringer stellen Rechnung gemäss den bestehenden Tarifsystemen (z.B. Tarmed, Fallpauschalen, kantonale Spitex-Tarife).

LEISTUNGSERBRINGUNG UND PATIENTEN-VERHALTEN 2025

Leistungserbringergruppe und Versicherer

- Die Leistungserbringernetze sind einerseits für die Patientenversorgung der ihnen zugewiesenen Region verantwortlich, andererseits – unterstützt durch entsprechende Anreize – für die Gesunderhaltung und Krankheitsprävention der Bevölkerung.
- Die einzelnen Leistungserbringer sind als Folge der limitierenden finanziellen Anreize einem (vermehrten) Wettbewerb um Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung ausgesetzt und werden sehr viel (mehr) Wert darauf legen, dass Daten zur Optimierung der Performance und Effizienz verfügbar sind und genutzt werden.

FINANZFLÜSSE



- Das elektronische Patientendossier ist für Leistungserbringer wie die Bevölkerung Pflicht. Damit es alle Menschen anwenden können, bestehen spezielle Unterstützungsangebote.
- Das jährlich festgelegte Globalbudget regt zwar zu Rationalisierungen an, verstärkt aber die Gefahr von Rationierungen (notwendige Leistungen werden vorenthalten). Um diese Gefahr zu minimieren, sind die Leistungserbringer verpflichtet, ein differenziertes Monitoring für Wartezeiten zu betreiben (zum Beispiel für operative Eingriffe).

Kanton

- Der Kanton knüpft die Vergabe der Versorgungsbudgets an Rahmenbedingungen wie den Zugang zu Versorgungsleistungen oder die Performance der Versorgung. Diese Bedingungen sind Teil der Verträge zwischen dem Kanton und den Krankenkversicherern.
- Indem der Kanton das jeweilige Globalbudget festlegt, ist er auch dafür verantwortlich, dass die gesamte Bevölkerung in seinem Hoheitsgebiet Zugang zu den benötigten Versorgungsleistungen hat (sei es innerhalb oder ausserhalb des Kantons). Er regelt und steuert ausserdem Weiterbildung und Berufsausübung der Gesundheitsfachpersonen (nicht-universitäre und universitäre Berufe).
- Analog zu den heutigen Spitalisten legt der Kanton im Grundsatz fest, welche Versorgungsleistungsgruppen dezentral bzw. zentral (Universitäts- oder Zentrumsspital) anzubieten sind.

Versicherte/Patienten

- Versicherte und Patienten nehmen wahr, dass die verschiedenen Akteure (Kanton, Versicherer, Leistungserbringer) enger und gezielter zusammenarbeiten und erleben deshalb weniger Anreizformen und Massnahmen, die sich widersprechen.
- Die Bevölkerung profitiert in allen Lebensphasen von Programmen zu Gesundheitsförderung und Prävention. Patienten mit (mehreren) chronischen Erkrankungen nutzen spezielle Betreuungsprogramme im Sinne des Chronic-Care-Modells.⁶

HERAUSFORDERUNGEN

Die grösste Herausforderung für Globalbudgets ist deren Obergrenze, verbunden mit der Gefahr, dass Patienten notwendige medizinisch-pflegerische Leistungen vorenthalten werden (Rationierung). Dies vor allem, weil sich die Häufigkeit und Ausprägung von schweren Erkrankungen bzw. aufwendigen Behandlungen innerhalb einer Budgetperiode erheblich ändern können. Diese Risiken müssen durch Rückstellungen und entsprechende Mechanismen aufgefangen werden.

Um mögliche Rationierungen zu verhindern, ist ein kantonales Globalbudget mit einer Performance-Bemessung für die gesamte Population bzw. für Subpopulationen zu begleiten (z.B. Menschen mit bestimmten chronischen Krankheiten). Allerdings hat man damit – gleich wie bei Population-based Payment – weltweit kaum Erfahrungen. Entsprechend viel Entwicklungsarbeit wird hier zu leisten sein.



