



Fehlanreize im schweizerischen Gesundheitssystem und Lösungsvorschläge

Schwerpunkte: Finanzierung – Vergütung – Versorgungsstruktur

Studie im Auftrag von santésuisse

Schlussbericht



Fehlanreize im schweizerischen Gesundheitssystem und Lösungsvorschläge

Studie im Auftrag von santésuisse

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

27. Juni 2016

Inhaltsverzeichnis

Das Wichtigste in Kürze	5
1 Einleitung	12
2 Analyse des Schweizer Gesundheitssystems	13
2.1 Zielkonflikte bei der Gestaltung von Vergütungssystemen.....	13
2.2 Fehlanreize in den heutigen Vergütungssystemen	17
2.2.1 Ambulante Leistungen: Einzelleistungsvergütung (TARMED).....	17
2.2.2 Anreizprobleme der Einzelleistungsvergütung nach TARMED	18
2.2.3 Stationäre Leistungen: Fallpauschalen (SwissDRG).....	19
2.2.4 Anreizprobleme der Fallpauschalen nach SwissDRG	20
2.3 Fehlanreize bei der heutigen Finanzierung.....	22
2.3.1 Ambulante Leistungen der Ärzte und Spitäler: Monistisch durch die Versicherer	22
2.3.2 Stationäre Leistungen der Spitäler: Dual Fix.....	22
2.3.3 Anreizprobleme bezüglich der Finanzierung.....	22
2.4 Fehlanreize in der heutigen Versorgungsstruktur.....	23
2.4.1 Ambulante Leistungen: Kontrahierungszwang als prägendes Element.....	23
2.4.2 Fehlanreize bezüglich der Versorgungsstruktur ambulant	24
2.4.3 Stationäre Leistungen: Kantonale Spitallisten.....	24
2.4.4 Fehlanreize bezüglich der Versorgungsstruktur stationär	25
3 Reformvorschläge	26
3.1 Ziele Reformvorschläge	26
3.2 Unterscheidung der Leistungen nach «frei-verhandelbaren» Leistungen (Liste A) und «gesteuerten» Leistungen (Liste B).....	27
3.2.1 Liste A: «frei verhandelbare» Leistungen	28
3.2.2 Liste B: gesteuerte Leistungen.....	29
3.3 Obligatorische Rückversicherung für Hochkostenfälle in Spitälern	31
3.4 Einheitliche Klassifikationssysteme zur Herstellung der Transparenz und zur Senkung der Administrationskosten	32
3.5 Umsetzungsvarianten.....	33
3.5.1 Leistungsumfang der Listen A und B.....	33
3.5.2 Finanzierung der Listen A und B	33
3.6 Risiken bei der Umsetzung der Reformvorschläge	34
4 Schlussfolgerungen.....	36

5	Quellenverzeichnis	38
6	Anhang	41
6.1	Fallbeispiel frei verhandelbare und budgetierte Leistungen: Der Spitalsektor in den Niederlanden.....	41
6.2	Fallbeispiel Rückversicherung: Das US-amerikanische Medicare Programm.....	42

Das Wichtigste in Kürze

Einleitung

Ausgangslage

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

Ziele der Analyse

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

Eingrenzung des Analyserahmens

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

Analyse des Schweizer Gesundheitssystems

Zielkonflikte bei der Gestaltung von Vergütungssystemen

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

- *Power* widerspiegelt, wie stark die Vergütung steigt, wenn der Leistungserbringer höhere Kosten aufweist. Ein Vergütungssystem hat geringe Power, wenn jeder zusätzliche Kostenfranken zu einer Erhöhung der Vergütung führt. In einem solchen System bestehen Anreize,

die Kosten auszuweiten. Je höher die Power, desto weniger werden zusätzliche Kosten vergütet und desto stärker sind die Anreize für eine effiziente Leistungserbringung.

- *Balance* vergleicht die Power bei der Vergütung unterschiedlicher Leistungen. Die Balance ist dann am höchsten, wenn alle Leistungen nach dem gleichen System vergütet werden. Ist dies nicht der Fall, bestehen Anreize, eine spezifische Behandlungsform vorzuziehen.
- Der *Fit* widerspiegelt, wie gut die unterschiedlichen Bedürfnisse der Patienten vom Vergütungssystem berücksichtigt werden. Einen hohen Fit weisen zum Beispiel Einzelleistungsvergütungssysteme auf, da dort alle erbrachten Leistungen vergütet werden. Fallpauschalensysteme weisen demgegenüber einen geringeren Fit auf, da die Patienten in Gruppen zusammengefasst werden und nur die erwarteten Kosten innerhalb der entsprechenden Gruppe vergütet bekommen. Je höher der Fit, desto weniger bestehen Anreize zur Patientenselektion.

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

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

Fehlanreize in den heutigen Vergütungssystemen

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

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

pauschalensystem von der konkreten Ausgestaltung des Systems ab. Alle Fallpauschalensysteme haben jedoch ein grundsätzliches Problem mit der Vergütung von *Hochkostenfällen*. Bei diesen *ist der Fit typischerweise schlecht*, und es bestehen Anreize für die Spitäler zur Patientenselektion. Für Spitäler ist es finanziell attraktiv, einfache Fälle möglichst selbst zu behandeln, Hochkostenfälle jedoch weiterzuweisen. Dasselbe gilt für DRGs, in denen nur wenige Patienten zu liegen kommen. Dadurch entsteht für ein einzelnes Spital ein hohes Verlustrisiko, für das es unter Umständen hohe Reserven anlegen müsste.

Fehlanreize in der Finanzierung

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

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

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

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

Fehlanreize in der Versorgungsstruktur

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

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

Reformvorschläge

Ziele für eine Reform

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Die Vergütung und Versorgungsstruktur sollen nach wettbewerblichen Grundsätzen ausgestaltet werden. Die Liste A bedingt Vertragsfreiheit für Finanzierer und Leistungserbringer, da über Leistungsumfang, Vergütung und zu erreichende Qualitätsstandards verhandelt werden soll. Insbesondere soll es möglich sein, ambulante und stationäre Leistungen zu bündeln. Um die Versorgungssicherheit zu garantieren, können die Kantone eine Mindestanzahl an Leistungserbringern pro Fachgruppe festlegen, welche unter Vertrag genommen werden müssen. Zur Verhinderung von Marktmacht soll das Kartellgesetz uneingeschränkt anwendbar sein.

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

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

Tabelle 1 Überblick über die Ausgestaltung der Listen A und B.

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

Aufbau auf den heutigen Vergütungssystemen

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

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

Umsetzungsvarianten

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

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

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

Fazit

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

1 Einleitung

Die Schweiz verfügt über ein leistungsfähiges Gesundheitswesen, welches der gesamten Bevölkerung Zugang zu einer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung garantiert.

In der Studie von (Eling 2016) wurden jedoch Megatrends identifiziert, welche zukünftig grosse Herausforderungen an das Gesundheitswesen stellen. So führt beispielsweise der demographische Wandel (Alterung der Gesellschaft) in Zukunft zu einem Mehrbedarf an medizinischen und pflegerischen Leistungen. Um die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens langfristig zu sichern, ist es umso wichtiger, dass eine Fokussierung auf diejenigen Behandlungen stattfindet, welche das beste Kosten-Nutzen-Verhältnis für die Patienten und die Solidargemeinschaft bieten. Einen zweiten Megatrend stellt die Geschwindigkeit des technologischen Wandels dar. Die immer raschere Ausbreitung von neuen Technologien bedingt ein anpassungsfähiges Gesundheitswesen. Es müssen Regeln gefunden werden, die denjenigen Innovationen zum Durchbruch verhelfen, welche am meisten zur Steigerung des Gemeinwohles beitragen. Zudem muss bei bestehenden Leistungen die Vergütung und Versorgungsstruktur kontinuierlich angepasst werden.

In der folgenden Studie analysieren wir die Anreizstruktur im heutigen Schweizer Gesundheitswesen und entwickeln Reformvorschläge. Im Vordergrund stehen dabei die Anreize für Ärzte und Spitäler, denn ihnen kommt als Sachwalter der Patienten eine zentrale Rolle bei der Wahl der Behandlung zu.

Die Analyse wird nach drei Aspekten gegliedert:

- Vergütungssystem: Wie werden die Ressourcen an die Leistungserbringer verteilt?
- Finanzierung: Welche Akteure vergüten welche Leistung?
- Versorgungsstruktur: Welche Anbieter dürfen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen beziehungsweise wer entscheidet darüber? Welche Angebotsstruktur wird durch die Regulierung vorgegeben/begünstigt?

Ein Grund für den Fokus auf die Vergütung, Finanzierung und Versorgungsstruktur ist, dass wir grundsätzlich die Sicht der Solidargemeinschaft wahrnehmen. Die Mitglieder der Solidargemeinschaft sind gleichzeitig (potentielle) Patienten wie auch die Bezahler des Gesundheitswesens und haben daher sowohl den Nutzen der Behandlung, als auch die von der Allgemeinheit getragenen Kosten vor Augen. Da sie keine Einkommen aus dem Gesundheitswesen beziehen, haben sie ein echtes Interesse an Kostensenkungen.

Um die Analyse nicht zu überladen, werden Probleme auf dem Krankenversicherungsmarkt weitgehend ausgeklammert. Insbesondere werden die Anreize zur Risikoselektion in der Studie nicht thematisiert. Bringt Risikoselektion erhebliche Prämienvorteile, zwingt der Wettbewerb die Versicherer zur Ausrichtung auf die Wünsche der gesunden Versicherten. Für unsere Reformvorschläge ist es von hoher Wichtigkeit, dass der heutige Risikoausgleich weiter verbessert wird. Diese Reform wurde bereits durch viele Forschungsarbeiten gefordert (z.B. Beck et al. 2006) und durch das Bundesamt für Gesundheit auch in Angriff genommen. Wir gehen daher in der Analyse von einem gegenüber heute verbesserten Risikoausgleich aus.

2 Analyse des Schweizer Gesundheitssystems

Im Folgenden analysieren wir das Schweizer Gesundheitswesen im Hinblick auf Fehlanreize. Dazu zeigen wir zuerst Besonderheiten in Bezug auf die Vergütungssysteme auf und formulieren Ziele, die mit der Gestaltung von Vergütungssystemen erreicht werden sollen (Abschnitt 2.1). Danach beschreiben wir die wichtigsten Aspekte von Vergütung, Finanzierung und Versorgungsstruktur im Schweizer Gesundheitswesen und analysieren diese in Bezug auf mögliche Fehlanreize (Abschnitte 2.2 bis 2.4). Die Beschreibung des Systems ist dabei äusserst knapp gehalten und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Sie dient im Wesentlichen dazu, auf Fehlanreize hinzuweisen und so eine gute Basis für die in Kapitel 3 folgenden Reformvorschläge zu schaffen. Für eine detaillierte Systembeschreibung sei im Fall von ambulanten Leistungen auf Vettori et al. (2010) und bei stationären Leistungen auf Holzer (2012) verwiesen.

2.1 Zielkonflikte bei der Gestaltung von Vergütungssystemen

Während selten darüber debattiert wird, wie Bäckereien oder Softwarefirmen optimal zu regulieren seien, ist die Gestaltung von Gesundheitssystemen ein politisches Dauerthema. Auch in den westlichen Industrienationen, welche sich marktwirtschaftlichen Prinzipien verschrieben haben, greift der Staat in der Regel stark in den Gesundheitsmarkt ein (Breyer, Zweifel und Kifmann 2013).

Eine besondere Rolle kommt dabei den Vergütungssystemen zu. Auf einem «normalen» Markt mit Wettbewerb unter den Anbietern bestimmen Angebot und Nachfrage den Preis für ein Gut. Die Marktkräfte sorgen dabei dafür, dass der Preis so hoch wird, dass Angebot und Nachfrage sich gerade ausgleichen. Im Gesundheitswesen gibt es diese freie Preissetzung zumindest im Bereich der sozialen Krankenversicherung nicht. Hier übernehmen Vergütungssysteme die Aufgabe zu bestimmen, welche Preise Leistungserbringer für Ihre Arbeit am Patienten den Versicherten bzw. der Solidargemeinschaft in Rechnung stellen dürfen.

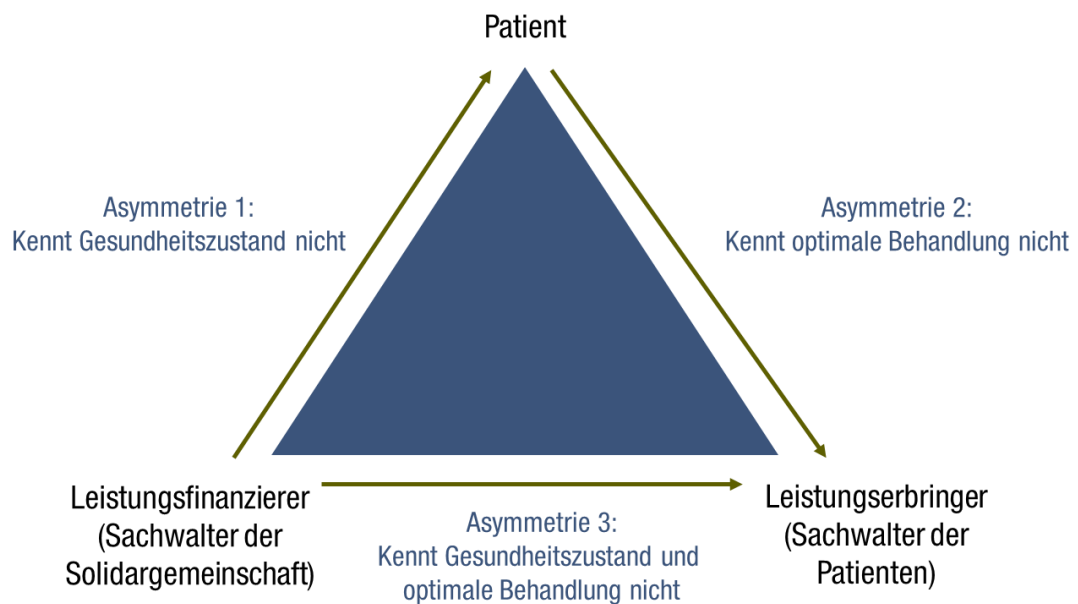
Der Leistungsfinanzierer nimmt dabei die Rolle des Sachwalters¹ der Solidargemeinschaft ein. Er möchte nur Leistungen finanzieren, welche wie im Krankenversicherungsgesetz (KVG Art. 32) festgelegt wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind (WZW-Kriterien). Es sollen demnach nur Leistungen durch die soziale Krankenversicherung finanziert werden, die den Patienten etwas bringen, ein optimales Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen und effizient erbracht werden. In der Praxis kann der Finanzierer die Kriterien aber nicht explizit in Verträgen festhalten, denn er verfügt nicht über die nötigen Informationen, um die Handlungen der Patienten und Leistungserbringer zu überprüfen. In der Fachsprache spricht man von asymmetrischer Information. Abbildung 1 zeigt dieses Problem schematisch auf.

