



Sparpotenzial einheitliche Finanzierung

Schlussbericht

Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG



Sparpotenzial einheitliche Finanzierung

Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG
Vertragsnummer: 142004736 / 702-134/18/1/1

Autoren: Dr. Barbara Fischer
Dr. Beatrice Mäder
Dr. Harry Telser

1. Juli 2022

Inhaltsverzeichnis

Das Wichtigste in Kürze	4
L'essentiel en bref	7
1 Ausgangslage	10
2 Methodisches Vorgehen.....	11
3 Analyse der Wirkungszusammenhänge.....	12
3.1 Verbindliche Modelle der koordinierten Versorgung.....	12
3.2 Anreiz zur Entwicklung von innovativen Tarifstrukturen.....	16
3.3 Durchsetzungskraft der Versicherer	17
3.4 Steuerung Versorgung durch die Kantone.....	18
3.5 Einbezug der Pflege.....	19
4 Sparpotenzial durch EFAS.....	21
4.1 EFAS ohne Einbezug der Pflege	21
4.1.1 Verbindliche Modelle der koordinierten Versorgung.....	22
4.1.2 Entwicklung innovativer Tarifstrukturen	25
4.1.3 Durchsetzungskraft der Versicherer	27
4.1.4 Steuerung Versorgung durch die Kantone.....	28
4.1.5 Gesamteffekt EFAS ohne Einbezug der Pflege.....	28
4.2 EFAS mit Einbezug der Pflege.....	29
4.2.1 Verbindliche Modelle der koordinierten Versorgung.....	29
4.2.2 Entwicklung innovative Tarifstrukturen.....	29
4.2.3 Durchsetzungskraft der Versicherer	29
4.2.4 Steuerung Versorgung durch die Kantone.....	30
4.2.5 Produktive Ineffizienzen in der Pflege	30
4.2.6 Gesamteffekt EFAS mit Einbezug der Pflege	33
5 Fazit	34
6 Quellenverzeichnis	35
Anhang	38

Das Wichtigste in Kürze

Ausgangslage

Leistungen im ambulanten Bereich werden heute vollständig über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) finanziert, während Leistungen im stationären Bereich zu mindestens 55 Prozent von den Kantonen und zu höchstens 45 Prozent von der OKP bezahlt werden. Der Nationalrat hat im September 2019 einen Gesetzesentwurf verabschiedet, welcher eine einheitliche Finanzierung der ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) in der OKP vorsieht. Inzwischen ist die vorberatende Kommission des Ständerats (SGK-S) auf die Vorlage des Nationalrats eingetreten. Sie hat der Bundesverwaltung den Auftrag erteilt, verschiedene diesbezügliche Fragen umfassend abzuklären, insbesondere ein allfälliger Einbezug der Langzeitpflege in EFAS sowie das zu erwartende Sparpotenzial. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat deshalb Polynomics mit einer Studie beauftragt, in welcher die Grössenordnung des Sparpotenzials einer einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen quantitativ beziffert werden soll. Dabei soll unterschieden werden, ob die Pflegeleistungen in die einheitliche Finanzierung einbezogen werden oder nicht.

Methodisches Vorgehen

Eine Änderung der Finanzierung der Gesundheitsausgaben hat keinen direkten Effekt auf ihre Höhe. Das Sparpotenzial von EFAS resultiert ausschliesslich aus indirekten Effekten, durch die Korrektur heute bestehender Fehlanreize der unterschiedlichen Finanzierung. Massgebend ist daher einerseits, wie gross die damit verbundenen Ineffizienzen sind, und wie stark die verschiedenen Akteure im Gesundheitssystem ihr Verhalten bei Korrektur der Fehlanreize anpassen. Das Gesundheitswesen ist ein hochkomplexes System und die unterschiedlichen Wechselwirkungen im System erschweren es beträchtlich, die isolierten Kosteneffekte der einheitlichen Finanzierung wissenschaftlich zu quantifizieren. Dazu kommt, dass in vielen Bereichen keine oder nur ungenügend Daten verfügbar sind, sodass häufig nur grobe und ungenaue Schätzungen möglich sind. Wir analysieren daher in einem ersten Schritt alle Wirkungszusammenhänge in einem Wirkungsmodell basierend auf Maurer & Brügger (2016). In einem zweiten Schritt schätzen wir das Sparpotenzial für jeden identifizierten Wirkungszusammenhang in einem pessimistischen und optimistischen Szenario ab.

Identifizierte Wirkungsmechanismen

Die Einführung von EFAS ohne Pflege erhöht die Attraktivität von verbindlichen Modellen der koordinierten Versorgung. Dies liegt daran, dass die Krankenversicherer einen grösseren Teil der mit diesen Modellen verbundenen Einsparungen über Prämiensenkungen an die Versicherten weitergeben können. Durch die niedrigeren Prämien wechseln mehr Versicherte in ein solches Modell, was zu mehr Einsparungen durch koordinierte Versorgung führt. Mit EFAS haben die Krankenversicherer zudem einen höheren Anreiz für ambulant vor stationär. Zum einen kann dies mit der Entwicklung innovativer Tarifstrukturen erreicht werden, wobei EFAS vor allem die Einführung von Komplexpauschalen erleichtern wird. Zum anderen erhöht sich der Anreiz der Versicherer, ambulant vor stationär auch ausserhalb der schweizweit geltenden Tarifstruktur umzusetzen, indem sie den Behandlungspfad über Kostengutsprachen sowie die Leistungs- und Rechnungskontrolle stärker steuern. Bei den Kantonen reduziert sich der Anreiz, im stationären Sektor Kosten einzusparen, sie haben dafür neu einen finanziellen Anreiz, auch das ambulante Angebot zu steuern und damit einen Einfluss auf dessen Kostenentwicklung zu nehmen.

Bei einer Integration der Pflege in EFAS ändern sich die oben dargelegten Wirkungsmechanismen leicht. Die Attraktivität der verbindlichen Modelle der koordinierten Versorgung kann sich verringern oder erhöhen, je nachdem in welchem Bereich (ambulant, stationär, Langzeitpflege) die mit diesen Modellen verbundenen Einsparungen anfallen. Das Sparpotenzial der anderen genannten Wirkungsmechanismen erhöht sich tendenziell. Bei einer Integration der Pflege in EFAS ändern sich nicht nur die relativen Finanzierungsanteile der Krankenversicherer und Kantone, es braucht neu auch einen national einheitlichen Tarif für die Vergütung der Pflegeleistungen. Aktuell ist unklar, wie dieser ausgestaltet werden soll. Je nach gewählten Vergütungssystem kann sich der Anreiz zu einer kosteneffizienten Leistungserbringung gegenüber heute verstärken oder verringern.

Sparpotenzial durch EFAS

Ohne Einbezug der Pflege ist ein jährliches Sparpotenzial durch EFAS zwischen 0 CHF (pessimistisches Szenario) und gut 300 Mio. CHF (optimistisches Szenario) pro Jahr am wahrscheinlichsten. Die Berechnungen sind mit einigen Unsicherheiten verbunden und es konnten auch nicht alle Effekte quantifiziert werden. Das grösste Sparpotenzial zeigt sich bei den verbindlichen Modellen der koordinierten Versorgung. Von den Einsparungen profitieren die Krankenversicherer, Kantone wie auch die Patientinnen und Patienten. Die Einsparungen lassen sich nicht sofort realisieren. Da sie hauptsächlich auf Verhaltensänderungen von Akteuren beruhen, werden sie erst nach einer gewissen Zeit eintreten.

Tabelle 1 Szenarien Sparpotenzial insgesamt EFAS ohne Pflege

Jährliches Sparpotenzial in Mio. CHF	Pessimistisch	Optimistisch
Verbindliche Modelle der koordinierten Versorgung	0	309
Entwicklung innovativer Tarifstrukturen	0	3.3
Durchsetzungskraft der Versicherer*	0	> 0
Steuerung Versorgung Kantone*	0	> 0
Jährliches Sparpotenzial EFAS ohne Pflege	0	> 312.3

* nicht quantifiziert

Das Sparpotenzial durch EFAS resultiert lediglich aus indirekten Effekten, wobei die isolierten Kosteneffekte nicht direkt berechnet werden können. Wir schätzen deshalb das Sparpotenzial im pessimistischen Szenario auf 0 und im optimistischen auf 312 Mio. CHF pro Jahr. Die Einsparungen dürften nicht alle sofort anfallen, das gesamte Potenzial wird erst nach einer gewissen Zeit realisiert. Bei den innovativen Tarifstrukturen wurden Komplexpauschalen für Hüft- und Gelenkersatzoperationen berücksichtigt. Grundsätzlich sind auch weitere Komplexpauschalen denkbar, inwiefern diese zu Einsparungen führen, ist jedoch unklar. Nicht quantifiziert werden konnte das Sparpotenzial bei «Durchsetzungskraft der Versicherer» und «Steuerung Versorgung Kantone».

Quelle: Polynomics.

Bei EFAS mit Einbezug der Pflege dürften sich die möglichen Einsparungen im optimistischen Szenario etwas erhöhen. Am wahrscheinlichsten ist in diesem Fall ein Sparpotenzial zwischen 0 CHF (pessimistisches Szenario) und 440 Mio. CHF (optimistisches Szenario) pro Jahr. Auch hier konnten nicht alle Effekte quantifiziert werden und die Einsparungen werden nicht sofort, sondern erst nach einer gewissen Zeit realisiert.

Tabelle 2 Szenarien Sparpotenzial insgesamt EFAS mit Pflege

Jährliches Sparpotenzial in Mio. CHF	Pessimistisch	Optimistisch
Verbindliche Modelle der koordinierten Versorgung*	0	≤ 309
Entwicklung innovativer Tarifstrukturen*	0	3.3
Durchsetzungskraft der Versicherer*	0	> 0
Steuerung Versorgung Kantone*	0	> 0
Produktive Ineffizienzen Pflege (Annahme 2%)	0	126
Jährliches Sparpotenzial EFAS mit Pflege	0	~ 438.3

* nicht/teilweise quantifiziert

Das Sparpotenzial durch EFAS mit Einbezug der Pflege schätzen wir im pessimistischen Szenario auf 0 CHF und im optimistischen auf 438.3 Mio. CHF pro Jahr, wobei nicht alle Effekte quantifiziert werden konnten. Die Einsparungen dürften nicht alle sofort anfallen, das gesamte Potenzial wird erst nach einer gewissen Zeit realisiert.

Quelle: Polynomics.

Limitationen

Alle ausgewiesenen Werte sind mit grosser Unsicherheit behaftet und müssen vorsichtig interpretiert werden. Aufgrund der komplexen Wirkungszusammenhänge und fehlenden Daten sind nur sehr grobe Abschätzungen möglich. Bei einigen theoretisch erwarteten Effekten war die Unsicherheit so gross, dass auch auf eine grobe Abschätzung verzichtet werden musste. Aufgrund der vorliegenden Informationen gehen wir davon aus, dass das Sparpotenzial von EFAS am wahrscheinlichsten zwischen dem pessimistischen und optimistischen Wert liegt. Es kann allerdings nicht ausgeschlossen werden, dass auch niedrigere (d. h. Kostensteigerungen) oder höhere Werte resultieren können. Das hängt zu einem grossen Teil auch davon ab, wie sich die Regulierungen konkret entwickeln werden, die für verschiedene Bereiche des Gesundheitswesens geplant oder angedacht sind. In Bezug auf die Pflege wird es beispielsweise stark davon abhängen, wie ein zukünftiger nationaler Tarif genau aussehen wird.

Eine weitere Limitation betrifft die Einschränkung dieser Studie auf Einsparungen durch EFAS bei den Kosten der KVG-pflichtigen Leistungen. Andere Effekte wie zum Beispiel eine bessere Behandlungsqualität durch vermehrte koordinierte Versorgung für die Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt. Dasselbe gilt für Kosten ausserhalb des Gesundheitswesens wie zum Beispiel indirekte Kosten durch krankheitsbedingte Produktivitätsverluste am Arbeitsplatz, die ebenfalls nicht analysiert wurden.

L'essentiel en bref

Contexte

Actuellement, les prestations ambulatoires sont intégralement financées par l'assurance obligatoire des soins (AOS), tandis que celles relevant du domaine stationnaire le sont à au moins 55 % par les cantons et au maximum à 45 % par l'AOS. En septembre 2019, le Conseil national a adopté un projet de loi prévoyant un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires dans le cadre de l'AOS. Entre-temps, la commission chargée de l'examen préalable au sein du Conseil des États (la CSSS-CE) est entrée en matière sur le projet du Conseil national. Elle a chargé l'administration fédérale de clarifier en profondeur différentes questions à ce sujet, en particulier l'éventualité d'intégrer les soins de longue durée dans le financement uniforme et le potentiel d'économies escompté. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a donc mandaté Polynomics pour réaliser une étude visant à déterminer un ordre de grandeur des économies que pourrait permettre un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires. L'étude doit distinguer en fonction de l'intégration ou non des prestations de soins dans le financement uniforme.

Méthodologie

Une modification du financement des dépenses de santé n'a pas d'effet direct sur leur montant. Le potentiel d'économies offert par le financement uniforme provient exclusivement d'effets indirects, à savoir la correction des incitations inopportunes générées par le système actuel de financement différencié. Les facteurs déterminants sont donc l'ampleur des inefficiences qui en découlent et la mesure dans laquelle les différents acteurs du système de la santé adapteront leur comportement une fois les incitations inopportunes corrigées. Le système de santé est très complexe, et les différentes interactions en son sein compliquent considérablement toute quantification scientifique des effets isolés du financement uniforme sur les coûts. De plus, dans de nombreux domaines, les données sont insuffisantes ou inexistantes, ce qui ne permet souvent que des estimations grossières. Nous analysons donc dans un premier temps toutes les relations de cause à effet au moyen d'un modèle d'effets fondé sur Maurer & Brügger (2016). Dans un deuxième temps, nous estimons le potentiel d'économies pour chaque relation identifiée, au travers d'un scénario pessimiste et d'un scénario optimiste.

Mécanismes d'impact identifiés

La mise en place d'un financement uniforme n'incluant pas les prestations de soins augmenterait l'attractivité des modèles contraignants de soins coordonnés. En effet, les assureurs-maladie pourraient répercuter sur leurs assurés une plus grande partie des économies associées à ces modèles, par le biais de baisses de primes. Ainsi, en raison des primes plus basses, un plus grand nombre d'assurés opteraient pour un tel modèle, augmentant encore les économies grâce aux soins coordonnés. En outre, le financement uniforme inciterait davantage les assureurs à favoriser le secteur ambulatoire par rapport au secteur stationnaire. Pour ce faire, des structures tarifaires innovantes pourraient être d'une part mises au point ; le financement uniforme faciliterait alors surtout l'introduction de forfaits pour des complexes thérapeutiques. D'autre part, l'incitation des assureurs à mettre en œuvre le principe de l'ambulatoire avant le stationnaire serait accrue, aussi en dehors du cadre de la structure tarifaire nationale : les assureurs seraient poussés à influencer plus fortement sur le parcours thérapeutique, par le biais des garanties de prise en charge des coûts et par le contrôle des prestations et des factures. S'agissant des cantons, l'incitation à économiser dans le

domaine stationnaire diminuerait ; ils auraient désormais un intérêt financier à contrôler également l'offre ambulatoire et à exercer ainsi une influence sur l'évolution de ses coûts.

Dans l'hypothèse d'une intégration des prestations de soins au financement uniforme, les mécanismes d'influence présentés ci-dessus changent légèrement. L'attrait des modèles contraignants de soins coordonnés peut augmenter ou diminuer, en fonction des domaines (ambulatoire, stationnaire, soins de longue durée) dans lesquels les économies permises par ces modèles sont réalisées. Concernant les autres mécanismes d'impact mentionnés, le potentiel d'économies a tendance à augmenter. L'intégration des prestations de soins dans le financement uniforme a non seulement pour effet de modifier les parts relatives de financement des assureurs-maladie et des cantons, mais nécessite également la création d'un tarif national uniforme pour la rémunération de ces prestations. On ne sait pas encore précisément comment ce tarif devrait être conçu. Selon le système de rémunération retenu, l'incitation à l'efficacité dans la fourniture des prestations peut se renforcer ou diminuer par rapport à la situation actuelle.

Potentiel d'économies lié au financement uniforme

Sans intégration des prestations de soins, le plus probable est un potentiel d'économies compris entre 0 franc (scénario pessimiste) et un peu plus de 300 millions de francs (scénario optimiste) par an. Les calculs présentent quelques incertitudes, et les effets n'ont pas tous pu être quantifiés. Le plus fort potentiel en matière d'économies réside dans les modèles contraignants de soins coordonnés. Les économies profiteront aussi bien aux assureurs-maladie qu'aux cantons et aux patients. Elles ne seront cependant pas immédiates ; étant donné qu'elles reposeront principalement sur des changements de comportement de la part des acteurs, elles se réaliseront uniquement après un certain temps.

Tableau 3 Scénarios : potentiel d'économies global en cas de financement uniforme n'intégrant pas les prestations de soins

Potentiel d'économies en millions de francs par an	Pessimiste	Optimiste
Modèles contraignants de soins coordonnés	0	309
Développement de structures tarifaires innovantes	0	3,3
Pouvoir d'influence des assureurs*	0	> 0
Pilotage de l'approvisionnement par les cantons*	0	> 0
Potentiel d'économies par an – financement uniforme sans les soins	0	> 312,3

* Non quantifié

Le potentiel d'économies lié au financement uniforme découlent exclusivement d'effets indirects, ce qui ne permet pas de calculer directement les effets isolés sur les coûts. Nous estimons donc le potentiel d'économies à 0 franc par an avec le scénario pessimiste et à 312 millions de francs avec le scénario optimiste. Les économies ne devraient pas toutes être immédiates : le financement uniforme ne déploiera son plein potentiel qu'au bout d'un certain temps. S'agissant des structures tarifaires innovantes, les forfaits pour des complexes thérapeutiques pour les opérations de remplacement des hanches et des articulations ont été pris en compte. D'autres forfaits pour des complexes thérapeutiques sont fondamentalement envisageables, mais on ne peut déterminer clairement dans quelle mesure ils permettraient des économies. Le potentiel d'économies lié au pouvoir d'influence des assureurs et au pilotage de l'approvisionnement par les cantons n'a pas pu être quantifié.