Nicht vereinbar mit dem KVG

Gemäss Markus Moser (siehe Seite 14) ist dieses Vergütungsmodell nicht vereinbar mit dem Grundsatz der Tarifautonomie gemäss KVG: «Tarifautonomie bedeutet (auch), dass die Behörden von Bund und Kantonen nur dann selber Tarife festlegen können, wenn kein Tarifvertrag zustande kommt (Art. 47 KVG) oder sich die Tarifpartner nicht auf eine vorgeschriebene Tarifstruktur einigen können (Art. 43 Abs. 5 und Art. 49 Abs. 2 KVG). Die Kantone können daher kein Globalbudget einführen, das für die ganze oder einen Teil der Bevölkerung eine Performanceorientierte Vergütung der OKP-Leistungen gewährleisten würde. Kantonale Globalbudgets sind nur für die Finanzierung der Spitäler und Pflegeheime zulässig (Art. 51 KVG).»

Zielbasierte Zusatzvergütungen (Add-on Payment)

Zusatzvergütungen (Add-on Payment) der Versicherer an Leistungserbringer belohnen das Erreichen von Versorgungszielen, die gemeinsam festgelegt wurden. Kein anderes Performance-Modell lässt sich so einfach und rasch anwenden. Vom Prinzip her sind Zusatzvergütungen die Minimalvariante der Performance-orientierten Vergütung.

BESCHREIBUNG/GRUNDSÄTZE

Zusatzvergütungen werden vertraglich zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern oder Leistungserbringer-Gruppen ohne Vertragszwang ausgehandelt. In diesen Verträgen werden medizinische Versorgungsziele vereinbart, die sich in der Regel auf eine überschaubare und durch Diagnose oder Behandlung definierte Patientengruppe mit häufigen (chronischen) Krankheiten oder Therapien beziehen. Wenn die vereinbarten Ziele über eine festgeschriebene Periode, in der Regel ein Jahr, erreicht oder übertroffen werden, erhalten die Leistungserbringer eine Zusatzzahlung.

Im Unterschied zu den anderen Performance-orientierten Vergütungsformen stellt Add-On Payment lediglich ein Anreizsystem dar (und keine Vergütungsform), weil nur im Erfolgsfall eine zusätzliche Zahlung an die Leistungserbringer erfolgt. Zusatzvergütungen sind daher vor allem geeignet, um Erfahrung mit Performance-Zielen und -Bemessung zu gewinnen. Sie dienen Leistungserbringern wie Kostenträgern dazu, erste Schritte hin zu einer stärkeren medizinischen Abstimmung zu machen und gegenseitiges Vertrauen aufzubauen. Wenn sich dieses Vertrauen verfestigt, können auch komplexere Versorgungsverträge abgeschlossen werden.

Mit der Vereinbarung von Zusatzvergütungen können Leistungserbringer – bei begrenztem Risiko – zum Bei-

