Finanzierung neu organisieren? Alternative Vorschläge der GDK und Auswirkungen auf die Gesundheitsberufe

Fachveranstaltung SVBG, 21. November 2017

Krisztina Beer
Dr. rer. pol., Projektleiterin

Optimierungsvorschläge in der politischen Diskussion

Alle gegen die Kantone

Kassen, Ärzte und Bundesrat wollen ambulant und stationär gleiche Finanzierung – und beissen auf Gran

POLITIK ■ GESUNDHEITSPOLITIK ■ VERSICHERER ■ FINANZIERUNG

Politik: Kanton soll auch für ambulant bezahlen

Veröffentlicht am: 22. November 2016 9:24 Letzte Aktualisierung: 22. November 2016 9:30

Diese

Artikel t

Die Gesundheitskommission
neuen Vorschlag zur geplante
präsentieren.

Die nächste grosse Reform im Gesundheitswesen

Ambulante und stationäre Behandlungen sollen einheitlich finanziert werden

Spitalkosten zahlen Kantone und Kassen, ambulante Behandlungen nur die Kassen. Dies führt zu Verzerrungen, die das Parlament nun in einem neuen Anlauf beseitigen will. Grosser Knackpunkt ist die

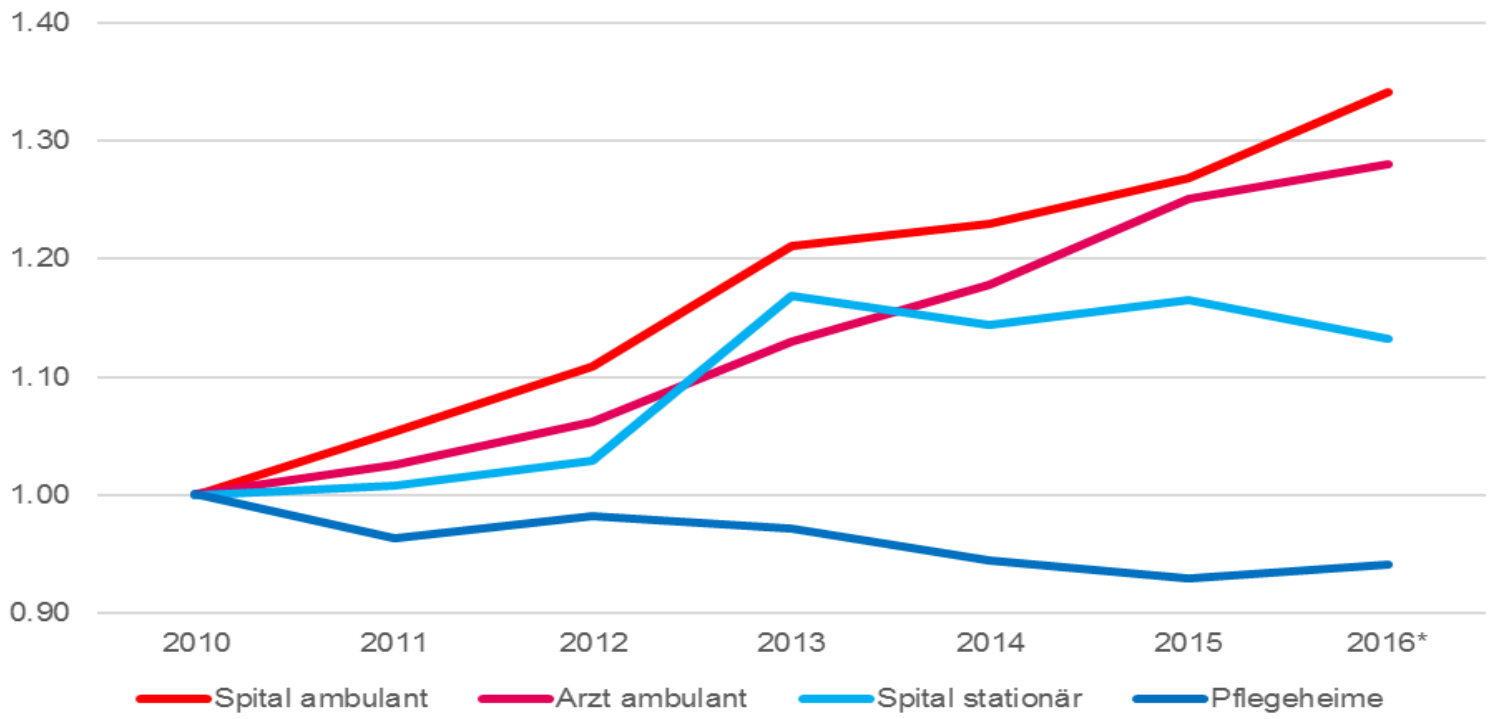
ven) Steuerfinanzierung nir über der Finanzierung übe prämie ab. Gleichzeitig kürz tone aufgrund knapper Fi ihrem Korrektiv, der Prän gung. Diese Entwicklung Zängerle Druck für Verä Mit dem verfeinerten Risi sei sichergestellt, dass die