Die *erste Informationssymmetrie* besteht zwischen Patienten und Leistungsfinanzierern. Der Finanzierer kennt den Gesundheitszustand des Patienten nicht. Er kann daher nicht beurteilen, ob der Patient einen echten Bedarf nach Behandlungen hat, oder ob eine Überinanspruchnahme («nachfrageseitiger Moral Hazard») stattfindet. Auch Präventionsleistungen des Patienten kann er nicht vollständig beobachten. Könnte beispielweise der Patient die Inanspruchnahme einer bestimmten Leistung mit Prävention verhindern, wäre es aus gesamtwirtschaftlicher Sicht wo-

¹ Als Sachwalter werden Akteure bezeichnet, welche Entscheidungen im Interesse von anderen treffen. Beispielsweise wären viele Patienten damit überfordert, selbst zu beurteilen, welche medizinischen Fachpersonen für welche Tätigkeiten qualifiziert sind. Dies entscheiden die dafür zuständigen Behörden gemeinsam mit den Fachgesellschaften. Sie müssen dabei im Interesse des Patienten handeln.

möglich effizient, wenn der Versicherer die Deckung für genau diese Leistung reduzieren würde. Der Versicherer kann jedoch nicht wissen, welche Leistungsanspruchnahme durch Prävention zu verhindern wäre und welche nicht. Er kann daher auch nicht die Deckung für verhinderbare Leistungen reduzieren.

Abbildung 1 Asymmetrische Information im Gesundheitswesen



Die Leistungserbringer im Gesundheitswesen haben einen starken Informationsvorsprung gegenüber den Patienten und Leistungsfinanzierern. Es ist daher eine grosse Herausforderung, die Vertragsbeziehungen so auszugestalten, dass die im Interesse der Solidargemeinschaft optimalen Behandlungen vorgenommen werden.

Quelle: Eigene Darstellung

Die *zweite Asymmetrie* besteht zwischen den Patienten und den Leistungserbringern. Die Patienten kennen üblicherweise weder die Behandlungsmöglichkeiten noch können sie ohne Beratung den Nutzen abschätzen, welchen sie aus einer oder der anderen Behandlung haben werden (Arrow 1963). Dies führt zur unüblichen Situation, dass die Anbieter auf dem Gesundheitsmarkt (die Leistungserbringer) den Nachfragern (den Patienten) darlegen, welchen Nutzen sie aus der Leistungsanspruchnahme zu erwarten haben. Die Anbieter haben dementsprechend grundsätzlich die Möglichkeit, die Nachfrage nach ihren Leistungen zu beeinflussen und über das Mass hinaus zu vergrössern, das aus Patientensicht optimal wäre («angebotsinduzierte Nachfrage»). Erschwerend kommt hinzu, dass man auch im Nachhinein nur schwer sagen kann, ob eine Behandlung angebracht oder überhaupt nötig war. Dies liegt daran, dass selbst bei einer optimalen medizinischen Behandlung das Gelingen nicht in 100 Prozent der Fälle möglich ist («Irreducible uncertainty»; Pauly 1988). Ein Patient, der trotz Behandlung nicht gesund geworden ist, kann nicht ohne weiteres davon ausgehen, dass der Arzt einen entsprechenden Fehler gemacht hat. Das könnte auch ein Zufallsresultat sein.

Der Leistungsfinanzierer ist gegenüber dem Leistungserbringer von *beiden Asymmetrien* betroffen. Selbst wenn er Personal mit medizinischen Kenntnissen einstellt, kann er die Leistungen der Ärzte nicht genügend gut nach ihrer Notwendigkeit und Angemessenheit beurteilen, denn

die medizinischen Entscheidungen sind getrieben vom spezifischen Wissen, welches während der Behandlung entsteht.

Aufgrund der Informationsasymmetrien kann der Leistungsfinanzierer nicht direkt festlegen, dass nur optimale Behandlungen vergütet werden. Er wird daher versuchen, das Vergütungssystem so auszugestalten, dass den Leistungserbringern Anreize zu einer möglichst optimalen Behandlungswahl gesetzt werden. Obwohl die Literatur zu Vergütungssystemen und Anreizen sehr reichhaltig ist (für eine Übersicht vgl. McGuire 2000), hat sich bisher kein einzelnes Vergütungssystem herauskristallisiert, welches aus Anreizsicht als optimal gelten darf. Vielmehr führt die Suche nach einer optimalen Anreizstruktur bei asymmetrischer Information zu unterschiedlichen Zieldimensionen, die gleichzeitig im Auge behalten werden müssen und die auch zu Zielkonflikten führen. Die Ziele und Zielkonflikte eines Vergütungssystems lassen sich grundsätzlich anhand der folgenden drei Dimensionen konzeptualisieren.²

- **Power: Wie verändert sich die Vergütung, wenn ein zusätzlicher Franken an Kosten generiert wird? (Starke Veränderung führt zu geringer Power).**

Der Begriff der «power of incentives» wurde durch (Laffont und Tirole 1993) geprägt. Dieses Buch ist ein Standardwerk zu Märkten, bei welchen der Staat entweder als Nachfrager auftritt (z. B. grosse Infrastrukturprojekte) oder Monopolrechte vergibt und in der Folge die Vergütung des Monopolisten reguliert (z. B. Eisenbahn, Post, Stromnetzbetreiber). Die «Power» eines Vertrages wird dadurch bestimmt, wie stark die Vergütung mit den realisierten Kosten des Auftragsnehmers steigen. Eine starke Veränderung führt zu einer geringen Power. Ein System der Kostenrückerstattung hat also minimale Power, weil jeder zusätzliche Kostenfranken vergütet wird. Ein System mit einem im Voraus vereinbarten Fixpreis hat maximale Power, weil zusätzliche Kosten über dem Fixpreis überhaupt nicht vergütet werden.

Ein System mit hoher Power ist deshalb wünschenswert, weil Anreize zur effizienten Leistungserbringung und zur Wahl einer effizienten Leistungsmenge gesetzt werden. Wenn die Leistungserbringer für eine zusätzlich erbrachte Leistung nicht gesondert vergütet werden, besteht kein finanzieller Anreiz, mehr als die notwendigen Behandlungen zu erbringen.

- **Balance: Power in Bezug auf unterschiedliche Leistungen**

Die Balance vergleicht den «power of incentives» von unterschiedlichen medizinischen Leistungen. Sie ist dann am höchsten, wenn alle medizinischen Leistungen nach dem gleichen Prinzip vergütet werden und somit die gleiche Power aufweisen. So haben Ärzte keine finanziellen Anreize, eine bestimmte Behandlungsform vorzuziehen.

Um das Konzept zu illustrieren, sei folgendes Vergütungssystem für stationäre Leistungen genannt: Die meisten Leistungen werden hier durch eine fixe Fallpauschale abgegolten, beim Einsatz einer spezifischen neuen Behandlungsmethode wird ein Zusatzentgelt bezahlt.³ Es gäbe nun Patienten, bei welchen auf die Behandlung mit der neuen Methode verzichtet werden könnte, wenn dafür viele andere Leistungen (z. B. Pflegeleistungen) erbracht werden. Das Vergütungssystem setzt Anreize, in diesen Fällen immer die mit Zusatzentgelten versehene Methode zu wählen.

² Quellen: Power, Balance and Fit (Geruso und McGuire 2014); Anpassungsfähigkeit (Newhouse 2002); Administrationskosten (Chawla et al. 1997). Eigene Adaption durch Polynomics.

³ In der Schweiz und in Deutschland kommen solche Zusatzentgelte beispielsweise bei neuen Technologien zur Anwendung.

Ein balanciertes System ist wünschenswert, weil keine finanziellen Anreize gesetzt werden, eine bestimmte Behandlungsform vorzuziehen. Der Leistungsfinanzierer, welcher die optimale Behandlung nicht kennt, greift so auch nicht indirekt in die Behandlungswahl ein.

- **Fit: Wie gut werden Unterschiede im Patientenbedarf durch Unterschiede in der Vergütung abgebildet?**

Patienten unterscheiden sich stark in ihrem Bedarf nach medizinischen Leistungen. Das Kriterium «Fit» beschreibt, wie stark der unterschiedliche Patientenbedarf im Vergütungssystem reflektiert wird. Systeme der Kostenrückerstattung oder der Einzelleistungsvergütung haben naturgemäss einen sehr hohen Fit. Bei budgetierten Systemen (z. B. Capitation) oder Fallpauschalen entspricht die Vergütung dem erwarteten Leistungsbedarf von «ähnlichen» Patienten. Für den Fit ist es dann entscheidend, wie ähnlich die Patienten innerhalb einer Gruppe sind, d. h. wie stark diese Patienten in ihrem Leistungsbedarf variieren. Bei einer grossen Varianz innerhalb einer Gruppe ist der Fit gering. In der Praxis ergibt sich häufig folgende Situation: Erfolgt die Gruppierung nur aufgrund von Eigenschaften, die unabhängig von der Behandlung sind (z. B. Diagnosen, Alter, Geschlecht etc.), dann bleibt der Fit limitiert. Werden auch Indikatoren der Behandlung einbezogen, steigt zwar der Fit, dafür werden aber die Power und je nach Ausgestaltung auch die Balance reduziert.

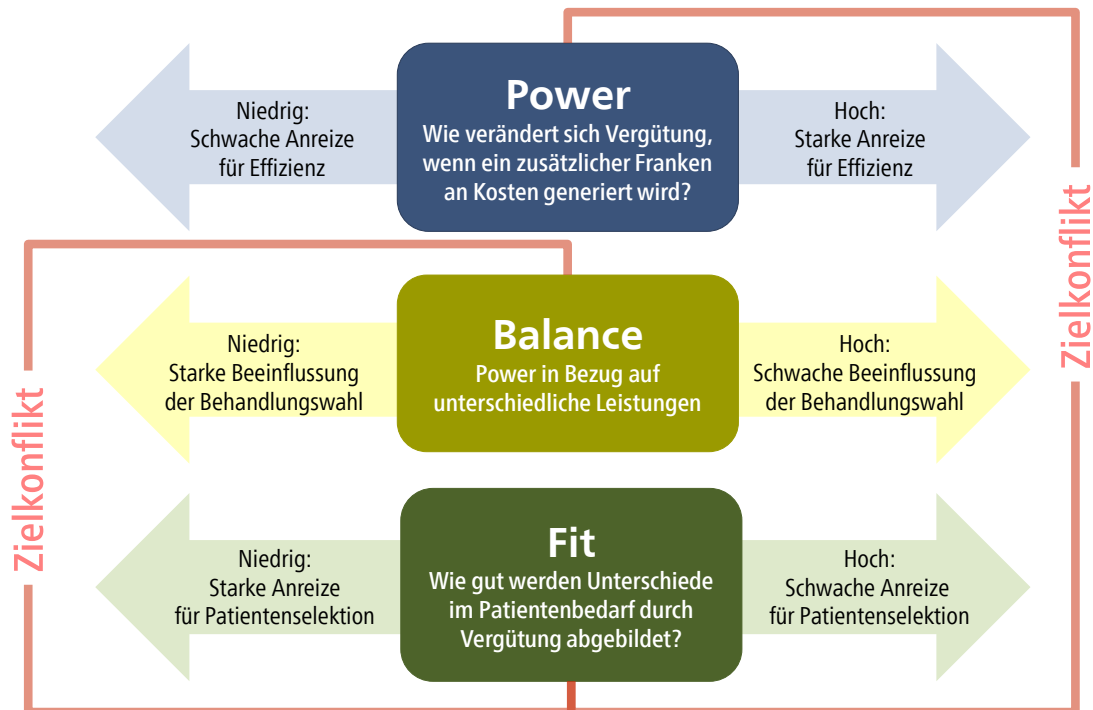
Ein hoher Fit ist wünschenswert, weil sonst Anreize zur Patientenselektion entstehen und Leistungserbringer mit schwer kranken Patienten benachteiligt werden.

Es besteht ein Zielkonflikt zwischen Power, Balance und Fit: Meistens kann der Fit nicht wesentlich verbessert werden, ohne dass die Power und/oder Balance reduziert wird. Es gibt also keine allgemeingültige Lösung. Vielmehr gilt es, für ein optimales Vergütungssystem den richtigen Mix zwischen Power, Balance und Fit zu finden, um Anreize für eine möglichst bedarfsgerechte und effiziente Leistungserbringung zu setzen. Abbildung 2 zeigt die drei Kriterien und die bestehenden Zielkonflikte im Überblick.

Damit dieser Mix auch über die Zeit aufrechterhalten werden kann, muss ein Vergütungssystem zusätzlich *Anpassungsfähigkeit* aufweisen. Die Medizin ist von einem raschen technologischen Fortschritt geprägt. Die Anpassungsfähigkeit beschreibt, ob sich die Vergütungssysteme rasch an diese neuen Gegebenheiten anpassen und Innovationen fördern bzw. sie nicht verhindern. Aus einer geringen Anpassungsfähigkeit ergeben sich über die Zeit zwei Probleme: Erstens werden technische Leistungen im Vergleich zu den «menschlichen» Leistungen zu grosszügig vergütet. Technische Leistungen werden nämlich oft dann tarifiert, wenn sie noch neu und mit hohem (Investitions-)Aufwand verbunden sind. Durch die Verbreitung der Technologie sinken die Kosten der Herstellung, jedoch nicht die Vergütung. Die Gewinne steigen. Über die Zeit werden Anreize gesetzt, mehr technische Leistungen zu erbringen (Verschlechterung der Balance). Newhouse (2002) beschreibt dies als das Problem der «trägen Preisen» («sticky prices»).

Das zweite Problem der geringen Anpassungsfähigkeit ist, dass bestimmte Arten von Innovation nicht gefördert werden, weil sie im Vergütungssystem nicht abgebildet werden. Dies trifft insbesondere auf kostensenkende Prozessinnovationen, wie beispielsweise den elektronischen Datenaustausch, zu (Breyer, Zweifel und Kifmann 2013).