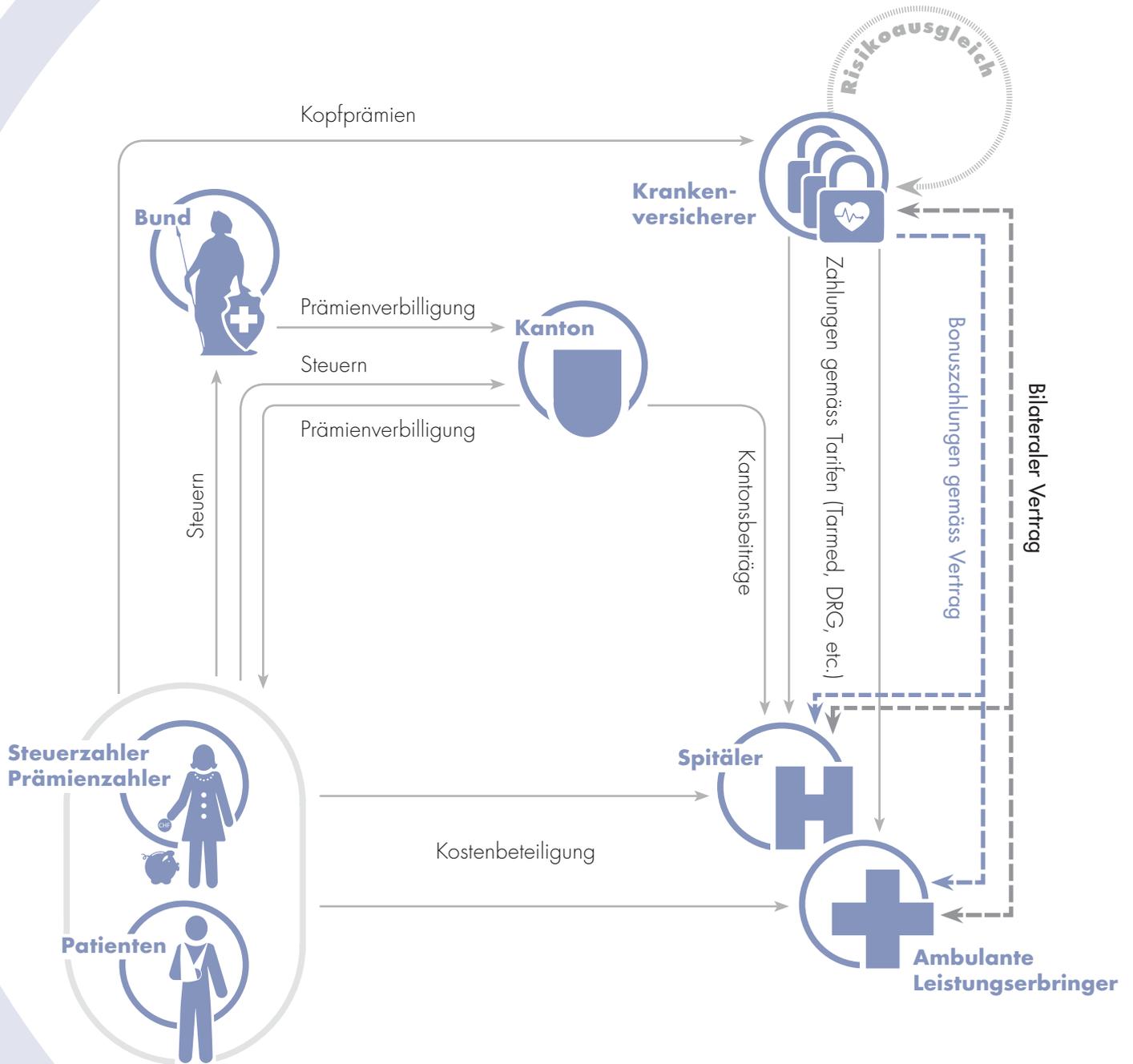
spiel erfahren, wieviel Aufwand nötig ist, um Behandlungsprozesse auf Performance-Ziele auszurichten, welche internen Massnahmen geeignet sind, um vereinbarte Performance-Ziele erreichen zu können, und wie weit sie gewisse Leistungen über den Aufbau von Kooperationen organisieren wollen.

Für Zusatzzahlungen eignen sich eher unkomplizierte, medizinisch klar abgrenzbare, häufige Erkrankungen, deren Behandlungsprozesse wenig individuelle Variationsbreite (zwischen den einzelnen Patienten) aufweisen. Dies erleichtert sowohl die Festlegung von Performance-Indikatoren wie auch das Abstimmen der einzelnen Behandlungsschritte.

FINANZIELLE ECKWERTE

- Die einzelnen Leistungserbringer stellen individuell Rechnung gemäss den bestehenden Tarifsystemen (z.B. Tarmed, Fallpauschalen, kantonale Spitex-Tarife).
- Ende Jahr wird überprüft, ob die Behandlungs- oder Versorgungsziele erreicht wurden. Je nach Ergebnis werden Zusatzzahlungen an die Leistungserbringer oder die Leistungserbringergruppe geleistet.
- Bei Erreichen der Performance, z.B. zum Ergebnis der Behandlungen, zur Qualität oder Effizienz der Leistungen, erhalten die Leistungserbringer Zusatzvergütungen.

FINANZFLÜSSE



- Solche Zusatzzahlungen können die Leistungserbringer auch für zusätzliche Leistungen wie Koordination oder Patientenschulungen verwenden.

