



curafutura

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



Fokus 19.04.2016

Einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen

Ideen, wie man das Kostenwachstum im Gesundheitswesen reduzieren könnte, gibt es viele. Von einer einzelnen Massnahme ist kein Wunder zu erwarten. Gute Ansatzpunkte finden sich jedoch dort, wo heute Fehlanreize bestehen. Eine Behandlung in einem Spitalambulatorium oder in einer privaten Arztpraxis geht vollumfänglich zulasten der Krankenversicherer. Wird die gleiche Behandlung stationär im Spital durchgeführt, muss hingegen der Kanton gut die Hälfte der Kosten übernehmen. So offensichtlich der mit dieser ungleichen Finanzierung verbundene Fehlanreiz ist, so naheliegend ist die Lösung. Alle medizinischen Behandlungen – ambulante und stationäre – müssen einheitlich finanziert werden.

Ambulante Behandlungen sind in der Regel kostengünstiger als stationär im Spital durchgeführte. Trotzdem haben die Akteure wenig Anreiz, die günstigere Alternative zum Spitalaufenthalt zu fördern. Der Ursprung dieses Übels liegt darin, dass heute nicht alle medizinischen Leistungen gleich finanziert werden. Während ambulante Behandlungen vollständig durch die Prämien der Versicherten finanziert werden, übernimmt der Krankenversicherer bei stationärer Behandlung von Gesetzes wegen nur noch maximal 45 Prozent der Kosten. Die Konsequenz: Der Finanzierer der Leistung hat systembedingt wenig Anreiz, bei medizinischer Gleichwertigkeit einer stationären oder ambulanten Behandlung, die aus gesamtwirtschaftlicher Sicht günstigere ambulante Variante einzufordern.

Relevanz: hoch

Obwohl der Sachverhalt einleuchtender nicht sein könnte, enden die Diskussionen um das seltsam anmutende Finanzierungskonstrukt in der Regel in Ratlosigkeit bezüglich der Relevanz des Problems. Hierzu einige Tatsachen:

Verschwendung von Steuergeldern: Jährlich werden Millionen von Steuerfranken in medizinisch nicht indizierte stationäre Behandlungen gesteckt. Verkehrte Anreize: Ärztinnen und Ärzte, die sich im Rahmen einer integrierten Versorgung um die Reduktion unnötiger stationärer Behandlungen bemühen, können durch die Versicherer nicht adäquat für ihre Aufwendungen entschädigt werden. Unsoziale Kostenverlagerung: Durch die einseitige Einbindung der Kantone in die Finanzierung – nämlich die stationären Behandlungen – findet ein schleichender Rückzug des steuerfinanzierten Anteils aus der sozialen Krankenversicherung statt. Dieser ergibt sich aus dem technologischen Fortschritt, der zunehmend die Verlagerung vom teuren stationären Umfeld in ein kostengünstigeres ambulantes Umfeld ermöglicht.

Es bedarf keiner prophetischen Fähigkeiten um zum Schluss zu gelangen, dass nur schon die ungleiche Finanzierung zu substantiellen Mehrausgaben führt und die gewünschte Entwicklung hin zu einer wirtschaftlicheren Mittelverwendung nachhaltig gehemmt wird. Hinzu kommen unnötig veranlasste Hospitalisationen sowie eine Behinderung einer patientenorientierten, integrierten Versorgung.

Vorsicht: Fallgrube

«Nicht die ungleiche Finanzierung von stationären und ambulanten Behandlungen ist das Problem, sondern



curafutura

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

deren unterschiedliche Vergütung durch die verschiedenen Tarife», lautet ein häufig genanntes Argument gegen die Einführung einer einheitlichen Finanzierung. Dieses Argument verkennt den simplen Umstand, dass mehrere Ursachen die gleiche Wirkung entfalten können – was umgekehrt aber auch bedeutet, dass die Wirkung nicht eliminiert wird, wenn nur eine Ursache wegfällt. Mit anderen Worten: Geht es um die Verbesserung eines wirtschaftlichen Mitteleinsatzes, sind beide Felder zu bearbeiten. Denn selbst wenn sämtliche Tarifierungsprobleme dereinst behoben sein sollten, bleibt der eklatante Sprung in der Finanzierung, sobald ein Patient das Spital für einen stationären Aufenthalt betritt.

Lösung: Einfach

Die Umsetzung einer einheitlichen Finanzierung aller ambulanten und stationären Leistungen im Rahmen der sozialen Krankenversicherung ist keine grosse Sache, sobald beim Gesetzgeber der Wille dazu besteht. Notwendig sind lediglich drei Schritte:

Statt dass der Kanton (mindestens) 55 Prozent der stationären Behandlungskosten übernimmt, finanziert er künftig einen zu definierenden Anteil an den gesamten Leistungskosten. Für den Kanton – und für die Versicherungen – erfolgt diese Lösung aufwandneutral. Der Kanton überweist den entsprechenden Betrag an die Gemeinsame Einrichtung KVG – jene Stelle, die auch die Abwicklung des Risikoausgleichs unter den Versicherern durchführt. Die Kantons gelder werden anschliessend risikogewichtet den Versicherern zugewiesen. Dies erfolgt durch eine prozentual einheitliche Vergütung an die jeweiligen Risikokosten.

Mit dem von curafutura vorgeschlagenen Ansatz bleibt garantiert, dass jeder Steuerfranken im jeweiligen Kanton verbleibt und die Steuergelder nicht nach dem Giesskannenprinzip verteilt, sondern – genau wie heute – zur Deckung von KVG-Leistungen verwendet werden. Darüber hinaus entfällt die administrativ völlig unnötige doppelte Rechnungsstellung der Leistungserbringer an Versicherer und Kantone. Auch der Kanton profitiert danach von den realisierbaren Kosteneinsparungen über das gesamte Leistungsspektrum hinweg. Und das alles mit positiven Auswirkungen auf die medizinische Versorgung.

Bern, April 2016