Abbildung 2 Zielkonflikte bei Vergütungssystemen



Die Anreize von Vergütungssystemen für eine bedarfsgerechte und effiziente Behandlung lassen sich mit den drei Kriterien Power, Balance und Fit beurteilen. Power zeigt, wie sich die Vergütung bei zusätzlichen Kosten ändert. Werden alle zusätzlichen Kosten vergütet ist die Power niedrig und die Anreize für Effizienz sind schwach. Balance beurteilt die Power von unterschiedlichen Leistungen. Ist diese schwach (d. h. Power ist nicht überall gleich), bestehen Anreize, gewisse Behandlungen vorzuziehen. Der Fit zeigt, wie gut ein Vergütungssystem den unterschiedlichen Bedarf von Patienten abbilden kann. Werden alle Patienten gleich vergütet, ist der Fit niedrig und es bestehen Anreize für Patientenselektion. Es lassen sich nicht alle drei Kriterien gleich gut erreichen. Vielmehr bestehen Zielkonflikte zwischen Fit und Power (hoher Fit geht mit geringer Power einher) sowie zwischen Fit und Balance (hohe Balance reduziert Fit).

Quelle: Eigene Darstellung.

2.2 Fehlanreize in den heutigen Vergütungssystemen

Gemäss KVG Art. 43 (ambulant) und KVG Art. 49 (stationär) richten sich die Tarife nach einer national einheitlichen Struktur.⁴ Die Tarifstruktur gibt dabei eine relative Bewertung von unterschiedlichen Leistungen beziehungsweise Patientenfällen vor, die Preise jedoch werden in Verhandlungen festgelegt.

2.2.1 Ambulante Leistungen: Einzelleistungsvergütung (TARMED)

Die ambulanten Leistungen der Ärzte/innen und Spitäler werden in der Schweiz über einen Einzelleistungstarif entschädigt. Die Tarifpartner haben dazu die Tarifstruktur TARMED ver-

⁴ Im ambulanten Bereich kann von der national einheitlichen Struktur abgewichen werden, beispielsweise wenn sich der Versicherte für eine besondere Versicherungsform entschieden hat.

einbart. Die Tarifstruktur weist über 4'500 einzelnen Leistungen eine Anzahl an Taxpunkten zu, welche den Aufwand der Leistung relativ zu anderen Leistungen widerspiegelt.

Der Aufwand wird getrennt ausgewiesen für «ärztliche Leistungen» (AL) und «technische Leistungen» (TL). Die AL sollen den personellen Aufwand der Ärzte/innen und der ersten Assistenz vergüten, während die TL die Kosten der Infrastruktur, des Verbrauchsmaterials und der Administration entschädigen. Die Anzahl Punkte pro Leistung ist abhängig von der Zeitdauer der Beanspruchung (Minutage) sowie vom Kostensatz, mit welchem die eingesetzte Ressource bewertet wird.

In Tabelle 2 sind einige Beispiele von TARMED-Positionen dargestellt. Bei einer fünfminütigen Grundkonsultation werden 9.57 Taxpunkte für die ärztliche Leistung sowie 8.19 Taxpunkte für die technische Leistung (Praxisinfrastruktur, Administration) berechnet. Bei einer Röntgenleistung werden demgegenüber wesentlich mehr technische Leistungen als ärztliche Leistungen berechnet.

Tabelle 2 Beispiele für Einzelleistungen im Tarmed

Tarifziffer	Beschreibung	Taxpunkte AL	Taxpunkte TL
00.0010	Konsultation, erste 5 Min. (Grundkonsultation)	9.57	8.19
39.0020	Grundtaxe für das Röntgen und die Ultraschalldiagnostik durch den Arzt in der Arztpraxis und durch Nicht-Radiologen im Spital (AIP), KVG	0	37.69
39.0260	Röntgen: Handgelenk, erste Aufnahme	12.35	26.89

Die effektive Vergütung des Leistungserbringers ergibt sich aus der Summe der Taxpunkte multipliziert mit dem Taxpunktwert. Der Taxpunktwert ist kantonsabhängig und wird durch die Tarifpartner pro Kanton regelmässig ausgehandelt.

Berechnung der Vergütung:

$$\text{Vergütung} = \text{Anzahl Taxpunkte} * \text{Taxpunktwert}$$

2.2.2 Anreizprobleme der Einzelleistungsvergütung nach TARMED

Die heutige Ausgestaltung der Vergütung von ambulanten Leistungen mit dem TARMED ist mit einigen Anreizproblemen verbunden:

- **Geringe Power setzt Anreize zur Mengenausweitung und behindert kostensparende Prozessinnovation**

Systemen der Einzelleistungsvergütung ist das Problem inhärent, dass sie ein hohes Volumen an Leistungen belohnen, unabhängig davon, ob die Gesundheit des Patienten verbessert wird oder nicht. Die sorgfältige Evaluation und das kluge Abwägen zwischen unterschiedlichen Behandlungsalternativen werden hingegen nicht belohnt. Goroll et al. (2010, S. 6) fassen diese Probleme folgendermassen zusammen:

[...] It richly rewards expensive procedures and grossly underpays for evaluation and management (E&M) services. It incents high volumes of high-cost care and largely ignores considerations of value.

Eine Einzelleistungsvergütung kann auch dazu führen, dass Prozessinnovationen für die Leistungserbringer unattraktiv sind, selbst wenn sie für das Gesamtsystem zur Kostensenkung führen können. Als Beispiel sei die Investition in ein elektronisches Patientendossier genannt. Durch die verbesserte Kommunikation zwischen den Ärzten könnten doppelte Untersuchungen vermieden werden (Gutzwiller, Pfeil und Schwenkglens 2013). Für den einzelnen Arzt, der diese Investition in seiner Praxis tätigen müsste, entsteht dadurch aber höchstens ein Einkommensausfall.

Beide Punkte gemeinsam führen dazu, dass sich kostensteigernde technische Produktinnovationen im Gesundheitswesen verbreiten, kostensparende Prozessinnovationen jedoch einen schweren Stand haben.

- **Geringe Anpassungsfähigkeit führt zu Überversorgung von technischen Leistungen**

Die heutige Tarifstruktur Tarmed basiert massgeblich auf Datengrundlagen aus den 1990er Jahren. Obwohl die Tarifpartner die Struktur als nicht mehr sachgerecht empfinden (Gähler, Marty und Scherrer 2013), hat sich der Revisionsprozess als äusserst zäh und langwierig erwiesen. Es ist daher davon auszugehen, dass das in Abschnitt 2.1 unter dem Punkt Anpassungsfähigkeit beschriebene Problem der «trägen Preise» auch im Schweizer Tarmed prävalent ist.

Die Trägheit der Preise mindert über die Zeit die Balance des Tarifsystems. Stark technische Leistungen sind besser vergütet als «gesprächsbasierte» Leistungen. Das Vergütungssystem setzt damit Anreize, mehr technische Leistungen zu erbringen, auch wenn diese für die Gesundheit des Patienten nicht immer die beste Wahl sind. Dies dürfte wesentlich zur Situation beigetragen haben, dass Ärzte von stark technologisch geprägten Fachrichtungen (z. B. Radiologie) im Vergleich zu wenig technologischen Disziplinen wie der Psychiatrie oder Pädiatrie erheblich höhere Einkommen erzielen (Künzi, Strub und Stocker 2011).

2.2.3 Stationäre Leistungen: Fallpauschalen (SwissDRG)⁵

Die stationären Leistungen werden nach einem sogenannten Fallpauschalensystem abgegolten. Patientenfälle werden aufgrund ihrer Charakteristika (v. a. Diagnosen, Behandlungen, Alter etc.) in Gruppen eingeteilt. Für jede Gruppe wird ein Kostengewicht berechnet, welches die Kostenintensität relativ zu anderen Leistungen abbildet (Holzer 2012). Das Kostengewicht wird multipliziert mit dem Basispreis, welcher zwischen den Versicherern und Spitälern verhandelt wird. So ergibt sich eine Pauschale pro Spital und DRG.

Der Grundgedanke hinter dem Fallpauschalenmodell ist, dass innerhalb der DRG medizinisch und kostenmässig homogene Fälle gruppiert werden (Holzer 2012). Für homogene Fälle ist es legitim, alle Fälle der gleichen DRG mit einer Pauschale zu vergüten, welche sich an den durchschnittlichen Kosten innerhalb der DRG orientiert.

Die Gruppierung funktioniert jedoch nicht für alle Fälle gleich gut. Trotz den gleichen Diagnosen gibt es immer gewisse Fälle mit sehr niedrigen Kosten und andere Fälle mit sehr hohen Kosten. Um ihren Einfluss zu entschärfen, wird eine auf der Aufenthaltsdauer basierte Korrektur vorgenommen. Fälle, welche ausserordentlich kurz im Spital liegen, bekommen einen Abschlag am Kostengewicht. Für Fälle, welche sehr lange im Spital liegen, gibt es einen Zuschlag.

⁵ Dieser Abschnitt beschreibt nur das DRG-System in der Schweiz. Eine sehr gute Beschreibung der DRG-System in Europa befindet sich im Buch «Diagnosis-Related Groups in Europe» (Busse, Geissler und Quentin 2011).

In Tabelle 3 ist ein Beispiel aus dem DRG-Katalog dargestellt. Die DRG I47Z hat für Fälle mit Liegezeit von 3 bis 13 Tagen («Inlier») ein Kostengewicht von 1.69. Fälle mit Aufenthaltsdauer von unter drei Tagen gelten als «Kurzlieger»: Pro Tag der Abweichung (von 3 Tagen) wird ein Abschlag von 0.296 auf das Kostengewicht erhoben. Fälle mit einer Aufenthaltsdauer von über 13 Tagen gelten als Langlieger: Pro Tag der Abweichung wird ein Zuschlag von 0.079 auf das Kostengewicht erhoben.

Tabelle 3 Beispiel aus dem DRG-System

DRG	Bezeichnung	Kostengewicht	Erster Tag Abschlag	Abschlag pro Tag	Erster Tag Zuschlag	Zuschlag pro Tag
I47Z	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk oder Revision / Ersatz des Hüftgelenkes partiell oder total mit komplizierendem Eingriff oder Implantation oder Wechsel einer Radiuskopfprothese	1.69	2	0.296	14	0.079

Für die Vergütung des Spitals wird das effektive Kostengewicht (inkl. Zu-/Abschlag für Lang- oder Kurzlieger) mit einem Basispreis multipliziert. Der Basispreis wird zwischen dem Spital und den Versicherern ausgehandelt und durch die Kantonsregierung genehmigt.

Berechnung der Vergütung:

$$\text{Vergütung} = \text{effektives Kostengewicht} * \text{Basispreis}$$

2.2.4 Anreizprobleme der Fallpauschalen nach SwissDRG

Die heutige Ausgestaltung der Vergütung von stationären Leistungen mit einem DRG-System zieht einige Anreizprobleme nach sich:

- **Anreize zur Fallzahlausweitung, besonders in DRG mit hohen Fixkosten**

Die Fallpauschalen nach SwissDRG sind so berechnet, dass auch die Fixkosten (Infrastrukturkosten) abgegolten werden. Den Spitälern bleibt also nach Abzug der fallbasierten Behandlungskosten ein positiver Deckungsbeitrag, den sie in die Infrastruktur reinvestieren können. Dies setzt Anreize, die Fallzahl zu erhöhen, denn so können die Infrastrukturkosten auf mehr Fälle aufgeteilt werden. Dies ist besonders in DRG mit einem hohen Fixkostenanteil der Fall.

- **Geringe Balance an den Schnittstellen führt zu vergütungsgetriebenen Leistungsverlagerungen**

Durch die pauschalierte Finanzierung entstehen Anreize, Leistungen in den ambulanten Bereich oder in eine Nachsorgeeinrichtung (Rehabilitation) zu verschieben. Unerwünscht ist dies dann, wenn es nicht wegen des Patientenwohls, sondern aus vergütungstechnischen Gründen erfolgt.

Ein besonders deutliches Beispiel von geringer Balance sind die ambulant und stationär erbrachten Leistungen des gleichen Spitals. Ambulante Leistungen werden nach Einzelleistungsvergütung abgerechnet, während für stationäre Leistungen eine Pauschale gilt. Für das Spital ist es daher lukrativ, möglichst viele Leistungen kurz vor oder kurz nach dem Spitalaufenthalt ambulant zu erbringen. Würden die besagten Leistungen zum Zeitpunkt der Be-

rechnung der Kostengewichte noch mehrheitlich stationär erbracht, sind sie noch im Kostengewicht enthalten. Es erfolgt dann eine doppelte Vergütung.

- **Bei Hochkostenfällen ist ein guter Fit in einem reinen Fallpauschalensystem kaum zu erreichen. Dies ist für die Spitäler ein finanzielles Risiko. Zudem verzerrt es den Wettbewerb und schafft Gewinne durch Patientenselektion.**

Ein Fallpauschalensystem vergütet Fälle nach den durchschnittlichen Kosten einer vergleichbaren Patientengruppe, unabhängig von den tatsächlichen Kosten eines Aufenthaltes. Es gibt jedoch eine kleine Minderheit an Patienten, die einen wesentlich höheren Leistungsbedarf hat (Hochkostenfälle). In der Fachliteratur wird dieses Phänomen als die «rechtschiefe Verteilung» der Gesundheitskosten beschrieben (vgl. z. B. Beck 2013).

Selbst nach der Langliegerkorrektur sind die Hochkostenfälle häufig sehr stark unterfinanziert. Daraus ergeben sich drei Probleme. Erstens sind Hochkostenfälle für die Spitäler mit finanziellen Risiken verbunden. Um dieses Risiko abzudecken, müssen die Spitäler über ausreichende Reserven verfügen. Die Reservehaltung kann sehr kostspielig sein, denn anders als beispielsweise grosse Krankenversicherer verfügen Spitäler nicht über ein grosses Patientenkollektiv, mit welchem die Hochrisiken gebündelt («gepooled») werden können (Lüthi, Mandl und Widmer 2015).

Das zweite Problem sind Wettbewerbsverzerrungen, wenn die Hochkostenfälle nicht zufällig auf die Spitäler verteilt sind. Es ist im Sinne des Patientenwohls, wenn die schwersten Fälle an entsprechend ausgestattete Endversorger (beispielsweise Universitätsspitäler) überwiesen werden. Werden die Hochkostenfälle jedoch nicht ausreichend entschädigt, ergibt sich für die Endversorger ein systematischer Verlust.