LEISTUNGSERBRINGUNG UND PATIENTEN- VERHALTEN 2025

Leistungserbringer

- Sie richten ihre Behandlungen so aus, dass bestimmte Ziele erreicht werden. Sie stellen zum Beispiel mit Checklisten sicher, dass medizinische Vorgaben zum Behandlungsprozess (gemäss Evidenz-basierter Medizin) eingehalten werden.
- Die beteiligten Leistungserbringer erarbeiten die Ergebnisziele gemeinsam, wodurch sie wichtige Erfahrungen auf diesem Gebiet sammeln können.
- Sie verwenden Zusatzzahlungen auch für Investitionen wie Patienten-Coaching oder Beratungen, um die Ziele zu erreichen.
- Sie erhalten eine weitere Zusatzvergütung, wenn sie Daten liefern für nationale Krankheits-Register.

Versicherer

Im Vertrag zwischen Versicherern und Leistungserbringern sind Performance-Ziele vereinbart, zum Beispiel:

- Bei X Prozent der Patienten werden innerhalb eines Jahres alle Kontrolluntersuchungen gemäss anerkannten Behandlungsrichtlinien durchgeführt.

- X Prozent der Patienten nehmen an einem Schulungsprogramm zum besseren Umgang mit Beschwerden und zur eigenverantwortlichen Alltagsgestaltung teil.
- Die Versicherer sind bereit, für die Behandlung und Betreuung von chronisch kranken Menschen Mehrjahresverträge abzuschliessen, im Wissen, dass Behandlungserfolge und Verhaltensänderungen oft längere Zeit benötigen.

Versicherte/Patienten

- Die Versicherten erhalten einen Anreiz, wenn sie freiwillig auf die Möglichkeit verzichten, die Kasse jedes Jahr zu wechseln (z.B. eine fixe Prämie über mehrere Jahre oder die Streichung des Selbstbehalts). Dadurch sind die Versicherer bereit, in diese Kunden/Patienten zu investieren.
- Die Versicherten sind bereit, die Weiterbehandlung dort fortzusetzen, wo es ihnen die erstbehandelnde Fachperson empfiehlt. Damit haben sie eine höhere Gewissheit, dass die Abläufe optimal aufeinander abgestimmt sind und sich keine unnötigen Wartetage ergeben.
- Die Patienten sind motiviert, ein elektronisches Patientendossier zu eröffnen. Sie können nachvollziehen, dass es ihnen nützt, wenn alle beteiligten Leistungserbringer alle behandlungsrelevanten Daten sehen und auf dieser Basis diagnostische oder therapeutische Entscheide treffen.

HERAUSFORDERUNGEN

Zu Beginn sind Add-on Payment und Performance-Ziele für Kostenträger wie für Leistungserbringer eine Investition. Der Return stellt sich erst nach und nach ein aufgrund der gesammelten Erfahrungen, neu erlernter Fähigkeiten und neuer Kooperationsmöglichkeiten. Die besondere Herausforderung für Kostenträger besteht darin, gemeinsam mit den Leistungserbringern kostenwirksame Versorgungsziele festzulegen: Werden sie erreicht, reduziert sich der Aufwand und lässt sich wenigstens ein Teil der Zusatzzahlungen kompensieren.

Bedingt vereinbar mit dem KVG

Gemäss Markus Moser (siehe Seite 14) «widersprechen Zusatzvergütungen (Add-on Payment) der Versicherer bei Erreichen von Versorgungszielen dem KVG, weil bereits mit dem ordentlichen Tarif eine qualitativ hochstehende gesundheitliche Versorgung zu erreichen ist. Zusätzliche Vergütungen der Versicherer sind deshalb nur zulässig, wenn damit zusätzlich erbrachte, aber bisher noch nicht vergütete Leistungen der OKP abgegolten werden.»

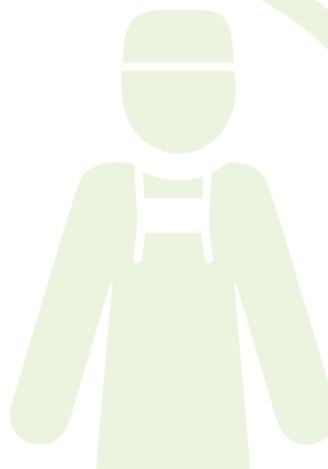


Handlungsoptionen und Anreize

Fassen wir das Bisherige kurz zusammen: Die skizzierten Vergütungsmodelle sind im Grundsatz realisierbar, also weit mehr als blosses Wunschdenken. Für deren Umsetzung bestehen allerdings bedeutende inhaltliche, rechtliche und – vor allem – kulturelle Hürden. Klar ist ebenso: Die heutigen Vergütungssysteme sind mitverantwortlich für die zunehmende Fragmentierung der Versorgung, für mangelhafte Qualitätstransparenz, für unnötige oder falsche Leistungen und damit für nutzlose Kosten. Die folgenden Handlungsoptionen und Anreize sind Puzzleteile, um der Vision eines integrierten, Performance-orientierten Versorgungssystems mehr Gestalt zu geben.

