

Innovative Vergütungssysteme für die Schweiz

Ein ökonomischer Blick über den Tellerrand

Gesundheitsnetz 2025

Vernetzungsanlass | 2. Oktober 2018 | Zürich





Inhalt des Referats

1. Das Schweizer System – Finanzierung und Vergütung heute
2. Vergütungssysteme – weshalb es sie braucht und was sie (nicht) können
3. Innovative Systeme – ein Blick über den Tellerrand
4. Von der grünen Wiese ins Bundeshaus – wohin geht die Schweiz?



Inhalt des Referats

1. Das Schweizer System – Finanzierung und Vergütung heute
2. Vergütungssysteme – weshalb es sie braucht und was sie (nicht) können
3. Innovative Systeme – ein Blick über den Tellerrand
4. Von der grünen Wiese ins Bundeshaus – wohin geht die Schweiz?



Beziehungen im Gesundheitswesen

Simplifizierte Darstellung des Schweizer Systems





Von der Finanzierung zur Vergütung

Der kleine, aber feine Unterschied

Finanzierung

- Im Mittelpunkt stehen die Fragen nach dem „wer?“
 - *Wer* bezahlt für die Gesundheitsleistungen?
 - *Wer oder was* wird mit den verfügbaren Mitteln finanziert?
- In der Schweiz existiert eine plurale Finanzierung
 - Die Grundversicherung beteiligt sich an allen gesetzlichen Leistungen
 - Die Kantone finanzieren 55 Prozent der Spitalleistungen und bestellen GWL
 - Die Gemeinden finanzieren die Restkosten in der Langzeitpflege (Heime und Spitex)
 - Ausserhalb der OKP: Andere Sozialversicherungen, Zusatzversicherungen, Selbstzahlungen

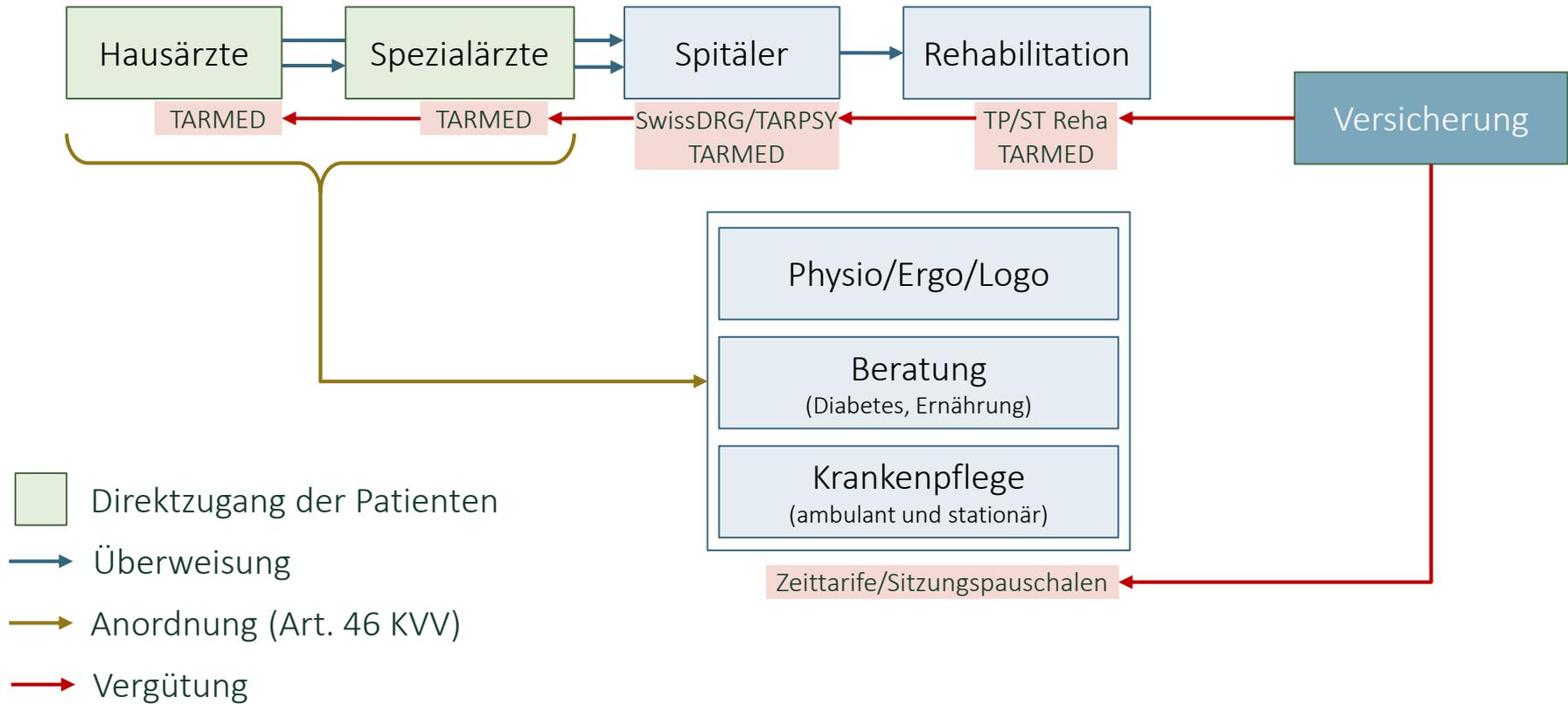
Vergütung

- Im Mittelpunkt steht die Frage nach dem „wie?“ und „was?“
 - *Wie* vergüten die Versicherungen und die öffentliche Hand ihre Leistungserbringer?
 - *Was* können die Leistungserbringer den Kostenträgern in Rechnung stellen?
 - Nach *welchen* Regeln und Vorgaben hat die Rechnungsstellung zu erfolgen?