Das dritte Problem sind die Anreize zur Patientenselektion. Hochkostenfälle, welche keine Langlieger sind, gehen in die Berechnung des Kostengewichtes ein und beeinflussen dieses nach oben. Falls bestimmte Spitäler aber kaum Hochkostenfälle behandeln (was wie erwähnt im Sinne des Patientenwohls erwünscht sein kann) sind die Kostengewichte für diese Spitäler zu hoch angesetzt, ihnen entsteht ein systematischer Gewinn. Gewinne indes sollten durch effizientes Wirtschaften und nicht durch die reine Patientenauswahl begründet werden. Es liegt nicht im Interesse der Solidargemeinschaft, den Spitälern Gewinne aufgrund von Patientenselektion zu finanzieren.

- **DRG mit kleinen Fallzahlen bergen grosse Risiken für die Spitäler**

Das Spital erzielt ein ausgeglichenes Finanzergebnis, wenn seine tatsächlichen Kosten im Durchschnitt den berechneten Pauschalen entsprechen. Nach dem Gesetz der grossen Zahlen ist dies umso wahrscheinlicher, je grösser die Anzahl Fälle mit der gleichen DRG im Spital ist. Kleinere DRG hingegen (mit weniger Fallzahlen) bilden ein Risiko für das Spital, denn die Kosten können rein durch zufällige Schwankung stark über der Vergütung liegen. Akzentuiert wird dies durch eine bestehende Asymmetrie zwischen möglichem Gewinn und Verlust pro Fall. Während ersterer dadurch beschränkt ist, dass die Vergütung fix ist und die Kosten nicht kleiner als null werden können, kann der Verlust beliebig hoch ausfallen, da die Kosten nach oben kaum begrenzt sind. Für das Tragen dieses Risikos werden die Spitäler nicht entschädigt. Wettbewerber, die diese DRGs anbieten, sind dadurch benachteiligt.

2.3 Fehlanreize bei der heutigen Finanzierung

Auch bei der Finanzierung des Gesundheitswesens gibt es grundsätzliche Unterschiede zwischen den ambulanten und den stationären Leistungen.

2.3.1 Ambulante Leistungen der Ärzte und Spitäler: Monistisch durch die Versicherer

Die Finanzierung der ambulanten Leistungen obliegt vollständig den Krankenversicherern, welche auch die Tarifverhandlungen führen und eine Kontrolle der Rechnungen vornehmen. Die Zuzahlungen der Patienten können indes erheblich sein, bezahlen diese doch bis zum Erreichen ihrer Franchise 100 Prozent der Leistung und danach einen Selbstbehalt von 10 Prozent der Leistungen bis zu einer Obergrenze von CHF 700.

2.3.2 Stationäre Leistungen der Spitäler: Dual Fix

Nach Art. 49a KVG werden die Kosten für fallbezogene, stationäre Spitalleistungen anteilmässig durch die Versicherer und die Kantone getragen, wobei der Kantonsanteil mindestens 55 Prozent betragen muss.

Zusätzlich ist der Kanton verpflichtet, Beiträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen an die Spitäler auszurichten, die nicht durch die OKP vergütet werden sollen (z. B. Notfallaufnahme oder Forschung und Lehre). Der Begriff «gemeinwirtschaftliche Leistungen» ist dabei allerdings nicht klar definiert, was dazu geführt hat, dass die einzelnen Kantone den Begriff sehr unterschiedlich auslegen. Die tatsächlich durch die Kantone finanzierten stationären Kosten unterscheiden sich dadurch teilweise substanziell zwischen den Kantonen (Widmer und Telser 2013).

2.3.3 Anreizprobleme bezüglich der Finanzierung

Die heutige Finanzierung des schweizerischen Gesundheitswesens zieht einige Anreizprobleme nach sich:

- **Mangelnde Balance zwischen ambulanten und stationären Leistungen reduziert die Transparenz und die Innovationsanreize**

Die unterschiedliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen reduziert die Ausgabentransparenz. Während Kosten für ambulante Leistungen vollständig in den Krankenkassenprämien sichtbar werden, sind Kosten für stationäre Leistungen teilweise in den kantonalen Steuern enthalten. Dies mindert die Innovationsanreize im Prämienwettbewerb. Schafft es beispielsweise ein Versicherer oder eine Managed-Care-Organisation mit intensiver ambulanter Betreuung, Patienten aus dem Krankenhaus fernzuhalten, wird der resultierende Spareffekt in seinen Prämien nicht oder nur zum Teil sichtbar (Leu 2004).

- **Mangelnde Balance zwischen ambulanten und stationären Leistungen begünstigt spezifische Behandlungsart je nach Finanzierer**

Die unterschiedliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen führt dazu, dass – immer wenn eine Leistung entweder ambulant oder stationär erbracht werden kann – die Art der Leistungserbringung für die Finanzierer eine Rolle spielt. Krankenversicherer können in solchen Fällen eine stationäre Leistungserbringung vorziehen, weil sie dann nur 45 Prozent der Kosten tragen müssen (anstelle von 100 Prozent im ambulanten Bereich). Für die Kantone wirken die Anreize genau umgekehrt. Rein aus finanzieller Sicht hätten sie

ein Interesse an ambulanter Leistungserbringung, da sie dort keine Kosten mittragen müssen.

- **Unklare Rolle der Kantone bei der Tarifverhandlung und Rechnungsprüfung**

Grundsätzlich werden nach Art. 43 KVG die Tarife und Preise zwischen den Versicherern und den Leistungserbringern ausgehandelt. Die Kantonsregierungen sind mit der Genehmigung der Tarife beauftragt. Da der Kanton aber einen Grossteil der stationären Leistungen finanziert und zugleich einen Teil der Spitäler selbst besitzt (siehe Abschnitt «Versorgungsstruktur»), sind die Kantonsregierungen keine neutralen Genehmigungsbehörden. Dies führte in Vergangenheit immer wieder zu Unklarheiten oder sogar Rechtsstreitigkeiten vor Bundesverwaltungsgericht.

Unklar ist die Aufgabenteilung der Kantone und der Versicherer auch in Bezug auf die Rechnungsprüfung. Nach der dual-fixen Vergütung wird jede Rechnung von zwei Akteuren gemeinsam bezahlt. Es dürfte aber kaum effizient sein, wenn die Rechnungsprüfung auch von beiden Akteuren vorgenommen wird.

- **Wettbewerbsverzerrungen durch unterschiedliche kantonale Regelung**

Ein erklärtes Ziel der neuen Spitalfinanzierung war es, den Patienten die freie Spitalwahl über die Kantonsgrenzen hinaus zu ermöglichen (Bundesrat 2004b). Darum sollte sowohl die Tarifstruktur als auch der durch die Kantone finanzierte Anteil vereinheitlicht werden. Die Vereinheitlichung ist aber nicht vollständig, da die Kantonsregierungen über die Finanzierung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen oder mit Beiträgen an die Infrastruktur ihre Spitäler finanziell unterstützen (Widmer und Telser 2013).

2.4 Fehlanreize in der heutigen Versorgungsstruktur

2.4.1 Ambulante Leistungen: Kontrahierungszwang als prägendes Element

Die ambulante Versorgung in der Schweiz gewährt den Patienten und Leistungserbringern grosse Wahlfreiheit. Ein prägendes Element ist dabei der sogenannte Vertragszwang. Alle niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen dürfen Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung abrechnen und dazu den kollektiv ausgehandelten Einzelleistungstarif TARMED verwenden. Die Versicherer als Sachwalter der Solidargemeinschaft haben kaum Möglichkeiten, die Leistungsmenge einzuschränken.

Im KVG wurde jedoch ein wettbewerbliches Instrument zur Einschränkung des Angebots verankert, nämlich sogenannte «besondere Versicherungsformen» oder umgangssprachlich Managed-Care-Verträge. Die Managed-Care-Verträge erlauben es den Versicherern, Modelle mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers anzubieten und dafür Prämienrabatte zu gewähren. Innerhalb der Managed-Care-Verträge sind Versicherer und Leistungserbringer frei, eine vom Tarmed abweichende Vergütung zu vereinbaren. Dies sind häufig Modelle mit «Budgetmitverantwortung», d. h. die Verantwortung für die Kosten eines Kollektivs von Versicherten wird von den Leistungserbringern und Versicherern gemeinsam getragen. Im Jahre 2014 waren rund 24 Prozent der OKP-Versicherten in einem Modell mit Budgetmitverantwortung versichert.

Neben diesem wettbewerblichen Instrument existierte von 2001-2011 und 2013-2016 ein steuerbasiertes Element in der Versorgungsstruktur in Form von Einschränkungen bei der Zulassung von neuen Leistungserbringern. Aktuell diskutiert das Parlament über die zukünftige Gestaltung der Angebotssteuerung im ambulanten Bereich.

2.4.2 Fehlanreize bezüglich der Versorgungsstruktur ambulant

Die heutige Ausgestaltung der ambulanten Versorgungsstruktur zieht einige Anreizprobleme nach sich:

- **Durch den Vertragszwang und die einheitliche Vergütung hat sich das Angebot nur im limitierten Mass am Bedarf auszurichten.**

In vielen Märkten ausserhalb des Gesundheitswesens wird das Angebot an Leistungserbringern durch die Nachfrage bestimmt. Gibt es in einem Gebiet oder in einer Spezialisierung eine Unterversorgung, steigen dort die Preise und locken neue Anbieter an. Falls in einem Gebiet eine Überversorgung herrscht, verhält es sich umgekehrt. Solche Ausgleichsmechanismen werden in der ambulanten Gesundheitsversorgung durch den Kontrahierungszwang und die einheitliche Vergütung verhindert, was z. B. mit dazu beiträgt, dass es kaum einen Mangel an Spezialisten in urbanen Gebieten gibt, aber Allgemeinpraktiker auf dem Land gesucht sind.

- **Falls mehr Ärzte tätig sind, als zur Versorgung der Bevölkerung notwendig, werden die Anreize zur Mengenausweitung maximiert.**

In Abschnitt 2.2.1 haben wir beschrieben, dass die Vergütung der ambulanten Leistungserbringer finanzielle Anreize zur Mengenausweitung setzt. Dieser Anreiz ist dann am grössten, wenn mehr (Fach-)Ärzte in einem geographischen Gebiet tätig sind, als zur Versorgung der Bevölkerung notwendig wären. Aufgrund des Kontrahierungszwangs kann eine solche Situation über längere Zeit bestehen bleiben.

- **Der Kontrahierungszwang führt dazu, dass Ärzte zu wenig Anreize haben, in alternativen Versorgungsformen wie Managed Care zu arbeiten.**

Durch den Kontrahierungszwang haben die Ärzte zu einem gewissen Grad eine Berufsgarantie. Sie können ihren Beruf zu Lasten der Solidarversicherung ausüben. Dies führt dazu, dass viele Ärzte keine Anreize haben, in alternativen Versorgungsformen wie z. B. Health Maintenance Organizations (HMO) zu arbeiten. Dies behindert die Ausbreitung von potenziell kostensenkenden Managed-Care-Angeboten.

2.4.3 Stationäre Leistungen: Kantonale Spitallisten

Die Kantone schliessen Leistungsvereinbarungen mit inner- und ausserkantonalen Spitälern ab. Diese Spitäler kommen dann auf die kantonale Spitalliste. Von ihnen erbrachte Leistungen werden vollständig vom Wohnkanton und der OKP übernommen. Die Leistungsvereinbarungen können Anforderungen bezüglich Leistungsumfang, Qualitätssicherung oder Aus- und Weiterbildung enthalten.

Die Patienten können sich in Spitälern behandeln lassen, die auf der Spitalliste eines anderen Kantons stehen. Solange die Tarife dort nicht höher sind als der «Referenztarif», muss der Patient mit Ausnahme der ordentlichen Kostenbeteiligungen nichts dazuzahlen. Liegen die ausserkantonalen Tarife jedoch über dem Referenztarif, muss der Patient die Differenz selbst berapen. Der Referenztarif ist nach KVG Art. 41 der Tarif, welcher in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt. Diese Regelung wird in den Kantonen unterschiedlich umgesetzt. So gibt es Kantone, welche einen einheitlichen Referenztarif festlegen, der sich an den untersten Tarifen im Kanton orientiert, während andere Kantone nach Leistungsgruppe abgestufte Referenztarife zulassen. Letzteres erleichtert es auch Patienten, welche hochspezialisierte medizinische Leistungen benötigen, ein Spital ausserhalb des Kantons zu wählen.

2.4.4 Fehlanreize bezüglich der Versorgungsstruktur stationär

Die heutige Ausgestaltung der stationären Versorgungsstruktur zieht einige Anreizprobleme nach sich:

- **Mehrfachrolle der Kantone**

Viele Kantone besitzen eigene Spitäler. Damit nehmen sie im Spitalwettbewerb eine einzigartige Stellung ein, haben sie doch gleichzeitig Hoheitsfunktionen wie die Gestaltung der Spitalliste und treten auf dem Markt als Anbieter auf. Dies kann dazu führen, dass die Bedürfnisse der eigenen Spitäler höher gewichtet werden als die Bedürfnisse der Patienten oder der Solidargemeinschaft. Beispielsweise könnten eigene Spitäler bei der Definition der Spitalliste bevorzugt werden, obwohl ein Mitbewerber ein besseres Preis-Leistungs-Verhältnis anbietet.

Die Mehrfachrolle der Kantone ist insbesondere dann problematisch, wenn ein Denken in grösseren Versorgungsregionen angebracht wäre, z. B. wenn die Fallzahlen zu klein sind, als dass ein Angebot in jedem Kanton zweckmässig ist. Aus Standortinteressen oder politischen Gründen könnten trotzdem innerkantonale Anbieter bevorzugt werden.

Interessenskonflikte bestehen auch bei kantonseigenen Spitälern, welche auf der Spitalliste eines anderen Kantons stehen. Hat ein solches Spital viele ausserkantonale Patienten, welche in ihrem Heimkanton keine geeignete Behandlungsmöglichkeit haben, ist es für den entsprechenden Kanton attraktiv, hohe Basispreise zu genehmigen, denn diese werden grossteils durch die Versicherer und die Steuerzahler anderer Kantone bezahlt. Umgekehrt ist es für Kantone aus regionalpolitischen Gründen attraktiv, den Referenztarif, welchen sie ausserkantonalen Spitälern bezahlen, eher niedrig anzusetzen. So können die Patienten motiviert werden, ein Spital im Wohnkanton zu wählen, da sie ansonsten die Differenz des ausserkantonalen Tarifs zum Referenzpreis aus der eigenen Tasche begleichen müssten. Dies begünstigt die Spitäler im eigenen Kanton.

