



**curafutura**

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

# «Einheitliche Finanzierung ambulant/stationär – Mehr Qualität für weniger Geld»

5. Tagung der Einkaufsgemeinschaft HSK – Thema «Ambulant versus stationär»

Freitag, 23. September 2016, Zentrum Paul Klee, Bern

**Nationalrat Dr. med. Ignazio Cassis, Präsident curafutura**

# Agenda



Einstiegswort

---

Ausgangslage: Leistungsfinanzierung OKP

---

Problem: Ungleiche Finanzierung

---

Lösung: Einheitliche Finanzierung

---

Politik

# Zwei verschiedene Fragen – zwei verschiedene Debatten

Wie wird die Leistung  
vergütet?

Wer bezahlt die  
Rechnung?



Tarifierung



Finanzierung

# Zwei verschiedene «Fehlanreiz-Baustellen»

## FEHLANREIZ

Medizinisch gleichwertige  
Behandlungen werden...



**Tarifierung**



**Finanzierung**

...über verschiedene Tarife  
unterschiedlich hoch vergütet.

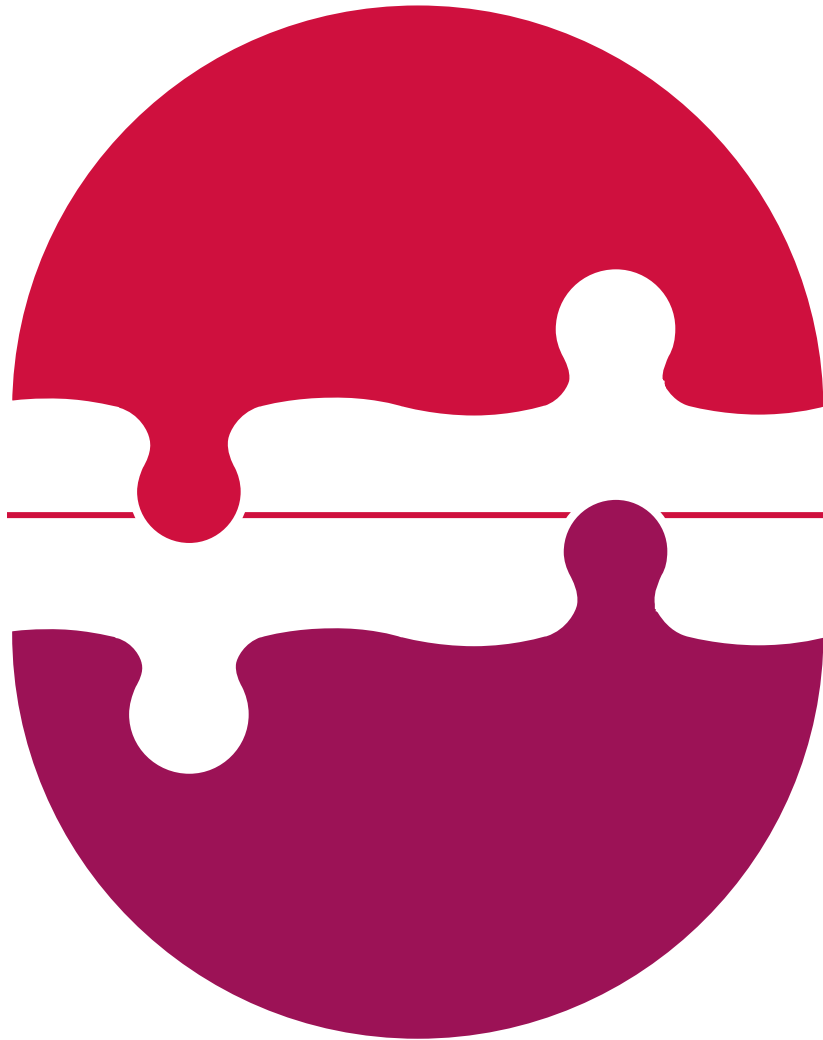
...zu 100% (ambulant) oder zu 45%  
(stationär) mit Prämien finanziert.

# Jedes Problem muss an seiner Wurzel gepackt werden



Selbst bei «perfekten» Tarifen ist das Problem der ungleichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen nicht gelöst.

Nicht «entweder-oder», sondern...