→ zum Beispiel EFAS

Was bringt EFAS dem System «Gesundheitsversorgung»?

- Umbau des Finanzierungssystems ohne Kostendämpfung
- Fehlanreize werden nicht angegangen
- Möglichkeiten zur Erhöhung der Versorgungseffizienz werden schon heute nicht genutzt – wieso soll sich das ändern?

Entwicklung der OKP-Kosten



Quelle: BAG «Statistik der obligatorischen Krankenpflegeversicherung», T2.16 und T2.18

Kantone ziehen sich nicht aus der Finanzierung zurück

	1995	1996	2000	2005	2010	2015
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Staat	27.2%	25.9%	26.0%	28.1%	29.6%	29.4%
Bund	9.1%	7.8%	8.2%	8.7%	6.0%	6.0%
Kantone	15.1%	15.2%	14.9%	17.0%	20.7%	20.5%
Gemeinden	3.0%	3.0%	2.9%	2.4%	2.8%	2.9%

Quelle: BFS «Kosten des Gesundheitswesens nach Finanzierungsquellen», T 14.05.02.02

→ Das Gesundheitswesen kostete die Kantone im Jahr 2015 schon 9,9 Mrd. Franken mehr als im Jahr 1996.

→ Der Anteil kantonaler Steuermittel am Gesundheitswesen hat seit 1996 zugenommen.

Strategie:

Knochenarbeit
statt
Wolkenschlösser

Kostenwachstumsproblem effektiv anpacken

Menge × **Preis** = **Kosten**

Die Kantone haben deshalb u. a. die Schnittstelle
«ambulant – stationär im Visier

1. Handlungsstrang: Konsolidieren und optimieren

- Planungssicherheit herstellen
- Systemeingriffe nur, wenn wirkliche Steuerungsvorteile erwachsen
- Ambulant vor stationär: Vorgaben betr. ambulante Leistungserbringung
- Tarifsysteme verbessern (u. a. spitalambulante Pauschalen einführen)
- Spitalplanungsprozesse und Wirtschaftlichkeitsvergleiche koordinieren
- Qualitätstransparenz erhöhen, HTA stärken
- Zulassungsregulierung bei der ambulanten ärztlichen Versorgung