Leistungserbringer und Vergütungstypen

Vereinfachte Darstellung für die konventionelle Versorgung*



* Notfallversorgung wird ausgeblendet; ohne Berücksichtigung der Apotheken und der weiteren Finanzierungsquellen

TP = Tagespauschale
 TARPSY = Tarifsysteem Psychiatrie (ab 2018)
 ST Reha = Tarifsysteem stationäre Rehabilitation (ab 2020)

Quelle: Universität Basel/IWSB (2017)



Inhalt des Referats

1. Das Schweizer System – Finanzierung und Vergütung heute
2. Vergütungssysteme – weshalb es sie braucht und was sie (nicht) können
3. Innovative Systeme – ein Blick über den Tellerrand
4. Von der grünen Wiese ins Bundeshaus – wohin geht die Schweiz?



Vergütung von Gesundheitsleistungen

Die Argumentation der Gesundheitsökonomie

Zwei wichtige Beobachtungen

- Die Ärztin fungiert als die **primäre Sachwalterin und Interessenvertreterin** ihrer Patienten.
- Der Arzt besitzt (naturgemäss) weitaus **mehr Information** über die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit von diagnostischen und therapeutischen Leistungen als seine Patienten. → Situation mit **asymmetrischer Information**

Daraus resultierende Probleme

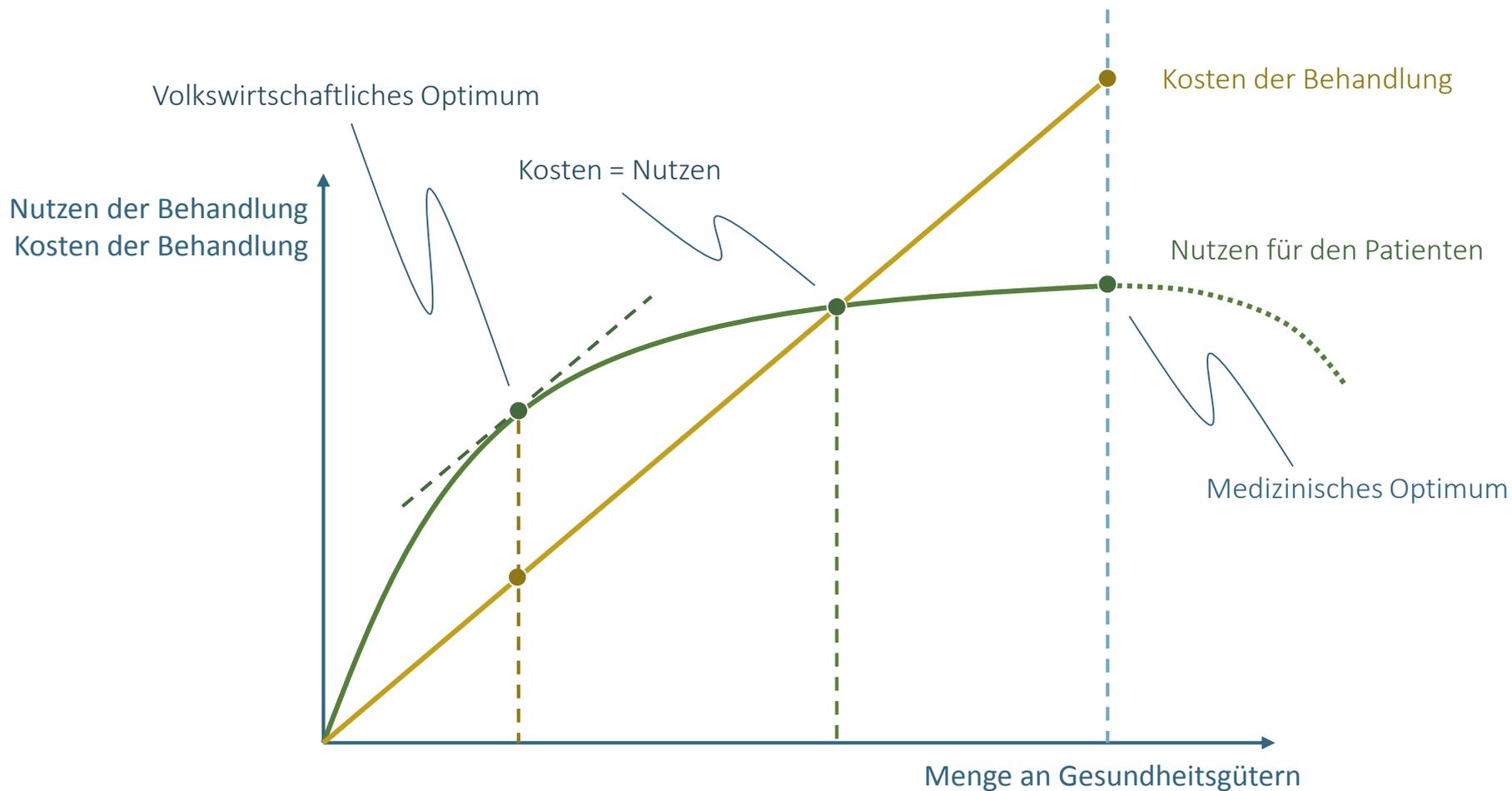
- Die Ärzte hat einen **grossen Spielraum** bei der Entscheidung über **Art, Menge und Qualität** der erbrachten Leistung am Patienten. → Keine Garantie, dass sich der Arzt ausschliesslich im Interesse des Patienten oder der Versicherung verhält.
- Kann eine Ärztin sämtliche Kosten ihrer Behandlung in Rechnung stellen (sog. Kostenerstattung), entstehen **finanzielle Anreize**, zu viele Leistungen zu erbringen (Stichwort: **angebotsinduzierte Nachfrage**).