- **Spitalliste kann Mengenausweitung fördern**

Einen weiteren Anreiz zur Fallzahlausweitung setzt in einigen Kantonen die Spitalliste. Um gewisse Leistungsaufträge zu erhalten, müssen die Spitäler aus Qualitätsüberlegungen eine ausreichend hohe Fallzahl aufweisen. Bei Spitälern, die eine Fallzahl knapp an der Grenze aufweisen, kann dies zu Anreizen zur Fallzahlausweitung führen.

- **Monopolistische Anbieter (z. B. Spitalnetzwerke) generieren Marktmacht**

In zahlreichen Kantonen haben sich die öffentlichen Spitäler zu einem Spitalnetzwerk zusammengesetzt. Die daraus resultierende Marktkonzentration eröffnet die Gefahr, dass die Spitalplanung zu stark auf die Wünsche der Spitalgruppe und nicht mehr auf eine optimale Versorgung der Bevölkerung ausgerichtet wird. Sollten sich bei der Spitalgruppe über die Zeit Effizienz- oder Qualitätsprobleme ergeben, haben die Patienten kaum Möglichkeiten, einen anderen Anbieter zu wählen.

3 Reformvorschläge

3.1 Ziele Reformvorschläge

Aus der Analyse der aktuellen Ausgestaltung der Finanzierung und der Vergütungssysteme im schweizerischen Gesundheitswesen leiten wir die folgenden allgemeinen Ziele her, die eine Reform anstreben sollte, damit die heutigen Fehlanreize möglichst reduziert werden können.

- **Ziel 1: Verbesserung der Balance durch gleiche Regulierung von ambulanten und stationären Leistungen**

Bei allen drei Aspekten Finanzierung, Vergütung und Versorgungsstruktur unterscheiden sich ambulante und stationäre Leistungen deutlich. Dies erscheint im Kontext der heutigen Medizin aus mehreren Gründen nicht mehr zweckmässig. Erstens wird ein Grossteil der Gesundheitsleistungen aufgrund chronischer Leiden bezogen. Die Koordination über den gesamten Behandlungsprozess wird bei solchen Fällen als Schlüsselfaktor zum Behandlungserfolg angesehen (Wagner et al. 2001). Eine unterschiedliche Finanzierung und Vergütung der ambulanten und stationären Leistungen sind dazu kaum förderlich. Zweitens kann ein Teil der Leistungen sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden, und durch den technologischen Wandel verändert sich diese Grenze laufend. Die heutigen Rahmenbedingungen führen zu Leistungsverlagerung, die vergütungs- oder finanzierungsgetrieben sind, und nicht einer optimalen Behandlung des Patienten entsprechen.

- **Ziel 2: Mehr Gestaltungsspielraum für die Verhandlungspartner**

Sowohl die technologischen (z. B. Digitalisierung) also auch die sozialen (z. B. Demographie) Umstände des Gesundheitswesens sind im steten Wandel (Eling 2016). In einem so dynamischen Umfeld ist es besonders wichtig, dass die Akteure an der Basis genügend Gestaltungsspielraum für Innovationen haben. Innovative Versorgungsformen können in einem Teil des Marktes ausprobiert werden und setzen sich nur durch, wenn sie ein gutes Preis-Leistungs-Verhältnis bieten können.

Die heutigen Tarifstrukturen, die national einheitlich sind, können nur sehr langfristig angepasst werden.⁶ So findet Innovation besonders im medizin-technologischen Bereich statt, kostensparende Prozessinnovationen wie elektronische Patientendossiers haben jedoch einen schweren Stand (Robinson und Smith 2008).

- **Ziel 3: Klare Aufgabenteilung zwischen den Leistungsfinanzierern**

Die Leistungsfinanzierer sollen ihre Rolle als Sachwalter der Solidargemeinschaft in Verhandlungen über Vergütung und Versorgungsstruktur wahrnehmen können. Dies ist im Moment besonders im stationären Bereich dadurch erschwert, dass die Vergütung anteilmässig durch die Versicherer und die Kantone erfolgt.

- **Ziel 4: Verbesserung des Fit in der Vergütung von stationären Leistungen (DRG)**

Das heutige Vergütungssystem für stationäre Leistungen funktioniert für viele Fälle gut, sollte aber bei Hochkostenfällen und DRG mit kleinen Fallzahlen beziehungsweise hohen Vorhalteleistungen weiter verbessert werden (vgl. Absatz 2.2.4).

⁶ Im ambulanten Bereich gibt es im Rahmen der Managed-Care-Verträge Möglichkeiten, von der einheitlichen Struktur abzuweichen. Es ist jedoch nicht einfach, Leistungserbringer, welche ohne Einschränkungen über den TARMED abrechnen könnten, von ihren Nutzen zu überzeugen.

- **Ziel 5: Verbesserung der Transparenz und der Anpassungsfähigkeit in der Vergütung von ambulanten Leistungen (TARMED)**

Aufgrund des raschen technologischen Fortschritts in der Medizin muss die Tarifstruktur regelmässig angepasst werden, um langfristig sachgerecht zu bleiben. Die Tarifstruktur TARMED hat sich als äusserst zäh in der Anpassung erwiesen (vgl. Absatz 2.2.2).

- **Ziel 6: Administrierbarkeit des System beibehalten**

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass ein Zielkonflikt zwischen Flexibilität und Anpassungsfähigkeit (Ziele 2 und 5) auf der einen Seite und einer einfachen Administrierbarkeit des Systems auf der anderen Seite besteht. Es wird beispielweise kaum zweckmässig sein, wenn Verhandlungseinheiten, welche innovative Versorgungsmodelle austesten wollen, ein Vergütungssystem von Grund auf neu erfinden.

3.2 Unterscheidung der Leistungen nach «frei-verhandelbaren» Leistungen (Liste A) und «gesteuerten» Leistungen (Liste B)

Das Schweizer Gesundheitswesen zeichnet sich durch einen Mix aus wettbewerblichen und gesteuerten Elementen aus. Dies hat sich bewährt und es ist unbestritten, dass beide Konzepte weiterhin eine wichtige Rolle spielen sollen. Um die Ziele eins bis drei in Abschnitt 3.1 zu erreichen, schlagen wir daher vor, die Leistungen⁷ danach einzuteilen, welche Regulierungsform für sie am geeignetsten erscheint.⁸

1. «frei verhandelbare» Leistungen (Liste A). Die Regulierung ist nach wettbewerblichen Grundsätzen ausgerichtet.
2. «Gesteuerte Leistungen» (Liste B): Die Vergabe und Vergütung hat nach transparenten Kriterien zu erfolgen.

Die Kompetenz zur Definition der Listen sollte (analog zur Definition des Grundleistungskatalogs) dem Bund übertragen werden, zum Beispiel dem BAG unter Beratung der Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen (ELGK).

Im Folgenden werden wir die Kriterien für die Unterscheidung der beiden Listen sowie die grundsätzliche Ausgestaltung in Bezug auf Vergütung und Versorgungsstruktur beschreiben. Die nachfolgenden Ausführungen sind noch relativ allgemein gehalten, um das grundlegende Konzept zu beschreiben. Für eine Operationalisierung wäre ein Lernprozess unter Einbezug von Experten aus verschiedenen Fachrichtungen nötig, was den Rahmen dieses Berichtes sprengen würde.

Die beiden Listen sollen ausserdem bewusst durchlässig sein, so dass Leistungen jederzeit anders gelistet werden können, wenn dies angebracht oder nötig erscheinen sollte (z. B. bei Fortschritten in der Medizintechnologie).

⁷ Grundsätzlich gehen wir hier von Leistungen aus, wie sie derzeit in den Vergütungssystemen TARMED und SwissDRG definiert sind. Es können aber auch andere Definitionen zur Anwendung kommen.

⁸ In den Niederlanden wird bei den Leistungen der Spezialärzte und Spitäler nach «frei verhandelbaren» und «budgetierten» Leistungen unterschieden. Das System ist im Anhang 6.1 beschrieben.

3.2.1 Liste A: «frei verhandelbare» Leistungen

Kriterien für «frei verhandelbare» Leistungen der Liste A

Folgende Kriterien bieten sich aus unserer Sicht an, damit Leistungen der Liste A zugeteilt und damit dem Wettbewerb ausgesetzt werden können. Die Kriterien sollten dabei kumulativ erfüllt sein.

- **Ausreichende Fallzahl**

Die Fallzahl ist aus zwei Gründen entscheidend: Erstens muss der Markt gross genug sein, damit mehrere Anbieter überhaupt zweckmässig sind und ein Wettbewerb unter ihnen entstehen kann. Zweitens sorgt eine ausreichende Grösse auch dafür, dass Informationen beispielsweise bezüglich Qualitätsunterschieden aussagekräftiger werden und damit einfacher der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden können.

- **Ausreichend homogen im Ressourcenbedarf**

Um Verhandlungen über den Preis einer Leistung zu führen, muss diese definierbar und – zumindest weitgehend – standardisierbar sein. Wird ein einheitlicher Preis festgesetzt, während grosse Unterschiede im Leistungsbedarf bestehen, werden Anreize zur Patientenselektion geschaffen.

- **Planbar**

Eine Leistung sollte planbar sein. Das heisst insbesondere, dass der Patient in der Lage sein sollte, einen Anbieter zu wählen und auch allfällige Warte- oder Wartezeiten zumutbar sind.

In Bezug auf die Planbarkeit könnte man sich eine Ausnahme bei der Kumulierbarkeit der Kriterien vorstellen. Insbesondere leichtere Akutfälle könnten auch unter die frei verhandelbaren Leistungen fallen, solange die beiden erstgenannten Kriterien erfüllt sind.

Vergütung und Versorgungsstruktur: Liste A

Die Vergütung und Versorgungsstruktur der frei verhandelbaren Leistungen sollen nach wettbewerblichen Grundsätzen ausgestaltet werden. Für konkrete Ausgestaltungsmöglichkeiten hat die Arbeitsgruppe (Oggier 2003) Vorschläge entwickelt, die teilweise durch den Bundesrat in der «Botschaft 04.032» vom 26. Mai 2004 übernommen wurden (Bundesrat, 2004a). Die Gestaltung soll sich an folgenden Grundsätzen orientieren:

- **Vertragsfreiheit für Versicherer und Leistungserbringer**

Die Versicherer und die Leistungserbringer verhandeln über den Leistungsumfang, die Vergütung und zu erreichende Qualitätsstandards. Sie dürfen Vereinbarungen über Bündel von Leistungen treffen, auch bezüglich ambulanter und stationärer Leistungen. Die Vergütung kann abgestuft werden, wenn mehr als eine im Voraus definierte Menge an Fällen behandelt wurden, weil bei höheren Fallzahlen die Fixkosten bereits gedeckt sind.

- **Kantone können Mindestanzahlen festlegen**

Um die Versorgungssicherheit zu gewährleisten, können die Kantone eine Mindestanzahl an Leistungserbringern pro Spezialität festlegen, die innerhalb einer definierten Weg- oder Wartezeit unter Vertrag genommen werden müssen.

- **Das Kartellgesetz ist uneingeschränkt anwendbar**

Bei allen Wettbewerbssystemen besteht grundsätzlich die Gefahr von Missbrauch, wenn Marktteilnehmer versuchen Marktmacht (z. B. durch Monopolisierung oder Marktabsprachen) aufzubauen. Dafür existiert in der Schweiz das allgemeine Wettbewerbsrecht, insbesondere das Kartellgesetz, welches das Bilden von Marktmacht verhindern soll. Für die Liste A sollte das allgemeine Wettbewerbsrecht anwendbar sein und einer sektorspezifischen Regulierung vorgezogen werden.

3.2.2 Liste B: gesteuerte Leistungen

Kriterien für «regulierte Leistungen» der Liste B

Folgende Kriterien bieten sich aus unserer Sicht an, damit Leistungen der Liste B zugeteilt und damit prinzipiell gesteuert werden sollen. Die Kriterien müssen hier nicht zwingend kumulativ erfüllt sein.

- **Schwere, nicht planbare Akutleistungen (schwere Notfälle)**

Bei schweren, nicht planbaren Akutleistungen soll – je nach Bedarf – der geografisch bestgelegene, medizinisch qualifizierte Anbieter gewählt werden können. Sowohl aus Aspekten der Behandlungsqualität als auch aus Fairness wird es nicht zweckmässig sein, dass sich in diesen Fällen die Deckungen zwischen den im Wettbewerb stehenden Versicherern unterscheiden.

- **Fallzahl zu gering, als dass ein Wettbewerb unter den Leistungserbringern sinnvoll ist**

Bei Leistungen mit sehr geringen Fallzahlen (z. B. Spitzenmedizin, Behandlung von seltenen Krankheiten) ist eine Versorgung durch wenige spezialisierte Anbieter effizient. Wenn diese zueinander im Wettbewerb stehen, wird dies eher kostentreibend wirken, als die optimale Behandlung der Patienten zu fördern. Jeder Standort wird bestrebt sein, möglichst viele der raren Patientenfälle bei sich behandeln zu können, selbst wenn der spezifische Patient vielleicht andernorts besser betreut werden könnte.

- **Hohe Vorhalteleistungen**

Bei seltenen Leistungen mit hohen Infrastrukturkosten machen die Vorhalteleistungen einen grossen Teil der Ausgaben aus. Die Gesamtbevölkerung profitiert aber davon, dass die entsprechenden Behandlungen im Ernstfall durchgeführt werden könnten. Diese Leistungen haben also Optionsgutcharakter (Breyer, Zweifel und Kifmann 2013, S. 184).⁹

- **Innovative Technologien, deren Nutzen noch nicht ausreichend erwiesen ist oder die Datengrundlagen zu einer Preissetzung im Tarifsysteem noch nicht gegeben ist**

Bereits heute werden unter bestimmten Umständen «Leistungen in Evaluation» (Coverage with Evidence Development, CED) in den Grundleistungskatalog der OKP aufgenommen, bei denen der Nutzen noch nicht ausreichend erwiesen ist (Brügger und Gratwohl 2015). In unserem Vorschlag könnte dies auch für Leistungen gelten, bei welchen zwar der medizini-

⁹ Ein sehr anschauliches Beispiel eines Optionsgutes aus jüngster Zeit war die Behandlung von Ebola-Patienten. Aufgrund der Bedrohungslage wurden die Universitätsspitäler angehalten, eine Infrastruktur zur Behandlung von Ebola aufzubauen. Glücklicherweise musste jedoch kein Fall behandelt werden. Die Bevölkerung hat aber trotzdem einen Nutzen daraus, dass die Schweiz im Extremfall vorbereitet gewesen wäre.

sche Nutzen nachgewiesen ist, aber die Datengrundlagen zur Tarifierung noch nicht vorliegen.