Source : Polynomics.

Avec un financement uniforme intégrant les prestations de soins, les économies possibles devraient être quelque peu supérieures dans le scénario optimiste. Dans ce cas, le plus probable est un potentiel d'économies compris entre 0 franc (scénario pessimiste) et 440 millions de francs (scénario optimiste) par an. Là encore, tous les effets n'ont pu être quantifiés, et les économies ne seront pas immédiates, mais se réaliseront après un certain temps.

Tableau 4 Scénarios : potentiel d'économies global en cas de financement uniforme intégrant les prestations de soins

Potentiel d'économies en millions de francs par an	Pessimiste	Optimiste
Modèles contraignants de soins coordonnés*	0	≤ 309
Développement de structures tarifaires innovantes*	0	3,3
Pouvoir d'influence des assureurs*	0	> 0
Pilotage de l'approvisionnement par les cantons*	0	> 0
Inefficiences productives dans le domaine des soins (hypothèse : 2 %)	0	126
Potentiel d'économies par an – financement uniforme avec les soins	0	~ 438,3

* Non/partiellement quantifié

Dans le cas d'un financement uniforme intégrant les prestations de soins, nous estimons le potentiel d'économies à 0 franc par an avec le scénario pessimiste et à 438,3 millions de francs par an avec le scénario optimiste, sachant que les effets n'ont pas tous pu être quantifiés. Les économies ne devraient pas toutes être immédiates : le financement uniforme ne déploiera son plein potentiel qu'au bout d'un certain temps.

Source : Polynomics.

Limites

Toutes les valeurs présentées comportent une large part d'incertitude et doivent être interprétées avec précaution. En raison des interactions complexes et de données manquantes, seules des estimations très grossières sont possibles. Pour certains effets théoriquement attendus, l'incertitude était tellement élevée qu'il a dû être renoncé à toute estimation. Compte tenu des informations disponibles, nous supposons que le potentiel d'économies offert par le financement uniforme se situera le plus vraisemblablement entre la valeur pessimiste et la valeur optimiste. On ne peut toutefois exclure des chiffres plus faibles (c'est-à-dire des hausses de coûts) ou plus élevés. Les résultats dépendront aussi en grande partie de l'élaboration concrète des dispositions prévues ou envisagées pour les différents secteurs du système de santé. S'agissant des prestations de soins, par exemple, la définition précise du futur tarif national exercera une forte influence.

Par ailleurs, la présente étude se limite aux économies réalisées grâce au financement uniforme sur les prestations soumises à la loi fédérale sur l'assurance-maladie. Elle ne tient pas compte des autres effets possibles, comme une amélioration de la qualité des traitements grâce à un plus grand recours aux soins coordonnés. Il en va de même des coûts extérieurs au système de santé, par exemple des coûts indirects engendrés par la perte de productivité au travail en raison des absences pour cause de maladie.

1 Ausgangslage

Mit der Einführung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) im Jahre 1996 wurden unterschiedliche Finanzierungssysteme für ambulant und stationär erbrachte Leistungen festgeschrieben, die im Grundsatz bis heute gelten. Leistungen im ambulanten Bereich werden vollständig von den Versicherern, also über Krankenversicherungsprämien, finanziert. Leistungen im stationären Bereich werden zu mindestens 55 Prozent von den Kantonen über Steuern und zu höchstens 45 Prozent von den Krankenversicherern bezahlt. Seit Beginn des KVG wurde immer wieder versucht, von dieser Regelung wegzukommen und die ambulanten und stationären Leistungen gleich zu finanzieren, zum Beispiel über eine monistische Finanzierung. Diese Reformbestrebungen sind bisher immer gescheitert, und zwar vor allem am Widerstand der Kantone (Mäder et al., 2019).

Im Frühjahr 2018 hat die Kommission des Nationalrats (SGK-N) die Reformdiskussion zu diesem Thema mit einem Vorschlag zur Umsetzung der parlamentarischen Initiative 09.528 «Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus» reaktiviert. Am 26. September 2019 hat der Nationalrat darauf basierend einen Gesetzesentwurf verabschiedet, welcher eine einheitliche Finanzierung der ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) vorsieht. Inzwischen ist die vorberatende Kommission des Ständerats (SGK-S) auf die Vorlage des Nationalrats eingetreten. Sie hat der Verwaltung den Auftrag erteilt, verschiedene Fragen im Zusammenhang mit der einheitlichen Finanzierung umfassend abzuklären (BAG, 2022, 2021a; EDI, 2020). Ein wichtiger Punkt war dabei der Einbezug der Pflege in die einheitliche Finanzierung, wie ihn die Kantone für eine Zustimmung fordern.

Ein anderes wichtiges Thema im Bericht war das durch die Einführung einer einheitlichen Finanzierung zu erwartende Sparpotenzial bei den Gesundheitsausgaben. In einer statischen Betrachtung geht es zwar bei EFAS «nur» um eine Änderung der Finanzierung, was keine direkten Auswirkungen auf die Höhe der Gesundheitsausgaben nach sich zieht. Die heutige unterschiedliche Finanzierung ist jedoch mit Fehlanreizen verbunden und kann dadurch Ineffizienzen in der Leistungserbringung nach sich ziehen.

So lohnt sich die Verlagerung von Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich für die Krankenversicherer heute erst, wenn die ambulanten Kosten um mindestens 55 Prozent niedriger sind. Zur Verlagerung von Leistungen mit geringerem, aber dennoch erheblichem Sparpotenzial haben die Versicherer derzeit keine Anreize. Aus diesen Fehlanreizen ergibt sich zudem eine verminderte Attraktivität innovativer Versorgungsmodelle, welche die ambulante und die stationäre Versorgung koordinieren – und zwar sowohl für die Krankenversicherer als auch für die Versicherten, da ihnen die dadurch im stationären Bereich erzielbaren Einsparungen nicht umfassend zugutekommen, sondern teilweise dem Kanton zufallen (gehemmte Innovation, dynamische Ineffizienzen). Die Kantone haben hingegen Anreize zur Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Bereich, was ihnen Kosten einsparen würde. Das zeigt sich auch an den Ambulant-vor-Stationär-Listen, welche ursprünglich von einzelnen Kantonen initiiert wurden. Die heutige uneinheitliche Finanzierung kann somit dazu beitragen, dass nicht alle Behandlungen in dem Leistungsbereich durchgeführt werden, welcher für die Versicherten das bestmögliche Nutzen-Kosten-Verhältnis darstellt (statische allokativen Ineffizienz).

Mit dem Übergang zu einer einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen sollen diese Fehlanreize beseitigt werden. Man erhofft sich einen Abbau von Ineffizienzen über die Zeit und dadurch eine Einsparung bei den Gesundheitsausgaben. Es gibt bereits mehrere

Studien, die sich mit diesen Wirkungsmechanismen auseinandergesetzt haben und teilweise auch einzelne mögliche Kosteneinsparungen quantifiziert haben. Es fehlen aber Studien, welche das gesamte Sparpotenzial umfassend beziffern. Die Erwartungen der verschiedenen Akteure über die Grössenordnungen gehen teilweise weit auseinander.

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat deshalb Polynomics mit einer Studie beauftragt, in welcher die Grössenordnung des Sparpotenzials einer einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen quantitativ beziffert werden soll. Dabei soll unterschieden werden, ob die Pflegeleistungen in die einheitliche Finanzierung einbezogen werden oder nicht.

2 Methodisches Vorgehen

Das Hauptproblem bei der Abschätzung des Sparpotenzials liegt darin, dass eine Änderung der Finanzierung keinen direkten Effekt auf die Gesundheitsausgaben hat. Das Sparpotenzial resultiert ausschliesslich aus indirekten Effekten, durch die Korrektur heute bestehender Fehlanreize der unterschiedlichen Finanzierung. In einem hochkomplexen System wie dem Gesundheitswesen spielen damit für die Höhe des Sparpotenzials durch die indirekten Effekte unzählige Faktoren eine Rolle.

Massgebend ist einerseits, wie gross die Ineffizienzen aufgrund der heute bestehenden Fehlanreize ausfallen. Nur weil Fehlanreize bestehen, heisst dies nicht automatisch, dass Ineffizienzen in der Versorgung resultieren müssen. Gerade in hochkomplexen Systemen ist es immer möglich, dass die Fehlanreize aufgrund anderer Komponenten in der Systemausgestaltung abgeschwächt werden, oder andernorts umgekehrte Anreize entgegenwirken.¹ Andererseits ist entscheidend, ob und wie all die verschiedenen Akteure (Patientinnen und Patienten, Leistungserbringer, Versicherte, Finanzierer und Regulatoren) ihr Verhalten tatsächlich ändern, wenn die Fehlanreize korrigiert werden. In einem so komplexen System gibt es immer auch Ausweichmöglichkeiten und/oder unterschiedliche Wechselwirkungen. Letztere können sich gegenseitig aufheben oder verstärken.

Wir teilen deshalb die Einschätzung des Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), dass es aufgrund der komplexen Wechselwirkungen im System nicht möglich ist, die isolierten Kosteneffekte der einheitlichen Finanzierung wissenschaftlich zu quantifizieren (Maurer, 2017; Maurer & Brügger, 2016). Wollte man die Kosteneffekte zum Beispiel in einem detaillierten Wirkungsmodell über alle Einzeleffekte quantifizieren, hätte man zwangsläufig das Problem, dass alle Einzeleffekte nur mit grosser Unsicherheit abgeschätzt werden können. Diese Unsicherheit würde sich dann über die Wechselwirkungen an jedem Verbindungspunkt im Wirkungsmodell «hochschaukeln». Der resultierende Gesamtbetrag würde auf diese Weise ein so grosses Unsicherheitsintervall aufweisen, dass er nicht mehr aussagekräftig wäre.

Wir schätzen deshalb das Sparpotenzial in einer Szenarienanalyse ab. Startpunkt ist eine Analyse aller Wirkungszusammenhänge in einem Wirkungsmodell. Das Wirkungsmodell wird so aufgebaut, dass sich die verschiedenen Wirkungszusammenhänge zum einen möglichst einzeln analysieren lassen, ohne dass aber eventuelle Rückkoppelungen zwischen den Wirkungszusammenhängen vernachlässigt werden. Diese werden vielmehr explizit aufgezeigt, damit nicht nur die

¹ So wurde der oben beschriebene Fehlanreiz, dass die Krankenversicherer heute zu wenig Anreize haben, ambulante Behandlungen einzufordern, durch den Anreiz für die Kantone kompensiert, vermehrt ambulante Behandlungen zu fordern, was zu Ambulant-vor-Stationär-Listen geführt hat.

einzelnen Zusammenhänge analysiert werden können, sondern auch ein Gesamtbild sichtbar wird. Sie sind auch zentral für die Unterscheidung von kurzfristigen und langfristigen Effekten. Dabei orientieren wir uns an bestehenden Studien zur Anreizwirkung und den damit verbundenen Ineffizienzen der heutigen dualen Spitalfinanzierung. Ergänzend haben wir ein Expertengespräch mit einem grossen Schweizer Krankenversicherer geführt, um Hintergrundwissen zur Kosten- und Leistungskontrolle der Krankenversicherer zu erhalten. In unserem Wirkungsmodell werden als Hauptoutcomevariable die Gesundheitsausgaben betrachtet.

Anschliessend werden aufbauend auf dem Wirkungsmodell Eckszenarien entwickelt, wie sich die Gesundheitsausgaben durch die Einführung der einheitlichen Finanzierung im optimistischen und im pessimistischen Fall entwickeln würden. Das Wirkungsmodell dient insbesondere dazu, die Schlüsselfaktoren zu identifizieren, die für die Realisierung dieser Eckszenarien wichtig sind.

3 Analyse der Wirkungszusammenhänge

Startpunkt für unsere Analyse bildet die Studie der ZHAW (Maurer & Brügger, 2016), welche drei Transmissionsmechanismen zwischen der Einführung von EFAS ohne Pflege und einer Erhöhung der Wirtschaftlichkeit postuliert und bereits in einem Wirkungsmodell beschreibt (vgl. Abbildung 1).² Bei den drei Transmissionsmechanismen handelt es sich um:

- Erhöhung der Attraktivität von verbindlichen Modellen der koordinierten Versorgung
- Anreize zur Entwicklung von innovativen Tarifstrukturen
- Stärkung der Anreize der Versicherer, ambulante Leistungen einzufordern

Aufgeführt wird zudem, dass sich mit EFAS die Anreize der Kantone zur Steuerung der Versorgung ändern. Nachfolgend diskutieren wir die für eine EFAS ohne Pflege postulierten Transmissionsmechanismen sowie die Auswirkung des Einbezugs der Pflege.

3.1 Verbindliche Modelle der koordinierten Versorgung

Verschiedene Studien haben gezeigt, dass mit Modellen der koordinierten Versorgung Kosten eingespart werden können. Durch die koordinierte Versorgung kann die Behandlungskette besser gesteuert werden. Der grösste Einsparungseffekt liegt bei Modellen mit Budgetmitverantwortung der Leistungserbringer (Blatter & Albin, 2015).

Gemäss der Statistik der obligatorischen Krankenversicherung des BAG ist der Anteil der Versicherten in einem Modell mit eingeschränkter Wahl (HMO, Hausarzt etc.) seit 1996 laufend angestiegen, im Jahr 2020 sind es rund 75 Prozent der Versicherten (vgl. Abbildung 4 im Anhang). Diese gelten jedoch nicht alle als sogenannte verbindliche Modelle, vor allem, weil nicht alle Modelle Budgetmitverantwortung für die Leistungserbringer beinhalten, die medizinische Versorgung verbindlich koordinieren oder Qualitätssicherungsprogramme enthalten. Daten des BAG³ wiederum zeigen, dass im Jahr 2020 ungefähr 20 Prozent der Versicherten (gut 1.5 Mio. Versicherte) in einem Modell versichert waren, in dem die Leistungserbringer Budgetmitverantwortung übernehmen. Dies können entweder HMO-Modelle sein (17 Prozent der Versicherten) oder verschiedene weitere Versicherungsmodelle (3 Prozent). Es besteht somit ein substantielles

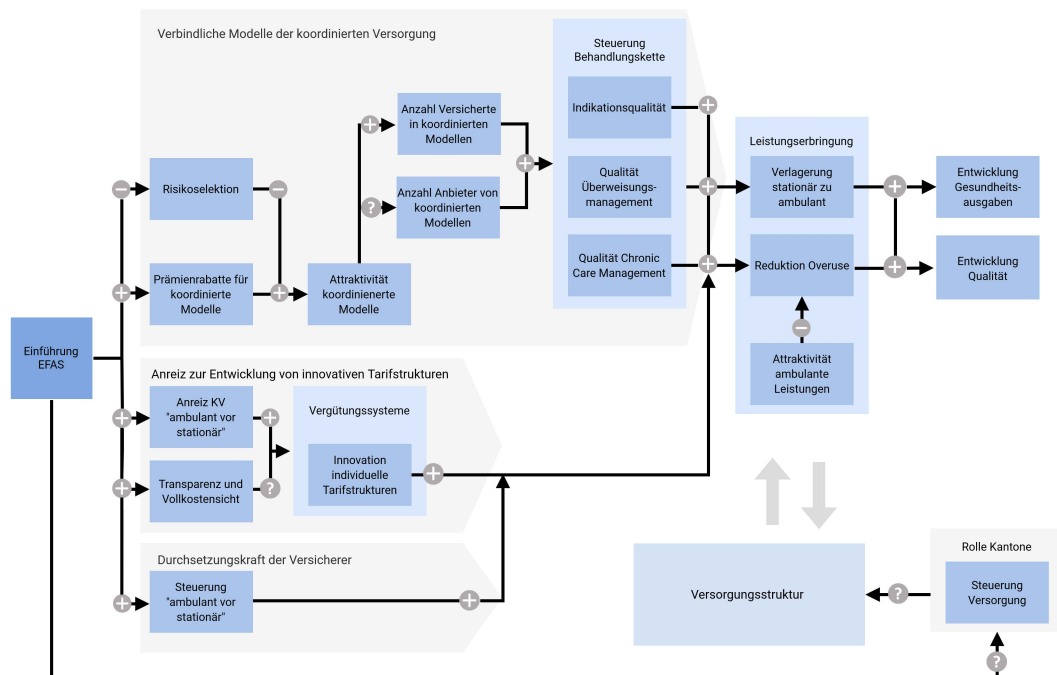
² Der erste und dritte Wirkungszusammenhang im ZHAW-Modell (siehe unten) wurden ebenfalls in Studien von Polynomics postuliert, aber nicht in Wirkungsmodellen analysiert (Telser & Meyer, 2018; Trottmann et al., 2016).

³ Sasis-Datenpool sowie EFIND2020.

Potenzial von Versicherten, die noch nicht in verbindlichen koordinierten Modellen versichert sind.

Bisher konnten die Einsparungen, die solche Modelle im stationären Bereich erzielen, nur zu 45 Prozent an die Versicherten in Form von günstigeren Prämien weitergegeben werden. Allenfalls höhere ambulante Kosten unter anderem aufgrund von Verlagerungen von stationär zu ambulant fielen jedoch zu 100 Prozent an. Mit EFAS fällt diese Verzerrung weg. Es werden höhere Prämienrabatte möglich, womit die verbindlichen koordinierten Modelle relativ attraktiver werden und die Nachfrage nach diesen Modellen steigt.