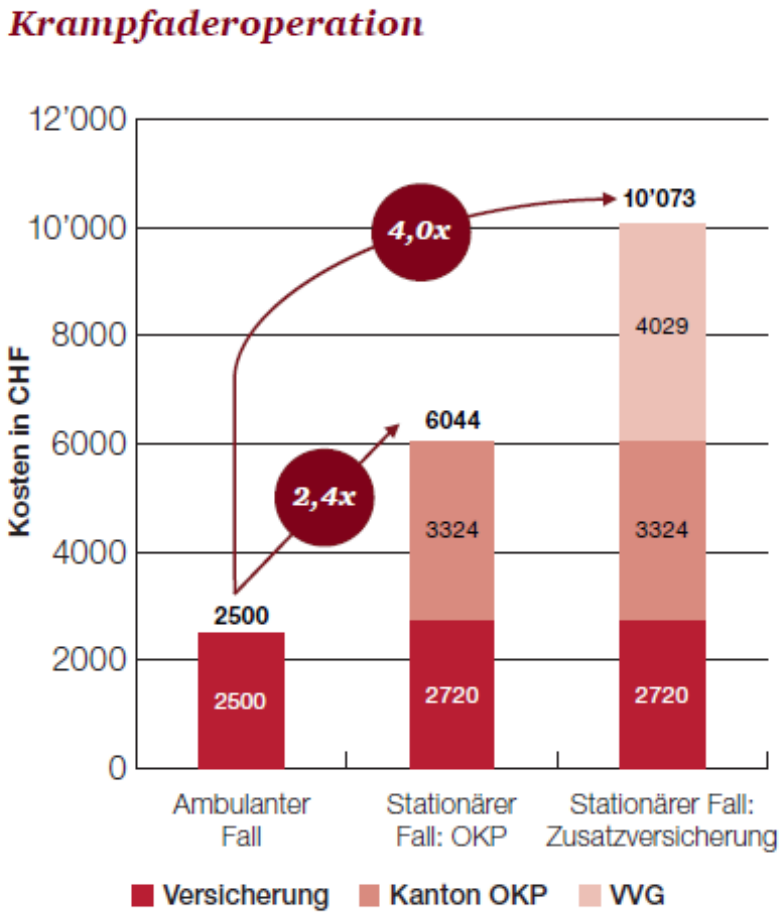
2. Handlungsstrang: Bündeln und Vernetzen

- Kooperationen zwischen Leistungserbringern vorantreiben (koordinierte Versorgung stärken)
- Versorgungsangebote besser aufeinander abstimmen
- Koordination der Spitalplanungen zwischen den Kantonen verbessern
- Behandlungspfade definieren, insbesondere für weit verbreitete chronische Erkrankungen
- Elektronisches Patientendossier einführen

3. Handlungsstrang: Vermeiden

- Erkrankungen frühzeitig erkennen und vermeiden
- Umsetzung der Strategien NCD und Sucht vorantreiben

Grosse monetäre Fehlanreize: Beispiel Krampfaderoperation



Quelle: Studie PwC 2016

Konkrete Kostensenkung «ambulant vor stationär»

- Stationär kostet eine Behandlung (vgl. Liste) im Durchschnitt 2,3 Mal ambulant
- Verlagerung von stationär zu ambulant bringt konkret und direkt Kostensenkungen für Gesamtsystem
- Spareffekt der Verlagerung im akutsomatischen Bereich ca. 500 Mio. Fr. pro Jahr (PWC-Studie 2016)

Kostenrelationen pro Eingriff	Ambulant	Stationär OKP	Stationär VVG
Leistenbruch	1,0x	1,9 x	3,2x
Krampfadern	1,0x	2,4x	4,0x
Mandeloperation	1,0x	2,4x	4,0x
Hämorrhoiden	1,0x	2,0x	3,3x
Herzschrittmacher	1,0x	1,4x	2,3x
Katarakt	1,0x	2,7x	4,5x
Menisektomie	1,0x	2,9x	4,8x
PTCA	1,0x	1,3x	2,2x
Karpaltunnel	1,0x	3,4x	5,6x
Gebärmutterhals Konisation	1,0x	2,6x	4,3x
PTA	1,0x	1,7x	2,8x
Kniearthroskopie	1,0x	2,7x	4,5x
ESWL	1,0x	2,6x	4,3x
Median	**1,0x**	**2,4x**	**4,0x**
Durchschnitt	**1,0x**	**2,3x**	**3,8x**