Finanzierung

Tarifierung



Finanzierung  
und  
Tarifizierung

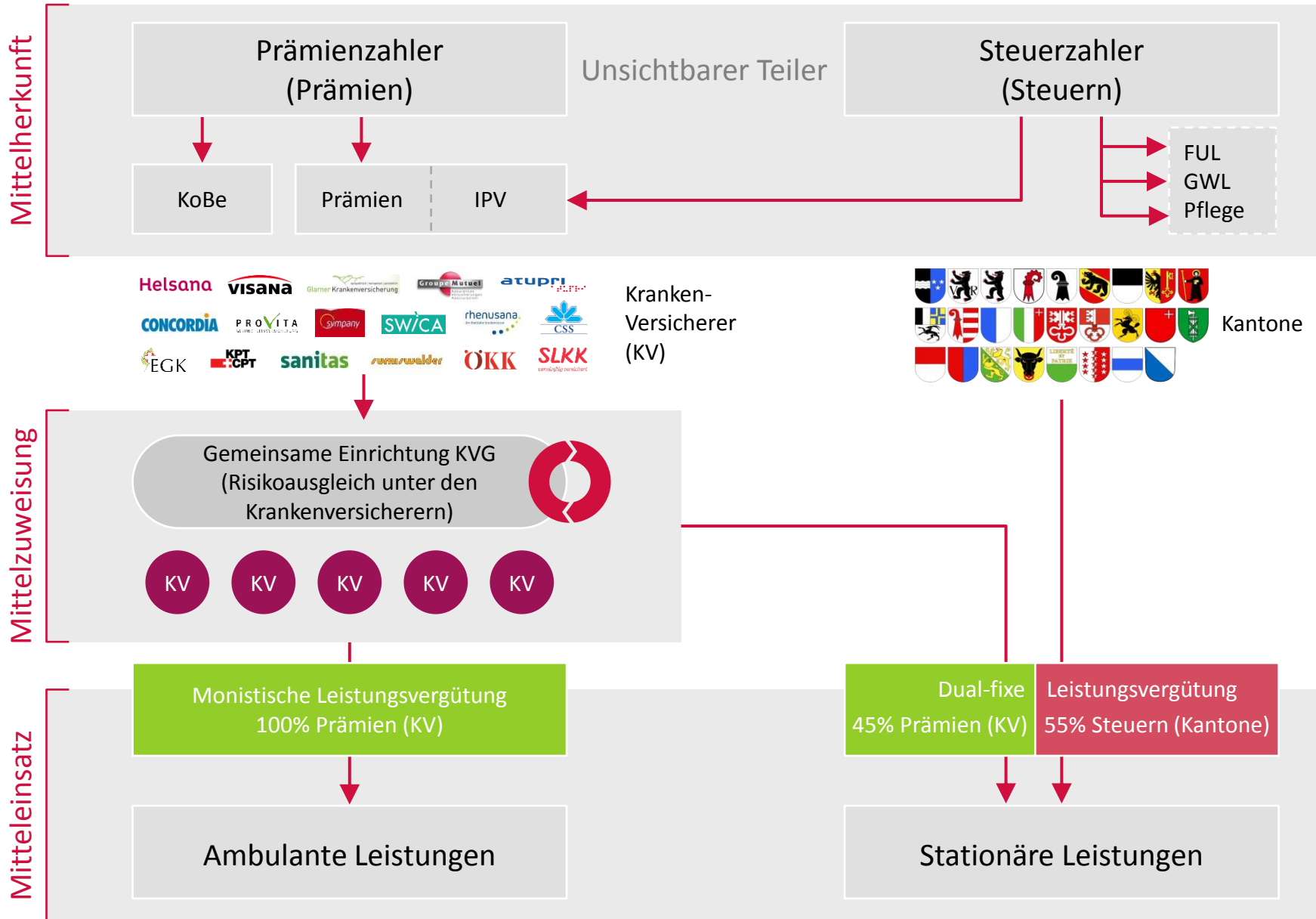
**Ausgangslage: Leistungsfinanzierung  
Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)**