Abbildung 1 Wirkungsmodell



KV = Krankenversicherer

Die Abbildung zeigt die identifizierten Wirkungsmechanismen von EFAS (ohne Einbezug der Pflege) basierend auf Maurer & Brügger (2016). Der erste Transmissionsmechanismus «Verbindliche Modelle der koordinierten Versorgung» geht davon aus, dass die Krankenversicherer mit EFAS einen höheren Anteil der Kosteneinsparungen dieser Modelle an die Versicherten weitergeben können. Damit werden diese Modelle attraktiver und mehr Versicherte wechseln in ein solches Modell. Das Potenzial kann aber nur ausgeschöpft werden, wenn die Leistungserbringer und Versicherer auch solche Modelle anbieten. Mit EFAS ändern sich zudem die Risiko Selektionsanreize, dies könnte einen negativen Effekt auf die Attraktivität haben. Der zweite und dritte Transmissionsmechanismus zielt darauf ab, dass die Krankenversicherer mit EFAS einen höheren Anreiz haben für ambulant vor stationär. Zum einen kann dies mit «Entwicklung innovativer Tarifstrukturen» erreicht werden, hier sind z. B. Komplexpauschalen möglich. Zum anderen erhöht sich die «Durchsetzungskraft der Versicherer», ambulant vor stationär auch ausserhalb der Tarifstruktur über Kostengutgesprächen sowie die Leistungs- und Rechnungskontrolle umzusetzen. Mit EFAS ändern sich auch die Anreize der Kantone zur Steuerung der Versorgung. Sie haben einerseits einen weniger starken finanziellen Vorteil durch ambulant vor stationär, da sie bei EFAS auch die ambulanten Leistungen mitfinanzieren. Andererseits haben die Kantone neu einen finanziellen Anreiz, auch das ambulante Angebot stärker zu steuern und damit einem Einfluss auf dessen Kostenentwicklung zu nehmen.

Quelle: Eigene Darstellung basierend auf Maurer & Brügger (2016) resp. Maurer (2017).

Im ZHAW-Wirkungsmodell wird postuliert, dass sich aufgrund der höheren Nachfrage langfristig auch das Angebot von koordinierten Modellen erhöhen sollte. Damit sich das Angebot erhöht, müssen diese Modelle allerdings auch für die Leistungserbringer finanziell attraktiv sein. Aufgrund des Vertragszwangs kann jede Ärztin und jeder Arzt unabhängig von der Qualität und Erfordernis einer erbrachten Leistung über die Krankenversicherung abrechnen, sofern sie von einem Kanton zur Abrechnung über die OKP zugelassen sind. Zudem haben Ärztinnen und Ärzte einen Informationsvorsprung gegenüber den Patientinnen und Patienten und Krankenversicherern, sodass sie die Nachfrage teilweise selbst steuern können (angebotsinduzierte Nachfrage durch asymmetrische Information). Für Ärztinnen und Ärzte kann es somit finanziell attraktiver sein, Leistungen ausserhalb von koordinierten Modellen abzurechnen. Dies kann dazu führen, dass das Angebot an verbindlichen koordinierten Angeboten weniger stark auf die erhöhte Nachfrage reagiert als erhofft.

Ärztinnen und Ärzte, die nicht in verbindlichen koordinierten Modellen tätig sind, haben somit bis zu einem gewissen Ausmass die Möglichkeit, auf eine sinkende Nachfrage an Patientinnen und Patienten zu reagieren, indem sie pro Person mehr Leistungen abrechnen. Das kann dazu führen, dass sich das Angebot an verbindlichen koordinierten Modellen nur langsam anpasst, weil die Alternative für die Ärztinnen und Ärzte immer noch attraktiver ist.⁴ Die bestehenden koordinierten Angebote könnten dann irgendwann an ihre Kapazitätsgrenzen stossen, was die koordinierten Modelle für die Versicherten wiederum unattraktiver machen kann. Diese Wechselwirkungen wurden im ZHAW-Modell nicht berücksichtigt. Der Vertragszwang wird zwar als Kontextvariable genannt, aber nur im Zusammenhang mit der Frage, in welchen Sektoren die Krankenversicherer eine Auswahl der Leistungserbringer auf Basis von «Zweckmässigkeits-Profilen» treffen können.

Ebenfalls nicht berücksichtigt wurden die Auswirkungen von EFAS auf den Risikoausgleich und die daraus folgenden Wirkungszusammenhänge. Im ursprünglichen Wirkungsmodell haben die Autoren der ZHAW-Studie den Risikoausgleich ebenfalls nur als Kontextvariable behandelt und lediglich darauf hingewiesen, dass die Risikoformel einen Fehlanreiz für die Krankenversicherer beinhaltet, weil der vorjährige Spital- oder Pflegeheimaufenthalt als Risikofaktor darin auftritt. Dies könnte einen Anreiz setzen, stationäre Aufenthalte *ceteris paribus* zu bevorzugen. Zwei wissenschaftliche Publikationen aus dem Umfeld des CSS Instituts für empirische Gesundheitsökonomie (Beck et al., 2020; Beck & Kauer, 2019) haben jedoch gezeigt, dass die Mitfinanzierung der stationären Leistungen durch die Kantone und die damit verbundene Reduktion des Kostenvolumens der stationären Leistungen, das den Versicherern in der heutigen dualen Spitalfinanzierung verbleibt, einen substanziellen Beitrag leistet, die Anreize zur Risikoselektion für die Krankenversicherer zu reduzieren. EFAS wird also die vom Versicherer wahrgenommenen relativen Kosten von stationären und ambulanten Leistungen gegenüber dem heutigen Zustand verändern, womit sich auch die Risikoselektionsanreize ändern. Aus diesem Grund sollte der Risikoausgleich im Wirkungsmodell nicht nur als Kontextvariable berücksichtigt, sondern als eigener Wirkungsmechanismus modelliert werden.

Die Autoren der beiden Publikationen kommen zum Schluss, dass die kantonale Mitfinanzierung im Rahmen der heutigen dualen Spitalfinanzierung einen grösseren Beitrag zur Dämpfung des

⁴ Im Wirkungsmodell wird davon ausgegangen, dass alle zusätzlichen Einsparungen zur Reduktion der Prämien genutzt werden. Denkbar ist auch, dass sie (teilweise) an die Leistungserbringer weitergegeben werden. Dies würde zwar die Attraktivität für die Leistungserbringer erhöhen, dafür reduziert sich aber der Effekt auf der Nachfrageseite durch geringere Prämienrabatte.

Selektionsanreizes leistet als der Risikoausgleich selbst, da es sich dabei um eine gezielte Risiko- teilung bei den sehr teuren Versicherten (im Sinne einer Art Hochrisiko-Rückversicherung) handelt. Reduziert sich die kantonale Mitfinanzierung unter EFAS von 55 auf zum Beispiel 25.5 Prozent, heisst dies, dass die Krankenversicherer vor allem auf den teuren Versicherten ein rund 66 Prozent höheres Risiko zu tragen haben (es steigt von 45 auf 74.5 Prozent der Kostenvarianz). Zwar steht dieser höheren Risikoübernahme im stationären Bereich eine neue Reduktion der beim Versicherer verbleibenden ambulanten Kosten gegenüber, bei dieser ist die Varianz jedoch typischerweise geringer als im stationären Bereich und dementsprechend auch die Risikoübernahme des Kantons.

Die Autoren der beiden zitierten Arbeiten zeigen ebenfalls, dass die konkrete Ausgestaltung von EFAS eine grosse Rolle spielt. Bei einer proportionalen Verteilung der kantonalen Mitfinanzierung, d. h. als Prozentsatz der tatsächlich angefallenen Kosten jedes Versicherten, so wie bereits vom Nationalrat vorgesehen, steigt das Kostenrisiko der Versicherer deutlich weniger stark, als wenn die Mitfinanzierung als Pro-Kopf-Pauschale oder anhand der Risikofaktoren im Risikoausgleich umverteilt werden. Je stärker das Kostenrisiko für die Versicherer steigt, desto grösser werden für diese die Anreize, günstige Patientinnen oder Patienten zu selektionieren und so Kosten zu sparen, anstatt zu versuchen, Versicherungsmodelle zu entwickeln und zu fördern, mit denen unnötige Leistungskosten eingespart werden können.

Grössere Anreize bedeuten jedoch nicht zwangsläufig, dass es auch tatsächlich zu mehr Risiko- selektionsanstrengungen kommen wird. Für die praktischen Auswirkungen spielt es insbesondere eine Rolle, ob es dem Versicherer möglich ist, die Höhe der stationären Kosten besser vorherzu- sagen als der Risikoausgleich dies kann. Falls das nicht möglich ist, würde der Risikoausgleich die zusätzlichen Anreize neutralisieren. Es bleibt abzuwarten, ob der heutige Risikoausgleich nach der kürzlichen Integration der pharmazeutischen Kostengruppen genügend differenziert ist, um potenziell zusätzliche Selektionsanstrengungen der Versicherer durch EFAS zu verhindern. Sollte dies nicht der Fall sein, könnte eine weitere Differenzierung des Risikoausgleichs mit Blick auf die Kosten der stationären Leistungen angezeigt sein.

Für das Wirkungsmodell heisst dies, dass der Effekt von EFAS auf den Risikoausgleich im ersten Transmissionsmechanismus einfließen sollte. Sollte es durch die veränderten Anreize, welche primär bei einem Kantonsbeitrag in der Form einer Pro-Kopf-Pauschale drohen, dazu kommen, dass einige Versicherer vermehrt (erfolgreich) Risikoselektion betreiben, könnten diese Standard- versicherungsmodelle zu günstigeren Preisen anbieten, womit die Attraktivität der koordinierten Versorgungsmodelle aufgrund der geringeren relativen Preisunterschiede ceteris paribus abnehmen würde. Der Effekt von EFAS auf die Nachfrage nach koordinierten Modellen wäre in einem solchen Fall nicht mehr automatisch positiv, sondern abhängig von der Grössenordnung der beiden Wirkungen höhere Prämienrabatte und stärkere Selektionsanreize.

Theoretisch erhöht EFAS auch den Anreiz zur stärkeren Ambulantisierung bei denjenigen Versicherten, welche schon heute in einem Modell mit Budgetmitverantwortung sind. Im heutigen System kann sich eine konsequent ambulante Leistungserbringung aus Prämiensicht kostensteigernd auswirken, solange die vermiedene stationäre Behandlung nicht mindestens 2.2-Mal so teuer ist wie die stattdessen erfolgte ambulante Behandlung. Weil mit EFAS aus Sicht der Prämienfinanzierung neu die vollen stationären Kosten relevant sind, erhöht sich bei den Leistungserbringern der Anreiz, stationäre Behandlungen zu vermeiden. Allerdings ist nicht klar, ob oder wie stark sich dieser Effekt tatsächlich auswirkt. Wir gehen davon aus, dass in den meisten Modellen mit Budgetmitverantwortung nicht nur die selbst erbrachten ambulanten, sondern die gesamten Leistungen der Patientinnen und Patienten im Budget mitberücksichtigt werden. Die Vergütung

erfolgt über einen Einzelleistungstarif mit Effizienzbonus (evtl. auch Qualitätsbonus). Somit besteht auch ohne EFAS teilweise ein Anreiz, Leistungen ambulant durchzuführen, auch wenn diese stationär günstiger wären. Zwar erhöht die stationäre Behandlung die Gesamtkosten pro Patientin respektive Patient, allerdings generiert die ambulante Behandlung Einkommen. Wie genau die Anreize sind, hängt von der konkreten Ausgestaltung der Budgetmitverantwortung ab. Zudem wird das Budget häufig auf dem gesamten Netz und nicht der einzelnen Praxis definiert. Der Effekt beim behandelnden Arzt ist somit geschwächt. Hinzu kommt auch, dass mit jedem Versicherer unterschiedliche Verträge abgeschlossen werden. Theoretisch müsste die Behandlung je nach Patientin respektive Patient in Abhängigkeit des Versicherungsmodells und Versicherers angepasst werden.

3.2 Anreiz zur Entwicklung von innovativen Tarifstrukturen

Aktuell besteht für die Krankenversicherer nur dann ein Anreiz, ambulante Leistungen einzufordern, wenn deren Kosten geringer ausfallen als 45 Prozent der Kosten (d. h. der Vergütung) der stationären Behandlung. Die Kostentransparenz ist bei stationären Leistungen zudem nicht vollständig gegeben. Den Patientinnen und Patienten sind heute die Gesamtkosten einer stationären Leistung nicht direkt ersichtlich. Auch in den Leistungsmanagement-Systemen der Krankenversicherer sind die Gesamtkosten für die Vergütung der stationären Behandlung und die Kostenaufteilung zwischen Krankenversicherern und Kanton nicht erfasst.⁵ Bei einer Einführung von EFAS wären die Gesamtkosten einer stationären Leistung für die Patientinnen und Patienten sowie die Krankenversicherer direkt sichtbar.⁶

Die Autoren der ZHAW-Studie argumentieren, dass der grössere Anreiz zur Einforderung ambulanter Leistungen und die bessere Kostentransparenz eine bessere Grundlage sowie grösseren Spielraum für individuell vereinbarte innovative Tarifstrukturen nach Artikel 43 KVG schaffen. Aufgeführt wird die Abgeltung über Kopfpauschalen mit/ohne Ereigniskomponente sowie Pay-for-Performance im Rahmen von koordinierter Versorgung sowie Komplexpauschalen.

Aus unserer Sicht kann EFAS vor allem die Einführung von Komplexpauschalen erleichtern, da diese sowohl ambulante wie auch stationäre Leistungen enthalten können. Mögliche Einspareffekte durch koordinierte Versorgungsmodelle werden zudem bereits im ersten Transmissionsmechanismus betrachtet (vgl. Abschnitt 3.1), was zu Doppelzählungen führen würde. Aus diesem Grund beschränken wir uns bei der Quantifizierung dieses Transmissionsmechanismus auf Komplexpauschalen.

Komplexpauschalen kommen sowohl für elektive Eingriffe wie auch chronische Erkrankungen in Frage. Bei elektiven Eingriffen kommen Komplexpauschalen heute vor allem bei Hüft- und Gelenkersatzoperationen zur Anwendung, teilweise auch bei koronaren Bypass-Operationen und Geburten (Felder et al., 2019; Struijs et al., 2020). Bei den chronischen Erkrankungen haben die Niederlande 2010 Komplexpauschalen für Diabetes, COPD und Herz-Kreislauf-Erkrankungen eingeführt (de Bakker et al., 2012; Karimi et al., 2021; Struijs & Baan, 2011), Portugal kennt Komplexpauschalen für HIV/AIDS sowie multiple Sklerose, pulmonale Hypertonie, Iyosomale Speicherkrankheiten, familiäre Amyloid-Polyneuropathie sowie verschiedene Krebsformen (Lourenço, 2016). In den USA liegt der Fokus auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen, wobei sich die

⁵ Die Krankenversicherer könnten die Gesamtkosten einer stationären Leistung über eine Hochrechnung ihrer Kosten aber relativ leicht sichtbar machen.

⁶ Es handelt sich allerdings weiterhin lediglich um eine Ex-post-Kostentransparenz, d. h. der Patientin oder dem Patienten sind die Kosten seiner Leistung vor deren Inanspruchnahme in aller Regel nicht bekannt und dürften damit auch nur einen geringen Einfluss auf die Wahl der Behandlungsart (ambulant oder stationär) haben.

Komplexpauschalen dort mehrheitlich auf akute Episoden mit einem stationären Aufenthalt inklusive Nachsorge beziehen (Shih et al., 2015).

Felder et al. (2019) untersuchen die Umsetzbarkeit von Komplexpauschalen im Schweizer Gesundheitswesen. Die heutige duale Spitalfinanzierung wird dabei als hinderlich für die Einführung von Komplexpauschalen genannt. Verschiedene Komplexpauschalen umfassen unterschiedliche Anteile ambulanter und stationärer Leistungen, so dass bei Beibehaltung des aktuellen Finanzierungssystems de facto für jede Komplexpauschale ein individueller Finanzierungsteiler zwischen Krankenversicherer und Kanton festgelegt werden müsste.

Als Hinderungsgrund für die Einführung von Komplexpauschalen wird aber auch die Schwierigkeit der Definition des Behandlungskomplexes genannt. Der Behandlungskomplex muss klar von der regulären Versorgung abgrenzbar sein. Ebenso ist bei Einbezug unterschiedlicher (nicht-integriert) Leistungserbringer in die Vergütung unklar, wie die vergütete Pauschale auf diese aufgeteilt werden soll. Es fehlt heute auch an einer Datenbasis für die Tarifentwicklung, da lediglich aus dem stationären Spitalsektor umfassende Kosten- und Leistungsdaten zur Verfügung stehen, die Behandlungskosten über sämtliche Versorgungsbereiche hinweg sind demgegenüber nicht bekannt und müssten in einem ersten Schritt erhoben werden. Schliesslich ist der Abschluss alternativer Tarifverträge für die Leistungserbringer bei Bestehen des Kontrahierungszwanges auch nur bedingt attraktiv, insbesondere da bei Komplexpauschalen das finanzielle Risiko, je nach konkreter Ausgestaltung, mindestens teilweise von den Krankenversicherern auf die Leistungserbringer übergeht. Die Einführung von EFAS erleichtert daher zwar die Einführung von Komplexpauschalen, viele Hinderungsgründe bleiben aber bestehen.

3.3 Durchsetzungskraft der Versicherer

Wie bei «Anreiz zur Entwicklung von innovativen Tarifstrukturen» basiert dieser Transmissionsmechanismus darauf, dass die Krankenversicherer aktuell nur dann einen Anreiz haben, ambulante Leistungen einzufordern, wenn deren Kosten geringer ausfallen als 45 Prozent der Kosten (Vergütung) der stationären Behandlung. Bei der Einführung eines gleichen Finanzierungsteilers zwischen Krankenversicherern und Kantonen für ambulante und stationäre Leistungen besteht hingegen ein Anreiz, die insgesamt kostengünstigere Leistungserbringungsart einzufordern, sofern diese medizinisch sinnvoll ist.