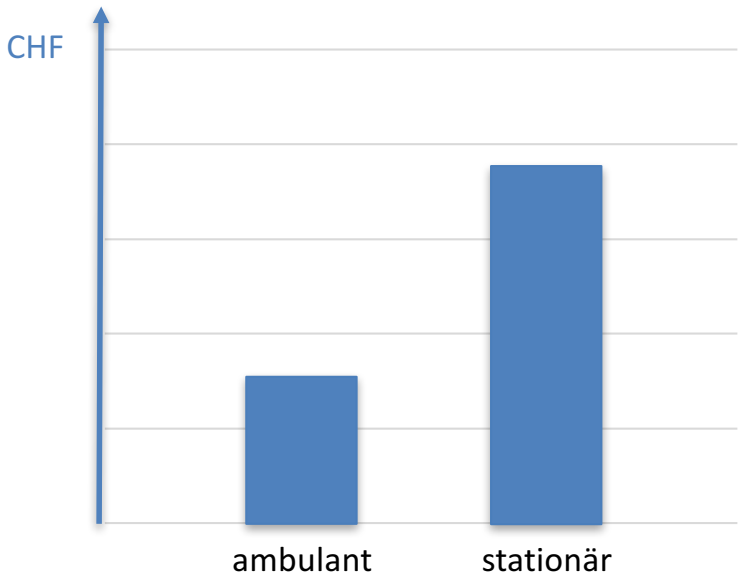
Quelle: Studie PWC

AVOS – aber ohne EFAS

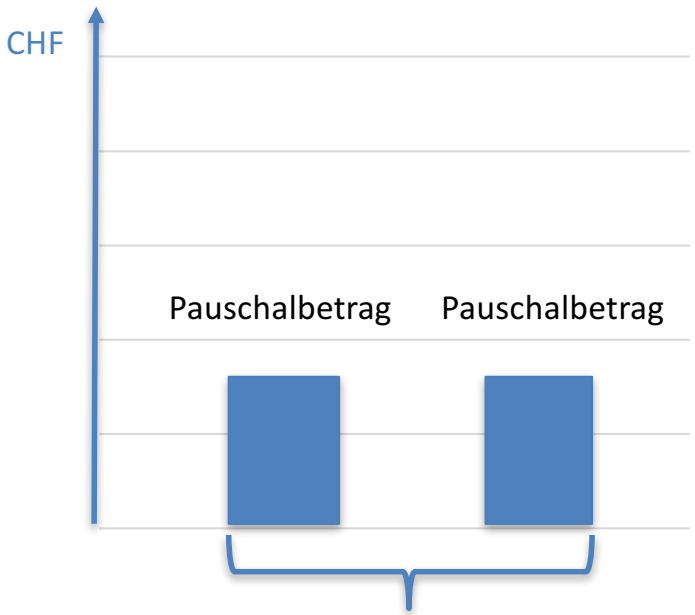
- Modell «ambulant vor stationär» wirkt kostensenkend für OKP **und** Kantone, für Prämienzahlende **und** Steuerzahlende.
- Es ist sofort und ohne grossen bürokratischen und politischen Aufwand umsetzbar.
- Die gezielte Verlagerung ohne qualitative Einbusse entspricht auch einem Bedürfnis des Patienten. Denn wer will schon unnötig lange im Spital bleiben? Entsprechend werden die konkreten Vorhaben in den Kantonen auch von den Patientenorganisationen im Grundsatz unterstützt.

Bei der Tarifierung ansetzen

OKP-Kosten des Eingriffs im Modell EFAS



OKP-Kosten bei Anwendung einer spitalambulanter Pauschale



z. B. Zero-Night-DRG

Ambulant oder stationär hat auf den Preis keinen Einfluss

Verlagerung stationär-ambulant: Mögliche Auswirkungen auf die Gesundheitsberufe

«Ambulant vor stationär» =
Gleiche Behandlungsqualität bei kürzerer Aufenthaltsdauer

Die Verlagerung erfordert eine engere Zusammenarbeit an den Schnittstellen zwischen dem Spitalambulatorium und den Erbringern von vor- und nachgelagerten Leistungen.

