

Wie wirkt sich eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen auf Effizienz und Versorgungsqualität aus?

Matthias Maurer, Stv. Leiter Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie

Das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) der ZHAW wurde von curafutura mit einer Studie zu den qualitativen und quantitativen Auswirkungen einer «einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen» (EFAS) beauftragt. Zusammen mit Expertinnen und Experten ist dazu ein Wirkungsmodell entwickelt worden, welches die Zusammenhänge zwischen der Einführung von EFAS und der Effizienz sowie Qualität der medizinischen Leistungserbringung aufzeigt. Die Studie kommt zum Ergebnis, dass EFAS eine positive Wirkung auf diese beiden Grössen attestiert werden kann, die vorwiegend indirekter Art ist, d.h. sich im Zeitverlauf in Wechselwirkung mit anderen Grössen manifestiert. Die Komplexität der Wechselwirkungen verunmöglicht es, den EFAS-Effekt isoliert für sich zu quantifizieren.

Was wurde untersucht?

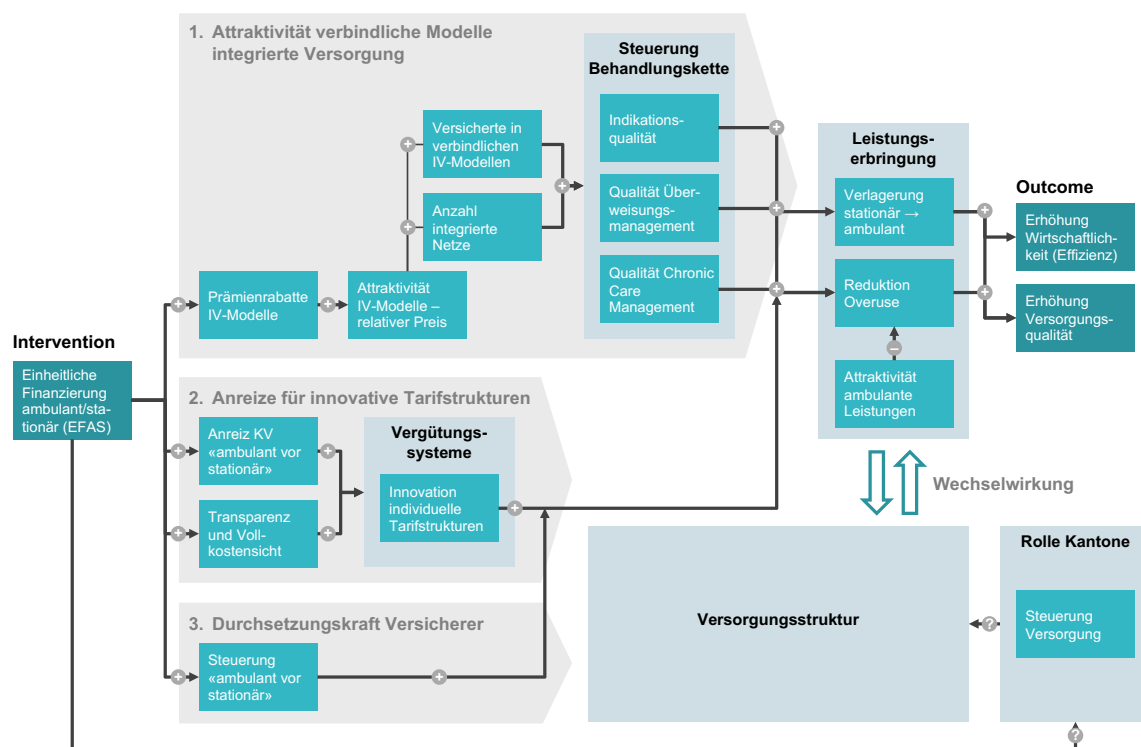
Die konkrete Fragestellung lautete wie folgt: Wie lassen sich die dynamischen Wirkungszusammenhänge zwischen der einheitlichen Finanzierung und den vermuteten Auswirkungen auf die Effizienz und die Versorgungsqualität im OKP-Gesamtsystem darstellen und erhärten? Oder anders gefragt: Würden wir morgen erwachen und die einheitliche Finanzierung wäre Realität – was wäre dann anders bzw. was würde sich über die Zeit verändern?

Wie wurde vorgegangen?

Für die Darstellung der dynamischen Wirkungszusammenhänge ist zusammen mit Expertinnen und Experten verschiedener Stakeholder ein Wirkungsmodell erstellt worden. Wirkungsmodelle werden unter anderem in der Politikevaluation verwendet, wenn es darum geht, eine Intervention auf ihre Wirkungen (man spricht hier von Outcomes) hin zu untersuchen. Der Wechsel von der heutigen ungleichen Finanzierung hin zu EFAS ist eine solche Intervention. Für diese Betrachtungsweise braucht es einen Vergleichszustand. Dieser entspricht dem heutigen Finanzierungsmodus (dual-fix im stationären Bereich, monistisch im ambulanten Bereich).

Welche Wirkungszusammenhänge wurden identifiziert?