LEISTUNGSERBRINGER

- Leistungserbringer-Gruppen initiieren Pilotprojekte mit ausgewählten Patientengruppen und Add-on Payment, um erste Erfahrungen mit Performance-orientierten Vergütungsmodellen zu sammeln.
- Leistungserbringer investieren in (elektronische) Plattformen zur besseren Vernetzung und entwickeln Anwendungen für das elektronische Patientendossier.
- Stammgemeinschaften (= Zusammenschluss von Gesundheitsfachpersonen und ihren Einrichtungen für die Anwendung des elektronischen Patientendossiers) benennen Performance-orientierte Vergütungsmodelle als strategische Zielsetzung für die nächsten 5 Jahre.
- Ambulante und stationäre Leistungserbringer realisieren gemeinsam Weiterbildungen und Projekte zu interprofessioneller Zusammenarbeit, in denen auch Performance aus Patientensicht sowie Performance-Bemessung thematisiert werden.
- Ambulante und stationäre Leistungserbringer entwickeln gemeinsam und in Zusammenarbeit mit Versicherern – und allenfalls einem wissenschaftlichen Partner – Performance-Kriterien auf Basis der ICHOM-Standard-Sets
- Leistungserbringer-Verbände starten – allenfalls in Zusammenarbeit mit Krankenversicherer-Verbänden – einen Aktionsplan «Performance-orientierte Vergütung».



VERSICHERER

- Versicherer engagieren sich vermehrt in der Förderung von Transparenz, z.B mit Versorgungsforschung oder der Bereitstellung ihrer OKP-Daten zu Forschungs- und Evaluationszwecken.
- Ein Krankenversicherer-Verband schreibt einen Förderpreis «Performance-orientierte Vergütung» aus. Die Leistungserbringer-Gruppe, die den Preis gewinnt, muss in den ersten drei Jahren nur einen Teil des üblichen Risikos tragen.
- Krankenversicherer schaffen Anreize für Versicherte, sich an einem (Pilot)Projekt mit Performance-orientierter Vergütung zu beteiligen. Sie entwickeln (Online-)Instrumente für ihre Versicherten, damit diese das Erreichen der Performance-Ziele unterstützen können (z.B. für das Erfassen von Vitalwerten, für das Erreichen bzw. Einhalten von Bewegungsempfehlungen, für die korrekte Medikamenteneinnahme).
- Leistungserbringer und Versicherer nutzen bestehende Gefässe wie Tagungen, Konferenzen und Workshops, um ein gemeinsames Verständnis von Performance-orientierten Vergütungsmodellen zu entwickeln.
- Krankenversicherer vereinbaren in ihren bestehenden AVM-Verträgen mit Leistungserbringern (z.B. Ärztenetzen) wenn immer möglich Performance-Kriterien.
- Krankenversicherer engagieren sich explizit, zum Beispiel mit einer Kommunikationsoffensive, für neue Performance-orientierte Vergütungsmodelle, welche die Vernetzung der Leistungserbringung bei chronischen Krankheiten fördern