Der Spielraum für die vermehrte Einforderung ambulanter Leistungen ist für die Krankenversicherer ausserhalb der schweizweit geltenden Tarifstrukturen beschränkt. Bei ärztlichen Leistungen wird im KVG grundsätzlich davon ausgegangen, dass diese die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) erfüllen. Strittige Leistungen werden vorgängig durch die Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen (ELGK) geprüft und können mit einer Limitation versehen werden. Letzteres bedeutet, dass die Leistungen nur bei Vorliegen bestimmter Bedingungen übernommen werden und/oder dass eine Kostengutsprache durch die Krankenversicherung nötig ist. 2015 hat der Bund zudem ein HTA-Programm lanciert, um heute von der OKP vergütete Leistungen auf ihre Erfüllung der WZW-Kriterien zu überprüfen. Vorschläge für zu überprüfende Leistungen können von jedermann eingereicht werden.⁷

⁷ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/hta.html>

Die Krankenversicherer können damit lediglich bei Leistungen, die eine Kostengutsprache benötigen, ex ante eine Leistungssteuerung vornehmen. Sie können zudem ex post in der Leistungs-/Rechnungskontrolle überprüfen, ob eine Leistung Teil der KVG-Leistungen und damit vergütungspflichtig ist sowie ob ein Leistungserbringer grundsätzlich das Prinzip der Wirtschaftlichkeit erfüllt.⁸ Im Hinblick auf die Einforderung einer ambulanten Leistungserbringung durch die Krankenversicherer ist daher vor allem relevant, dass seit 2019 sechs Eingriffe nur noch unter gewissen Bedingungen oder nach einer Kostengutsprache durch die Krankenversicherer stationär durchgeführt werden dürfen (vgl. Art. 3c sowie Anhang 1a der Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV) sowie das für eine stationäre Rehabilitation immer eine Kostengutsprache benötigt wird (vgl. Anhang 1 der KLV).⁹ Es ist denkbar, dass die Krankenversicherer mit der Einführung von EFAS in der Leistungs-/Rechnungskontrolle vermehrt überprüfen, ob die Bedingungen zur stationären Durchführung dieser Eingriffe effektiv erfüllt waren sowie entsprechende Gesuche für Kostengutsprachen kritischer geprüft werden.¹⁰ Möglich ist auch, dass die Krankenversicherer über das HTA-Programm des Bundes vermehrt Vorschläge zur Überprüfung der Erfüllung der WZW-Kriterien bei der stationären Durchführung gewisser Leistungen einbringen, weil sie finanziell verstärkt davon profitieren.

3.4 Steuerung Versorgung durch die Kantone

Mit EFAS ändern sich auch die Anreize der Kantone zur Steuerung der Versorgung. Der Versuch, den Fehlanreizen der Leistungserbringer entgegenzuwirken und unnötige stationäre Aufenthalte durch ambulante Behandlungen zu ersetzen, ist in der Vergangenheit vor allem von den Kantonen ausgegangen. Die Ambulant-vor-Stationär-Listen wurden zuerst von einzelnen Kantonen initiiert, und auch heute gehen einige Kantone in diesem Bereich weiter als der Bund. Das ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass die Kantone im heutigen System starke Anreize haben, stationäre Leistungen in den ambulanten Bereich zu verlagern, wo sie nicht mitfinanzieren. Im Gegensatz zu den Krankenversicherern haben sie als Regulator zudem mehr Möglichkeiten, diesen Prozess auch wirksam zu steuern, was die Ambulant-vor-Stationär-Listen gut aufzeigen.

⁸ Curafutura, Santésuisse und FMH haben sich gemeinsam auf ein Verfahren zur Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Art. 56 KVG der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte verständigt. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung wird jährlich durch Tarifsuisse durchgeführt und durch eine unabhängige Stelle im Rahmen eines Audits überprüft (vgl. <https://tarifsuisse.ch/unsere-dienstleistungen/leistungsmanagement/wirtschaftlichkeitspruefung/>). Grössere Krankenversicherer sind auch in der Lage, eigene Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzunehmen, da sie über ausreichend Daten pro Leistungserbringer verfügen, um Auffälligkeiten auf Leistungserbringerebene entdecken zu können. Die Prüfung einzelner Leistungen auf ihre Wirtschaftlichkeit ist gemäss Aussagen von Krankenversicherungsvertretern praktisch nicht möglich, da die Leistungserbringer im Einzelfall immer Argumente für eine spezifische Behandlung finden, welche die Versicherer nicht zweifelsfrei widerlegen können (Expertengespräch mit einem grossen Schweizer Krankenversicherer).

⁹ Eine Kostengutsprache braucht es auch ab einer gewissen Anzahl Sitzungen beim Psychotherapeuten (Art. 3b KLV), Physiotherapeuten (Art. 5 Abs. 4 KLV), Ergotherapeuten (Art. 6 Abs. 4 KLV), Ernährungsberater (Art. 9b KLV), Logopäden (Art. 11 Abs. 3 KLV), der Diabetesberatung (Art. 9c KLV) sowie bei zahnärztliche Behandlungen (Art. 18 KLV) und für Arzneimittel ausserhalb der genehmigten Fachinformationen und Limitierung, für Arzneimittel, die zugelassen, aber nicht in die SL aufgenommen wurden, sowie für nicht zugelassene importierte Arzneimittel (Art. 71a-71d KVV). Zudem wird im Anhang 1 zur KLV eine beschränkte Anzahl ärztlicher Leistungen aufgeführt, für die immer eine Kostengutsprache nötig ist.

¹⁰ Die Überprüfung der Einhaltung der Liste «Ambulant vor Stationär» erfolgt heute ausschliesslich durch die Kantone. Wird einer der Eingriffe auf der Liste stationär durchgeführt, muss die Ärztin oder der Arzt der Abrechnung eine entsprechende Begründung beilegen, diese geht aber einzig an den Kanton (Expertengespräch mit einem grossen Schweizer Krankenversicherer).

Unter EFAS ändern sich daher nicht nur die Anreize der Krankenversicherer, sondern auch diejenigen der Kantone, und zwar in die entgegengesetzte Richtung. Unter EFAS werden die Kantone bei allen Leistungen den gleichen Anteil mitfinanzieren. Damit reduzieren sich gegenüber heute die Anreize für die Kantone, stationäre Behandlungen in den ambulanten Bereich zu verschieben und damit den Fehlanreizen bei den Leistungserbringern regulatorisch entgegenzutreten. Insgesamt haben die Kantone aber mit EFAS den Anreiz, die kostengünstigste – in der Regel ambulante – Leistungserbringungsart zu fördern. Wobei der Kanton in der Rolle als Spitaleigentümer auch konkurrierende Interessen haben kann. Offen ist, wie sich EFAS auf die Mehrfachrolle (Finanzierer, Regulator, Eigentümer) und die Spitalplanung der Kantone auswirkt.

Die Kantone haben mit EFAS durch ihre Mitfinanzierung bei den ambulanten Kosten zudem auch einen stärkeren Anreiz, bei der Steuerung der ambulanten Leistungserbringer tätig zu werden, vgl. auch EDI (2020). Im Sommer 2020 hat das Parlament, auch im Hinblick auf eine allfällige Einführung von EFAS, eine unbefristete Lösung für die Zulassungssteuerung der Ärztinnen und Ärzte durch die Kantone geschaffen. Die Kantone erhalten damit die Möglichkeit, die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte in einem bestimmten medizinischen Fachgebiet oder einer Region zu beschränken.¹¹ Die Regelung gilt allerdings nur für Neuzulassungen (Besitzstandwahrung), womit die Wirkung zumindest mittelfristig beschränkt sein dürfte. Es ist zudem angedacht, dass die Kantone auch bei den nichtärztlichen ambulanten Leistungserbringern zukünftig ähnliche Kompetenzen erhalten (BAG, 2022).

3.5 Einbezug der Pflege

Abgeltung der Pflegeleistungen

Die Vergütung der Pflegeleistungen erfolgt heute sowohl für Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause und Pflegefachpersonen einerseits wie auch für Pflegeheime andererseits über einen in der KLV festgelegten Beitrag der Krankenversicherer, eine Patientenbeteiligung sowie über die Restfinanzierung der Kantone. Im ambulanten Bereich entspricht der Beitrag einem Zeittarif für die tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen, wobei bei der Höhe der Abgeltung zwischen drei Arten von Pflegeleistungen unterschieden wird: «Abklärung, Beratung und Koordination» (KLV A), «Untersuchung und Behandlung» (KLV B) und «Grundpflege» (KLV C). Bei Pflegeheimen orientiert sich der Beitrag an zwölf Pflegebedarfsstufen, die den pro Tag erwarteten Pflegeaufwand repräsentieren. Die restlichen Kosten müssen im Sinne einer Restfinanzierung durch die Kantone übernommen werden, wobei sie in deren Ausgestaltung grundsätzlich frei sind. Die Patientenbeteiligung darf aber maximal 20 Prozent des höchsten OKP-Beitrags betragen. Die Ausgestaltung fällt in den Kantonen heute sehr unterschiedlich aus, in manchen Kantonen obliegt die Restfinanzierung auch den Gemeinden (vgl. Mäder et al., 2020; Trageser et al., 2018).

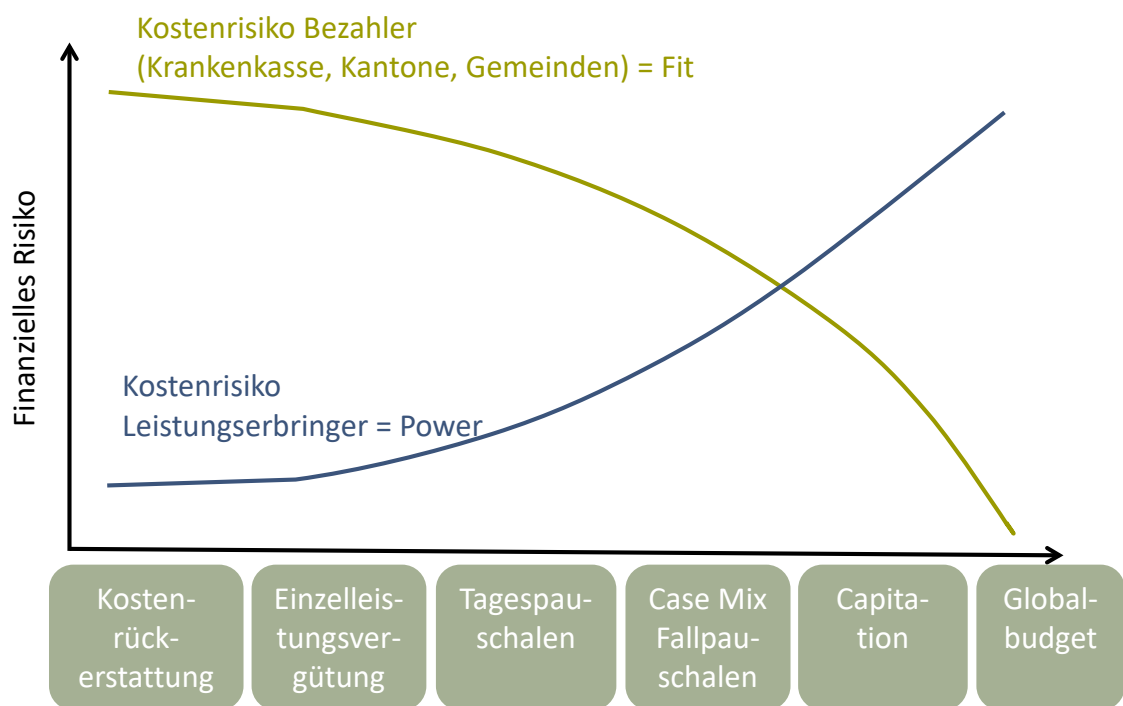
Bei einer Integration der Pflegeleistungen in EFAS ändern sich nicht nur die relativen Finanzierungsanteile der Krankenversicherer und Kantone, es braucht neu auch einen national einheitlichen Tarif für die Vergütung der Pflegeleistungen. Aktuell ist unklar, wie dieser ausgestaltet werden soll. In unserer Studie zur Integration der Pflege in eine einheitliche Finanzierung (Mäder et al., 2020) sehen wir drei mögliche Szenarien für den Abrechnungstarif: Beibehaltung der Bei-

¹¹ Die Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt haben als erste Kantone in acht medizinischen Fachbereichen einen Zulassungstopp für ambulante Ärztinnen und Ärzte per 1. April 2022 beschlossen (vgl. <https://www.gd.bs.ch/-nm/2022-die-kantone-basel-stadt-und-basel-landschaft-setzen-im-ambulanten-bereich-eine-zulassungssteuerung-in-acht-fachgebieten-um-rrbsbl.html>).

tragsstruktur der Krankenversicherer als Tarifstruktur mit Rückerstattung der Vollkosten, Beibehaltung der Beitragsstruktur der Krankenversicherer als Tarifstruktur mit Festlegung der Tariffhöhe über einen effizienten Benchmark oder eine datenbasierte Neuentwicklung der Tarifstruktur und der Tariffhöhe. Der Bundesrat greift die Vorschläge in seinem Bericht auf, lässt aber offen, welche Lösung angestrebt werden soll, abgesehen davon, dass eine Übernahme der Vollkosten im Rahmen der OKP nicht vorgesehen ist, sondern dass Tarife zu vereinbaren sind und die erste von Mäder et al. (2020) skizzierte Lösung somit nicht in Betracht kommt. Er merkt aber an, dass die aktuelle Beitragsstruktur der Krankenversicherer nicht dazu konzipiert wurde, die Pflegeleistungen abschliessend zu vergüten (Bundesrat, 2020). Verschiedene Kantone haben entsprechend im Rahmen der Ausgestaltung der Restfinanzierung zusätzliche Pflegebedarfsstufen spezifiziert oder entrichten Zuschläge für gewisse Leistungen (z. B. Palliative Care, Psychiatrie-Spitex).

Jedes Vergütungssystem ist mit verschiedenen Verhaltensanreizen verbunden. Es besteht ein Zielkonflikt zwischen dem Anreiz für eine effiziente Leistungserbringung (Power) und dem Anreiz für eine patientengerechte Pflege (Fit).¹²

Abbildung 2 Ausgestaltungsmöglichkeiten Vergütungsmechanismus



Der Vergütungsmechanismus von Leistungen bewegt sich zwischen zwei Extremen: Der vollständigen Kostenrück-erstattung sowie der Ausrichtung eines Globalbudgets. Bei ersterem liegt das finanzielle Risiko bei den Bezahlern der Leistungen (Krankenversicherer, Kantone, Gemeinden), bei letzterem bei den Leistungserbringern (Pflegeheime, Spitex, selbständige Pflegefachpersonen). Die verschiedenen Vergütungsmechanismen sind mit unterschiedlichen Anreizen verbunden: Bei einer vollständigen Kostenrück-erstattung ist der Fit (Anreiz für eine patientengerechte Pflege) hoch, aber die Power (Anreiz für eine effiziente Leistungserbringung) gering, während bei einem Globalbudget der Fit klein und die Power hoch ist.

Quelle: Eigene Darstellung Polynomics.

¹² Vgl. dazu Geruso & McGuire (2016).

Der Vergütungsmechanismus von Leistungen bewegt sich zwischen zwei Extremen: Der vollständigen Kostenrückerstattung sowie der Ausrichtung eines Globalbudgets. Bei ersterem ist der Fit hoch, aber die Power gering, während bei letzterem der Fit gering und die Power hoch ist (vgl. Abbildung 2).

Ohne zu wissen, über welchen Vergütungsmechanismus beziehungsweise Tarif Pflegeleistungen zukünftig abgegolten werden, kann nicht konkret abgeschätzt werden, wie sich die Integration der Pflege in EFAS auf die Gesundheitsausgaben sowie die Qualität auswirkt. Aufgrund der grossen Unterschiede in der heutigen Ausgestaltung der Restfinanzierung dürfte der Effekt zudem auch nicht in jedem Kanton gleich ausfallen. Grundsätzlich gilt aber, dass sich bei der Wahl eines Vergütungsmechanismus mit einer hohen Power ein positiver Effekt auf die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung ergibt, gleichzeitig aber auch die Gefahr eines Leistungsabbaus und damit einer verringerten Versorgungsqualität besteht.

Ein Einbezug der Pflegeleistungen in EFAS dürfte zudem die Kostentransparenz erhöhen und damit eine bessere Datengrundlage für Entscheide über die Abgeltung der Pflegeleistungen schaffen.

Auswirkung auf die Transmissionsmechanismen

Bei einer Integration der Pflegeleistungen in EFAS sinkt der Finanzierungsanteil der Krankenversicherer gegenüber EFAS ohne Pflege bezogen auf alle Leistungen. Inwiefern die Attraktivität von «Verbindlichen Modellen der koordinierten Versorgung» dabei zu- oder abnimmt, hängt davon ab, in welchem Bereich (stationär, ambulant, Langzeitpflege) die Einsparungen durch koordinierte Versorgung hauptsächlich stattfinden. Sind diese mehrheitlich im stationären Bereich, sinkt der Prämienrabatt gegenüber EFAS ohne Pflege, sind sie hingegen gleichmässig auf die verschiedenen Bereiche verteilt, nimmt der Rabatt zu. Unabhängig davon steigt der Anreiz der Krankenversicherer, mehr in ambulante Leistungen oder Prävention zu investieren, wenn damit eine (spätere) Pflegebedürftigkeit verhindert werden kann. Inwiefern dies aber effektiv umgesetzt werden kann und was dies für finanzielle Folgen hätte, kann im Rahmen dieses Berichts nicht quantifiziert werden.

Die Integration der Pflege in EFAS vereinfacht zudem den Einbezug von Pflegeleistungen in Komplexpauschalen und bietet damit auch mehr Spielraum für deren Ausgestaltung. In Bezug auf die «Durchsetzungskraft der Versicherer» ist denkbar, dass die Versicherer aufgrund des mit einer Integration der Pflege in EFAS höheren Finanzierungsanteils an den Pflegeleistungen (bisher 57%, mit EFAS ca. 73-76%) ihr Verhalten in der Leistungs-/Rechnungskontrolle im Hinblick auf Pflegeleistungen anpassen und eine wirtschaftliche Leistungserbringung stärker einfordern. Schliesslich ist in Bezug auf die «Steuerung der Versorgung durch die Kantone» keine Änderung zu erwarten, da diese bereits heute für die Steuerung der Langzeitpflege zuständig sind.

