



Ambulant vor stationär: Gesundheitskosten eindämmen statt Geld verschieben

18. September 2017

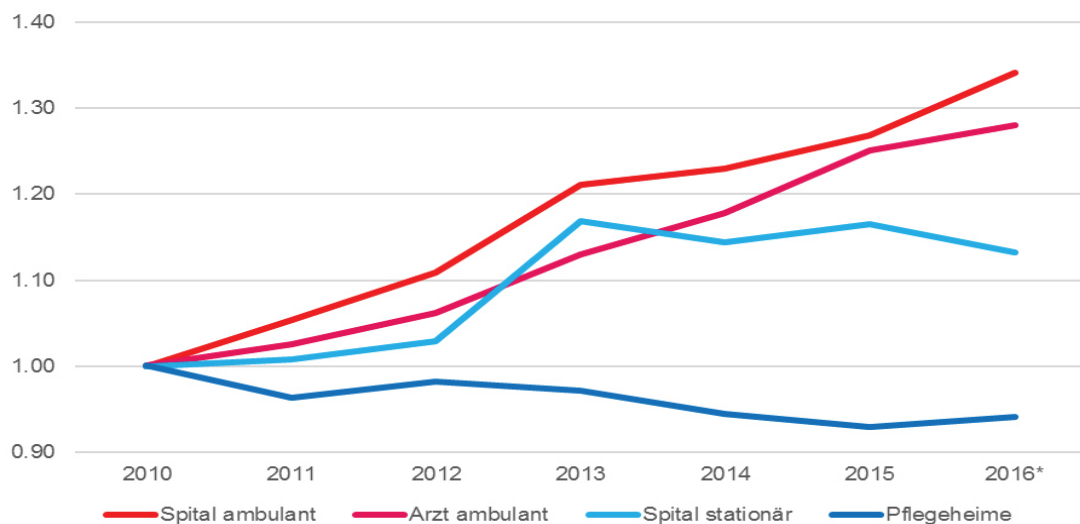
Regierungsrat

Dr. Thomas Heiniger

Präsident GDK



Entwicklung der OKP-Kosten



Entwicklung OKP-Kosten (BAG)



Finanzierung Gesundheitswesen, Anteil Steuerzahler

| | 1996 | 2000 | 2005 | 2010 | 2015 |
|--------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Total | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% |
| Staat | 27.2% | 25.9% | 29.1% | 30.9% | 31.8% |
| Steuerzahler | | 6.9% | 15.4% | 21.9% | 20.5% |

Quelle: Bundesamt für Statistik, Kosten des Gesundheitswesens nach Finanzierungsquellen, Stand 27.4.2017

1. Das Gesundheitswesen kostete die Kantone im Jahr 2015 schon 9.8 Mrd. Franken mehr als im Jahr 1996.
2. Anteil kantonale Steuermittel am Gesundheitswesen nahm seit 1996 zu.

➔ **Falsche Behauptung, die Kantone würden sich aus Finanzierung zurückziehen**



Optimierungsvorschläge in der politischen Diskussion

Alle gegen die Kantone

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

Politik: Kanton soll auch für ambulant bezahlen

Veröffentlicht am 22. November 2016 9:24

Letzte Aktualisierung 22. November 2016 9:30

Die Gesundheitskommission neuen Vorschlag zur geplanten Präsentation.

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 nur über der Finanzierung überprämie ab. Gleichzeitig kürzen Kantone aufgrund knapper Finanzen Korrektiv der Prämien. Diese Entwicklung: Zögerliche Druck für Verträge. Mit dem verfeinerten Risiko sei sichergestellt, dass die

➔ **zum Beispiel EFAS**



Verfassungsrechtliche Grundlage für EFAS?

Art. 117 Abs. 1 BV Kranken- und Unfallversicherung

Der Bund erlässt Vorschriften über die Kranken- und die Unfallversicherung.

Art. 118 Abs. 2 BV Schutz der Gesundheit

Er erlässt Vorschriften über:

- a. den Umgang mit Lebensmitteln sowie mit Heilmitteln, Betäubungsmitteln, Organismen, Chemikalien und Gegenständen, welche die Gesundheit gefährden können;
- b. die Bekämpfung übertragbarer, stark verbreiteter oder bösartiger Krankheiten von Menschen und Tieren;
- c. den Schutz vor ionisierenden Strahlen.