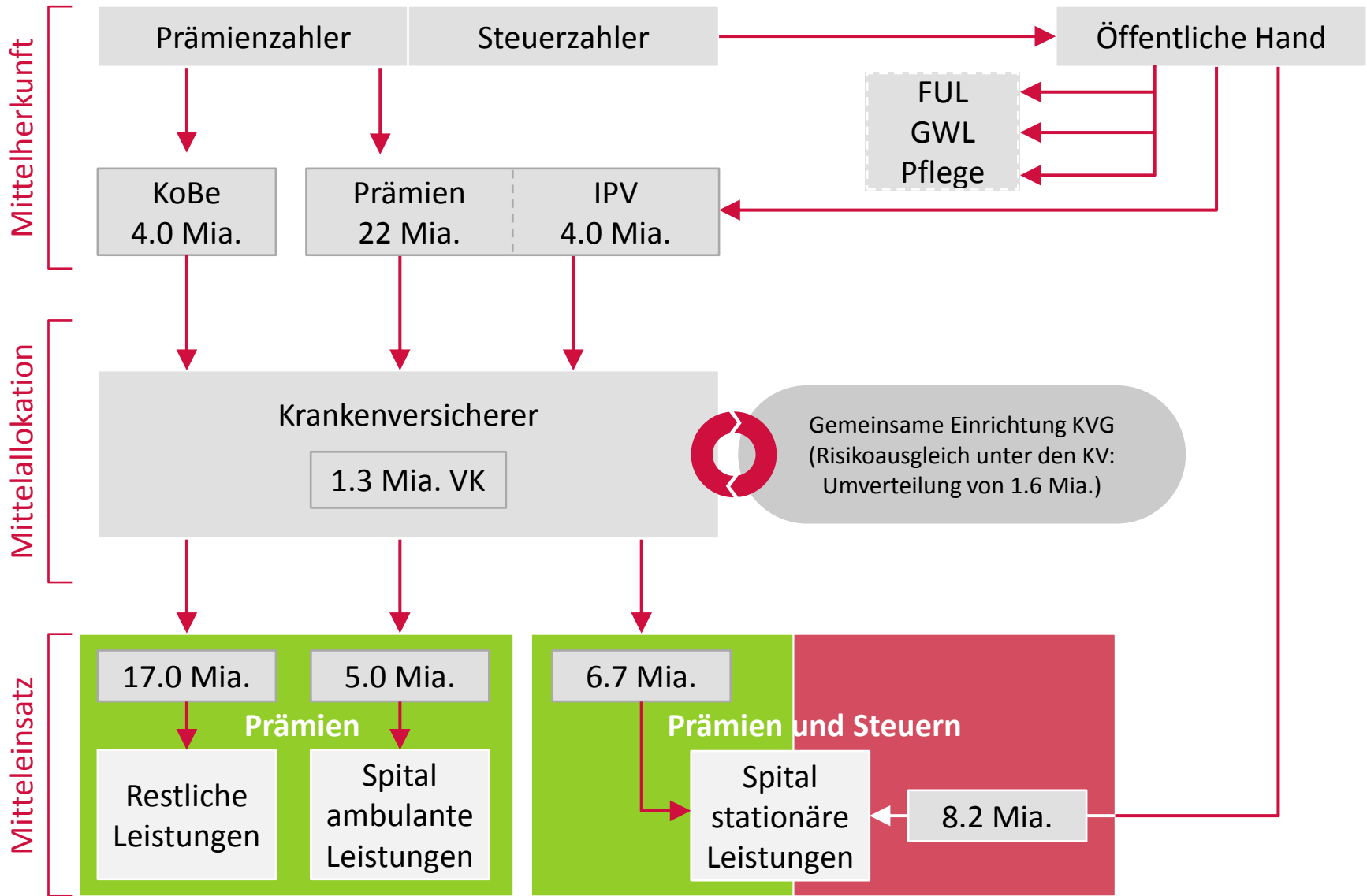
# Die drei Ebenen des Finanzierungssystems



# Leistungsfinanzierung OKP



# Leistungsfinanzierung OKP



Annahme: Der Kantonsanteil Spital stationär beträgt 55% (gilt ab 1. Januar 2017); Basiszahlen 2014; Abkürzungen: KoBe: Kostenbeteiligung; IPV: Individuelle Prämienverbilligung; VK: Verwaltungskosten; FUL: Forschung und Lehre; GWL: Gemeinwirtschaftliche Leistungen.

**Problem: Ungleiche Finanzierung**

# Ungleiche Finanzierung: Übersicht Auswirkungen

- Schafft monetäre Fehlanreize
- Bremst gesamtwirtschaftlich sinnvolle Verlagerung stationär → ambulant
- Verhindert zusätzlichen Prämienrabatt auf Versicherungsmodelle mit Integrierter Versorgung
- Führt zu Fehl- und Überversorgung
- Verursacht unnötige Kosten
- Schwächt Solidarität zw. reich und arm
- Verursacht unnötige Administration