→ Neuer Impuls für die integrierte / koordinierte Versorgung

Dies bedingt:

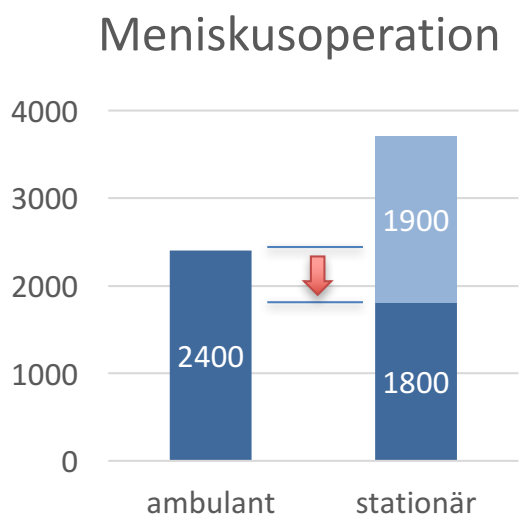
- regelmässige Schulung aller beteiligten Fachkräfte
- Optimierung von Behandlungsprozessen und Spitalinfrastruktur
- ggf. Anpassung Curricula (Rahmenlehrpläne, Lernzielkatalog)
- Weiterentwicklung von Berufsprofilen
- gezielte Förderung von Berufen mit Nachfrageüberschuss (z.B. Psysio)
- Optimierung der Abgeltungssysteme (z. B. Komplexpauschalen, spitalambulante Pauschalen)

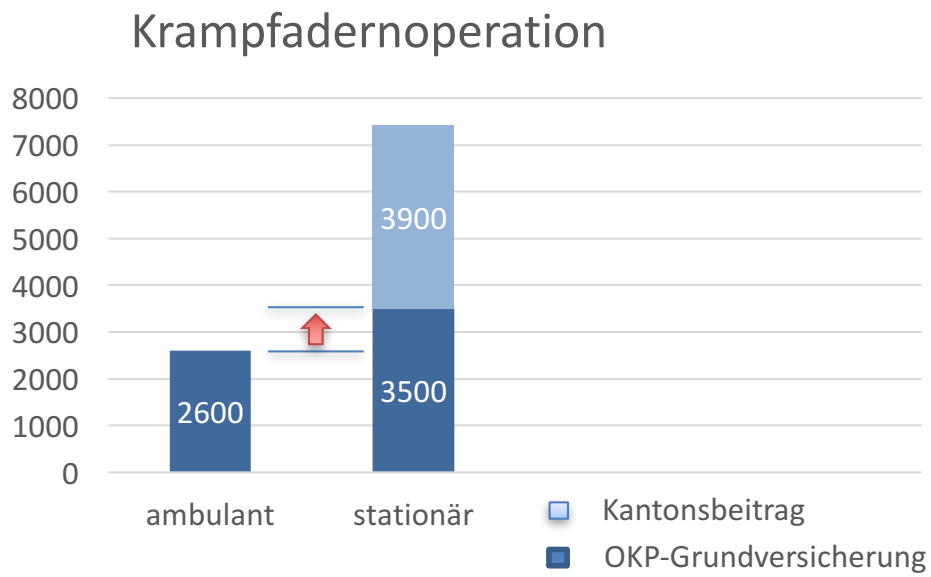
Finanzierungs- und Tarifsysteme

Versorgungsbereich	Tarifsystem	Finanzierungsquellen
Spital (Akutsomatik)	Fallpauschalen (SwissDRG)	Kanton/OKP* (55%-45%)
Spitalambulant	TARMED	OKP (100%)
Psychiatrie, Reha	TARPSY; ST Reha	Kanton/OKP (55%-45%)
Ärzte und weitere Einzelleistungserbringer	TARMED; Einzelleistungstarife (z.B. Physio)	OKP (100%)
Spitex	Zeittarif (Stundenansätze)	Pflegekosten: OKP, Restfinanzierung Kanton/Gemeinden; Eigenbeitrag Patient; Hauswirtschaft zulasten Klient
Pflegeheime	Zeittarif (Tagesansätze je nach Pflegebedarfsstufe)	Pflegekosten: OKP, Restfinanzierung Kanton/ Gemeinden; Betreuung + Hotellerie: zulasten Bewohner

* Obligatorische Krankenpflegeversicherung (Krankenkassen)