GESETZGEBER UND BEHÖRDEN

- Die politisch Zuständigen reichen im National- und Ständerat Vorstösse ein, um im Krankenversicherungsgesetz (KVG) mehr Möglichkeiten zu schaffen für Performance-orientierte Vergütungsmodelle.
- Der Bund begünstigt den Abbau von bürokratischen Hürden, die innovative Lösungen behindern, indem er Pilotprojekte fördert und zulässt, die auch Leistungen ausserhalb der OKP umfassen.
- Der Bund setzt sich für eine differenzierte Aufhebung des Territorialprinzips ein und ermöglicht damit eine Vernetzung der Leistungserbringer über die Landesgrenzen hinweg, um den Wettbewerb anzukurbeln.
- Kantone knüpfen stationäre Leistungsaufträge an Performance- und Vernetzungskriterien.
- Kantone beteiligen sich an der Anschubfinanzierung von Pilotprojekten für Performance-orientierte Vergütungsmodelle (allenfalls aus dem kantonalen Swisslos-Fonds).
- Kantone knüpfen die individuelle Prämienvorbildung an zusätzliche Bedingungen wie die Teilnahme an Chronic-Care-Programmen bei entsprechenden Patienten.
- Bund und Kantone richten einen Fonds ein für die Mitfinanzierung von Projekten zur Förderung von Performance-orientierten Vergütungsmodellen.
- Bund und Kantone gründen und finanzieren (allenfalls zusammen mit weiteren Partnern) ein Kompetenzzentrum «Performance-orientierte Vergütungsmodelle», das Leistungserbringer und Krankenversicherer bei entsprechenden Projekten und Initiativen unterstützt und berät.
- Kantone unterstützen Befragungen zu Patientenzufriedenheit und Patientenzentrierung als wichtige Qualitätsindikatoren und setzen sich für deren Veröffentlichung ein.

VERSICHERTE/PATIENTEN

- Versicherten-/Patientenorganisationen gründen eine Online-Plattform zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz vergleichbar der deutschen Plattform www.krankheitserfahrungen.de. Im Vordergrund steht dabei die System- und Risikokompetenz mit Fragen wie: Welche Vorsorgeuntersuchungen haben welchen Nutzen? Wie kann ich die Chancen und Risiken von vergleichbaren therapeutischen Massnahmen einschätzen? Wie kann ich gemeinsam mit dem Arzt/der Ärztin Entscheidungen treffen? Wie kann ich die Qualität eines Spitals beurteilen? Wie komme ich zu einer Zweitmeinung und was bringt sie?
- Versicherten-/Patientenorganisationen nutzen die Zugangsportale für das elektronische Patientendossier als Austausch- und Bewertungsplattformen für Versicherte/Patienten, die Erfahrungen haben mit Performance-orientierten Vergütungsmodellen.
- Versicherten-/Patientenorganisationen beteiligen sich an Befragungen zu Patientenzufriedenheit und Patientenzentrierung als wichtige Qualitätsindikatoren und setzen sich für deren Veröffentlichung ein.

Referenzen

¹ Eijkenaar F, Emmert M, Scheppach M, Schöffski O. *Effects of pay for performance in health care: A systematic review of systematic reviews.* *Health Policy* 2013 ; 110 : 115–130

² Roland M, Campbell S. *Successes and Failures of Pay for Performance in the United Kingdom.* *N Engl J Med* 2014 ; 370 : 1944-9

³ Porter ME, Kaplan RS. *How to Pay for Health Care.* *Harvard Business Review* 2016 (<https://hbr.org/2016/07/how-to-pay-for-health-care>)

⁴ James BC, Poulsen GP. *The Case for Capitation.* *Harvard Business Review* 2016 (<https://hbr.org/2016/07/the-case-for-capitation>)

⁵ www.ichom.org

⁶ www.hausarztmedizin.uzh.ch/de/ChronicCare/ChronicCareModel.html

Weiterführende Literatur

Doran T, Kontopantelis E, Reeves D, Sutton M, Ryan AM. *Setting performance targets in pay for performance programmes: what can we learn from QOF?* *Brit Med J* 2015 ; 348 : g1595

Doran T, Maurer KA, Ryan AM. *Impact of Provider Incentives on Quality and Value of Health Care.* *Annu. Rev. Public Health* 2017 ; 38 : 449–65

Gillam SJ, Siriwardena AN, Steel N. *Pay-for-Performance in the United Kingdom: Impact of the Quality and Outcomes Framework – A Systematic Review.* *Ann Fam Med* 2012 ; 10 : 461-468

Jha AK, Joynt KE, Orav EJ, Epstein AM. *The Long-Term Effect of Premier Pay for Performance on Patient Outcomes.* *N Engl J Med* 2012 ; 366 : 1606-15