- Es stellt sich die Frage, ob eine genügende Verfassungsgrundlage besteht, um rund 20% der kantonalen Steuergelder den Krankenversicherern zu überweisen.
- Diese Frage muss geklärt werden.



Was bringt EFAS dem System «Gesundheitsversorgung»?

- Einen Umbau des Finanzierungssystems ohne Kostendämpfung. Denn: Die bloße Umleitung von kantonalen Steuermitteln zu den Krankenkassen bringt dem Gesamtsystem keine Einsparungen.
- Die wesentlichen Fehlanreize im heutigen System (Tarifstruktur, Zusatzversicherungen) werden nicht angegangen.
- Die Möglichkeiten zur Erhöhung der Versorgungseffizienz (Verbesserung der Tarifstrukturen, Einführung neuer Versicherungsmodelle zur integrierten Versorgung) werden von den Kassen schon heute nicht oder nur rudimentär genutzt – wieso soll das besser werden, wenn ein um 20% grösserer Anteil des Finanzierungsvolumens durch die Hände der Versicherer fliesst?



Kostenwachstumsproblem effektiv anpacken

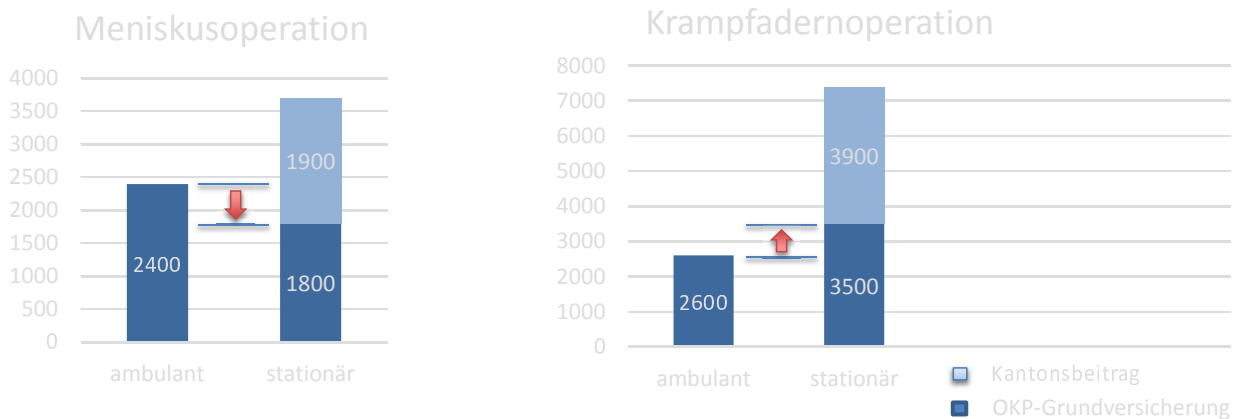


Die Kantone haben deshalb u.a. die Schnittstelle
«**ambulant - stationär**» im Visier

7



Mögliche Gründe für unnötige Hospitalisationen: Finanzierungsstruktur



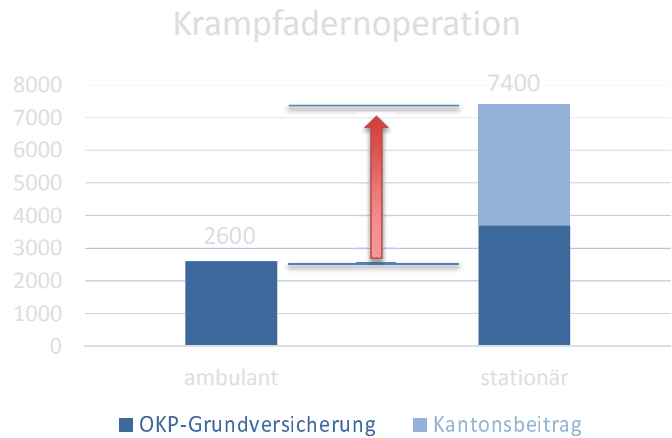
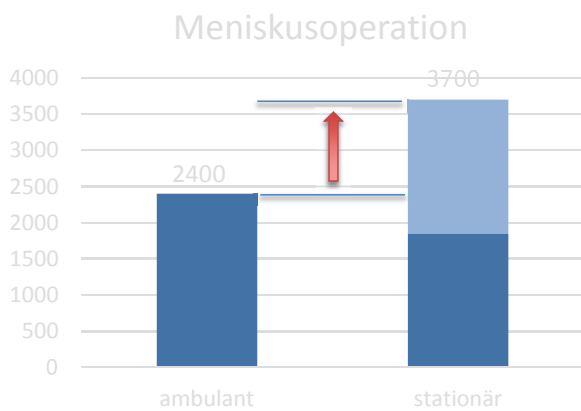
➔ Versicherer haben geringen Anreiz, Hospitalisationen zu verhindern.
Es sind aber nicht die Versicherer in der Hauptrolle bezüglich Hospitalisierung,
sondern Arzt und Patient.