Lösungsansätze: 1) Qualitative Zulassungskriterien, 2) **Vergütungssysteme**



Beispiel: Optimale Menge an Gesundheitsleistungen

Medizinische vs. volkswirtschaftliche Argumentation





Traditionelle Vergütungssysteme

Anreizwirkung ausgesuchter Vergütungsansätze

Vergütungssystem	Kategorisierung		Anreizwirkung			
	Retrospektiv (R) Prospektiv (P)	Pauschal (P) Variabel (V)	Patienten/ Fälle	Leistungen pro Patient	Effizienz	Qualität
Kostenerstattung	R	V	+	+	0	0
Einzelleistungs- vergütung	P	P/ <u>V</u>	+	+	0	0
Kopfpauschale	P	<u>P</u> /V	+	-	+	0
Lohnsystem	P	P	-	-	0	0
Fallpauschale	P	<u>P</u> /V	+	-	+	0
Tagespauschale	P	P/ <u>V</u>	+	+	0	0
Globalbudget	R/P	<u>P</u> /V	-	-	0	0

Quelle: Universität Basel/IWSB (2017)



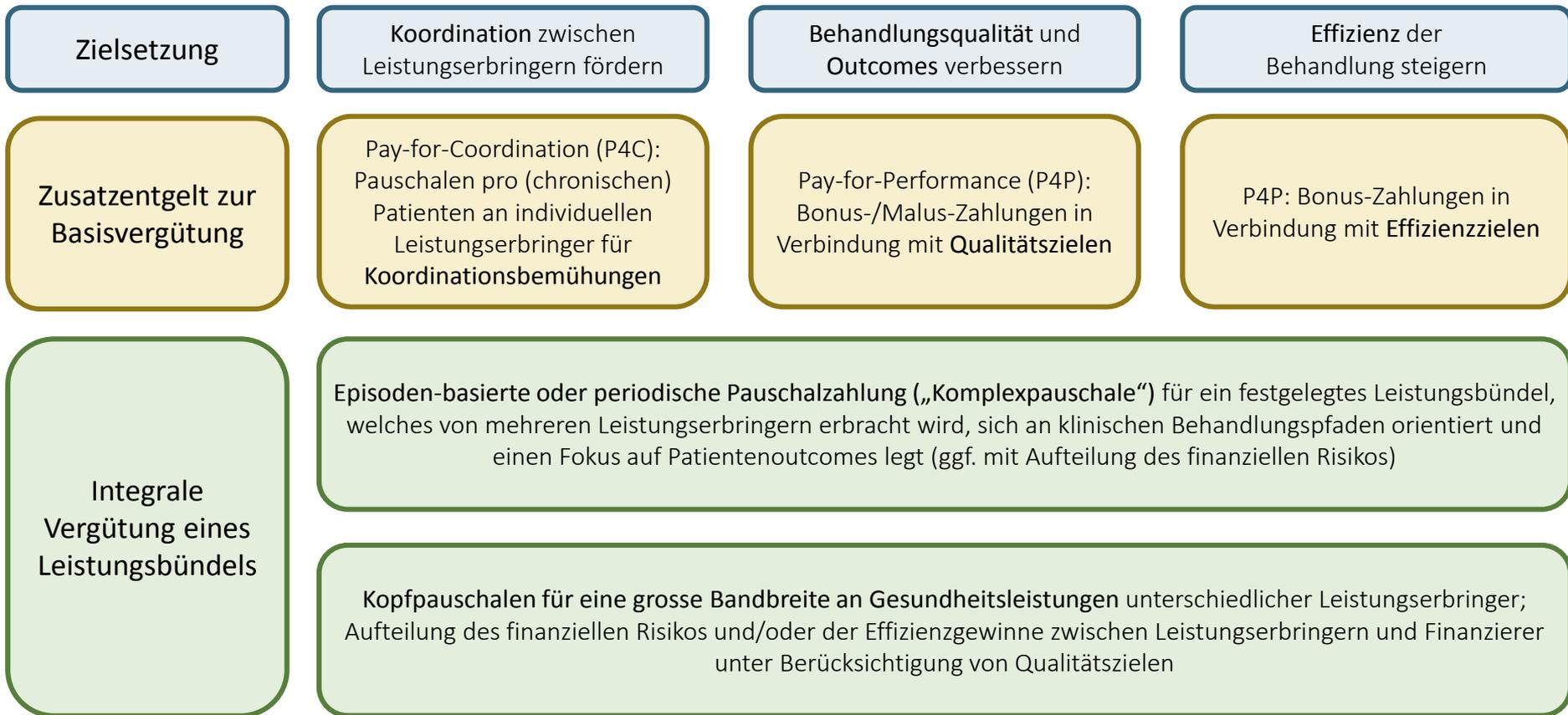
Inhalt des Referats

1. Das Schweizer System – Finanzierung und Vergütung heute
2. Vergütungssysteme – weshalb es sie braucht und was sie (nicht) können
3. **Innovative Systeme – ein Blick über den Tellerrand**
4. Von der grünen Wiese ins Bundeshaus – wohin geht die Schweiz?



Der Weg zu einer innovativen Vergütung

Kategorisierung der innovativen Modelle gemäss OECD (2016)

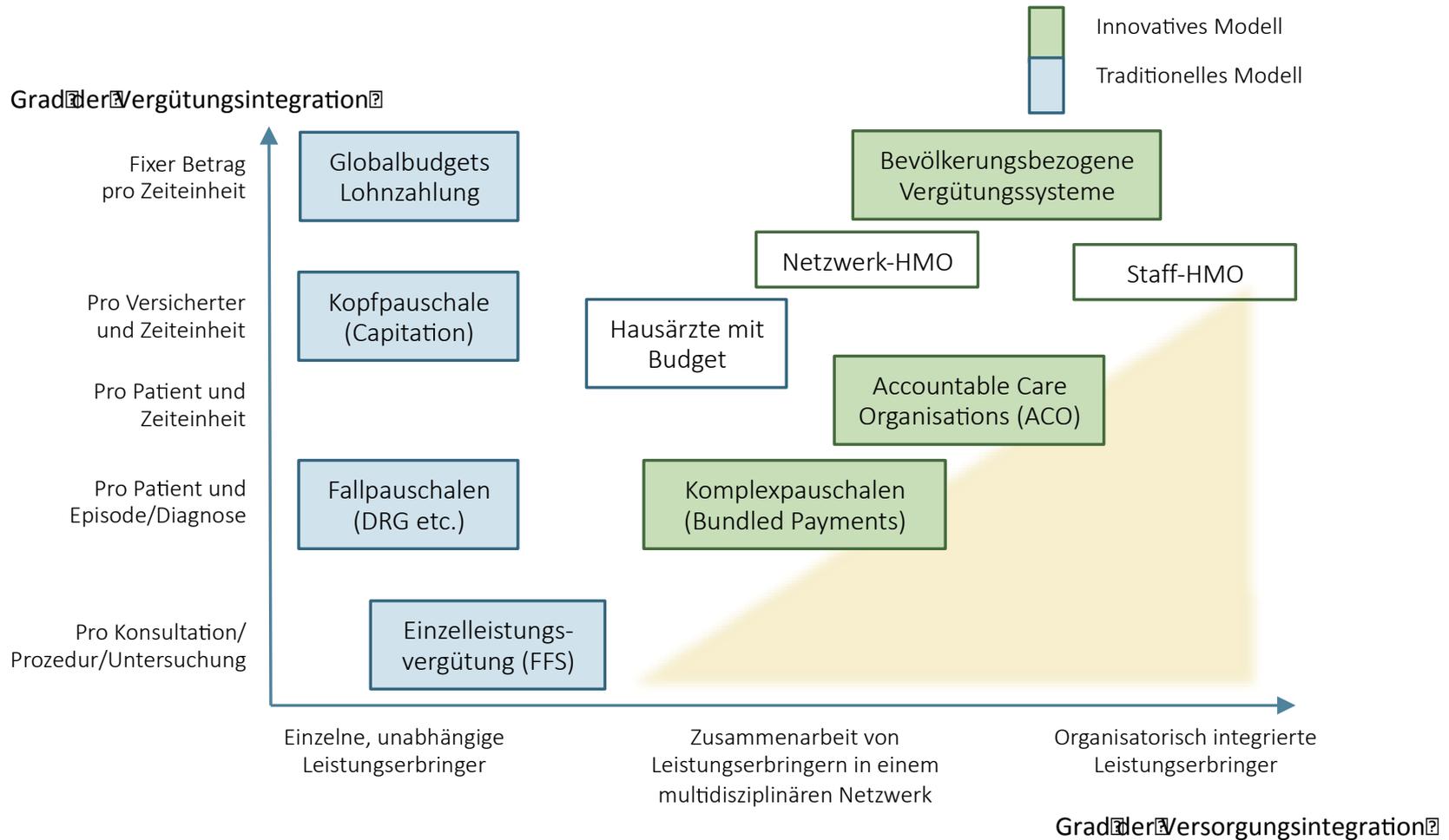


Quelle: In Anlehnung an die englische Version der OECD (2016)



