



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi



Fokus 22.08.2016

Reform mit grosser Bedeutung für das Gesundheitssystem

Die Gesundheitspolitik ist geprägt von «Entweder-oder-Debatten». Ein Beispiel ist die Diskussion um Fehlanreize beim Erbringen medizinischer Leistungen. Entweder wird der Fehlanreiz bei der unterschiedlichen Vergütung – Einzelleistungsvergütung im ambulanten versus Pauschalvergütung im stationären Bereich – geortet. Oder er wird der ungleichen Finanzierung zugeschrieben, wonach ambulante Leistungen vollumfänglich von den Krankenversicherern – sprich Prämienzahlenden – berappt werden, während stationäre Leistungen zu 55 Prozent steuerfinanziert sind. Was stimmt? «Sowohl-als-auch» ist die Antwort. Mit Einführung der einheitlichen Finanzierung – begleitet von Verbesserungen im Tarifwesen – gelingt eine effektive Verlagerung «ambulant vor stationär». Es gibt aber noch weitere Gründe, warum die einheitliche Finanzierung eine unterstützenswerte Reform mit Bedeutung für das Gesundheitssystem ist.

Wenn zwei Leistungen, die aus medizinischer Sicht gleichwertig sind, ganz unterschiedlich hoch honoriert werden – namentlich die stationär erbrachte viel attraktiver ist als die ambulant durchgeführte – dann ist der Fehlanreiz offensichtlich. Es liegt auf der Hand, dass die Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich dadurch behindert wird. OECD-Daten zeigen, dass die Schweiz im internationalen Vergleich auf den hinteren Rängen liegt, was den Anteil spitalambulanter Eingriffe von allen chirurgischen Eingriffen in Spitälern betrifft. Dagegen ist vielen noch zu wenig bewusst, dass das Verlagerungspotenzial «von stationär zu ambulant» nur dann ausgeschöpft werden kann, wenn alle medizinischen Leistungen einheitlich finanziert werden. Im geltenden System käme die verlagerungsbedingte finanzielle Entlastung nämlich vollständig den Kantonen zugute. Die Krankenversicherer – sprich Prämienzahlenden – würden aufgrund der Reduktion der stationären Eingriffe zwar zuerst entlastet, durch deren ambulante Erbringung dann aber in grösserem Umfang wieder belastet.

Im Interesse der Versicherten

«Die Krankenversicherer haben es in der Hand, den Druck in Richtung ambulant vor stationär zu erhöhen, indem sie Kostengutsprachen für stationäre Aufenthalte restriktiver aussprechen und die Zweckmässigkeit der Leistungen strenger prüfen». Dieses häufig vorgebrachte Argument ist nicht stichhaltig. Man kann nicht von den Krankenversicherern verlangen, dass sie ihren Verwaltungs- und Prüfaufwand ausbauen, um dann noch mehr Leistungskosten tragen zu müssen. Das würde – und genau das ist das Absurde – gegen die Interessen ihrer Versicherten laufen. Diese müssten dann nämlich entsprechend mehr Prämien bezahlen. Solange eine ambulant durchgeführte Operation mehr kostet als 45 Prozent der Kosten einer medizinisch gleichwertigen stationären Durchführung, haben die Krankenversicherer keinen Anreiz, die unter Vollkostensicht günstigere ambulante Leistung einzufordern.

Einheitliche Finanzierung: eine wichtige Reform

Eine ambulante Behandlung geht vollumfänglich zulasten der Krankenversicherer. Wird die medizinisch gleichwertige Behandlung stationär durchgeführt, muss hingegen der Kanton mehr als die Hälfte der Kosten übernehmen. Die Behebung dieses Fehlkonstrukts ist naheliegend: Alle medizinischen Behandlungen müssen



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

einheitlich finanziert werden. Mit Einführung der einheitlichen Finanzierung gelingt – begleitet von Verbesserungen im Tarifwesen – eine effektive Verlagerung «ambulant vor stationär». Es gibt aber noch weitere Gründe, warum die einheitliche Finanzierung eine unterstützenswerte Reformidee mit Bedeutung für das Gesundheitssystem ist.

Gute Versorgungsqualität zahlt sich aus

Mit einer qualitativ guten Integrierten Versorgung können stationäre Behandlungen verhindert werden. Das zeigt eine neue Studie des Instituts für Hausarztmedizin der Universität Zürich und der Helsana: Diabetiker und Herzpatienten in Hausarztmodellen müssen seltener ins Spital als Standardversicherte mit den gleichen Krankheiten. Die Unterschiede liegen bei 8 bis 13 Prozent. Das eingesparte Geld entlastet im heutigen Finanzierungssystem aber primär die Kantone, anstatt dass es als zusätzlicher Prämienrabatt jenen zugutekommt, die sich für ein Integriertes Versorgungsmodell entscheiden. Anders gesagt: Mit der einheitlichen Finanzierung könnten die Attraktivität Integrierter Versicherungsmodelle durch zusätzliche Prämienrabatte erhöht und dadurch die Versorgungsqualität verbessert und Kosten gespart werden.

Gesamtwirtschaftlich und sozialpolitisch überzeugend

Aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts werden Operationen zunehmend vom stationären in den kostengünstigeren ambulanten Bereich verlagert. Aus gesamtwirtschaftlicher Sicht ist dieser Trend begrüssenswert, aus sozialpolitischer Perspektive besteht indessen Handlungsbedarf. Wenn die stationären Kosten, an denen sich die Kantone heute mit 55 Prozent beteiligen, anteilmässig sinken, dann findet ein schleichender Rückgang des steuerfinanzierten Anteils und damit ein Rückzug der Kantone aus der Finanzierung der sozialen Krankenversicherung statt. Würden alle medizinischen Leistungen einheitlich mit Prämien und Steuern finanziert – etwa mit einem Schlüssel 75 Prozent zu 25 Prozent – dann würde sich die finanzielle Beteiligung des Kantons analog den gesamten OKP-Leistungskosten im jeweiligen Kanton entwickeln. Was aus gesamtwirtschaftlicher Sicht wünschenswert ist, wäre dann auch sozialpolitisch überzeugend.

Offenheit ist gefragt

Wie stehen die Chancen, dass sich die Idee der einheitlichen Finanzierung realisieren lässt? Politisch liegt die Forderung mit der Parlamentarischen Initiative (Pa.Iv. Humbel 09.528) «Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus» auf dem Tisch. Die technische und gesetzgeberische Umsetzung ist relativ einfach: Anstatt 55 Prozent der stationären Behandlungskosten würden die Kantone neu einen zu definierenden – und im Krankenversicherungsgesetz festzuschreibenden – Mindestanteil an den gesamten OKP-Leistungskosten ihres Kantons finanzieren. Die Kantone würden ihren Beitrag an die Gemeinsame Einrichtung KVG überweisen, welche das Geld risikogewichtet den Krankenversicherern zuteilen würde. Die Einführung der einheitlichen Finanzierung erfordert keine grossen Umwälzungen. Dafür umso mehr die Offenheit und Bereitschaft aller Akteure – über parteipolitische und ideologische Grenzen hinweg – einen wichtigen Beitrag zur erwünschten Entwicklung des Gesundheitssystems zu leisten.

Bern, August 2016