➔ Finanzierung hat einen eher geringen Einfluss

8



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

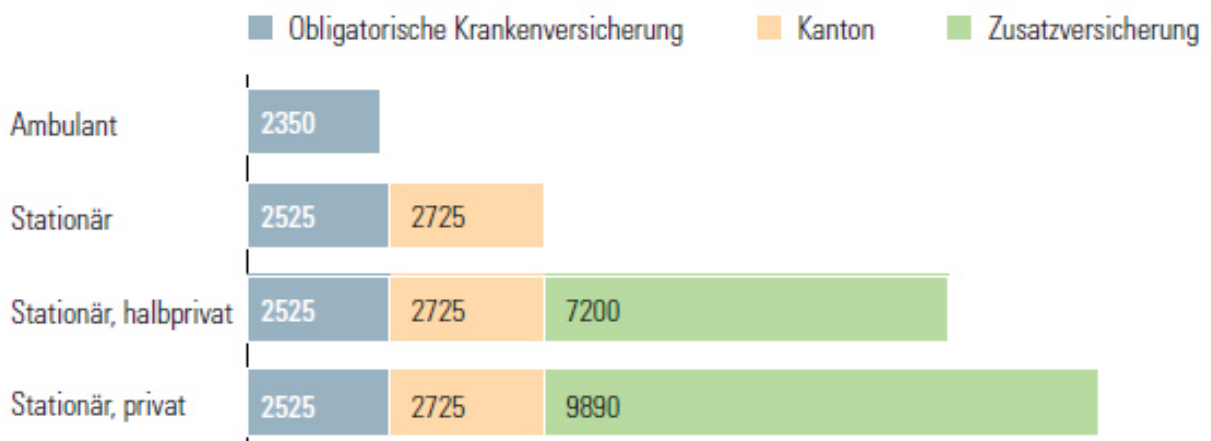
9



Grosse monetäre Fehlanreize – Beispiel Kniearthroskopie

Kosten bei der Kniearthroskopie

Ambulante und stationäre Behandlung, Kostenanteil in Franken



QUELLE: EINKAUFGEMEINSCHAFT HSK

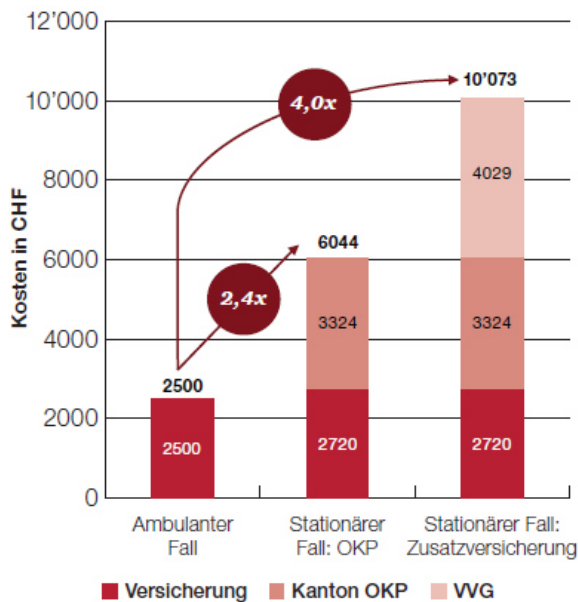
NZZ-Infografik/lea.