Der Weg zu einer innovativen Vergütung

Integration von Versorgung = Integration von Vergütung



Quelle: In Anlehnung an Tsiachristas (2016). Darstellung: Universität Basel/IWSB



Zwei Fallbeispiele aus Deutschland und Schweden

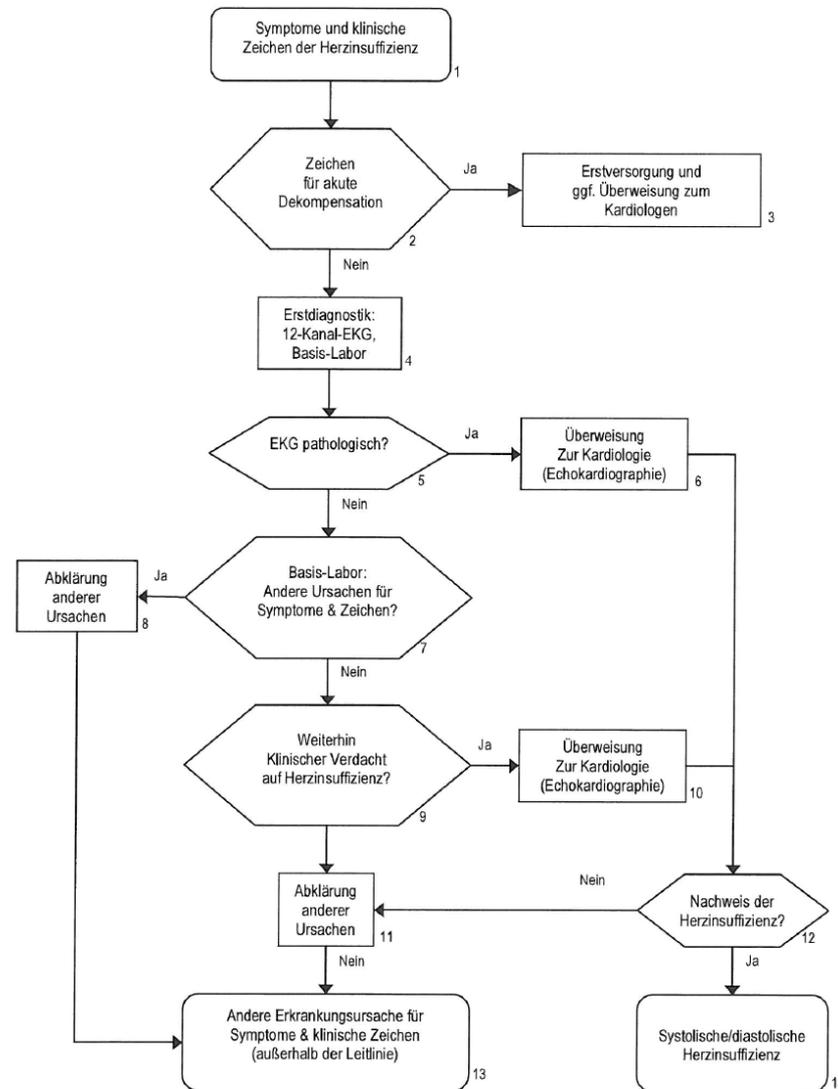
CARDIO-Integral der AOK Plus in Deutschland

- *Was? Zusatzentgelt (P4C) Wofür? Chronische Erkrankungen*
- Versorgungsmanagement-Programm für Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems
 - Wird seit 2005 von der öffentlichen Krankenkasse in Sachsen angeboten
 - Ziele des Programms:
 - (1) bessere Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung
 - (2) Sicherstellung des Informationsflusses zw. Hausärzten, Kardiologen und Angiologen
 - (3) Koordination der Therapiepläne und Medikation
 - Programm legt Mindestanforderungen an Ärzte fest sowie Versorgungspfad
- Wichtig: Bestehende Abgeltung weiterhin vorhanden; Zusatzentgelte für Haus- und Spezialärzte für gewisse Zielvorgaben
 - **Hausärztin:** Kontrolle des Therapieplans (10 EUR p. Quartal/Versicherten); Vorbereitungspauschale Überweisung (20 EUR); Wirtschaftlichkeitsprüfung Arzneimittel (1 EUR p. Q/V)
 - **Fachärztin:** Erstbetreuungspauschale (30 EUR); Betreuungspauschale (20 EUR p. Q/V); Vorbereitungspauschale und Wirtschaftlichkeitsprüfung (s. Hausärztin)
 - **Invasive Fachärztin:** Qualitätspauschale für Sicherung Diagnose und Einstellung der Medikation (15 bzw. 20 EUR p. Q/V).