Mögliche Gründe für unnötige Hospitalisationen: Finanzierungsstruktur

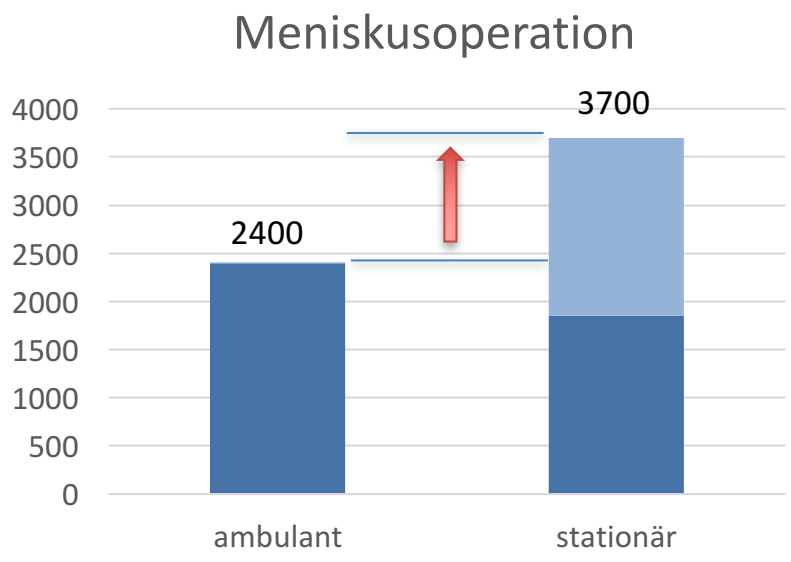


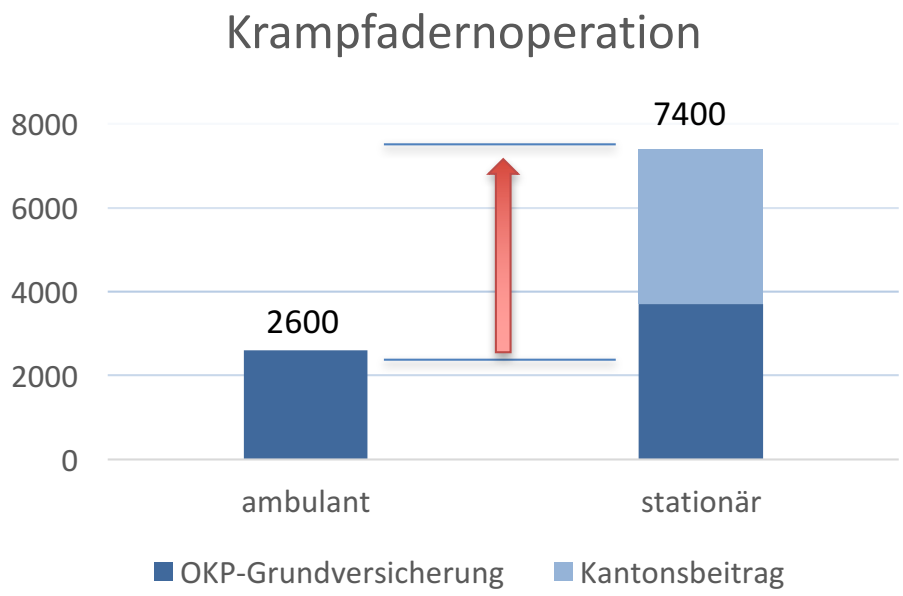


- Versicherer haben geringen Anreiz, Hospitalisationen zu verhindern.
  Es sind aber nicht die Versicherer in der Hauptrolle bezüglich Hospitalisierung, sondern Arzt und Patient.