4 Sparpotenzial durch EFAS

4.1 EFAS ohne Einbezug der Pflege

Wie in Kapitel 2 zum methodischen Vorgehen beschrieben, resultiert das Sparpotenzial durch EFAS ausschliesslich aus indirekten Effekten. Mit EFAS werden heute bestehende Fehlanreize der unterschiedlichen Finanzierung korrigiert. Das Gesundheitswesen ist ein hochkomplexes System und die unterschiedlichen Wechselwirkungen im System erschweren es beträchtlich, die isolierten Kosteneffekte der einheitlichen Finanzierung wissenschaftlich zu quantifizieren. Dazu

kommt, dass in vielen Bereichen keine oder nur ungenügend Daten verfügbar sind, sodass häufig nur grobe Kostenschätzungen möglich sind. Wir schätzen deshalb das Sparpotenzial für jeden identifizierten Wirkungszusammenhang (vgl. Kapitel 3) in einem pessimistischen und optimistischen Szenario ab.

4.1.1 Verbindliche Modelle der koordinierten Versorgung

Aus dem Wirkungsmodell in Kapitel 3 können wir vier Schlüsselfaktoren ableiten, welche das Sparpotenzial durch EFAS beeinflussen:

- Sparpotenzial aufgrund verbindlicher Modelle der koordinierten Versorgung
- Reaktion der Versicherten auf Prämienrabatte
- Reaktion der Anbieter auf erhöhte Nachfrage nach koordinierter Versorgung
- Risikoausgleich

Sparpotenzial

Gemäss einer Studie von ZHAW und Infrac (Brunner et al., 2019) liegt die «Upper-bound-Schätzung» für das Sparpotenzial, wenn alle Versicherten in ein HMO-Modell mit Budgetbeschränkung wechseln, bei gut 3 Mrd. CHF (vgl. Tabelle 12 im Anhang).¹³

Dies entspricht einem Sparpotenzial pro Versicherten von 464 CHF. Um den Effekt von EFAS zu ermitteln, ist es relevant, in welchem Bereich (ambulant, stationär) die Einsparungen anfallen. In einer Studie von Telser & Meyer (2018) wurde anhand der Kosten von bestehenden HMO-Versicherten und dem Einspareffekt der HMO-Versicherten aus einer Studie von Kauer (2016) Nettoeinsparungen der Krankenversicherer durch EFAS berechnet. Basierend auf diesen Berechnungen fallen 60 Prozent der Einsparungen der koordinierten Versorgung im stationären Bereich an. Unter dem heutigen Finanzierungssystem könnten damit die Krankenversicherer 311 CHF der 464 CHF potenziellen Einsparungen mittels Prämienrabatten an die Versicherten weitergeben. Mit EFAS erhöht sich dieser Anteil (da ein grösserer Anteil der stationären Kosten von den Krankenversicherer bezahlt wird) um 52 CHF¹⁴ auf 363 CHF (vgl. Tabelle 13 im Anhang).

Da EFAS kostenneutral eingeführt werden soll, das heisst im Schnitt bleiben die Kosten der Krankenversicherer bei Einführung von EFAS gleich, müssten bei einer statischen Betrachtung bei anderen Modellen die Kosten steigen. Damit würde sich der relative Prämienrabatt der verbindlichen Modelle der koordinierten Versorgung gegenüber den anderen Modellen erhöhen. Auf der anderen Seite können die Einsparungen aber auch bei der Franchise oder beim Selbstbehalt anfallen oder teilweise an die Leistungserbringer weitergegeben werden, womit sich der mögliche Prämienrabatt reduzieren würde.

Die Berechnungen basieren darauf, dass 60 Prozent der Einsparungen im stationären Bereich anfallen. Je höher dieser Anteil ist, desto höher fällt auch der zusätzliche Rabatt durch EFAS aus.

¹³ Die Werte basieren auf dem Datenjahr 2016. Die mittlere Prämie in Franken je versicherte Person ist seit 2016 von 3'442 auf 3'777 angestiegen (vgl. STAT KV 2020, T 3.05). Somit wäre es möglich, dass heute ein höheres Einsparungspotenzial resultiert, sofern sich der Anteil der Versicherten, welche bereits in einem HMO-Modell mit Budgetmitverantwortung sind, nicht erhöht hat.

¹⁴ Die Studie von Telser & Meyer (2018) weist höhere Nettoeinsparungen durch EFAS von 187 CHF pro Versicherten aus. Die Berechnungen basieren auf den Kosten der bestehenden HMO-Versicherten. Diese lassen sich nicht ohne weiteres auf alle Versicherten übertragen und wurden deshalb nicht für die Berechnung verwendet.

Wenn zum Beispiel 100 Prozent der Einsparungen im stationären Bereich anfallen würden, wäre der zusätzliche Rabatt 154 CHF anstatt 52 CHF (vgl. Tabelle 14). Wenn hingegen 100 Prozent der Einsparungen im ambulanten Bereich anfallen, würden die Prämien mit EFAS um 101 CHF teurer werden (vgl. Tabelle 15). Werden je ein Drittel der Einsparungen im ambulanten, stationären Bereich und bei der Langzeitpflege unterstellt (bisher wurde basierend auf Brunner et al. (2019) angenommen, dass die Einsparungen nicht bei der Langzeitpflege anfallen), läge der zusätzliche Prämienrabatt bei 18 CHF (vgl. Tabelle 16).

Der tatsächliche Effekt auf die Prämien hängt zudem auch stark davon ab, welche Versicherten in die koordinierten Modelle wechseln. Das berechnete Sparpotenzial pro Versicherten basiert auf dem Durchschnitt über alle Versicherten. Das grösste Potenzial liegt bei Versicherten im Standardmodell mit ordentlicher Franchise, diese weisen im Schnitt die höchsten Bruttoleistungen auf.

Die Berechnungen zeigen, dass mit EFAS die Attraktivität der koordinierten Modelle durch den zusätzlichen Prämienrabatt tendenziell erhöht wird. Die Grösse des Effekts hängt von vielen Faktoren ab und kann nicht exakt beziffert werden, dürfte aber gemäss unseren Einschätzungen in einem moderaten Bereich liegen.

Heute bestehen Beschränkungen beim Prämienrabatt, welche auf der Wahlfranchise oder auf Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Wahl gewährt werden dürfen. Diese sind sowohl einzeln als auch in Kombination beschränkt.¹⁵ Sofern die möglichen Prämienrabatte bereits ausgeschöpft sind,¹⁶ würde EFAS die Attraktivität der koordinierten Modelle nicht zusätzlich erhöhen. Damit in diesem Fall der Effekt zum Tragen kommt, müsste zuerst die Beschränkung mit einer Änderung der entsprechenden Bestimmungen auf Verordnungsebene aufgehoben oder angepasst werden.

Reaktion Versicherte auf Prämienrabatte

Vergleicht man den zusätzlichen möglichen Prämienrabatt durch EFAS mit dem bereits heute bestehenden Unterschied von rund 1'000 CHF zwischen der mittleren Jahresprämie im Standardmodell und der mittleren Jahresprämie bei anderen Versicherungsformen wie zum Beispiel HMO, Hausarztmodell, Telmed,¹⁷ so ist nicht anzunehmen, dass viele Versicherte, welche ein Standardmodell haben (2020 waren 25% der Versicherten in einem Standardmodell versichert), aufgrund eines zusätzlichen Prämienrabattes von rund 50 CHF in ein koordiniertes Modell wechseln würden. Bei den Versicherten, welche bereits in einem eingeschränkten Modell sind, ist das Wechselverhalten etwas schwieriger zu prognostizieren.

Eine Analyse des BAG zum Versichererwechsel (BAG, 2021b) kommt zum Schluss, dass ein Versichererwechsel durch die Reduktion der Prämien motiviert zu sein scheint. Rund 5 Prozent der Versicherten haben von 2019 auf 2020 den Anbieter gewechselt. Für diese Versicherten ist die durchschnittliche Monatsprämie im Schnitt um rund 20 CHF gesunken (235 CHF pro Jahr). Die Analyse zeigt auch, dass rund 8 Prozent der Versicherten den Modelltyp gewechselt haben

¹⁵ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherte-mit-wohnsitz-in-der-schweiz/besondere-versicherungsformen/modelle-eingeschraenkte-wahl.html>

¹⁶ Gemäss Auskunft BAG ist das heute noch nicht der Fall.

¹⁷ Basierend auf Modell mit ordentlicher Jahresfranchise (4'489 vs. 3'416 CHF), bei Jahresfranchise von 2'500 CHF beträgt der Unterschied gut 600 CHF, vgl. STAT KV 2020, T 3.03.

(beim gleichen oder einem anderen Versicherer).¹⁸ Leider sind keine Zahlen zur Prämienveränderung beim Wechsel eines Modelltyps ausgewiesen. Wenn man nun stark vereinfacht einen linearen Zusammenhang zwischen Prämienrabatt und Anteil Wechsler unterstellt (235 CHF = 5%), würde bei einer Reduktion von rund 50 CHF pro Jahr gut 1 Prozent die Versicherung wechseln. Mangels verfügbarer Daten und eines eher moderaten zusätzlichen Prämienrabattes schätzen wir, dass aufgrund von EFAS insgesamt 0 bis 10 Prozent der Versicherten, welche heute nicht in einem HMO-Modell versichert sind, in ein HMO-Modell mit Budgetmitverantwortung wechseln.

Im pessimistischen Szenario reagieren die Versicherten somit nicht auf die veränderten finanziellen Anreize, es wechseln mit EFAS nicht mehr Versicherte in ein koordiniertes Modell als ohne EFAS. Im optimistischen Szenario unterstellen wir eine zusätzliche Wechselrate von 10 Prozent der Versicherten, welche heute nicht in einem HMO-Modell versichert sind.

Reaktion Anbieter auf erhöhte Nachfrage nach koordinierter Versorgung

Damit sich das Angebot der verbindlichen koordinierten Modelle erhöht, müssen diese für die Leistungserbringer finanziell attraktiv sein und die notwendige Infrastruktur muss zur Verfügung stehen. Langfristig könnte eine Aufhebung des Kontrahierungszwangs das Angebot der HMO-Modelle fördern. Für das optimistische Szenario nehmen wir an, dass die Nachfrage durch die Anbieter gedeckt werden kann. Im pessimistischen Szenario hingegen gehen wir davon aus, dass das Angebot an koordinierten Modellen begrenzt ist. Da aber bereits im pessimistischen Szenario 0 Prozent der Versicherten in ein koordiniertes Modell wechseln, hat dies auf das Sparpotenzial keinen Einfluss.

Risikoausgleich

Wie in Kapitel 3.1 beschrieben, können die durch EFAS veränderten Anreize dazu führen, dass Versicherer vermehrt versuchen, Risikoselektion zu betreiben. In unserem optimistischen Szenario gehen wir davon aus, dass diese Anreize in der Praxis ohne Folgen bleiben, weil die Versicherer die stationären Kosten nicht besser vorhersehen können als der Risikoausgleich, oder dass der Risikoausgleich verbessert werden kann, sodass die Anreize neutralisiert werden. Es kommt in diesem Fall nicht zu mehr Selektionsanstrengungen der Versicherer und die Attraktivität der koordinierten Modelle bleibt unbeeinträchtigt. Im pessimistischen Szenario kann der Risikoausgleich nicht genügend verbessert werden, die Prämienrabatte fallen somit weniger hoch aus und die Attraktivität der koordinierten Modelle sinkt. Da aber bereits im pessimistischen Szenario 0 Prozent der Versicherten in ein koordiniertes Modell wechseln, hat dies auf das Sparpotenzial keinen Einfluss.

Fazit

Mit EFAS könnten im ersten Transmissionsmechanismus zwischen 0 CHF (pessimistisches Szenario) und gut 300 Mio. CHF (optimistisches Szenario) pro Jahr eingespart werden, da sich die Attraktivität der verbindlichen Modelle der koordinierten Versorgung erhöht. Die Einsparungen fallen nicht alle im ersten Jahr an, da wir von einer kontinuierlichen Anpassung sowohl bei der Nachfrage wie auch beim Angebot ausgehen. Wenn zum Beispiel pro Jahr 1 Prozent der Versicherten wechseln, würde das im ersten Jahr Einsparungen von 30.9 Mio. CHF bedeuten. Nach 5 Jahren hätten bereits 5 Prozent gewechselt und die Einsparungen betrügen 155 Mio. CHF. Nach

¹⁸ BAG (2021b), Daten zu Figure 7: Rund 5% wechselten den Versicherer, davon wählten 65% einen anderen Modelltyp. Bei den Versicherten, die beim gleichen Versicherer blieben (95%), änderten 5% den Modelltyp.

10 Jahren wäre das Potenzial ausgeschöpft und es würden jährlich Einsparungen von 309 Mio. CHF anfallen.

Der geschätzte Einspareffekt der koordinierten Modelle stellt lediglich einen groben Richtwert dar, da die Datengrundlage dürftig ist. Das Sparpotenzial für Versicherte in einem HMO-Modell mit Budgetbeschränkung basiert auf über 15 Jahre alten Daten und ist auch sonst mit einigen Unsicherheiten behaftet. Aktuelle Studien zu Einsparmöglichkeiten bei verbindlichen Modellen der koordinierten Versorgung gibt es für die Schweiz nicht, die meisten Schweizer Studien basieren auf Daten vor 2010 (vgl. z. B. Schmid et al., 2018). Auch wird in der offiziellen Statistik der obligatorischen Krankenversicherung die Anzahl der Versicherten in einem Modell mit Budgetmitverantwortung nicht ausgewiesen.¹⁹

Tabelle 5 Szenarien Sparpotenzial verbindliche koordinierte Modelle

	Pessimistisch	Optimistisch
Jährliches Sparpotenzial koordinierte Versorgung	< 3 Mrd. CHF	3 Mrd. CHF
Nachfrage	0%	10%
Angebot	beschränkt	deckt Nachfrage
Risikoausgleich	zusätzliche Risikoselektion	keine zusätzliche Risikoselektion
Geschätztes jährliches Sparpotenzial EFAS	0 CHF	309 Mio. CHF

In der Tabelle sind für die identifizierten Schlüsselfaktoren die Annahmen für den optimistischen und pessimistischen Fall aufgeführt. Im pessimistischen Szenario gehen wir davon aus, dass die zusätzlichen Prämienrabatte durch EFAS nicht ausreichen, um mehr Versicherte in ein verbindliches koordiniertes Modell zu bewegen. Somit resultiert kein Sparpotenzial. Im optimistischen Fall gehen wir davon aus, dass insgesamt 10% der Versicherten aufgrund der zusätzlichen Prämienrabatte durch EFAS neu in ein verbindliches koordiniertes Modell wechseln. Zudem unterstellen wir, dass genügend Leistungserbringer entsprechende Modelle anbieten und dass EFAS entweder zu keiner zusätzlichen Risikoselektion führt oder eine Anpassung des Risikoausgleichs diese verhindert. Basierend auf einer Obergrenze für das gesamte Sparpotenzial der koordinierten Versorgung von 3 Mrd. CHF, resultiert im optimistischen Szenario ein längerfristiges Sparpotenzial von 309 Mio. CHF.

Quelle: Polynomics.

4.1.2 Entwicklung innovativer Tarifstrukturen

Das Sparpotenzial von Komplexpauschalen aufgrund von EFAS wird von zwei Faktoren beeinflusst:

- Sparpotenzial insgesamt durch Komplexpauschalen
- Wahrscheinlichkeit Einführung Komplexpauschalen aufgrund von EFAS

Sparpotenzial

Bei elektiven Eingriffen zeigt die Literatur, dass Komplexpauschalen für Hüft- und Gelenkersatzoperationen mit Kosteneinsparungen von 8 bis 15 Prozent verbunden sind. Auch Felder et al.

¹⁹ Unter «Andere Versicherungsformen» wird das HMO-Modell und Hausarztmodell separat ausgewiesen. Auch auf Versichertenseite besteht nicht volle Transparenz. Für Versicherte ist es aufgrund der vielen unterschiedlichen Modelle und Modellnamen schwierig, einen Überblick über alle Varianten zu haben. Mittels Preisvergleich (priminfo, comparis etc.) lässt sich zwar mittlerweile einfach der günstigste Anbieter finden, aber es sind praktisch keine Informationen verfügbar, ob es sich um ein Modell mit Budgetmitverantwortung handelt.

(2019) sehen für die Schweiz vor allem in diesem Bereich ein Kosteneinsparpotenzial. Sie gehen davon aus, dass bei Einführung einer entsprechenden Komplexpauschale teilweise auf invasive Therapieformen verzichtet wird und damit die Anzahl Eingriffe zurückgeht. 2019 wurden in den SwissDRG-Fallgruppen I43C, I46C und I46D im Rahmen des KVG 36'553 Fälle gezählt, welche mit Kosten von rund 652 Mio. CHF verbunden waren. Bei einer Reduktion der Anzahl Eingriffe um 10 Prozent würden sich bei den Hüft- und Gelenkersatzoperationen Kosteneinsparungen von rund 65 Mio. CHF ergeben (vgl. Tabelle 17 im Anhang).²⁰

In Bezug auf Komplexpauschalen für chronische Krankheiten findet sich in der Literatur zwar Evidenz für Qualitätsverbesserungen, bezüglich Kosteneinsparungen ist die Evidenz aber weniger klar (Felder et al., 2019). Lourenço (2016) findet, dass die Einführung einer Komplexpauschale für HIV/AIDS in Portugal mit einem Rückgang der Durchschnittskosten für die Behandlung verbunden war. Untersuchungen zur Einführung der Komplexpauschalen in den Niederlanden für Diabetes, COPD/Asthma und Herz-Kreislauf-Erkrankungen²¹ finden demgegenüber keine Evidenz für einen Kostenrückgang, sondern stellen vielmehr eine leichte Kostenzunahme fest (Karimi et al., 2021; Sigrid Mohnen et al., 2015). Shih et al. (2015) geben einen Überblick über die Literatur zu Komplexpauschalen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen in den USA und stellen fest, dass diese lediglich mit bescheidenen Einsparungen verbunden sind. Wir gehen daher davon aus, dass Komplexpauschalen für chronische Krankheiten nicht zu Kosteneinsparungen führen.