Kristensen SR, Meacock R, Turner AJ, Boaden R, McDonald R, Roland M, Sutton M. *Long-Term Effect of Hospital Pay for Performance on Mortality in England.* *N Engl J Med* 2014 ; 371 : 540-8

Lemak CH, Naha TA, Cohen GR, Hirth RA. *Michigan's Fee-For-Value Physician Incentive Program Reduces Spending And Improves Quality In Primary Care.* *Health Affairs* 2015 ; 34(4) : 645-52

OECD (2016). *Better Ways to Pay for Health Care.* OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris. (<http://dx.doi.org/10.1787/9789264258211-en>)

Reich O, Rapold R, Flatscher-Töni M. *An empirical investigation of the efficiency effects of integrated care models in Switzerland.* (<http://www.ijic.org/articles/abstract/10.5334/ijic.685/>)

Roland M, Campbell S. *Successes and Failures of Pay for Performance in the United Kingdom.* *N Engl J Med* 2014 ; 370 : 1944-9

Das Leistungsportfolio des fmc

INTERNE AKTIVITÄTEN – EXKLUSIV FÜR FMC-MITGLIEDER

Arbeits- und Regionalgruppen

Expertenpapiere oder Entwicklungsthemen zur Integrierten Versorgung werden in Diskussionen mit unseren Mitgliedern erarbeitet und publiziert. Die Entwicklungsarbeit erfolgt flexibel in Sitzungen, Telefonkonferenzen, Web-basiert oder per E-Mail. Die Resultate werden als Fachartikel, in persönlichen Gesprächen, über Medienarbeit und in Veranstaltungen an die relevanten Zielgruppen herangetragen.

Denk-Werkstatt

In der Denk-Werkstatt werden Themen der vertikalen Integration interprofessionell und moderiert bearbeitet. Im Austausch zwischen den Goldpartnern und mit weiteren Akteuren und Experten sollen Denkanstösse gegeben und allenfalls Projekte initiiert werden. Die Ergebnisse können interessierten Nutzern zugänglich gemacht werden. Die Themen werden von den Goldpartnern wie auch vom fmc-Vorstand eingebracht.

Hintergrundgespräche

In Hintergrundgesprächen werden innovative Versorgungskonzepte, wissenschaftliche Erkenntnisse oder politische Vorstösse und Entwicklungen von Experten präsentiert und gemeinsam diskutiert. Die Hintergrundgespräche bieten die Möglichkeit des vertieften Austauschs in einer persönlichen Atmosphäre und schaffen die Grundlage für fruchtbare Dialoge. Bei der Agenda orientieren wir uns an der Aktualität und nehmen Themenwünsche unserer Mitglieder auf. Hintergrundgespräche finden viermal jährlich statt im Rahmen der Sitzungen des Strategischen Beirats.

Studienreisen

Internationale Systemvergleiche und die Analyse von Best-Practice-Ansätzen im Gesundheitswesen sind von grosser Bedeutung, um neue Ideen für Versorgungskonzepte zu gewinnen. Deshalb unternimmt das fmc gemeinsam mit dem Deutschen Bundesverband Managed Care (BMC) jedes Jahr eine bis zwei Studienreisen in ein aus gesundheitspolitischer Sicht besonders interessantes Land. Die Teilnehmerzahl ist auf 20 Personen begrenzt, eingeladen sind Mitarbeitende unserer Goldpartner und Partner.

fmc-Club – Innovationen erleben

Um den Aufbau und die Funktion von innovativen Versorgungskonzepten oder Gesundheitsleistungen zu verstehen, ist es wichtig, diese hautnah zu erleben und mit den Initianten vor Ort zu sprechen. Das fmc gibt seinen Goldpartnern im fmc-Club einmal pro Jahr die Möglichkeit, Einblicke in die praktische Umsetzung ausserordentlicher Versorgungsleistungen zu gewinnen.