Vergütung und Versorgungsstruktur: Liste B

Die gesteuerten Leistungen sollen für alle Bürger gleich geregelt sein, mit möglichen Unterscheidungen zwischen Versorgungsregionen. Die entsprechenden Vereinbarungen mit den Leistungserbringern sollen von dem Akteur getroffen werden, welcher auch die Finanzierungsverantwortung trägt. Dafür kommen entweder die Krankenversicherer oder die Kantone in Frage (vgl. Umsetzungsvarianten unten). Die Leistungen auf der Liste B können zwischen diesen Akteuren aufgeteilt werden. Wichtig ist jedoch, dass jeder Leistung genau ein Finanzierer gegenübersteht (Monismus pro Leistung).

Bei der Vergütung und Versorgungsstruktur der Leistungen der Liste B sind verschiedene Umsetzungsformen denkbar. Die Wahl hängt dabei davon ab, weshalb eine Leistung der Liste B zugeordnet ist. So sind beispielsweise Leistungen aus dem Bereich der Spitzenmedizin anders zu regulieren als neue Leistungen in Evaluation, von welchen eine flächendeckende Verbreitung erwartet wird. Folgende Varianten sind denkbar:

- **Regelmässige Ausschreibungen («anfechtbares Monopol»)**

Wird ein Leistungsauftrag nur an wenige Leistungserbringer vergeben, wird dieser durch die Einkaufsgemeinschaft regelmässig (z. B. alle 5 bis 10 Jahre) ausgeschrieben. Ein solches System wird in der Fachliteratur als «anfechtbares Monopol» («contestable monopoly») bezeichnet. Wegen den hohen Infrastrukturkosten ist grundsätzlich ein monopolistischer Anbieter zweckmässig. Der bisherige Auftragnehmer («Incumbent») ist bei jeder Ausschreibung in einer sehr starken Position. Trotzdem erzeugt die Ausschreibung einen gewissen Wettbewerbsdruck. Beispielsweise können bestimmte Behandlungen durch den technologischen Fortschritt über die Zeit wesentlich unkomplizierter und günstiger werden. Ein monopolistischer Anbieter hätte kaum Anreize, dem Finanzierer diese Entwicklung offenzulegen und eine Senkung der Tarife zu erwirken. Unter dem Druck der Ausschreibung entsteht aber ein Anreiz, diese Transparenz zu schaffen.

- **Verbandsverträge (Tarifpartnerschaft)**

Sollen alle befähigten Leistungserbringer die Leistung abrechnen dürfen, so wird ein Vertrag mit dem entsprechenden Leistungserbringerverband ausgehandelt. Auch die Krankversicherer verhandeln diese Leistungen in Verbänden, wie dies im heutigen System der Tarifpartnerschaft der Fall ist.

- **Pflicht zur Datenbereitstellung für Evaluationsstudien**

Bei Innovationen unter Evaluation werden Leistungserbringer, Patienten und Finanzierer verpflichtet, der mit der Evaluation betrauten Stelle die notwendigen Daten zur Verfügung zu stellen. Auf dieser Datenbasis gewonnene Erkenntnisse sind öffentlich zu publizieren. Unter der Wahrung des Datenschutzes sind die Rohdaten auch anderen Forschungseinrichtungen zur Verfügung zu stellen.

Abbildung 3 gibt einen Überblick über den Reformvorschlag, die Leistungen zwei Listen, A und B, zuzuteilen, die entweder dem Wettbewerb geöffnet oder regulatorisch gesteuert werden sollen.

Abbildung 3 Überblick über Liste A und Liste B

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

3.3 Obligatorische Rückversicherung für Hochkostenfälle in Spitälern

Zur Erreichung des Ziels Nummer 4 (besserer Fit bei der Vergütung von stationären Leistungen) empfehlen wir im Bereich der frei verhandelbaren Leistungen eine Rückversicherung für Hochkostenfälle, welche für alle Spitälern obligatorisch ist. Liegen die Kosten eines Patientenfalls über einer bestimmten Schwelle, so werden die darüber liegenden Kosten anteilmässig (z. B. zu 90 Prozent) durch die Rückversicherung bezahlt. Spitälern müssen die Rückversicherung mit einer Prämie finanzieren, welche sich an den Leistungskosten über der Schwelle in der gesamten Patientenpopulation orientiert. So wird ein Ausgleich zwischen Spitälern mit wenigen und Spitälern mit vielen Hochkostenfällen erreicht. Mögliche Gewinne durch Patientenselektion werden reduziert.

Ein solches Vergütungssystem wird in der Fachliteratur als «Mixed Payment System» bezeichnet (Ellis und McGuire 1986; Newhouse 1996). Es ist deswegen «gemischt», weil ein pauschaliertes Element mit hoher Power, die Fallpauschalen, kombiniert wird mit einer Kostenrückerstattung, welche einen hohen Fit aufweist. Im US-amerikanischen Medicare-System, wo schon Anfang der 1980-er Jahre ein diagnosebasiertes Fallpauschalensystem eingeführt wurde, besteht ebenfalls eine Rückversicherung für Hochkostenfälle.¹⁰

Wir sehen mehrere Vorteile einer obligatorischen Rückversicherung für Hochkostenfälle in Spitälern. Erstens werden die unter Abschnitt 2.2.4 beschriebenen Nachteile des DRG-Systems gemindert. Da selektionsbedingte Gewinne reduziert werden, ist eine Senkung der gesamten Ausgaben für die Finanzierer zu erwarten. Als kostenbasiertes Mittel weist die Rückversicherung zudem eine sehr hohe Balance auf: Unabhängig davon, mit welchen Leistungen die hohen Kosten erzielt werden, sie werden mit der Rückversicherung immer gleich vergütet. Damit entstehen keine Anreize, eine bestimmte Leistungskategorie strikt vorzuziehen. Dies ist beispielsweise anders als bei Zusatzentgelten, welche für bestimmte medizinische Leistungen bezahlt werden und welche seit 2012 vermehrt im DRG-System zu finden sind. Bei solchen Entgelten gibt der Finanzierer vor, zu wissen, welches die Kostentreiber sind und bezahlt entsprechend höhere Vergütungen, wenn eine bestimmte Leistung beobachtet wird. Er setzt so Anreize, möglichst häufig die mit Zusatzentgelten versehenen Leistungen in Anspruch zu nehmen, auch wenn diese nicht immer medizinisch optimal sind.

¹⁰ Für eine Beschreibung der Rückversicherung in Medicare vgl. Anhang 6.2.

Ein Nachteil jedes Systems mit Kostenerstattung ist, dass der Kostensparanreiz reduziert wird (geringe Power). Wir schätzen diesen Effekt bei einer Rückversicherung, welche einen Anteil der zusätzlichen Kosten ab einer bestimmten Schwelle vergütet, jedoch als eher gering ein. Erstens werden keine Gewinne bezahlt, sondern lediglich die Kosten vergütet. Zweitens hat das System wenige «Schwelleneffekte», welche zu problematischen Anreizen führen könnten. Wenn ein Patient (bzw. seine Kosten) eine solche Schwelle überschreitet, wird zwar ein Grossteil der *zusätzlichen* Kosten von der Rückversicherung übernommen, die Kosten bis zur Schwelle gehen aber weiterhin voll zu Lasten des betroffenen Spitals. Mit den Hochkostenfällen werden Spitäler also weiterhin einen Verlust erwirtschaften.

Tabelle 4 Vor- und Nachteile der Rückversicherung für Hochkostenfälle in Spitälern

Vorteile	Nachteile
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verminderung des Risikos für die Spitäler ▪ Verminderung der Gewinne durch Patientenselektion ▪ Verminderung der Benachteiligung von Endversorgern im Spitalwettbewerb ▪ Keine Anreize zur Bevorzugung bestimmter Leistungen (Balance) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Leicht verminderte Anreize zur Effizienz (Power)

Die hier beschriebene Rückversicherung für Hochkostenfälle in Spitälern scheint den Zielen eins bis drei (vgl. Abschnitt 3.1) zu widersprechen, wurde dort doch die gleiche Regulierung für ambulante und stationäre Leistungen sowie mehr Flexibilität und eine klare Aufgabenteilung gefordert. Die Motivation, eine solche Rückversicherung trotzdem vorzuschlagen, ist im zweiten Kriterium der Liste für frei verhandelbare Leistungen zu finden: Damit der Wettbewerb nutzenstiftend sein kann, müssen die Leistungen ausreichend homogen im Ressourcenbedarf sein. Im DRG-System wird als «Leistung» ein Patientenfall mit bestimmten Eigenschaften bezeichnet. Für die überwiegende Mehrheit der Patienten, erklären die Eigenschaften den Ressourcenbedarf tatsächlich ausreichend. Es gibt nun aber eine Minderheit von Patienten, deren Bedarf wesentlich grösser ausfällt. Trägt das Vergütungssystem dem keine Rechnung, kommt es zu Gewinnen (und Verlusten auf der anderen Seite) durch Patientenselektion.

3.4 Einheitliche Klassifikationssysteme zur Herstellung der Transparenz und zur Senkung der Administrationskosten

Zur Erreichung der Ziele 5 (bessere Transparenz und Anpassungsfähigkeit) und 6 (Administrierbarkeit), empfehlen wir, die national einheitlichen Tarifsysteme TARMED und SwissDRG als Klassifikationssysteme und zur Herstellung der Transparenz weiter zu pflegen. Ähnlich wie die Fallkostenstatistik im stationären Bereich, sollte auch im ambulanten Bereich regelmässig eine Erhebung des Aufwands pro Leistung stattfinden. Die Vertragspartner sollten aber frei sein, eine davon abweichende Vergütung zu vereinbaren.

Wir sehen mehrere Vorteile von einheitlichen Klassifikationssystemen: Erstens wird es selbst im Bereich der frei verhandelbaren Leistungen nicht optimal sein, wenn jede Verhandlungseinheit ihr eigenes Vergütungssystem von Grund auf neu entwickelt. Dies wäre administrativ sehr aufwendig und der Transparenz nicht förderlich. Zweitens sollen die beiden Listen durchlässig gestaltet werden. Beispielsweise können neue Leistungen erst in die Liste B aufgenommen und später auf die Liste A transferiert werden, sofern sich ihre Verbreitung stark erhöht. Die einheitliche Klassifikation und transparente Datenerhebung erleichtert eine solche Umteilung administrativ. Drittens wird eine regelmässige Erhebung des Aufwandes pro Leistung im ambulanten

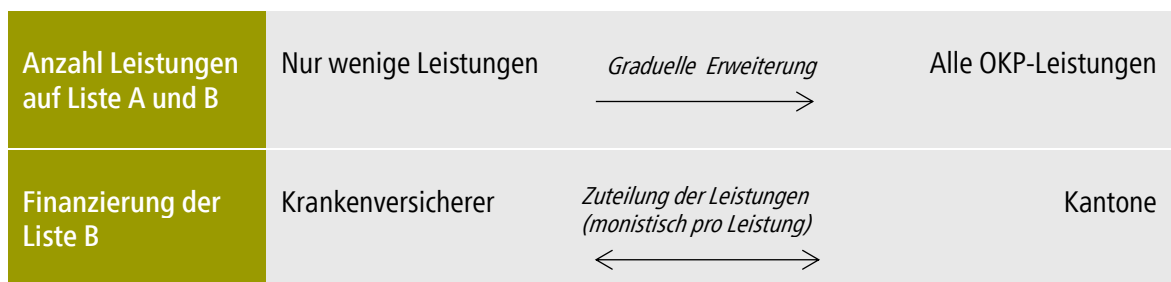
Bereich die Anpassungsfähigkeit des TARMED stark erhöhen. So wird der Effekt gemindert, dass technische Leistungen über die Zeit finanziell immer attraktiver werden (vgl. Abschnitt 2.2.2).

3.5 Umsetzungsvarianten

Im Folgenden beschreiben wir unterschiedliche Varianten, wie eine Umsetzung unseres Lösungsansatzes aussehen könnte. Auch hier beschränken wir uns auf die Eckpfeiler, die Ausarbeitung eines detaillierten Umsetzungsplans würde den Rahmen dieses Gutachtens sprengen. Zu einzelnen Aspekten wurden auch Umsetzungspläne anderenorts ausgearbeitet, beispielsweise durch die Arbeitsgruppen Oggier (2003, Vertragsfreiheit) und Leu (2004, Monistische Spitalfinanzierung).

Wir sehen Umsetzungsvarianten auf zwei Ebenen vor. Zum einen kann die Anzahl der Leistungen variieren, die auf die Listen A und B aufgeteilt werden. Zum anderen sehen wir Alternativen in der Finanzierung der Liste B. Abbildung 4 gibt eine Übersicht über die Umsetzungsvarianten.

Abbildung 4 Überblick über die Umsetzungsvarianten



3.5.1 Leistungsumfang der Listen A und B

Die Anzahl Leistungen, die den Listen A (Wettbewerb) und B (Steuerung) zugeordnet werden können, liegen naturgemäss zwischen keinen (die Situation heute, da die Listen noch nicht existieren) und sämtlichen OKP-Leistungen. Die Zuordnung sämtlicher OKP-Leistungen zu einer der beiden Listen sollte das Endziel darstellen.

Als kurz- bis mittelfristige Variante ist eine Weiterentwicklung des heutigen Systems eine lohnenswerte Option. Es werden vorerst nur wenige Leistungen als «frei verhandelbar» oder «gesteuert» definiert. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die Schweiz bereits über ein gut funktionierendes Gesundheitssystem verfügt, und ein radikaler Umbau nicht angezeigt ist. Wenn sich der Ansatz in der Praxis bewährt, können graduell immer mehr Leistungen den Listen A oder B zugeteilt werden («lernendes System»).

Als frei verhandelbare Leistungen kommen dabei am stärksten diejenigen in Frage, bei denen aktuell ein Überangebot besteht und bei welchen die Anreize zur Mengenausweitung besonders ausgeprägt sind. Zur Klassifikation als gesteuerte Leistung kommen Leistungen mit kleiner Fallzahl oder hohen Vorhalteleistungen in Frage oder neue Technologien unter Evaluation.

3.5.2 Finanzierung der Listen A und B

Ein Ziel der Reformvorschläge ist die klare Aufgabenteilung zwischen den einzelnen Finanzierern (Versicherer und Kantone). Die nachfolgenden Finanzierungsvarianten 1,2 und 3 tragen

diesem Ziel Rechnung, indem die Finanzierungsverantwortung pro Leistung jeweils einem Akteur übertragen wird (Leu 2004).