Kausaler Zusammenhang EFAS

Komplexpauschalen für chronische Erkrankungen umfassen heute mehrheitlich nur ambulante Leistungen (Lourenço, 2016; Rutten-van Mölken, Maureen, 2014). Ihre Einführung wird daher durch EFAS nicht erleichtert. Komplexpauschalen für elektive Eingriffe enthalten demgegenüber sowohl ambulante wie auch stationäre Leistungen. Die uneinheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen ist aber nur einer von mehreren Faktoren, die eine Einführung von Komplexpauschalen erschweren (vgl. Abschnitt 3.2). So müssen bei Einbezug unterschiedlicher Leistungserbringer in der Vergütung diese Leistungserbringer unter sich aushandeln, wie die Pauschale aufgeteilt werden soll. Auch fehlt es bei ambulanten Leistungen bis anhin an umfassenden Kosten- und Leistungsdaten, sodass die vollständigen Behandlungskosten nicht bekannt sind. Eine weitere Herausforderung ist die Abgrenzung des Behandlungskomplexes von der regulären Versorgung, wobei dies bei elektiven Eingriffen leichter sein dürfte als bei Komplexpauschalen für chronische Erkrankungen. Schliesslich müssen die Leistungserbringer auch zum Abschluss alternativer Tarifverträge bereit sein. Aus diesem Grund gehen wir davon aus, dass EFAS die Wahrscheinlichkeit der Einführung von Komplexpauschalen für elektive Eingriffe nicht massgeblich erhöht. Wir gehen im optimistischen Szenario exemplarisch von einer Erhöhung um 5 Prozent aus. Im pessimistischen Szenario trägt EFAS nichts dazu bei.

²⁰ Komplexpauschalen können auch eine positive Wirkung auf potenziell vermeidbare Komplikationen haben. Aufgrund fehlender Daten haben wir aber auf eine diesbezügliche Berechnung der potenziellen Einsparmöglichkeiten verzichtet. Bei einem Rückgang der Anzahl invasiver Eingriffe würden zudem gleichzeitig die Kosten für konservativere Therapieformen ansteigen. Auch hier haben wir aufgrund fehlender Informationen auf eine Schätzung verzichtet.

²¹ Diabetes, COPD, Asthma und Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind für rund 20% der Schweizer Gesundheitsausgaben verantwortlich (Wieser et al., 2014). 2019 entspricht dies Kosten von rund 16 Mrd. CHF, wobei 7.3 Mrd. durch die OKP getragen werden.

Fazit

Mit EFAS können im zweiten Transmissionsmechanismus zwischen 0 CHF (pessimistisches Szenario) und 3.3 Mio. CHF pro Jahr (optimistisches Szenario) eingespart werden (vgl. Tabelle 6). Die mit der Einführung von Komplexpauschalen verbundenen Einsparungen werden sich erst in der langen Frist realisieren. Einerseits braucht es eine gewisse Zeit, um die Komplexpauschalen zu entwickeln, andererseits müssen diese nach ihrer Einführung bei den Leistungserbringern erst zu einer Verhaltensänderung führen.

Die möglichen Einsparungen gehen vollständig auf die durch EFAS erhöhte Wahrscheinlichkeit der Einführung von Komplexpauschalen für elektive Eingriffe zurück. Unsere Schätzungen beschränken sich auf das Sparpotenzial bei Hüft- und Gelenkersatzoperationen, da diese in der Literatur gut dokumentiert sind. Prinzipiell sind Komplexpauschalen aber auch für weitere elektive Eingriffe im Bereich der Orthopädie und Kardiologie denkbar, wobei deren Sparpotenzial unklar bleibt. Bei Komplexpauschalen für chronische Erkrankungen werden häufig nur ambulante Leistungen berücksichtigt. Somit könnten diese bereits heute eingeführt werden, EFAS hat darauf keinen Einfluss. Zudem ist auf Basis der internationalen Literatur unklar, ob diese tatsächlich mit Kosteneinsparungen verbunden sind. Grundsätzlich hängt das Sparpotenzial von Komplexpauschalen von verschiedenen Faktoren, insbesondere der Art des Gesundheitssystems und der konkreten Ausgestaltung der Pauschale ab. Eine Übertragung der Resultate der internationalen Literatur auf die Schweiz ist daher nur eingeschränkt möglich, weshalb Felder et al. (2019) in ihrer Studie auch auf eine quantitative Schätzung des möglichen Sparpotenzials für Komplexpauschalen in der Schweiz verzichtet hatten.

Tabelle 6 Szenarien Sparpotenzial Entwicklung innovativer Tarifstrukturen

	Pessimistisch	Optimistisch
Geschätztes jährliches Sparpotenzial	< 65 Mio. CHF	65 Mio. CHF
Wahrscheinlichkeit Einführung Komplexpauschalen durch EFAS	0%	5%
Geschätztes jährliches Sparpotenzial EFAS	0 CHF	3.3 Mio. CHF

Das Sparpotenzial EFAS hängt davon ab, ob Komplexpauschalen effektiv mit niedrigeren Gesundheitskosten verbunden sind sowie ob EFAS die Einführung von Komplexpauschalen begünstigt. Unsere Schätzungen beschränken sich auf das Sparpotenzial bei Hüft- und Gelenkersatzoperationen, da diese in der Literatur gut dokumentiert sind. Im pessimistischen Szenario gehen wir davon aus, dass EFAS nicht zur Einführung von Komplexpauschalen führt. Somit resultiert kein Sparpotenzial. Im optimistischen Szenario nehmen wir an, dass EFAS die Wahrscheinlichkeit einer Einführung von Komplexpauschalen um 5% erhöht und die eingeführten Komplexpauschalen zu Kosteneinsparungen von 65 Mio. CHF führen. Damit ergibt sich ein durch EFAS bedingtes Sparpotenzial von 3.3 Mio. CHF pro Jahr.

Quelle: Polynomics.

4.1.3 Durchsetzungskraft der Versicherer

Das Sparpotenzial des dritten Transmissionsmechanismus «Durchsetzungskraft der Versicherer» hängt davon ab, wie stark die Krankenversicherer ihr Verhalten in der Leistungs- und Rechnungskontrolle anpassen und inwiefern die Leistungserbringer darauf reagieren. Diesbezüglich sind keinerlei Informationen verfügbar, weshalb wir auf eine Quantifizierung des dritten Transmissionsmechanismus verzichtet haben. Mögliche Einsparungen im Bereich der Rechnungskontrolle und Wirtschaftlichkeitsprüfungen dürften sich erst in der langen Frist realisieren, da die veränderten Anreize erst zu Verhaltensänderungen führen müssen, und dürften eher gering ausfallen.

Rechnungskontrollen und damit verbundene Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind sehr aufwändige und langwierige Prozesse. Zudem bestehen bereits heute Verfahren für Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten.

4.1.4 Steuerung Versorgung durch die Kantone

Bei der Steuerung der Versorgung durch die Kantone hängt das Sparpotenzial davon ab, wie stark EFAS die Kantone veranlasst, vom Instrument der Zulassungssteuerung Gebrauch machen, und ob damit tatsächlich Kosteneinsparungen erzielt werden können. Die Kantone haben die Möglichkeit der Zulassungssteuerung bei ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten bereits heute und werden diese voraussichtlich auch behalten, wenn EFAS nicht eingeführt wird.

Eine Quantifizierung ist im Rahmen dieser Studie nicht möglich. Allfällige Einsparungen dürften sich aus unserer Sicht aber grundsätzlich erst in der langen Frist realisieren, da das Instrument der Zulassungssteuerung bei ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten einzig bei Neuzulassungen Anwendung findet (Besitzstandwahrung). Zudem ist die Interessenlage der Kantone unter EFAS nicht vollständig klar. Durch die Mitfinanzierung der ambulanten Leistungen erhöhen sich zwar die Anreize, im ambulanten Bereich Kosten einzusparen. Auf der anderen Seite reduzieren sich aber relativ gesehen die Anreize für eine Verlagerung von stationären zu ambulanten Behandlungen. Dies könnte eine Rolle spielen, weil die bereits heute oft kritisierte Mehrfachrolle der Kantone als Regulator, Mifinanzierer und häufig Spitaleigentümer auch nach EFAS bestehen bleibt.

4.1.5 Gesamteffekt EFAS ohne Einbezug der Pflege

In Tabelle 7 ist das Sparpotenzial mit EFAS ohne Pflege aller Wirkungszusammenhänge aufgeführt. Die Einsparungen liegen im pessimistischen Fall bei 0 CHF und im optimistischen Fall bei mindestens 312 Mio. CHF pro Jahr. Diese Schätzungen zeigen keine harten Grenzen auf, sondern sind mit Unsicherheit verbunden und es konnten auch nicht alle Effekte quantifiziert werden. Die tatsächlich zu realisierenden Effekte dürften aber mit grosser Wahrscheinlichkeit irgendwo zwischen den beiden Szenarienwerten ausfallen. Das grösste Sparpotenzial zeigt sich bei den verbindlichen Modellen der koordinierten Versorgung.

Da unter EFAS die Kosten in allen Bereichen von den Krankenversicherern und den Kantonen getragen werden, profitieren auch beide von den Einsparungen. Je nach Finanzierungsanteil und unter der Annahme, dass die Einsparungen nicht bei den Patientinnen und Patienten anfallen, würden somit im optimistischen Szenario rund 80 Mio. CHF der Einsparungen bei den Kantonen und rund 230 Mio. CHF bei den Krankenversicherern anfallen.

Die Einsparungen fallen nicht sofort an. Zum einen reagieren nicht alle Versicherten sofort auf die zusätzlichen Prämienrabatte. Zum anderen müssen neue Tarifstrukturen zuerst implementiert werden und bei den Leistungserbringern zu einer Verhaltensänderung führen. Der genaue Zeitraum kann nicht angegeben werden, bis wann sich das Sparpotenzial realisiert. Es ist allerdings in jedem Fall von mehreren Jahren auszugehen.

Die Einsparungen gehen nicht zu Lasten der Behandlungsqualität. Mit einer verbesserten koordinierten Versorgung dürfte sich diese sogar erhöhen. Dadurch können die Folgekosten auch ausserhalb des Gesundheitswesens sinken. Bei weniger oder kürzerer Krankheit können Arbeitsausfälle oder eine Reduzierung der Arbeitsleistung vermieden werden und somit sinken die indirekten Kosten in Form von Produktivitätsverlusten. Dadurch profitiert die gesamte Gesellschaft. Des Weiteren können intangible Kosten in Form von Schmerz und Leid bei den Patientinnen und Patienten und den Angehörigen reduziert werden.

Tabelle 7 Szenarien Sparpotenzial insgesamt EFAS ohne Pflege

Jährliches Sparpotenzial in Mio. CHF	Pessimistisch	Optimistisch
Verbindliche Modelle der koordinierten Versorgung	0	309
Entwicklung innovativer Tarifstrukturen	0	3.3
Durchsetzungskraft der Versicherer*	0	> 0
Steuerung Versorgung Kantone*	0	> 0
Geschätztes jährliches Sparpotenzial EFAS ohne Pflege	0	> 312

* nicht quantifiziert

Das Sparpotenzial durch EFAS resultiert lediglich aus indirekten Effekten, wobei die isolierten Kosteneffekte nicht direkt berechnet werden können. Wir schätzen deshalb das Sparpotenzial im pessimistischen Szenario auf 0 und im optimistischen auf 312 Mio. CHF pro Jahr. Die Einsparungen dürften nicht alle sofort anfallen, das gesamte Potenzial wird erst nach einer gewissen Zeit realisiert. Bei den innovativen Tarifstrukturen wurden Komplexpauschalen für Hüft- und Gelenkersatzoperationen berücksichtigt. Grundsätzlich sind auch weitere Komplexpauschalen denkbar, inwiefern dies zu Einsparungen führt, ist jedoch unklar. Nicht quantifiziert werden konnte das Sparpotenzial bei «Durchsetzungskraft der Versicherer» und «Steuerung Versorgung Kantone».

Quelle: Polynomics.

4.2 EFAS mit Einbezug der Pflege

4.2.1 Verbindliche Modelle der koordinierten Versorgung

Bei einer Integration der Pflegeleistungen in EFAS sinkt der Finanzierungsanteil der Krankenversicherer gegenüber EFAS ohne Pflege bezogen auf alle Leistungen. Auf den Wirkungsmechanismus «Verbindliche Modelle der koordinierten Versorgung» hätte dies zur Folge, dass die Attraktivität dieser Modelle sinkt, da der Prämienrabatt verringert wird. Im Basisszenario würde somit der Prämienrabatt von 52 CHF auf 41 CHF sinken (vgl. Tabelle 13 im Anhang). Die Berechnung beruht auf der Annahme, dass Einsparungen der koordinierten Versorgung ausschliesslich im stationären und im ambulanten und nicht im Pflegebereich stattfinden (vgl. Abschnitt 4.1.1). Werden je ein Drittel der Einsparungen im ambulanten, stationären Bereich und bei der Langzeitpflege unterstellt, steigt mit Einbezug der Pflege der zusätzliche Prämienrabatt von 18 CHF auf 40 CHF an (vgl. Tabelle 16 im Anhang), womit in diesem Fall die Attraktivität der koordinierten Versorgungsmodelle mit Einbezug der Pflege erhöht würde. Der Effekt des Einbezugs der Pflege hängt somit davon ab, in welchem Bereich die Einsparungen effektiv anfallen.

4.2.2 Entwicklung innovative Tarifstrukturen

Die Integration der Pflege in EFAS vereinfacht den Einbezug von Pflegeleistungen in Komplexpauschalen und bietet damit auch mehr Spielraum für deren Ausgestaltung. Das Sparpotenzial des Transmissionsmechanismus «Anreiz für innovative Tarifstrukturen» würde sich durch einen Einbezug der Pflege daher tendenziell erhöhen, eine Quantifizierung ist aufgrund fehlender Daten jedoch nicht möglich.

4.2.3 Durchsetzungskraft der Versicherer

Mit der Integration der Pflege in EFAS erhöht sich der Finanzierungsanteil der Krankenversicherer an den Pflegeleistungen (ohne Patientenbeteiligung) von 57 auf 76 Prozent (BAG, 2022). Sie finanzieren neu zudem einen prozentual gleichen Anteil der Leistungen der ambulanten Pflege

(Spitex und selbständig tätige Pflegefachpersonen) und der Pflegeheime, während sie heute einen prozentual leicht höheren Beitrag an die Leistungen der ambulanten Pflege leistet (Trageser et al., 2021). Aufgrund des höheren Finanzierungsanteils ist denkbar, dass die Versicherer ihr Verhalten in der Leistungs- und Rechnungskontrolle im Hinblick auf Pflegeleistungen anpassen. Ob und in welchem Ausmass damit Einsparungen einhergehen ist aber unklar, diesbezüglich sind keinerlei Informationen verfügbar.

4.2.4 Steuerung Versorgung durch die Kantone

Die Kantone beziehungsweise teilweise subsidiär ihre Gemeinden steuern heute über Pflegeheimlisten sowie die Vergabe von Leistungsaufträgen das Angebot in der Langzeitpflege (Mäder et al., 2020). Es ist anzunehmen, dass dies auch bei einer Integration der Pflege in EFAS der Fall bleibt. Der Finanzierungsanteil der Kantone an den Pflegeleistungen (ohne Patientenbeteiligung) sinkt allerdings von 43 auf 24 Prozent (BAG, 2022). Es ist daher theoretisch denkbar, dass die Kantone mit EFAS zukünftig der Steuerung ambulanter Leistungen (ohne Pflege) mehr Priorität beimessen als der Steuerung der Versorgung in der Langzeitpflege.