Im Expertenworkshop ist es gelungen, drei Wirkungszusammenhänge zwischen der Einführung von EFAS (Intervention) und der Effizienzsteigerung bei den Leistungskosten sowie der Erhöhung der Versorgungsqualität (Outcomes) aufzuzeigen. Sie entsprechen den grauen Pfeilen in folgender Abbildung.



Abkürzungen: IV: Integrierte Versorgung / KV: Krankenversicherer

Der erste Wirkungszusammenhang führt über die Erhöhung der Attraktivität von Modellen Integrierter Versorgung mit Budgetmitverantwortung der Ärztenetzwerke auf der Basis einer capitation-Formel. Diese Modelle ermöglichen eine bessere Steuerung der Behandlungskette, was die Indikationsqualität und die Überweisungsqualität erhöht sowie Präventionsaktivitäten finanziell lohnenswerter macht. Im zweiten Wirkungszusammenhang sind innovative Tarifstrukturen der Krankenversicherer das Bindeglied. Mit der neuen Gesamtsicht auf die Behandlungskette und der Transparenz auf der Leistungskostenseite sind die Krankenversicherer besser in der Lage, mit einzelnen Leistungserbringern individuelle tarifäre Vereinbarungen ausserhalb des Arzttarifs zu entwickeln.

Die Krankenversicherer spielen auch im dritten Wirkungszusammenhang eine massgebende Rolle. Indem sie bei EFAS sowohl die Leistungen des ambulanten als auch des stationären Bereichs vergüten, können sie die Zweckmässigkeit des zu wählenden Versorgungsbereichs sowohl direkt (z.B. über Kostengutsprachen) als auch indirekt (z.B. über Leistungs-/Rechnungskontrolle) besser steuern. EFAS stärkt die Krankenversicherer m.a.W. in ihrer Funktion, «ambulant vor stationär» durch Steuerung und Leistungskontrolle durchzusetzen.

Neben diesen drei Zusammenhängen ist auch die mögliche Wechselwirkung zwischen Versorgungsstruktur und Leistungserbringung analysiert worden. Je nach Szenario führt sie dazu, dass die positive Wirkung von EFAS auf die Effizienz und Versorgungsqualität abgeschwächt bzw. gestärkt wird. Je mehr etwa die Kantone als Spitalplaner die bestehenden Strukturen erhalten, desto schwächer dürfte der positive EFAS-Effekt sein. Alternativ ist es aber auch denkbar, dass die Mehrfachrolle der Kantone bei einem Wechsel hin zu EFAS grundsätzlich hinterfragt und ein Schritt in Richtung Entflechtung gemacht wird. Dies dürfte den positiven EFAS-Effekt tendenziell verstärken.

Welche Schlussfolgerungen können gezogen werden?

Als Erkenntnisse wurden gewonnen, dass

1. EFAS eine positive Wirkung auf die Effizienz und Versorgungsqualität attestiert werden kann;
2. diese positive Wirkung vorwiegend indirekter Art ist, indem EFAS andere Faktoren katalysiert, die ihrerseits direkter auf die Effizienz und Versorgungsqualität wirken. Namentlich wurden folgende Wirkungsgrössen identifiziert:
 - Steuerung Behandlungskette: Die medizinische Indikationsqualität sowie nicht-medizinische Aspekte (z.B. soziales Umfeld des Patienten) sind die wichtigster Treiber jedes Behandlungsentscheids;
 - Vergütungssysteme: Die Anreizwirkung geltender Vergütungssysteme (TARMED, SwissDRG, Zusatzversicherungen, etc.); sowie
 - Versorgungsstrukturen: Insbesondere die durch die Spitalinfrastruktur geschaffene Kapazität;
3. EFAS zusammen mit diesen drei Wirkungsgrössen von Bedeutung ist, um das Gesamtsystem in Richtung mehr Wirtschaftlichkeit und höhere Versorgungsqualität zu verändern. Um eine Metapher zu verwenden: EFAS als kleiner Motor kann alleine zwar keine grosse Maschine in Bewegung setzen, sie kann aber weitere Motoren ankurbeln, die das zusammen mit ihr bewerkstelligen;
4. aufgrund der aufgezeigten komplexen Wechselwirkungen keine wissenschaftliche Quantifizierung der Kosteneffekte von EFAS möglich ist.

Im Bericht nennt die zhaw als Ausgangspunkt für eine Schätzung der dynamischen Auswirkungen eine von der Akademie der Wissenschaften in Auftrag gegebene Studie von 2012¹, welche die Ineffizienz aufgrund mangelhafter Koordination pauschal auf CHF 3 Mrd. pro Jahr schätzt. In welchem Umfang sich dieses Potenzial mit Einführung von EFAS realisieren lässt, könne allerdings nicht wissenschaftlich quantifiziert, sondern nur geschätzt werden.

¹ Trageser, J., A. Vettori, et al. (2012). Effizienz, Nutzung und Finanzierung des Gesundheitswesens. Akademien der Wissenschaften Schweiz. Bern