- **Finanzierung hat einen eher geringen Einfluss**

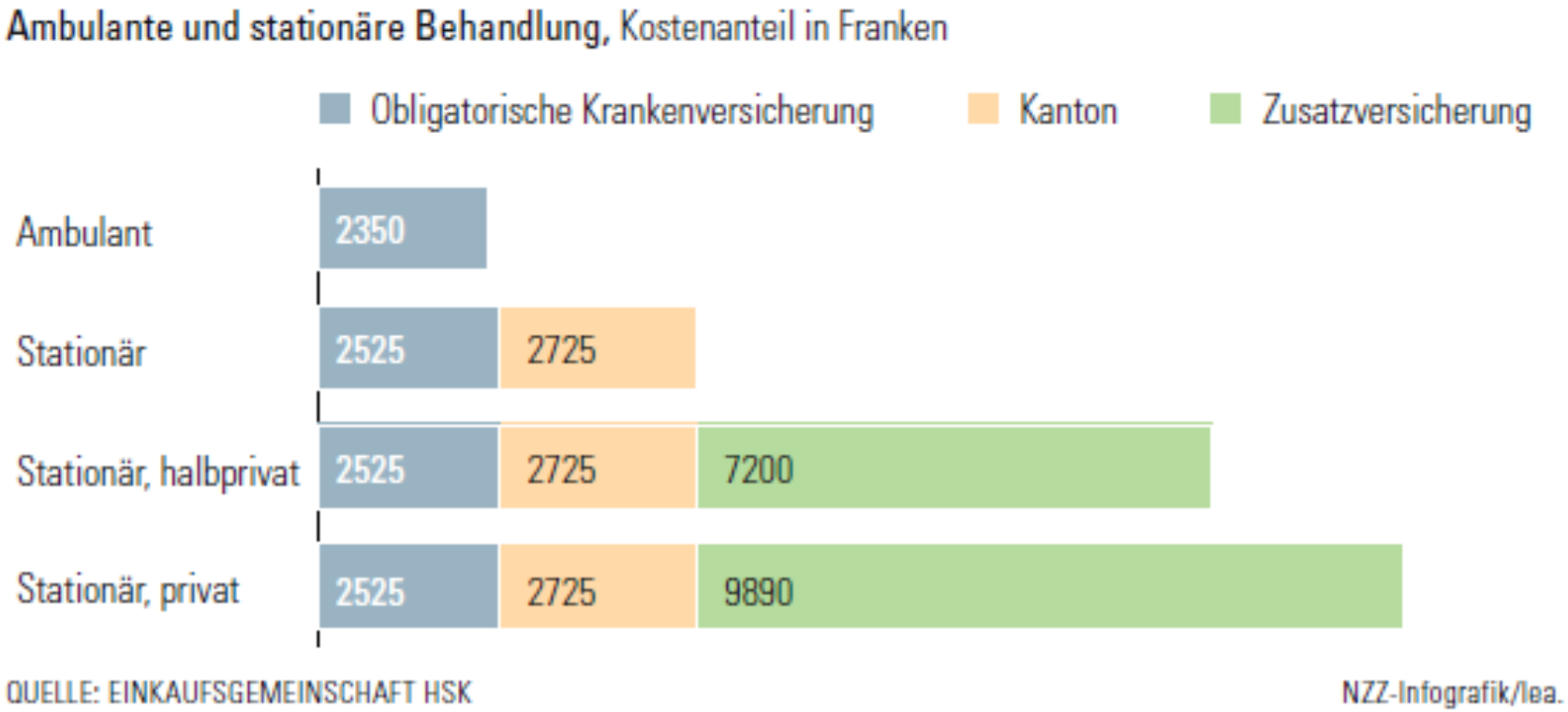
Mögliche Gründe für unnötige Hospitalisationen: Tarifstruktur





- Spital (Arzt) erhält für stationären Aufenthalt wesentlich höhere Vergütung, und oft liegt der Zusatzertrag höher als die Zusatzkosten
- Spital (Arzt) hat Anreiz für Hospitalisation
- **Tarifstruktur hat einen wesentlichen Einfluss**

Grosse monetäre Fehlanreize: Beispiel Kniearthroskopie



Quelle: NZZ, 15. Juni 2017

Verfassungsrechtliche Grundlage für EFAS?

Art. 117 Abs. 1 BV Kranken- und Unfallversicherung

[1] Der Bund erlässt Vorschriften über die Kranken- und die Unfallversicherung.

Art. 43 BV Aufgaben der Kantone

Die Kantone bestimmen, welche Aufgaben sie im Rahmen ihrer Zuständigkeiten erfüllen.