4.2.5 Produktive Ineffizienzen in der Pflege

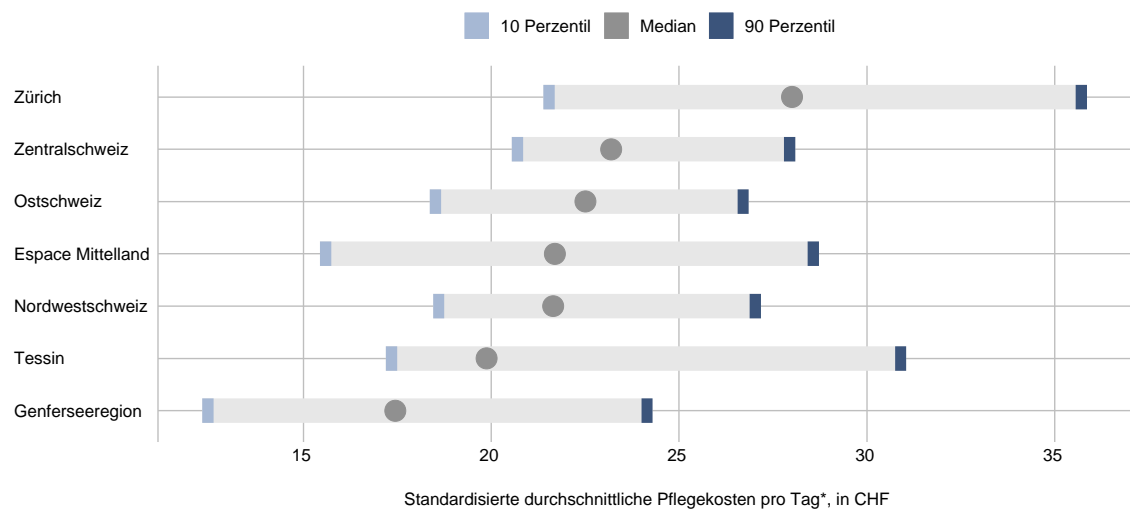
Inwiefern ein Einbezug der Pflegeleistungen in EFAS mit Einsparungen verbunden ist, hängt einerseits davon ab, über welchen Vergütungsmechanismus beziehungsweise Tarif Pflegeleistungen zukünftig abgegolten werden. Dies ist aktuell nicht bekannt. Andererseits kann die Einführung von EFAS nur dann zu Kosteneinsparungen führen, wenn im Bereich der Pflege ein Potenzial für Effizienzsteigerung existiert, d. h. bei den Leistungserbringern produktive Ineffizienzen bestehen.²²

Für die Pflegeheime publiziert das BAG jährlich ein gewisses Set an Kennzahlen, darunter auch die durchschnittlichen Pflegekosten pro Tag für jedes Pflegeheim. 2019 liegen diese zwischen 14 und 844 CHF pro Tag. Werden die Kosten mit dem Index der Pflegeintensität standardisiert, reduzieren sich die Kostenunterschiede etwas, sie liegen aber immer noch zwischen 3 und 278 CHF pro Tag (vgl. Abbildung 3). Grosse Unterschiede bestehen auch im Hinblick auf die Anzahl Pflegefachpersonen pro 1'000 Pflagetage sowie dem Anteil des qualifizierten Personals im Pflegebereich. Für die Spitexorganisationen werden auf Bundesebene keine Daten der einzelnen Institution publiziert. Wächter et al. (2017) analysieren die Kostenstruktur von 11 öffentlich-rechtlichen Spitexorganisationen und zeigen, dass sich auch bei Anwendung einer harmonisierten Kostenrechnung die Vollkosten pro KLV A/B/C zwischen den Organisationen stark unterscheiden. So liegen die Vollkosten pro geleistete Stunde Behandlungspflege im Jahr 2015 zwischen rund 106 und 167 CHF. Diese grossen Kostenunterschiede zwischen den Leistungserbringern können auf produktive Ineffizienzen hindeuten, sie können aber auch berechtigte Kostenunterschiede aufgrund eines unterschiedlichen Angebotes beziehungsweise Leistungsauftrages, einer unterschiedlichen Klientenstruktur sowie regionale Kostenunterschieden in Bezug auf Lohn und Infrastruktur widerspiegeln. Abbildung 3 zeigt sodann auch, dass die Pflegekosten pro Tag von Pflegeheimen im Kanton Zürich, welcher ein hohes Lohnniveau sowie hohe Infrastrukturkosten kennt, über diejenigen der anderen Grossregionen liegen. Zu bedenken ist auch, dass Substitutionseffekte zwi-

²² Produktive Ineffizienzen bestehen, wenn Leistungserbringer ihre Leistungen zu überhöhten Kosten produzieren. Unterschieden wird zwischen Skalenineffizienzen (Leistungserbringer haben nicht die optimale Grösse), technischen Ineffizienzen (Prozesse und Strukturen erlauben keine effiziente Produktion) sowie Ineffizienzen aufgrund einer nicht optimalen Allokation der Inputfaktoren.

schen Pflegeleistungen und anderen Gesundheitsleistungen bestehen können. Ein geringerer Anteil von qualifiziertem Personal im Pflegebereich kann daher zum Beispiel allenfalls mit geringeren Pflegekosten verbunden sein (vgl. Muench et al., 2019), aber zu höheren Kosten im restlichen Gesundheitswesen führen und damit insgesamt keine Kosteneinsparungen bewirken, sondern im Gegenteil kostensteigernd wirken.

Abbildung 3 Verteilung durchschnittliche Pflegekosten pro Tag, Pflegeheime 2019 nach Grossregion



* Standardisierung mit dem Index der Pflegeintensität

Die durchschnittlichen Pflegekosten pro Tag unterschieden sich heute sowohl zwischen den einzelnen Pflegeheimen wie auch den Schweizer Grossregionen stark. Dies kann auf produktive Ineffizienzen der Leistungserbringer hindeuten, aber auch berechnete Kostenunterschiede aufgrund unterschiedlicher Klienten, Leistungsaufträgen sowie regionaler Lohn- und Infrastrukturkosten reflektieren.

Quelle: BAG (2022), Kennzahlen der Schweizer Pflegeheime 2019; eigene Darstellung Polynomics.

Es gibt derzeit keine aktuellen Studien, welche aufzeigen, welcher Teil der Kostenunterschiede zwischen Pflegeheimen beziehungsweise Spitexorganisationen auf produktive Ineffizienzen zurückgehen und welcher Teil durch berechnete Kostenunterschiede getrieben ist.²³ Die letzte Studie, welche mittels spezialisierten Effizienzmessungsmethoden das Effizienzpotenzial für die gesamte Pflegeheimbranche in der Schweiz abgeschätzt hat, stammt von 2008 und verwendete Da-

²³ Brunner et al. (2019) berechnen das Effizienzpotenzial der Pflegeheime über ein Benchmarking und gehen davon aus, dass alle mit dem Index der Pflegeintensität standardisierten Pflegekosten pro Tag, die über dem Median liegen, auf Ineffizienzen zurückgehen. Das so berechnete Effizienzpotenzial liegt für das Jahr 2016 bei 436 Mio. CHF, was 10.5% der Kosten für die KVG-pflichtige Pflege (inkl. Patientenbeteiligung) in den Pflegeheimen entspricht. Cosandey (2016) berechnet das Sparpotenzial in der gesamten Alterspflege, d. h. nicht nur der KVG-pflichtigen Pflege, über ein Benchmarking der Kantone. Wird der Durchschnitt der Kantone als Benchmark verwendet, resultiert für das Jahr 2014 ein Sparpotenzial von 1.8 Mrd. CHF, ist es der Durchschnitt der «Top-10-Kantone», sind es 4.7 Mrd. CHF. Ersteres entspricht 17%, letzteres 43% der Gesamtkosten für die Alterspflege. Aus unserer Sicht greift ein Benchmarking, welches nicht für berechnete Kostenunterschiede zwischen den Leistungserbringern korrigiert, zu kurz. Unter den Pflegeheimen mit den höchsten Pflegekosten pro Tag befinden sich beispielweise die Hospize in Graubünden und St. Gallen sowie das Mathilde Escher Heim in Zürich, welches auf Menschen mit Muskelkrankheiten spezialisiert ist. Die Kostenstruktur dieser Heime dürfte aufgrund der unterschiedlichen Klienten kaum mit dem durchschnittlichen Schweizer Pflegeheim vergleichbar sein.

ten bis 2002 (Farsi et al., 2008). Die Autoren kamen zum Schluss, dass der Medianwert der Ineffizienz im Schweizer Pflegeheimsektor bei 6.7 Prozent lag. Sie folgerten, dass der Pflegeheimsektor insgesamt nahe an der Effizienzgrenze operierte. Eine frühere Studie hat ein ähnliches Ergebnis für den Kanton Tessin erhalten (Farsi et al., 2005). Der Medianwert der Ineffizienz betrug hier je nach Modell zwischen 4 und 5 Prozent, wobei er sich über den betrachteten Zeitraum verbessert hatte. Eine Aktualisierung für den Kanton Tessin mit Daten bis 2005 hat Di Giorgio et al. (2015) vorgenommen. In dieser Arbeit lag der Medianwert der Ineffizienzen in den Pflegeheimen über alle Modelle bei ca. 3 Prozent mit einem Maximalwert von 17 Prozent für eine Institution. Für den Spitexbereich sind überhaupt keine ähnlichen Studien für die Schweiz bekannt.

Ebenso ist der zukünftige Vergütungsmechanismus nicht bekannt. Es ist daher nicht konkret abschätzbar wie sich die Integration der Pflege in EFAS auf die Gesundheitsausgaben sowie die Qualität auswirkt. Unsere Schätzungen umfassen daher – mit einem illustrativen Gedanken – zwei simplifizierte mögliche Szenarien. In einem optimistischen Szenario gehen wir davon aus, dass ein Vergütungsmechanismus gewählt wird, welcher einen stärkeren Anreiz zur Kosteneffizienz setzt als die heutige Restfinanzierung und die Leistungserbringer ihre produktiven Ineffizienzen reduzieren. Wir gehen im optimistischen Szenario davon aus, dass moderate Kosteneinsparungen zu erwarten sind. Aufgrund der oben zitierten Literatur aus dem Pflegeheimsektor scheint uns eine Kostenreduktion von 2 Prozent als grobe Schätzung angemessen. Dies würde für das Jahr 2019 Einsparungen von 126 Mio. CHF bedeuten (vgl. Tabelle 18 im Anhang). In einem pessimistischen Szenario nehmen wir an, dass der Anreiz zur Kosteneffizienz gegenüber der heutigen Restfinanzierung unverändert bleibt und keine Einsparungen erzielt werden.

Fazit

Es ist unklar, welcher Teil der beobachteten Kostenunterschiede zwischen Pflegeheimen beziehungsweise Spitexorganisationen auf produktive Ineffizienzen zurückgehen. Offen ist aktuell auch, über welche Art Tarif die Langzeitpflege zukünftig vergütet wird. Aus diesem Grund kann das Sparpotenzial, welches durch eine mit EFAS verbundene Reduktion der produktiven Ineffizienzen resultiert, einzig exemplarisch und sehr grob abgeschätzt werden. Wir gehen von Einsparungen zwischen 0 und 126 Mio. CHF pro Jahr aus (vgl. Tabelle 8). Die zu erzielenden Einsparungen hängen stark davon ab, welcher Vergütungsmechanismus gewählt wird und wie gross die Ineffizienzen in der Langzeitpflege heute sind. Einsparungen sind vor allem dann zu erwarten, wenn der neue Vergütungsmechanismus einen stärkeren Anreiz zur Kosteneffizienz setzt als die heutige Restfinanzierung und Leistungserbringer Ineffizienzen effektiv reduzieren können. Ein Vergütungsmechanismus, welcher den Anreiz zur Kosteneffizienz hoch gewichtet, birgt allerdings auch die Gefahr eines Leistungsabbaus und damit einer verringerten Versorgungsqualität.

Es ist denkbar, dass ein Teil der Einsparungen bereits vor der Einführung von EFAS und der damit verbundenen Umsetzung eines neuen Vergütungsmechanismus in der Langzeitpflege entstehen. Gewisse Leistungserbringer könnten ihr Verhalten bereits im Vorfeld mit Blick auf die zu erwarteten Änderungen anpassen. Ein Grossteil der Einsparungen dürfte sich aber eher in der langen Frist realisieren. Nimmt das Leistungsvolumen in der Langzeitpflege zu und können die Leistungserbringer produktive Ineffizienzen reduzieren, könnten sich die mit einem Einbezug der Pflege in EFAS gegenüber EFAS ohne Pflege zusätzlich möglichen Einsparungen zudem erhöhen.

Tabelle 8 Szenarien Sparpotenzial produktive Ineffizienz Langzeitpflege

	Pessimistisch	Optimistisch
Gesamtkosten Pflege inkl. Patientenbeteiligung	6'305 Mio. CHF	6'305 Mio. CHF
Annahme Kostenreduktion	0%	2%
Geschätztes jährliches Sparpotenzial EFAS	0 CHF	126 Mio. CHF

Die zu erzielenden Einsparungen hängen stark davon ab, welcher Vergütungsmechanismus gewählt wird und wie gross die produktiven Ineffizienzen in der Langzeitpflege heute sind. Im pessimistischen Szenario gehen wir davon aus, dass der Anreiz zur Kosteneffizienz mit dem neuen Vergütungsmechanismus unverändert bleiben und keine Einsparungen erzielt werden. In unserem optimistischen Szenario nehmen wir demgegenüber an, dass der gewählte Vergütungsmechanismus einen stärkeren Anreiz zur Kosteneffizienz setzt als die heutige Restfinanzierung und die Leistungserbringer ihre produktiven Ineffizienzen reduzieren. Mit einer Kostenreduktion von 2% resultieren im optimistischen Szenario Einsparungen von 126 Mio. CHF.

Quelle: Polynomics.

4.2.6 Gesamteffekt EFAS mit Einbezug der Pflege

Mit Einbezug der Pflege in EFAS erhöht sich tendenziell der Einspareffekt. Es konnten jedoch nicht alle Effekte quantifiziert werden und die vorgenommenen Berechnungen sind mit grosser Unsicherheit behaftet und stellen lediglich eine grobe Abschätzung dar. Die Einsparungen liegen im pessimistischen Fall bei 0 CHF und im optimistischen Fall bei 438 Mio. CHF pro Jahr. Auch wenn nicht alle Effekte berechnet werden können, dürften die tatsächlich zu realisierenden Effekte mit grosser Wahrscheinlichkeit irgendwo zwischen den beiden Szenarienwerten liegen.

Tabelle 9 Szenarien Sparpotenzial insgesamt EFAS mit Pflege

Jährliches Sparpotenzial in Mio. CHF	Pessimistisch	Optimistisch
Verbindliche Modelle der koordinierten Versorgung*	0	≤ 309
Entwicklung innovativer Tarifstrukturen*	0	3.3
Durchsetzungskraft der Versicherer*	0	> 0
Steuerung Versorgung Kantone*	0	> 0
Produktive Ineffizienzen Pflege (Annahme 2%)	0	126
Geschätztes jährliches Sparpotenzial EFAS mit Pflege	0	~ 438

* nicht/teilweise quantifiziert

Für das Sparpotenzial durch EFAS mit Einbezug der Pflege konnten nicht alle Effekte berechnet werden. Wir schätzen das Einsparungspotenzial im Bereich zwischen 0 und 438.3 Mio. CHF pro Jahr. Die Einsparungen dürften nicht alle sofort anfallen, das gesamte Potenzial wird erst nach einer gewissen Zeit realisiert.

Quelle: Polynomics.

Analog zu EFAS ohne Pflege profitieren sowohl die Krankenversicherer als auch die Kantone von den Einsparungen, wobei sich die Einsparungen erst nach mehreren Jahren vollständig realisieren dürften. Je nach Finanzierungsanteil und unter der Annahme, dass die Einsparungen nicht bei den Patienten anfallen, würden somit im optimistischen Szenario rund 110 Mio. CHF der jährlichen Einsparungen bei den Kantonen und rund 330 Mio. CHF bei den Krankenversicherern anfallen.

Die Einsparungen gehen nicht zu Lasten der Behandlungsqualität. Je nach Ausgestaltung des Vergütungsmechanismus der Pflegeleistungen besteht jedoch die Gefahr eines Leistungsabbaus und damit einer verringerten Versorgungsqualität. In unserem optimistischen Szenario gehen wir aber davon aus, dass die Einsparungen durch Effizienzsteigerungen zustande kommen und nicht durch einen Leistungsabbau.

5 Fazit

Die Kosteneffekte der einheitlichen Finanzierung sind aufgrund der unterschiedlichen Wechselwirkungen im Gesundheitswesen äusserst schwierig zu quantifizieren. Dazu kommt, dass in vielen Bereichen keine oder nur ungenügend Daten verfügbar sind. Dadurch sind grundsätzlich nur grobe Kostenschätzungen möglich.

Ohne Einbezug der Pflege führt EFAS aufgrund von unseren Schätzungen zu längerfristigen Einsparungen zwischen 0 CHF (pessimistisches Szenario) und gut 300 Mio. CHF (optimistisches Szenario) pro Jahr. Das grösste Sparpotenzial zeigt sich bei den verbindlichen Modellen der koordinierten Versorgung. Bei EFAS mit Einbezug der Pflege dürften sich das Sparpotenzial etwas erhöhen und liegt geschätzt zwischen 0 CHF (pessimistisches Szenario) und rund 440 Mio. CHF (optimistisches Szenario) pro Jahr. Von den Einsparungen profitieren die Krankenversicherer, Kantone wie auch die Patientinnen und Patienten.

Die Werte sind mit grosser Unsicherheit behaftet und bei einigen theoretisch erwarteten Effekten war die Unsicherheit so gross, dass auch auf eine grobe Abschätzung verzichtet werden musste. Es ist nicht auszuschliessen, dass auch Werte möglich sind, die höher als das optimistische und niedriger als das pessimistische Szenario ausfallen. Das Sparpotenzial hängt zu einem grossen Teil auch davon ab, wie sich die Regulierungen konkret entwickeln werden, die für verschiedene Bereiche des Gesundheitswesens geplant oder angedacht sind. In Bezug auf die Pflege wird es beispielsweise stark davon abhängen, wie ein zukünftiger nationaler Tarif genau aussehen wird.

Nicht berücksichtigt wurde der Effekt einer besseren Behandlungsqualität durch vermehrte koordinierte Versorgung für die Patientinnen und Patienten. Dies kann zu Kosteneinsparungen ausserhalb des Gesundheitswesens in Form von geringeren krankheitsbedingten Produktivitätsverlusten am Arbeitsplatz führen.