Quelle: NZZ, 15. Juni 2017

10

Grosse monetäre Fehlanreize – Beispiel Krampfadernoperation

Krampfadernoperation



Quelle: Studie PWC

11

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)

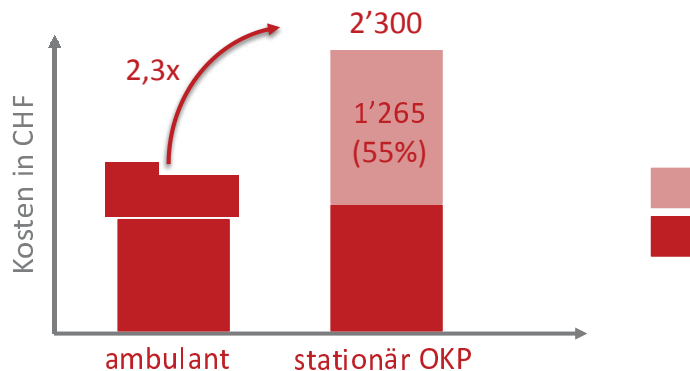
| Kostenrelationen pro Eingriff | Ambulant | Stationär OKP | Stationär VVG |
|-------------------------------|-------------|---------------|---------------|
| Leistenbruch | 1,0x | 1,9x | 3,2x |
| Krampfadern | 1,0x | 2,4x | 4,0x |
| Mandeloperation | 1,0x | 2,4x | 4,0x |
| Hämorrhoiden | 1,0x | 2,0x | 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

12



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 Versicherten keine Mehrkosten nach sich zieht.**» (NZZ, 15. Juni 2017)

13



| 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.**

14



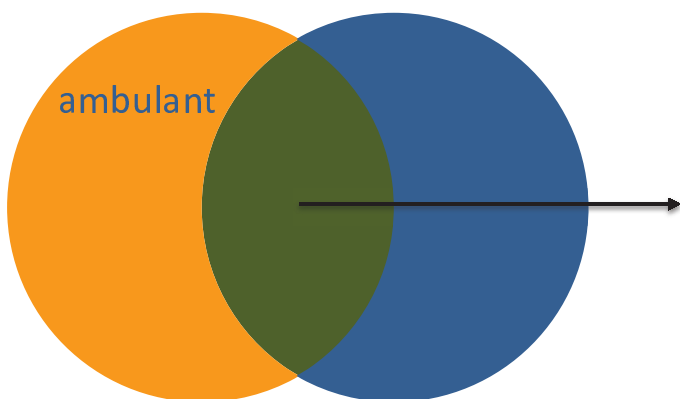
«AvoS» statt «EFAS»

- 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.

15



«AvoS» statt «EFAS»



- Leistenbruch
- Krampfadern
- Hämorrhoiden
- Herzschrittmacher
- Katarakt (grauer Star)
- ...

16



Der dritte Weg

Anforderungen:

- Die Leistungen an den Schnittstellen ambulant-stationär werden klar umschrieben und festgelegt.
- Sie werden pauschaliert. Die SwissDRG AG erhält dazu einen Auftrag.
- Diese Leistungen werden in einen Leistungsauftrag gemäss Art. 39 Abs. 1 KVG eingebunden.
- So kann die Verlagerung auch mit einem Qualitätssicherungsprozess begleitet werden.

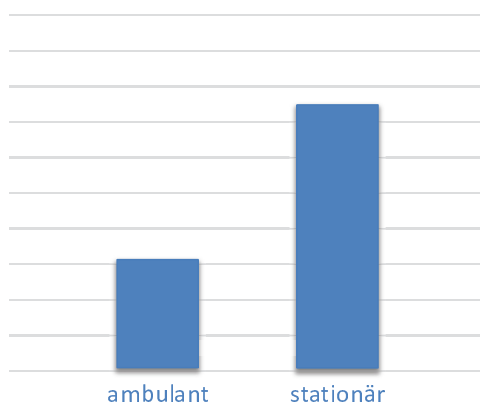
Unter diesen Bedingungen wird die GDK die Diskussion über die Modalitäten einer Mitfinanzierung im ambulanten Bereich von klar abgegrenzten Leistungen aufnehmen.