In *Finanzierungsvariante 1* wird die Finanzierungsverantwortung über alle Leistungen auf den Listen A und B den Krankenversicherern übertragen. Diese Variante erhöht die Ausgabentransparenz, weil die Kosten für OKP-Leistungen vollständig in den Prämien sichtbar werden. Zudem wird eine bessere Balance des Finanzierungssystems ermöglicht: Falls beispielsweise durch Managed-Care-Elemente die Leistungskosten gesenkt werden, schlägt sich dies vollständig in den Prämien nieder. Des Weiteren dürften Schnittstellenprobleme und unklare Zuständigkeiten, welche bei unterschiedlichen Finanzierungsakteuren auftreten können, minimiert werden.

Die monistische Finanzierung durch die Krankenversicherer wurde von der Arbeitsgruppe Leu 2004 im Detail untersucht. Im Bericht Leu sind unterschiedliche Varianten vorgeschlagen, wie trotz der monistischen Finanzierung die Kantonsbeiträge ins Krankenversicherungssystem eingespeist werden können. Da Krankenkassenprämien wesentlich weniger progressiv ausgestaltet sind als Steuern, ist es sozialpolitisch erwünscht, dass der steuerfinanzierte Anteil auch nach einem Übergang zur monistischen Finanzierung bestehen bleibt (Leu 2004).

In *Finanzierungsvariante 2* wird jede Leistung ebenfalls monistisch finanziert, der Monist ist jedoch abhängig von der Liste: Die frei-verhandelbaren Leistungen der Liste A werden weiterhin durch die Versicherer finanziert, die gesteuerten Leistungen der Liste B aber durch die Kantone. Die Kantone hätten bei den gesteuerten Leistungen auch die Kompetenz, Verträge mit den Leistungserbringern abzuschliessen. Dies entspricht dem Grundsatz, dass die Finanzierer ihre Rolle als Sachwalter der Solidargemeinschaft auch bei der Gestaltung der Versorgung wahrnehmen können. Für eine Finanzierung durch die Kantone spricht zudem, dass auf der Liste B Leistungen mit hohen Vorhalteleistungen fungieren, welche einen gemeinwirtschaftlichen Charakter haben.

Wie durch die Arbeitsgruppe Leu (2004) diskutiert, kann der Anteil an der Gesamtfinanzierung, welcher ein Akteur tragen soll, unabhängig vom Monismus definiert werden. Es sind Transfers festzulegen, welche den gewünschten Finanzierungsmix sicherstellen.

Bei *Finanzierungsvariante 3* werden Leistungen der Liste A durch die Krankenversicherer finanziert, während die Leistungen auf der Liste B zwischen den Versicherern und den Kantonen aufgeteilt werden. Wichtig ist dabei, dass jede Leistung genau einem Finanzierer zugordnet wird (Monismus pro Leistung). Bei Behandlungen mit hohen Vorhalteleistungen wäre eine Finanzierung durch die Kantone wohl am zweckmässigsten, da Vorhalteleistungen typischerweise einen starken gemeinwirtschaftlichen Charakter innehaben. Bei Leistungen unter Evaluation, von welchen eine hohe Fallzahl zu erwarten ist, kommt eher eine monistische Finanzierung durch die Krankenversicherer in Frage.

3.6 Risiken bei der Umsetzung der Reformvorschläge

In Bezug auf Vergütung und Versorgungsstruktur ist die *Aufhebung des Vertragszwangs* bezüglich der Leistungen der Liste A ein prägendes Element. Vereinbarungen über die Leistungserbringung und -vergütung sollen durch selektive Verträge zwischen den Versicherern und den Leistungserbringern getroffen werden. Eine bekannte Befürchtung ist, dass selektives Kontrahieren zur Risikoselektion missbraucht wird. Eine wichtige Vorbedingung ist daher, dass der Risikoausgleich zwischen den Versicherern verbessert wird. Unser Lösungsvorschlag enthält zudem drei weitere Elemente, welche die Anreize und Möglichkeiten zur Risikoselektion durch

selektives Kontrahieren reduzieren. Erstens werden Leistungen der Liste B auch in Finanzierungsvariante 1 von den Versicherern im Kollektiv eingekauft. Bei diesen Leistungen gibt es also keine Unterschiede zwischen den Versicherern. Zweitens wird für Spitäler eine obligatorische Rückversicherung für Hochkostenfälle eingeführt. Spitäler, welche besonders viele Hochkostenfälle betreuen (z. B. Universitätsspitäler), müssen daher nicht befürchten, deswegen von einem Vertrag ausgeschlossen zu werden. Drittens können die Kantone Mindestanzahlen an Leistungserbringern pro Fachrichtung festlegen, welche unter Vertrag zu nehmen sind. So kann verhindert werden, dass Versicherer bestimmten Patientengruppen ein schlechtes Angebot (mit Bezug auf die möglichen Leistungserbringer) unterbreiten, um sie vom Eintritt fernzuhalten.

Bezüglich der Finanzierung würde neu jeder Leistung genau ein Akteur auf der Nachfrageseite gegenüberstehen (Monismus). Bei der Umsetzungsvariante 1 wird die Finanzierungsverantwortung für alle Leistungen an die Krankenversicherer übertragen. Bei diesem Umsetzungsvorschlag wäre zu regeln, ob und wie trotzdem kantonale Steuermittel in die Gesundheitsversorgung fließen sollen. Leu (2004) hat dazu unterschiedliche Vorschläge diskutiert. Offen bleibt jedoch die Frage, ob ein erheblicher Finanzierungsbeitrag der Kantone an das Gesundheitswesen politisch Bestand haben kann, wenn die kantonalen Entscheidungsträger wenig Entscheidungsspielraum über den Einsatz der Ressourcen haben. Bei der Umsetzungsvariante 2 würden die Kantone die Finanzierung der Liste B übernehmen. Wenn also die Liste A durch die Versicherer und die Liste B durch die Kantone finanziert wäre, könnte es zu Abgrenzungsproblemen und unklaren Zuständigkeiten kommen. Um diesen entgegen zu wirken, müssen die Listen klar definiert sein und ähnliche medizinische Behandlungen derselben Liste zugeordnet werden. Im Vergleich zur heutigen dual-fixen Finanzierung dürfte sich die Abgrenzung der Zuständigkeiten zwischen den Krankenversicherern und den Kantonen jedoch verbessern.

4 Schlussfolgerungen

In unserer Analyse haben wir Fehlanreize bezüglich Vergütung, Finanzierung und Versorgungsstruktur identifiziert. Weil Zielkonflikte insbesondere zwischen den Anreizen zur effizienten Leistungserbringung, zur optimalen Behandlungswahl und zur (unerwünschten) Patientenselektion bestehen, gibt es keine einzelne Massnahme, welche die Reformziele alleine erreichen kann. Um diesen Zielkonflikten zu begegnen, schlagen wir einen Mix aus wettbewerblichen und gesteuerten Elementen vor.

Im Gegensatz zum heutigen System sollen aber die wettbewerblichen und die gesteuerten Elemente klarer getrennt werden. Konkret schlagen wir vor, die Leistungen danach einzuteilen, welche Regulierungsform für sie am geeignetsten erscheint. Auf einer Liste A wären Leistungen vertreten, die dem Wettbewerb geöffnet werden können. Auf der Liste B wären Leistungen, für die eine Steuerung mittels strikter Regulierung sinnvoller erscheint. Diese Regulierungsform ist dann für beide Listen konsequent anzuwenden. Dazu gehört, die Finanzierungsverantwortung pro Leistung einem Akteur zu übertragen (Monismus). Des Weiteren schlagen wir vor, auch bei wettbewerblich organisierten Leistungen Massnahmen zu ergreifen, damit keine Selektionsanreize gegen Patienten mit besonders hohem Leistungsbedarf bestehen. Insbesondere handelt es sich um eine obligatorische Rückversicherung für Hochkostenfälle in den Spitälern.

Wir erwarten, dass mit diesen Reformen die heute bestehenden Anreize zur Mengenausweitung, Leistungsverlagerung und Patientenselektion, die durch die Ausgestaltung der Vergütungssysteme, der Finanzierung und der Versorgungsstruktur zustande kommen, reduziert werden können. Die Stärkung des Wettbewerbs fördert die bedarfsgerechte und effiziente Versorgung. Das System ist weniger starr und kann daher schneller an technologische Entwicklungen angepasst werden.

In Bezug auf die *Vergütungssysteme* sehen wir konkret folgende Verbesserungen:

- Verhandlungslösungen (insbesondere auf der Liste A) und regelmässige Ausschreibungen (Liste B) erlauben eine schnellere Anpassung an technologische Entwicklungen.
- Leistungen der Liste A können beliebig gebündelt werden, was die Anreize zur effizienten Leistungserbringung verstärkt. Die Verträge lassen sich so gestalten, dass sich Mengenausweitung nicht mehr lohnt.
- Die Rückversicherung für stationäre Leistungserbringer reduziert ungerechtfertigte Gewinne/Verluste der Spitäler sowie die Anreize zur Patientenselektion.

Im Bereich der *Finanzierung* erwarten wir folgende Verbesserungen:

- Die einheitliche Finanzierung der Leistungen auf den beiden Listen erhöht die Kostentransparenz und fördert den effizienten Behandlungsmix.
- Der Behandlungsmix wird zudem gefördert, weil bei den Leistungen auf den beiden Listen die Unterscheidung in ambulant und stationär wegfällt.
- Die monistische Finanzierung der Leistungen auf der Liste B verbessert die Rollenverteilung zwischen Kantonen und Krankenversicherern.

In Bezug auf die *Versorgungsstruktur* sind folgende konkreten Verbesserungen zu erwarten:

- Durch die Lockerung des Vertragszwanges (Liste A) hat sich das Angebot an medizinischen Leistungserbringern direkter am Bedarf auszurichten.

- Auf der Liste A können unterschiedliche Organisationsformen getestet werden. Die Versicherten wählen diejenige Form mit dem für sie besten Kosten-Nutzen-Verhältnis.
- Die Aufhebung der Trennung zwischen ambulanten und stationären Leistungen erleichtert das Denken in Behandlungsketten.
- Die Rollenverteilung von Versicherern und Kantonen wird besser getrennt. Die problematische Mehrfachrolle der Kantone wird reduziert.
- Durch die klare Definition und öffentliche Ausschreibung der Leistungen auf Liste B wird die Transparenz erhöht.
- Bei Leistungen unter Evaluation wird sichergestellt, dass die notwendigen Daten erhoben und im Dienste der Öffentlichkeit ausgewertet werden können.

Selbstverständlich hängt das Ausmass der Wirkungen davon ab, wie die Reformen konkret umgesetzt werden. Insbesondere spielt es eine Rolle, wie viele Leistungen den beiden Listen A und B zugeordnet werden. Je mehr Leistungen dies sind, desto grösser dürften die erwarteten Effekte sein. Konzentriert man sich jedoch schon zu Beginn auf Leistungen, bei denen aktuell ein Überangebot besteht und bei welchen die Anreize zur Mengenausweitung besonders ausgeprägt sind, können auch mit relativ wenigen Leistungen bereits spürbare Verbesserungen in Bezug auf Mengenausweitung, Leistungsverlagerung und Patientenselektion erreicht werden. Es wäre damit ein Schritt zu einer bedarfsgerechteren und effizienteren Versorgung getan.

5 Quellenverzeichnis

- Arrow, Kenneth J. 1963. «Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care». *The American Economic Review* 53 (5): 941–73.
- Beck, Konstantin. 2013. *Risiko Krankenversicherung – Risikomanagement in einem regulierten Krankenversicherungsmarkt*. 3. Auflage. Bern: Haupt Verlag.
- Beck, Konstantin, Maria Trottmann, Urs Käser, Bernhard Keller, Stefan von Rotz und Peter Zweifel. 2006. *Nachhaltige Gestaltung des Risikoausgleichs in der Schweizer Krankenversicherung*. 1. Aufl. Bern: hep-Ott Verlag.
- Breyer, Friedrich, Peter Zweifel und Mathias Kifmann. 2013. *Gesundheitsökonomik*. 6. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Brügger, Urs und Alois Gratwohl. 2015. «Wenn die Evidenz fehlt». *Schweizerische Ärztezeitung* 96 (34): 1190–92.
- Bundesrat, Schweizerischer. 2004a. «Botschaft 04.032 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Vertragsfreiheit)». Bern.
- . 2004b. «Botschaft 04.061 betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung)». Bern.
- Busse, Reinhard, Alexander Geissler und Wilm Quentin, Hrsg. 2011. *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. McGraw-Hill Education (UK).
- Carter, Grace M. und Donna O. Farley. 1992. «Improving Medicare’s Policy for Payment of Unusual Hospital Cases». R-4216-HCFA. Santa Monica: RAND Corporation.
- Carter, Grace M. und Glenn Melnick. 1990. «How Services and Costs Vary by Day of Stay for Medicare Hospital Stays». R-3870-ProPAC. Santa Monica: RAND Corporation.
- Carter, Grace M. und J. David Rumpel. 1992. «Payment Rates for unusual Medicare Hospital Cases». R-4208-HCFA. Santa Monica: RAND Corporation.
- . 1994. «Cost Estimates for Cost Outlier Cases Under Medicare’s Prospective Payment System». Santa Monica: RAND Corporation.
- Chawla, Mukesh, Adam Windak, Peter Berman und Marzena Kulis. 1997. «Paying the Physician: Review of Different Methods». *Data for Decision Making Project*, 1–26.
- CMS. 2014. «Medicare Inpatient Prospective Payment System Federal Fiscal Year 2015». CMS-1607-F. Washington, D.C.: Department of Health and Human Services, Centers for Medicare & Medicaid Services.
- Eling, Martin. 2016. «Gesundheit 2020+: Aktuelle strategische Herausforderungen und Handlungsfelder in der Krankenversicherung». Präsentiert am Kongress der santésuisse, am 24.11.2015. Universität St. Gallen: Institut für Versicherungswirtschaft.
- Ellis, Randall P. und Thomas G. McGuire. 1986. «Provider behavior under prospective reimbursement». *Journal of Health Economics* 5: 129–51.
- Gähler, Ernst, Irène Marty und Roger Scherrer. 2013. «TARVISION - Auf dem Weg zu einem umfassenden aktualisierten TARMED». *Schweizerische Ärztezeitung* 94 (4): 91–93.