6 Quellenverzeichnis

- BAG, 2022. Bericht über die Auswirkungen einer einheitlichen Finanzierung der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich (Bericht des Bundesamtes für Gesundheit vom 5. Januar 2022 in Ergänzung zum Bericht des Eidgenössischen Departements des Innern vom 30. November 2020 (aktualisierte Version des Berichts vom 29. Oktober 2021)).
- BAG, 2021a. Bericht über die Auswirkungen einer einheitlichen Finanzierung der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich (Bericht des Bundesamtes für Gesundheit vom 29. Oktober 2021 in Ergänzung zum Bericht des Eidgenössischen Departements des Innern vom 30. November 2020).
- BAG, 2021b. Versichererwechsel am 31.12.2019: Charakterisierung der Fälle nach dem Alter, dem Geschlecht und dem Wohnkanton sowie nach der Wahl der Franchise, dem Versicherungsmodell und der Entwicklung der Monatsprämie. Sektion Datenmanagement und Statistik, Bern.
- Beck, K., & Kauer, L., 2019. Risikoausgleich und Spitalfinanzierung in neuem Licht – ein Paradigmenwechsel in der statistischen Risikoerklärung. CSS Institut für empirische Gesundheitsökonomie, Luzern.
- Beck, K., Kauer, L., McGuire, T.G., & Schmid, C.P.R., 2020. Improving risk-equalization in Switzerland: effects of alternative reform proposals on reallocating public subsidies for hospitals. *Health Policy* 124, 1363–1367. doi:10.1016/j.healthpol.2020.08.011
- Blatter, H., & Albin, N., 2015. Managed Care in der Schweiz. Eine Literaturanalyse zu Kostenunterschieden zwischen traditioneller Versorgung und Managed Care unter Einbezug der Qualität. Arbeitsbericht IBR.
- Brunner, B., Wieser, S., Maurer, M., Stucki, M., Nemitz, J., Schmidt, M., Brack, Z., Lenzin, G., Trageser, J., von Stokar, T., Gschwend, E., & Vettori, A., 2019. Effizienzpotenzial bei den KVG-pflichtigen Leistungen. Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie ZHAW, INF-RAS, Zürich, Winterthur.
- Bundesrat, 2020. Pflegefinanzierung: Integration in eine einheitliche Finanzierung oder Anpassung der OKP-Beiträge an die Kostenentwicklung. Bericht des Bundesrates in Erfüllung der Postulate 16.3352 SGK-NR vom 13. Mai 2016, 19.3002 SGK-NR vom 24. Januar 2019. Bern.
- Cosandey, J., 2016. Neue Massstabäe für die Alterspflege. Organisation und Finanzierung einer gesellschaftlich immer wichtigeren Aufgabe. (No. 7), Kantonsmonitoring. Avenir Suisse, Zürich.
- de Bakker, D.H., Struijs, J.N., Baan, C.B., Raams, J., de Wildt, J.-E., Vrijhoef, H.J.M., & Schut, F.T., 2012. Early results from adoption of bundled payment for diabetes care in the Netherlands show improvement in care coordination. *Health Aff (Millwood)* 31, 426–433. doi:10.1377/hlthaff.2011.0912
- Di Giorgio, L., Filippini, M., & Masiero, G., 2015. Structural and managerial cost differences in nonprofit nursing homes. *Economic Modelling* 51, 289–298. doi:10.1016/j.econmod.2015.08.015

- EDI, 2020. Bericht über die Auswirkungen einer einheitlichen Finanzierung der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich. Bericht des Eidgenössischen Departements des Innern vom 30. November 2020, Bern.
- Farsi, M., Filippini, M., & Kuenzle, M., 2005. Unobserved heterogeneity in stochastic cost frontier models: an application to Swiss nursing homes. *Applied Economics* 37, 2127–2141. doi:10.1080/00036840500293201
- Farsi, M., Filippini, M., & Lunati, D., 2008. Economies of scale and efficiency measurement in Switzerland's nursing homes. *Swiss J Economics Statistics* 144, 359–378. doi:10.1007/BF03399259
- Felder, S., Meyer, S., Merki, M., & Plaza, C., 2019. Komplexpauschalen in der Schweiz. Umsetzbarkeit integraler Vergütungssysteme im Schweizer Gesundheitswesen (Gutachten im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG).
- Geruso, M., & McGuire, T.G., 2016. Tradeoffs in the design of health plan payment systems: fit, power and balance. *Journal of Health Economics* 1–19. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jhealeco.2016.01.007
- Karimi, M., Tsiachristas, A., Looman, W., Stokes, J., Galen, M. van, & Rutten-van Mólken, M., 2021. Bundled payments for chronic diseases increased health care expenditure in the Netherlands, especially for multimorbid patients. *Health Policy* 125, 751–759. doi:10.1016/j.healthpol.2021.04.004
- Kauer, L., 2016. Long-term effects of managed care. *Health Economics* 26, 1210–1223. doi:10.1002/hec.3392
- Lourenço, A., 2016. Bundled payment in Portugal. Country background note, in: OECD (Ed.), *Better Ways to Pay for Health Care*, OECD Health Policy Studies. OECD Publishing, Paris.
- Mäder, B., Telser, H., & Saurer, M., 2019. Ökonomie der schweizerischen Gesundheitspolitik – Warum es Gesundheitsreformen in der Schweiz schwer haben. Polynomics, Olten.
- Mäder, B., Telser, H., Wächter, M., & Zenhäusern, P., 2020. Integration der Pflege in eine einheitliche Finanzierung (Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit). Polynomics, Hochschule Luzern (HSLU), Olten, Luzern.
- Maurer, M., 2017. Wie wirkt sich eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen auf Effizienz und Versorgungsqualität aus? ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Winterthur.
- Maurer, M., & Brügger, U., 2016. Effizienzsteigernde Auswirkungen «einheitliche Finanzierung ambulant/stationär (EFAS)»: Wirkungsmodell (Studie im Auftrag von curafutura). WIG Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie.
- Muench, U., Simon, M., Guerbaai, R.-A., De Pietro, C., Zeller, A., Kressig, R.W., Zúñiga, F., & For the INTERCARE Research Group, 2019. Preventable hospitalizations from ambulatory care sensitive conditions in nursing homes: evidence from Switzerland. *Int J Public Health* 64, 1273–1281. doi:10.1007/s00038-019-01294-1
- Rutten-van Mólken, Maureen, 2014. Bundled payment for integrated chronic care: the Dutch experience.

- Schmid, C.P.R., Beck, K., & Kauer, L., 2018. Chapter 16 - Health plan payment in Switzerland, in: McGuire, T.G., & van Kleef, R.C. (Eds.), Risk Adjustment, Risk Sharing and Premium Regulation in Health Insurance Markets. Academic Press, pp. 453–489. doi:10.1016/B978-0-12-811325-7.00016-6
- Shih, T., Chen, L.M., & Nallamothu, B.K., 2015. Will bundled payments change health care? Examining the evidence thus far in cardiovascular care. *Circulation* 131, 2151–2158. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.114.010393
- Sigrid Mohnen, P., Caroline Baan, P., & Jeroen Struijs, P., 2015. Bundled payments for diabetes care and healthcare costs growth: a 2-year follow-up study. *The American Journal of Accountable Care* 3.
- Struijs, J.N., & Baan, C.A., 2011. Integrating care through bundled payments – lessons from the Netherlands. *N Engl J Med* 364, 990–991. doi:10.1056/NEJMp1011849
- Struijs, J.N., de Vries, E.F., Baan, C.A., van Gild, P.F., & Rosenthal, M.B., 2020. Bundled-payment models around the world: how they work and what their impact has been (Issue Brief). The Commonwealth Fund.
- Telser, H., & Meyer, D., 2018. Kosteneinsparungen durch EFAS. Polynomics, Olten.
- Trageser, J., Fries, S., & von Stokar, T., 2021. Integration der Pflege in eine einheitliche Finanzierung – Grundlagen zur Schätzung der Anteile der Finanzierungsträger der Pflegeleistungen nach KVG. Infrac, Zürich.
- Trageser, J., Gschwend, E., von Stokar, T., Landolt, H., Otto, U., & Hegedüs, A., 2018. Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung. Infrac, Zürich, Glarus.
- Wächter, M., Künzi, K., Hausammann, M., & Abrassart, A., 2017. Studie «Vollkosten der öffentlich-rechtlichen und gemeinnützigen Spitexorganisationen». Im Auftrag von Spitex Schweiz.
- Wieser, S., Tomonaga, Y., Riguzzi, M., Fischer, B., Telser, H., Pletscher, M., Eichler, K., Trost, M., & Schwenkglens, M., 2014. Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz. Bundesamt für Gesundheit BAG, Bern.

Anhang

Tabelle 10 Finanzierungsteil Krankenversicherung ohne Pflege

	bisher	EFAS Netto	EFAS Brutto
stationär	45%	75.50%	78.30%
ambulant	100%	75.50%	78.30%

- Netto: Nettokosten exkl. Franchise und Selbstbehalt, Brutto: Bruttokosten inkl. Franchise und Selbstbehalt
- Durchschnitt 2016-2019

Quelle: BAG (2022), Tabelle 17-18.

Tabelle 11 Finanzierungsteil Krankenversicherung mit Pflege

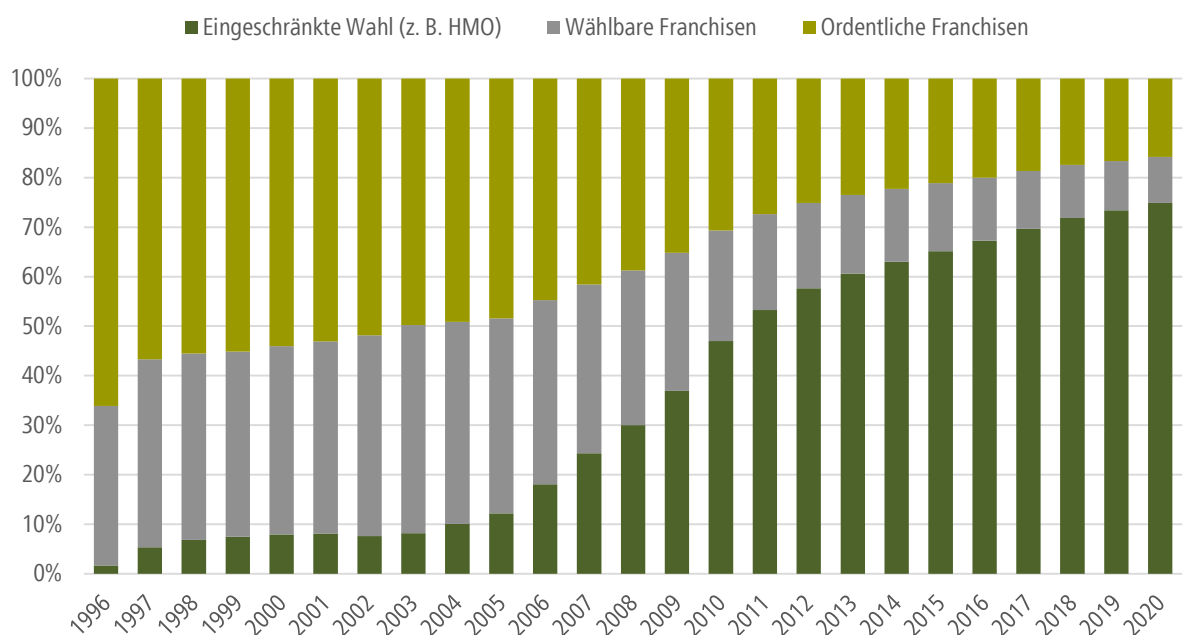
	bisher	EFAS Netto	EFAS Brutto
stationär	45%	73.10%	75.90%
ambulant	100%	73.10%	75.90%
Pflege	57%	73.10%	75.90%

- Netto: Nettokosten exkl. Franchise und Selbstbehalt, Brutto: Bruttokosten inkl. Franchise und Selbstbehalt; beides unter Annahme Beibehaltung der Patientenbeteiligung für Pflegeleistungen
- Durchschnitt 2016-2019; Durchschnitt untere und obere Schätzung Pflege

Quelle: BAG (2022), Tabelle 19-23, eigene Berechnungen Polynomics.

Verbindliche Modelle der koordinierten Versorgung

Abbildung 4 Entwicklung Anteil Versicherte nach Versicherungsform seit 1996



Quelle: Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2020, BAG, T 7.05 Versichertenbestand per 31.12. nach Versicherungsform; eigene Darstellung Polynomics.

Tabelle 12 Sparpotenzial verbindliche koordinierte Versorgung

	BASE	BO- NUS	HAM_RDS_A	H_DIV_A	H_DIV_B	AND	Total
Anzahl Versicherte	2'724'034	4'108	2'786'568	876'303	30'867	250'399	6'672'279
Sparpotenzial in Mio. CHF							
▪ Koordination und Capitation	1823	1	986	215	10	68	3103
▪ davon Capitation	1131	1	645	157	9	50	1993
▪ Total	1823	1	986	215	1*	68	3094
Sparpotenzial pro Versicherten in CHF	669	243	354	245	32	272	464

- Datenbasis 2016; BASE = Standardmodell; BONUS = Bonusmodelle; HAM_RDS_A = Modelle ohne Vertrag zwischen Versicherer und Leistungserbringer; H_DIV_A = Andere Modelle wie Telefonmodelle mit Vertrag zwischen Versicherer und Leistungserbringer ohne Budgetmitverantwortung; H_DIV_B = Andere Modelle wie Telefonmodelle mit Vertrag zwischen Versicherer und Leistungserbringer mit Budgetmitverantwortung; AND = Andere Modelle, auch nicht MC.

* Budgetmitverantwortung bereits enthalten, deshalb wurde der Effekt «Capitation» rausgerechnet.

Quelle: Brunner et al. (2019), Tabelle A 8; eigene Berechnungen Polynomics.

Tabelle 13 Mögliche Prämienrabatte verbindliche koordinierte Versorgung

	stationär	ambulant	Pflege	Total	
Aufteilung Sparpotenzial	60%	40%	0%	100%	
Sparpotenzial pro Versicherten	278	185	0	464	<i>a</i>
Anteil Krankenversicherer bisher	45%	100%	57%		<i>b</i>
Prämieneinsparungen bisher	125	185	0	311	<i>a*b</i>
EFAS ohne Pflege					
Anteil Krankenversicherer	78.3%	78.3%	57%		<i>c</i>
Prämieneinsparungen	218	145	0	363	<i>a*c</i>
Zusätzliche Prämieinsparung	93	-40	0	52	<i>a*(c-b)</i>
EFAS inkl. Pflege					
Anteil Krankenversicherer	75.9%	75.9%	75.9%		<i>d</i>
Prämieneinsparungen	211	141	0	352	<i>a*c</i>
Zusätzliche Prämieinsparung	86	-45	0	41	<i>a*(d-b)</i>

Quelle: Eigene Berechnungen Polynomics.

Tabelle 14 **Prämienrabatte verbindliche koordinierte Versorgung – Maximalvariante**

	stationär	ambulant	Pflege	Total	
Aufteilung Sparpotenzial	100%	0%	0%	100%	
Sparpotenzial pro Versicherten	464	0	0	464	<i>a</i>
Anteil Krankenversicherer bisher	45%	100%	57%		<i>b</i>
Prämieneinsparungen bisher	209	0	0	209	<i>a*b</i>
EFAS ohne Pflege					
Anteil Krankenversicherer	78.3%	78.3%	57%		<i>c</i>
Prämieneinsparungen	363	0	0	363	<i>a*c</i>
Zusätzliche Prämieneinsparung	154	0	0	154	<i>a*(c-b)</i>
EFAS inkl. Pflege					
Anteil Krankenversicherer	75.9%	75.9%	75.9%		<i>d</i>
Prämieneinsparungen	352	0	0	352	<i>a*d</i>
Zusätzliche Prämieneinsparung	143	0	0	143	<i>a*(d-b)</i>

Quelle: Eigene Berechnungen Polynomics.

Tabelle 15 **Prämienrabatte verbindliche koordinierte Versorgung – Minimalvariante**

	stationär	ambulant	Pflege	Total	
Aufteilung Sparpotenzial	0%	100%	0%	100%	
Sparpotenzial pro Versicherten	0	464	0	464	<i>a</i>
Anteil Krankenversicherer bisher	45%	100%	57%		<i>b</i>
Prämieneinsparungen bisher	0	464	0	464	<i>a*b</i>
EFAS ohne Pflege					
Anteil Krankenversicherer	78.3%	78.3%	57%		<i>c</i>
Prämieneinsparungen	0	363	0	363	<i>a*c</i>
Zusätzliche Prämieneinsparung	0	-101	0	-101	<i>a*(c-b)</i>
EFAS inkl. Pflege					
Anteil Krankenversicherer	75.9%	75.9%	75.9%		<i>d</i>
Prämieneinsparungen	0	352	0	352	<i>a*d</i>
Zusätzliche Prämieneinsparung	0	-112	0	-112	<i>a*(d-b)</i>

Quelle: Eigene Berechnungen Polynomics.

Tabelle 16 Prämienrabatte verbindliche koordinierte Versorgung – Variante Pflege

	stationär	ambulant	Pflege	Total	
Aufteilung Sparpotenzial	33%	33%	33%	100%	
Sparpotenzial pro Versicherten	155	155	155	464	<i>a</i>
Anteil Krankenversicherer bisher	45%	100%	57%		<i>b</i>
Prämieneinsparungen bisher	70	155	88	312	<i>a*b</i>
EFAS ohne Pflege					
Anteil Krankenversicherer	78.3%	78.3%	57%		<i>c</i>
Prämieneinsparungen	121	121	88	330	<i>a*c</i>
Zusätzliche Prämieneinsparung	51	-34	0	18	<i>a*(c-b)</i>
EFAS inkl. Pflege					
Anteil Krankenversicherer	75.9%	75.9%	75.9%		<i>d</i>
Prämieneinsparungen	117	117	117	352	<i>a*d</i>
Zusätzliche Prämieneinsparung	48	-37	29	40	<i>a*(d-b)</i>

Quelle: Eigene Berechnungen Polynomics.

Entwicklung innovativer Tarifstrukturen

Tabelle 17 Sparpotenzial Hüft- und Gelenkersatzoperationen 2019

SwissDRG	Anzahl Fälle KVG	Kosten pro Fall in CHF	Kosten KVG in Mio. CHF	Kostenreduktion 10%
I43C - Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	14'855	19'371	287.7	28.4
I46C/I46D - Implantation, Wechsel oder Revision einer Hüftendoprothese mit/ohne komplexem Eingriff	21'697	16'507	358.2	36.9
Total	36'553		645.9	65.2

Quelle: Eigene Berechnungen Polynomics auf Basis Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2019, Datenspiegel SwissSRG 11.0: <https://datenspiegel110.swissdrg.org/>.

Einbezug Pflege

Tabelle 18 Sparpotenzial Einbezug KVG-pflichtige Pflege 2019 in Mio. CHF

	Kantone/ Gemeinden	OKP	Patientinnen/ Patienten	Gesamtkosten
Pflegeheime	1'671	1'920	677	4'268
Spitex	716	1'048	273	2'037
Gesamtausgaben KVG-pflichtige Pflege	2'387	2'968	950	6'305
Kosteneinsparung 2%	47.7	59.4	19	126

Quelle: Eigene Berechnungen Polynomics auf Basis Trageser et al. (2021).

Polynomics AG
Baslerstrasse 44
CH-4600 Olten

www.polynomics.ch
polynomics@polynomics.ch

Telefon +41 62 205 15 70