«AvoS» statt «EFAS»

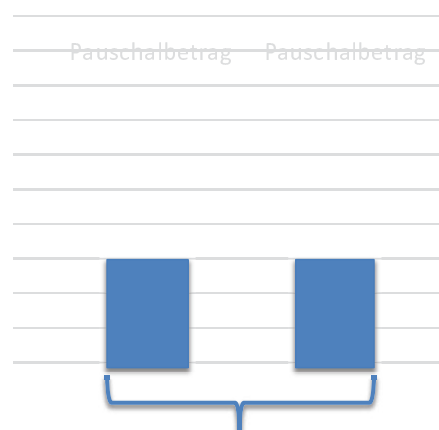
Finanzierung EFAS:

Behandlung ambulant oder stationär



Tarifsystem AvoS:

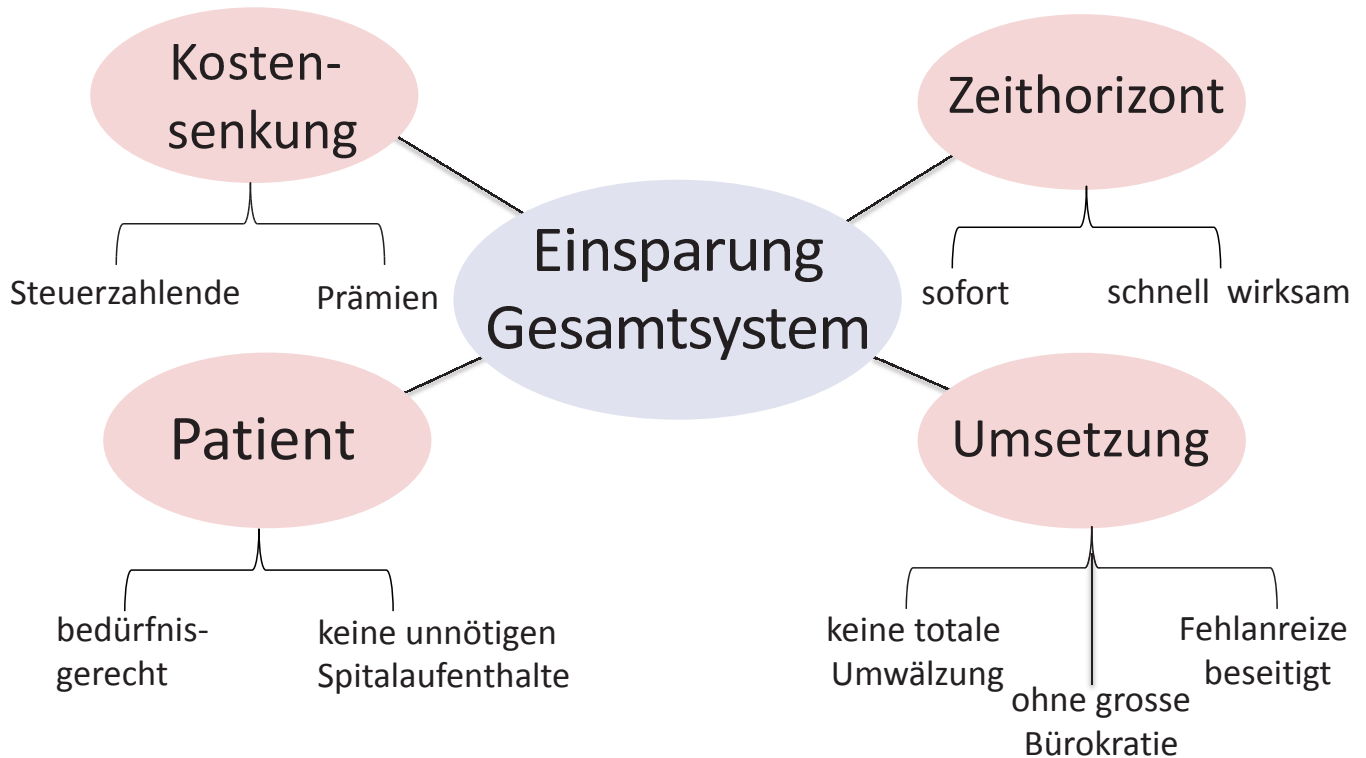
Behandlung ambulant ↔ stationär



z.B. Zero-Night-Pauschale

Ambulant oder stationär hat auf den Preis keinen Einfluss

«AvoS» statt «EFAS»



19

Fazit

- Das Sparpotenzial von «ambulant vor stationär» in der Schweiz zu realisieren, ist im Interesse der Patienten, der Steuerzahler (Kantone) und der Prämienzahler (Versicherer). Das heisst: von uns allen und jedem Einzelnen.
- Die Kantone wollen Kosten dämpfen (z.B. «ambulant vor stationär») statt nur Gelder verschieben (z.B. EFAS).
- Die Kantone handeln jetzt, konkret und direkt.

20