CARDIO-Integral der AOK Plus in Deutschland

Klinischer Algorithmus zur Erstdiagnostik der chronischen Herzinsuffizienz



Quelle: AOK PLUS



CARDIO-Integral der AOK Plus in Deutschland

Wirkung auf die Qualität und die Kosten der Versorgung

- **Beurteilung der Ärzteschaft und der Patienten durchwegs positiv**
 - 64 % der Patientinnen und Patienten zufriedener als vor Beginn des Programms
 - 60 % der Hausärzte beurteilen Koordination mit Kardiologen positiv
 - 80 % der Haus- und Fachärzte sehen Verbesserung von Versorgung und Gesundheitszustand
- **Kosteneinsparungen werden erst langfristig sichtbar**
 - **Mehrkosten zu Beginn** des Programms (v.a. Diagnostik; ca. 420 EUR)
 - Ambulante Kosten und Medikamentenkosten übersteigen Kosten eines vergleichbaren Patienten ohne CARDIO Integral in den ersten Jahren
 - CARDIO Integral amortisiert sich im Durchschnitt **ab 4.5 Jahre nach Programmstart**; Schätzung der jährlichen Einsparungen von 96 EUR pro Versicherten im Mittel
 - Kosteneinsparungen im **stationären Krankensektor** sind am bedeutendsten (d.h. weniger invasive Eingriffe und Herzinfarkte)



Zwei Fallbeispiele aus Deutschland und Schweden

SVEUS¹-Projekt der Schwedischen Regierung

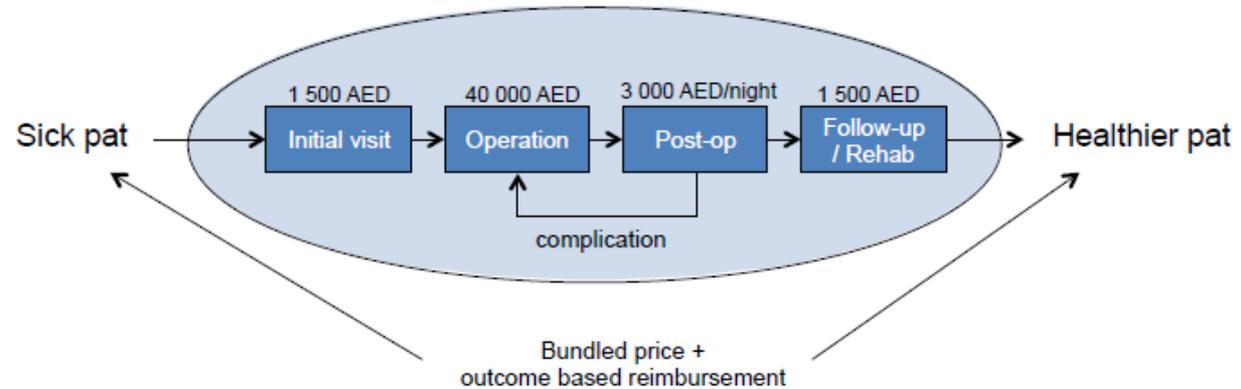
- *Was? Komplexpauschale/P4P Wofür? Akute und chronische Erkrankungen*
- Breit angelegtes Pilotprojekt der Schwedischen Regierung
 - Finanziert mit rund 5 Mio. Euro über einen Zeitraum von 3 Jahren
 - 40 Organisationen und 7 Bezirke (ca. 70 % der Bevölkerung) waren in das Projekt involviert
 - Ziele des Projekts:
 - (1) bessere Integration und Effizienz der Versorgung
 - (2) Stärkerer Fokus auf den Wert der Behandlung für die Patienten
 - (3) Sicherstellung eines attraktiven Arbeitsumfelds für Gesundheitsfachpersonen
 - Acht medizinische Gebiete; akute Behandlungsepisoden (Hüft- und Kniegelenkersatz, bariatrische Chirurgie etc.) und chronische Erkrankungen (Diabetes, Osteoporose)
- Für jede der acht medizinischen Indikationen wurden dieselben drei Meilensteine festgelegt
 - **Durchführung der Basisanalyse:** Aktuelle Behandlungsmethoden, Wirksamkeit und Kosten der Behandlungsalternativen, Benchmarking
 - **Aufbau eines Monitoringsystems:** Strukturierte Erfassung von Behandlung, Wirksamkeit und Kosten über den gesamten Behandlungspfad; überwiegend aus bereits erfassten Daten möglich
 - **Einführung eines neuen Vergütungssystems:** Komplexpauschalen mit Berücksichtigung des Schweregrads der Erkrankung und des Behandlungserfolgs