Art. 43a Abs. 1–3 BV Grundsätze für die Zuweisung und Erfüllung staatlicher Aufgaben

[1] Der Bund übernimmt nur die Aufgaben, welche die Kraft der Kantone übersteigen oder einer einheitlichen Regelung durch den Bund bedürfen.

[2] Das Gemeinwesen, in dem der Nutzen einer staatlichen Leistung anfällt, trägt deren Kosten.

[3] Das Gemeinwesen, das die Kosten einer staatlichen Leistung trägt, kann über diese Leistung bestimmen.

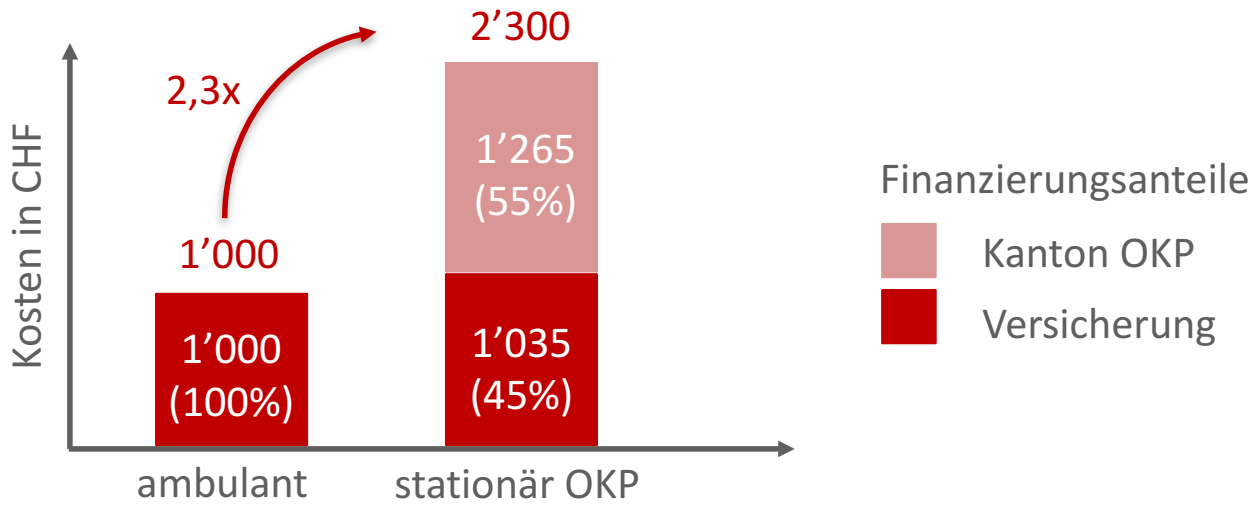
Besteht eine genügende Verfassungs-grundlage, um rund 20% der kantonalen Steuergelder den Kranken-versicherern zu überweisen?

Verträglichkeitsprüfung von EFAS	unverträglich	neutral	verträglich
Versorgungsverantwortung der Kantone	X		
Abkoppelung Finanzierung und Mitbestimmung	X		
Verfassungsrechtliche Grundlage	X		
Komplette Systemumstellung / Einsparung im Gesamtsystem	X		
Kompetenzverschiebung, Einfluss Kantone marginalisieren (Vorstoss NR Brand)	X		
Wesentliche Fehlanreize minimieren / schnelle, wirksame Kosteneindämmung	X		

EFAS verträgt sich nicht mit der Versorgungsverantwortung der Kantone: Kompetenz-Verschiebung gewollt?

Einheitliche Finanzierung ja, wenn Kanton als Monist agiert. Verantwortung und Finanzierung aus einer Hand.

Kantone sparen nicht auf dem Buckel der Prämienzahler



- Kantone und Bund stimmen in dieser Einschätzung überein.
- Zitat BAG: «Die Spitäler und Kantone sparen mit ambulanten Behandlungen Kapazitäten und Geld. Erste Schätzungen des BAG zeigen auch, **dass diese Verlagerung für die Versicherer keine Mehrkosten nach sich zieht.**» (NZZ, 15. Juni 2017)