EXTERNE AKTIVITÄTEN

Nationales Symposium Integrierte Versorgung

National und international renommierte Fachleute beleuchteten in Keynote-Referaten, Projektpräsentationen und Workshops die Erfolgsfaktoren und Herausforderungen bei der (besseren) Verständigung zwischen den Professionen, zwischen den einzelnen Betreuungssektoren und im Umgang mit neuen Rahmenbedingungen oder technischen Entwicklungen. Mit über 300 Teilnehmenden hat sich das fmc-Symposium als einzigartige Plattform für den interprofessionellen Dialog etabliert.

fmc-Förderpreis

Der fmc-Förderpreis wird als Anstossfinanzierung für innovative Projekte verliehen. Zugelassen sind Projekte und Konzepte, welche die sektorenübergreifende, interprofessionelle Vernetzung und Kollaboration fördern. Der Strategische Beirat des fmc nominiert aus den eingereichten Arbeiten drei Projekte. Die Wahl des Siegers erfolgt am Nationalen Symposium Integrierte Versorgung durch die Teilnehmenden. Die Preissumme beträgt 15'000 Schweizer Franken.

fmc-Denkstoff

Mit der Schriftenreihe fmc-Denkstoff unterstreicht das fmc seinen Anspruch, Impulsgeber und Kompetenzzentrum für die Integrierte Versorgung in der Schweiz zu sein. Die einzelnen Ausgaben stehen als Druckversion und Download zur Verfügung und werden möglichst vielen Entscheidungsträgern der Gesundheitswirtschaft und Politik zugänglich gemacht.

Online-Fachmagazin fmc-Impulse und fmc-Interview

Unser Online-Fachmagazin fmc-Impulse liefert vier- bis fünfmal im Jahr kompetente und fundierte Informationen zu aktuellen Entwicklungen, Herausforderungen und Lösungen der Integrierten Versorgung. Das Abonnement ist kostenlos. Die Informationen und Artikel des Magazins

orientieren sich an den Bedürfnissen der Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen, Kostenträger, Politik und der Öffentlichen Hand.

Wechselweise mit den fmc-Impulsen erhalten die Abonnenten ein Interview mit einer ausgewiesenen Fachperson zu einem aktuellen Thema.

www.fmc.ch

Unsere Website www.fmc.ch überzeugt durch Aktualität, Dialog und Services. Mittels Kommentarfunktion können sich die Nutzerinnen und Nutzer zu Meinungen und Fachartikeln äussern und so mit den Autoren in Dialog treten. Die Infothek bietet eine Vielzahl von Begriffserklärungen und Hintergrundinformationen. Die User finden eine Liste von nationalen und internationalen Studien zur Integrierten Versorgung sowie eine laufend aktualisierte Artikelsammlung – und sie können gezielt nach Publikationen aus ihrem Berufsumfeld suchen. Die Services werden kontinuierlich weiterentwickelt.

fmc-Kooperationen

Das fmc strebt themenspezifische Partnerschaften mit Fachzeitschriften, Berufsverbänden und Institutionen an. Dabei werden die jeweiligen Bedürfnisse detailliert ermittelt und die gegenseitigen Leistungen festgehalten.

Erhebungen und Expertenwissen

Das fmc erhebt und publiziert regelmässig quantitative und qualitative Daten zur Verbreitung und Gestaltung der Integrierten Versorgung in der Schweiz. Zu gesundheitspolitischen Themen und ausgewählten Fragestellungen der Integrierten Versorgung verfassen fmc-Experten-gruppen fundierte Stellungnahmen.

Die fmc-Trägerschaft

Goldpartner



Science For A Better Life





Wir vernetzen Gesundheit

Helsana

medBASE



Partner

Ctésias SA

eastcare AG

hawadoc AG

Meconex AG

Medgate AG

MediService AG

Monvia AG

MSD Merck Sharp & Dohme AG

Sandoz Pharmaceuticals AG

Vifor SA

fmc-Trägerschaft

Die fmc-Trägerschaft zeichnet sich durch ihre interprofessionelle Zusammensetzung aus. Die verschiedenen Akteure können ihre Expertise und Erfahrungen in die Weiterentwicklung der Integrierten Versorgung einbringen, was die Diskussionen und Aktivitäten des fmc enorm bereichert. Wir danken allen Mitgliedern und Kooperationspartnern für ihre Unterstützung, ihre Anregungen sowie das aktive Mitwirken an zahlreichen konstruktiven und lösungsorientierten Diskussionen.



Das fmc – Schweizer Forum
für Integrierte Versorgung
gibt zu denken und schaut voraus.
Besuchen Sie uns auf fmc.ch