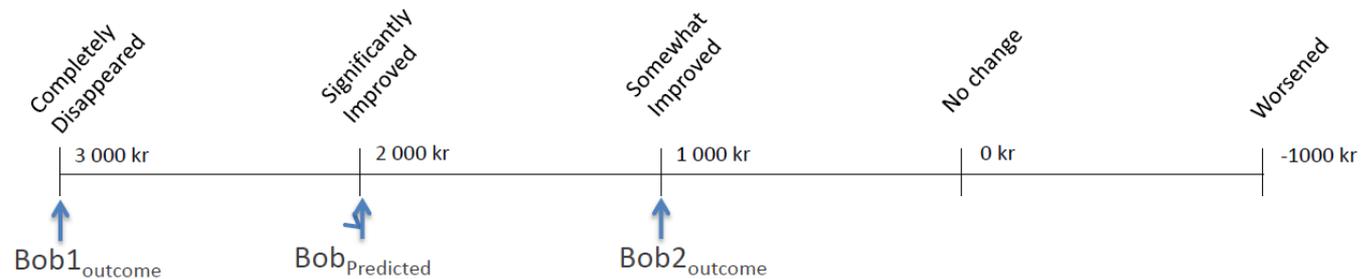
SVEUS-Projekt der Schwedischen Regierung

Eine *wirksamkeits- und schweregradbereinigte Komplexpauschale*

Komplexpauschale
90% der Vergütung



Zusatzentgelt
10% der Vergütung



- Outcome based reimbursement with two components
 - Based on actual GA score anchored at the historical GA average
 - Difference between predicted level and actual (case-mix adjustment)

Outcome reimb.	=	GA-Score	+	Case-mix adjustment	=
Bob1	=	3 000 SEK	+	1 000 SEK	= 4 000 SEK
Bob2	=	1 000 SEK	+	-1 000 SEK	= 0 SEK

Quelle: IVBAR



SVEUS-Projekt der Schwedischen Regierung

Ein Einblick in den Vergütungsrechner (Dekompression des Wirbelkanals)

Module

B1 (Stenosis - Decompression)