- Geruso, Michael und Thomas G. McGuire. 2014. «Tradeoffs in the Design of Health Plan Payment Systems: Fit, Power and Balance», NBER Working Papers, w20359.
- Ginneken, Ewout Van, Willemijn Schäfer und Madelon Kroneman. 2010. «Managed competition in the Netherlands : an example for others ?» *Eurohealth* 16 (4).
- Goroll, Allan H., Bruce Bangle, Marjorie Harbrecht, Neil Kirschner und Nandan Kenkermath. 2010. «Payment Reform to Support High-Performing Practice Report of the Payment Reform Task Force». Washington, D.C.: PCPCC Payment Reform Task Force.
- Günster, Christian. 2000. «Ausreisserregelungen in DRG-Systemen». In *Krankenhaus-Report 2000 - Schwerpunkt: Vergütungsreform mit DRGs*, herausgegeben von Michael Arnold, Martin Litsch und Henner Schellschmidt, 141–57. Schattauer GmbH.
- Gutzwiller, Florian, Alena Pfeil und Matthias Schwenkglens. 2013. «Bericht über Evidenz zu Effekten von eHealth und Extrapolation möglicher Kosteneffekte auf nationaler Ebene für die Schweiz». Basel: Institut für Pharmazeutische Medizin (ECPM), Universität Basel.
- Holzer, Bettina. 2012. «SwissDRG - das Wichtigste in Kürze». *Schweizerische Ärztezeitung* 93 (29/30): 1079–81.
- Künzi, Kilian, Silvia Strub und Désirée Stocker. 2011. «Erhebung der Einkommensverhältnisse der berufstätigen Ärzteschaft». *Schweizerische Ärztezeitung* 92 (36): 1361–66.
- Laffont, Jean-Jacques und Jean Tirole. 1993. *A Theory of Incentives in Procurement and Regulation*. 3. Aufl. Cambridge, MA; London: The MIT Press.
- Leu, Robert E. 2004. «Monistische Spitalfinanzierung». Grundlagen zur 3. KVG-Revision, Teilprojekt. Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Lüthi, Hans-Peter, Christof E. Mandl und Philippe Widmer. 2015. «Health System Design: A Financial Perspective». *unveröffentlicht*.
- McGuire, Thomas G. 2000. «Physician Agency». In *Handbook of Health Economics*, herausgegeben von Anthony J. Culyer und Joseph P. Newhouse, Volume 1, 461–536. Amsterdam: Elsevier.
- Newhouse, Joseph P. 1996. «Reimbursing Health Plans and Health Providers: Efficiency in Production Versus Selection». *Journal of Economic Literature* 34 (3): 1236–63.
- . 2002. *Pricing the Priceless*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Oggier, Willy. 2003. «Kontrahierungszwang». Grundlagen zur 3. KVG-Revision, Teilprojekt. Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Pauly, Mark V. 1988. «Is medical care different? Old questions, new answers». *Journal of Health Politics, Policy and Law* 13 (2): 227–37.
- ProPac. 1990. «Medicare Prospective Payment And The American Health Care System - Report to Congress». Washington, D.C.: Prospective Payment Assessment Commission.
- Robinson, J. C. und M. D. Smith. 2008. «Cost-Reducing Innovation in Health Care». *Health Affairs* 27 (5): 1353–56.
- Tan, Siok Swan, Martin van Ineveld, Ken Redekop und Leona Hakkaart-van Roijen. 2011. «The Netherlands: The Diagnose Behandelend Combinaties». In *Diagnosis-Related Groups*

in Europe, herausgegeben von Reinhard Busse, Alexander Geissler, Wilm Quentin und Miriam Wiley, 425–46. World Health Organization 2011 on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Vettori, Anna, Simon Schmid und Thomas Von Stokar. 2010. «Evaluation Tarmed: Fallbeispiele». Zürich: Infrac.

Wagner, Edward H., Brian T. Austin, Connie Davis, Mike Hindmarsh, Judith Schaefer und Amy Bonomi. 2001. «Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action». *Health Affairs* 20 (6): 64–78.

Westerdijk, MacHiel, Joost Zuurbier, Martijn Ludwig und Sarah Prins. 2012. «Defining care products to finance health care in the Netherlands». *European Journal of Health Economics* 13 (2): 203–21.

Widmer, Philippe und Harry Telser. 2013. «Die Spitalversorgung im Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik». Olten: Polynomics.

6 Anhang

6.1 Fallbeispiel frei verhandelbare und budgetierte Leistungen: Der Spitalsektor in den Niederlanden

Im Gegensatz zur Schweiz wird in den Niederlanden das Vergütungssystem nicht nach ambulant und stationär unterschieden, sondern nach Leistungen der Grundversorger und Leistungen der Kliniken. Spezialärzte sind fast nur in Kliniken tätig und auch die meisten ambulanten Spezialistenleistungen werden dort erbracht. Die Grundversorger werden durch einen Mix aus Capitation und Einzelleistungsvergütung bezahlt, während die Kliniken eine Pauschale pro DBC (Diagnose Behandeling Combinatie) erhalten (Ginneken, Schäfer und Kroneman 2010). Ähnlich wie im Schweizer DRG-System enthält eine DBC ein Bündel an Leistungen, die Gruppierung der Patienten ist aber wesentlich feingliederiger und ein Fall kann in mehreren DBCs sein. Eine gleiche DBC kann auch stationäre und ambulante Leistungen enthalten (Westerdijk et al. 2012).

Historisch war der Kliniksektor stark reguliert und über fixe Budgets finanziert. Wartelisten wurden als wesentliches Problem betrachtet (Tan et al. 2011). Seit 2005 gibt es neben diesen stark regulierten auch «frei verhandelbare» DBC. Grob zusammengefasst sind die Sektoren folgendermassen gestaltet:

- Budgetierte DBC
 - Es wird ein Budget pro Spital festgelegt, welches sich am erwarteten Fallaufkommen dieses Spitals orientiert. Die Berechnung erfolgt nach einer national einheitlichen Methodik und orientiert sich an den fixen und variablen Kosten aller Spitäler.
 - Spitäler, deren Kosten unter dem Budget sind, dürfen den Gewinn behalten. Wenn Spitäler über dem Budget liegen, bekommen sie jedoch keine zusätzliche Vergütung.
- Frei verhandelbare Leistungen
 - Versicherer dürfen selektiv mit Spitälern kontrahieren.
 - Sie können den Preis pro DBC, Qualitätsanforderungen und/oder eine maximale Mengen vereinbaren.

Über die Zeit wurden vermehrt Leistungen als «frei verhandelbar» definiert. Während 2010 erst 30 Prozent der DBC frei verhandelbar waren, sind heute über 80 Prozent. Die graduelle Einführung des neuen Systems wurde bewusst gewählt, um Spitälern und Versicherern die Zeit zu geben, entsprechendes Fachwissen und Ressourcen für Verhandlungen aufzubauen. Zudem galt die Entwicklung eines aussagekräftigen Qualitätsmonitorings als wesentliche Voraussetzung für die Einführung von selektivem Kontrahieren (Ginneken, Schäfer und Kroneman 2010).

Für die Definition einer Leistung als frei verhandelbar müssen sechs Bedingungen erfüllt sein (Tan et al. 2011)

- Genügend homogen im Ressourcenbedarf
- Genügend hohes Volumen
- Verteilung der Fälle über alle Versicherer
- Planbare, nicht-akute Leistungen
- Spezialisten und Spitäler müssen die Leistung für geeignet für die Liste B halten

- Alle DBC, welche eine entsprechende Diagnose enthalten, müssen die Kriterien für Liste B erfüllen.

Die Einführung der neuen Liste B erfolgte nicht problemlos. Beispielsweise waren anfangs die Preise für DBCs zu hoch angesetzt, so dass Kliniken hohe Gewinne erzielten, welche später zurückgezahlt werden mussten. Für einige Leistung ist zudem das Angebot an Anbietern zu klein, als dass selektives Kontrahieren für die Versicherer eine echte Option wäre (Ginneken, Schäfer und Kroneman 2010).

6.2 Fallbeispiel Rückversicherung: Das US-amerikanische Medicare Programm

Das US-amerikanische Medicare Programm (staatliche Versicherung für Rentner) führte als eines der ersten Gesundheitssysteme der Welt ein DRG System zur Vergütung von stationären Fällen ein. Es kommt aber kein pures Fallpauschalensystem zur Anwendung, sondern eine Kombination von Fallpauschalen und Rückversicherung. Ab einer gewissen Verlustschwelle erhalten Spitäler 80 Prozent der Kosten rückvergütet (90 Prozent der Kosten bei DRGs mit Verbrennungen). Die Schwelle wird dabei jährlich durch den Regulator¹¹ festgelegt. Im Jahr 2015 beträgt sie \$24'758.

Die Schwelle wird prospektiv so festgelegt, dass die erwarteten Zahlungen für Hochkostenfälle 5.1 Prozent der über DRG abgerechneten Kosten entsprechen (CMS 2014). Finanziert wird die Rückversicherung durch eine Prämie der Spitäler, welche zwischen ländlichen und städtischen Spitälern differenziert.¹² Administrativ wird die Prämie von den DRG-Zahlungen in Abzug gebracht. Es handelt sich dabei also um einen Anpassungsfaktor für Ausreisser (outlier adjustment factor) auf Nicht-Ausreisserfällen (Günster 2000).

Das Ziel der Rückversicherung ist es, das finanzielle Risiko für Spitäler zu reduzieren. So werden die Anreize gemindert, Patienten, von welchen hohe Kosten erwartet werden, in andere Spitäler zu verlegen oder bei diesen Patienten die Qualität der Versorgung zu reduzieren (ProPac 1990). Durch die Rückversicherung findet ausserdem ein Ausgleich zwischen den Spitälern statt, denn es sind nicht alle Spitäler gleich von Hochkostenfällen betroffen. So versorgen beispielsweise die Universitätsspitäler 42 Prozent aller DRG-Fälle, erhalten aber 66 Prozent der Zahlungen der Hochrisikoversicherung (ProPac 1990).

Bei der ursprünglichen Einführung des DRG-Systems in Medicare im Jahr 1983 wurde die Ausreisserkorrektur basierend auf der Liegedauer berechnet. Die Daten zu Berechnung einer Rückversicherung wären zu diesem Zeitpunkt noch nicht vorhanden gewesen. Mehrere Studien zeigten jedoch, dass die liegedauerbasierte Ausreisserkorrektur die Hochkostenfälle nur unzureichend abbilden konnte, so dass die liegedauerbasierte Korrektur mit einer Hochkostenversicherung ergänzt und schliesslich ganz abgeschafft wurde. Diese Entwicklung wird im Folgenden eingehender beschrieben.

Bis 1997 existierten im Medicare-Programm zwei parallele Systeme zur finanziellen Behandlung von Hochkostenfällen in Spitälern: Eine erste Version einer Hochrisikoversicherung einerseits und andererseits DRG-Zuschläge (pro Tag) für Langlieger. So wurde die Langliegedauer als Schätzer für Hochkostenfälle herangezogen und für jeden zusätzlichen Tag ein Anteil an den durchschnittlichen Tageskosten der Fallgruppe bezahlt. Da die täglichen Kosten einer Fallgrup-

¹¹ Centers for Medicare and Medicaid Services, www.cms.gov.

¹² Die Unterscheidung in städtische und ländliche Gegenden in den USA ist mit der Schweiz nicht vergleichbar. In den USA sind ländliche Gegenden teils sehr dünn besiedelt und die Distanz zur nächsten grossen Stadt kann mehrere Flugstunden betragen.

pe aber typischerweise im Laufe der Behandlung deutlich zurückgehen, kam es zu groben Verzerrungen (Carter und Melnick 1990). Mehrere Untersuchungen legten insbesondere dar, dass die Langliegerzuschläge systematisch zu hohe Zahlungen nach sich zogen. Zuschläge wurden also für Fälle bezahlt, die mit geringeren oder gar ohne Zuschläge hätten finanziert werden können (Carter und Farley 1992; Carter und Melnick 1990). In anderen Fällen wiederum waren die Zuschläge zu niedrig, um die zusätzlichen Kosten zu decken (Günster 2000).

So machten insbesondere einige Spitäler systematische Gewinne während andere Spitäler systematische Verluste einfuhren. Das vorgenommene Ziel einer Risikoreduktion für die Spitäler konnte nicht befriedigend erreicht werden. In Studien wurde gezeigt, dass eine Reduktion der Langliegerzuschläge zugunsten einer niedrigeren Kostenuntergrenze für Hochrisikofälle Missallokation von Ressourcen verbessern, selektionsbedingte Ertragsunterschiede zwischen Spitälern verringern und das Risiko von Spitälern damit direkt reduzieren kann (Carter und Rumpel 1992). Nicht zuletzt erhöht dies auch die Planbarkeit für Spitäler in Bezug auf die Gegenüberstellung von Ertrag und Kosten, da die Volatilität ihrer Gewinne reduziert wird.

Carter und Rumpel (1992) zeigten auch, dass die im Schnitt systematisch zu hohen Langliegerzuschläge auch durch eine Anpassung der Formel für die Zuschläge korrigiert werden kann. Eine solche Anpassung der Zuschläge löste aber nicht das eigentliche Problem: Die Verweildauerausreisser korrelieren nur schwach mit den Kosten von Hochrisikofällen (Carter und Rumpel 1994; Günster 2000). Aufgrund dieser nicht ausreichenden Korrelation kann das Ziel, das Risiko für die Spitäler zu reduzieren zu wenig erreicht werden und die Zuschläge erlaubten keinen adäquaten Ausgleich für Selektionseffekte zwischen den Spitälern. Demgegenüber korrelieren die Zahlungen im Rahmen der Hochrisikoversicherung wesentlich stärker mit den effektiven Kosten von Hochkostenfällen (Carter und Rumpel 1994) und können damit besser zur Reduktion des Risikos beitragen. Die Untersuchungen weisen zugleich aber auch darauf hin, dass die mathematisch korrekte Spezifikation der Hochrisikoversicherung entscheidend ist, um das Risiko für die Spitäler zu mildern und eine faire Verteilung der Ressourcen zu erreichen (Carter und Rumpel 1994). Diese Erkenntnisse motivierten einen Systemwechsel bei Medicare, weg von dem Langliegerzuschlag hin zur alleinigen Hochrisikoversicherung. Ab 1995 wurde das Langliegerprinzip daher schrittweise zurückgefahren. Seit 1997 existieren keine Langliegerzuschläge mehr (Carter und Farley 1992; Carter und Rumpel 1994; Günster 2000).

Polynomics AG
Baslerstrasse 44
CH-4600 Olten

www.polynomics.ch
polynomics@polynomics.ch

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