Patient Characteristics

Treated levels: 1-2

Age: 80

Sex: Female

Smoker: No

Previous spine surgery: No

Comorbidity: None

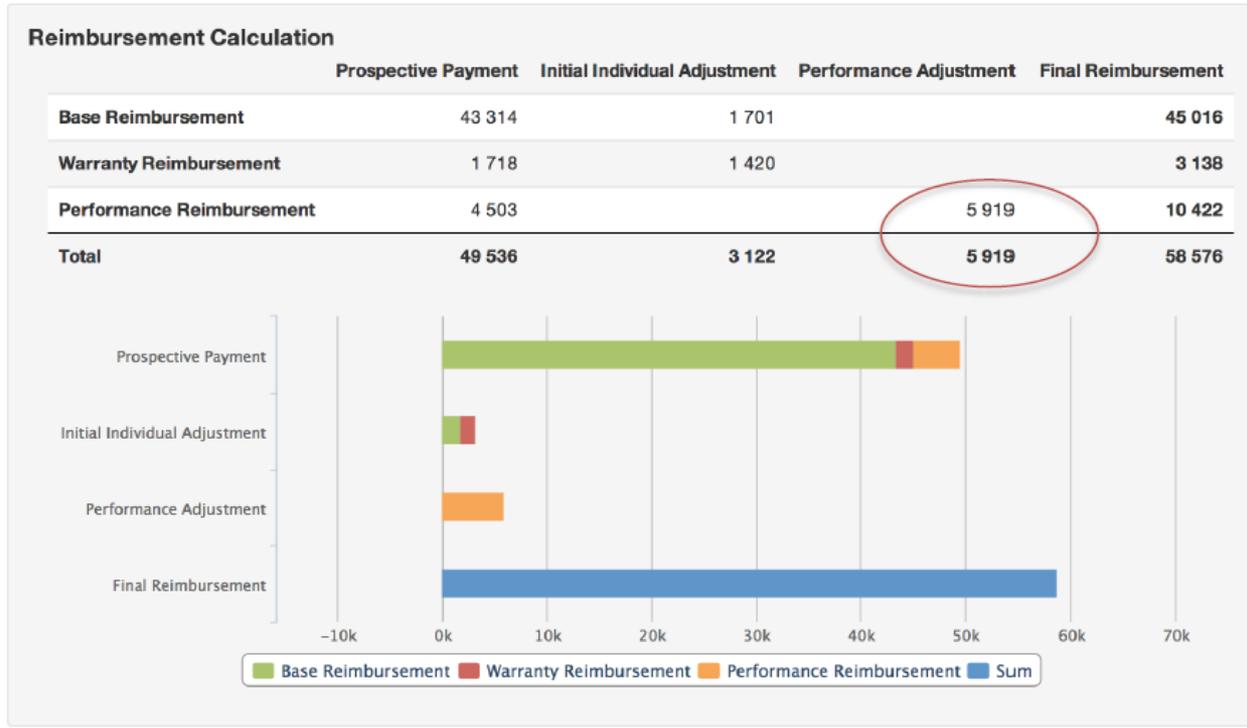
Pain duration: <3 months

Preop VAS spine: 80

Working full time: Yes

Actual Outcome

Global assessment legs: Pain is gone



Quelle: IVBAR



SVEUS-Projekt der Schwedischen Regierung

Wirkung auf die Qualität und die Kosten der Versorgung

- Geringere Komplikationsraten und tiefere Kosten
 - Rückgang des **Risikos einer Reoperation** nach einem Erstersatz des Knies oder der Hüfte (-26 %)
 - Ein Teil davon erklärbar durch **Verlagerung zu Leistungserbringern mit geringem Risiko**
 - Vorher-Nachher-Analyse und Vergleich mit anderen Bezirken **bestätigen die Erkenntnisse**
 - Über den gesamten Behandlungszyklus ergibt sich eine **Einsparung von 14 Prozent**
 - Rückgang der Kosten für den Bezirk um 3 Prozent bei einer gleichzeitigen Ausweitung des Volumens um 21 Prozent
 - Anzahl der **Fehltage** ging ebenfalls um 17 Tage auf 35 Tage zurück
 - Effekt als Kombination weniger Reoperationen und kürzerer Wartezeiten

Quelle: Karolinska Institutet



Inhalt des Referats

1. Das Schweizer System – Finanzierung und Vergütung heute
2. Vergütungssysteme – weshalb es sie braucht und was sie (nicht) können
3. Innovative Systeme – ein Blick über den Tellerrand
4. Von der grünen Wiese ins Bundeshaus – wohin geht die Schweiz?



Einige Empfehlungen der OECD zu Vergütungsinnovationen

Ein kurzer Handlungsleitfaden auf dem Weg zur Implementierung

Vergütungssysteme strategisch auswählen

- Vergütungssystem sollte mit politischen Zielen einhergehen (Qualität, Koordination, Effizienz etc.)
- Finanzierer sollten innovativ genug sein; Leistungserbringer sollen für ihre *Leistung* belohnt werden (und nicht für die *Menge*)
- Das Experimentieren mit unterschiedlichen Systemen ist essenziell für den Erfolg

Innovative Vergütungssysteme entwickeln

- Evidenzbasierte Behandlungsleitlinien können als Basis für Tarife dienen
- Transparente Kriterien festlegen für den Ein- bzw. Ausschluss der Patientenpopulationen
- Qualitätsziele definieren, die auf *Best Practices* der Leistungserbringer beruhen
- Digitalisierung nutzen, um Daten zu sammeln für das Monitoring und die Interoperabilität der IT-Systeme

Innovative Vergütungssysteme einführen

- Stakeholder von Anfang an einbeziehen und sich auf gemeinsame Ziele und Strategien einigen
- Qualitätskriterien zusammen mit Finanzierer und Leistungserbringer festsetzen.
- Bestehende Daten verwenden, um den administrativen Aufwand zu beschränken
- Balance finden zwischen zusätzlicher Datenerhebung im Bereich Qualität und Outcomes und den entsprechenden Kosten

Innovative Vergütungssysteme evaluieren

- Pilotprojekte anstossen vor einer flächendeckenden Einführung der Systeme
- Flexibel agieren, um bei ausbleibendem Erfolg Anpassungen machen zu können
- Systematisch evaluieren mit Kontrollgruppen
- Regelmässige Berichterstattung der Evaluations- und Monitoring-Ergebnisse an die Leistungserbringer (fördert Motivation und verbessert Behandlungsprozesse)

Quelle: In Anlehnung an die englische Version der OECD (2016)



Vergütungssysteme für die Schweiz

Die Schweiz kann von Schweden lernen – aber Schweden ist nicht die Schweiz

- Schwedens Vergütungssystem kommt dem Optimum sehr nahe
 - Deutliche **Effizienzgewinne** durch bessere Behandlungspfade und Koordination zwischen Leistungserbringern
 - Setzt einen starken Anreiz für eine schrittweise Ambulantisierung
 - **Qualitätsvorteile** für die Patienten durch bessere Behandlung und kürzere Verweildauern
 - **Faire Vergütung** durch Berücksichtigung des Zustands des Patienten vor dem Eingriff (Baseline)
 - Verhindert sog. *cream skimming* (d.h. Selektion rentabler Patienten)
 - Senkt die Vergütung für Versicherungen, da Teilnahmebereitschaft der Leistungserbringer erhöht wird
 - Lässt einen grösseren **Raum für medizinische Innovation** und neue Behandlungsmethoden
- **Einige Fragen** muss sich die Schweiz zuvor jedoch stellen
 - ? *Besitzen wir die notwendigen Grundlagen für dieses System? (v.a. Datenaspekte)*
 - ? *Was bedeutet ein solches System für die duale Spitalfinanzierung?*
 - ? *Welche Rolle dabei spielt der Grundsatz des Vertragszwangs?*
 - ? *Inwiefern steht die Möglichkeit des jährlichen Kassenwechsels Vergütungsinnovationen im Weg?*
 - ? *Wie ist ein solcher Top-Down-Ansatz auf ein System mit Tarifpartnerschaft übertragbar?*
 - ? *Wie erreichen wir, dass sich neue, integrierte Versorgungsnetzwerke (z.B. Gesundheitszentren) bilden können?*

Vielen Dank
Für Ihre Aufmerksamkeit