 **Kosten**

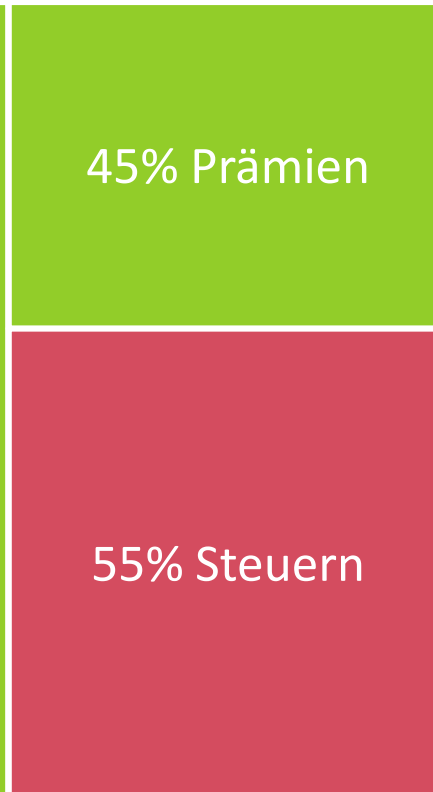
 **Qualität**

# Ungleiche Finanzierung: Schafft monetäre Fehlanreize

## AMBULANTE Leistungen



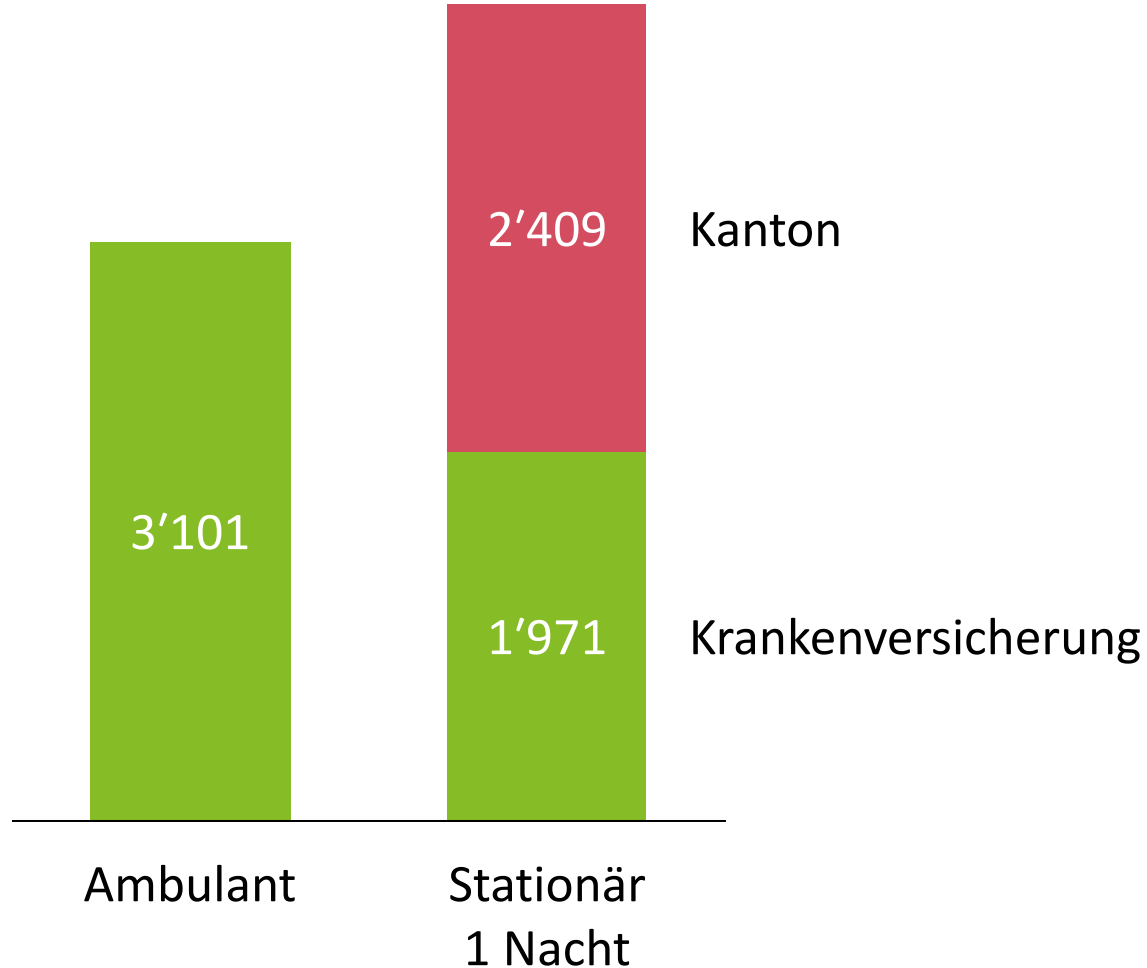
## STATIONÄRE Leistungen



Solange eine ambulant durchgeführte Operation und Behandlung mehr kostet als 45% der Kosten einer medizinisch gleichwertigen stationären Durchführung, haben die Krankenversicherer keinen Anreiz, die unter «Kostenwahrheit» günstigere ambulante Leistung einzufordern.

# Ungleiche Finanzierung: Schafft monetäre Fehlanreize

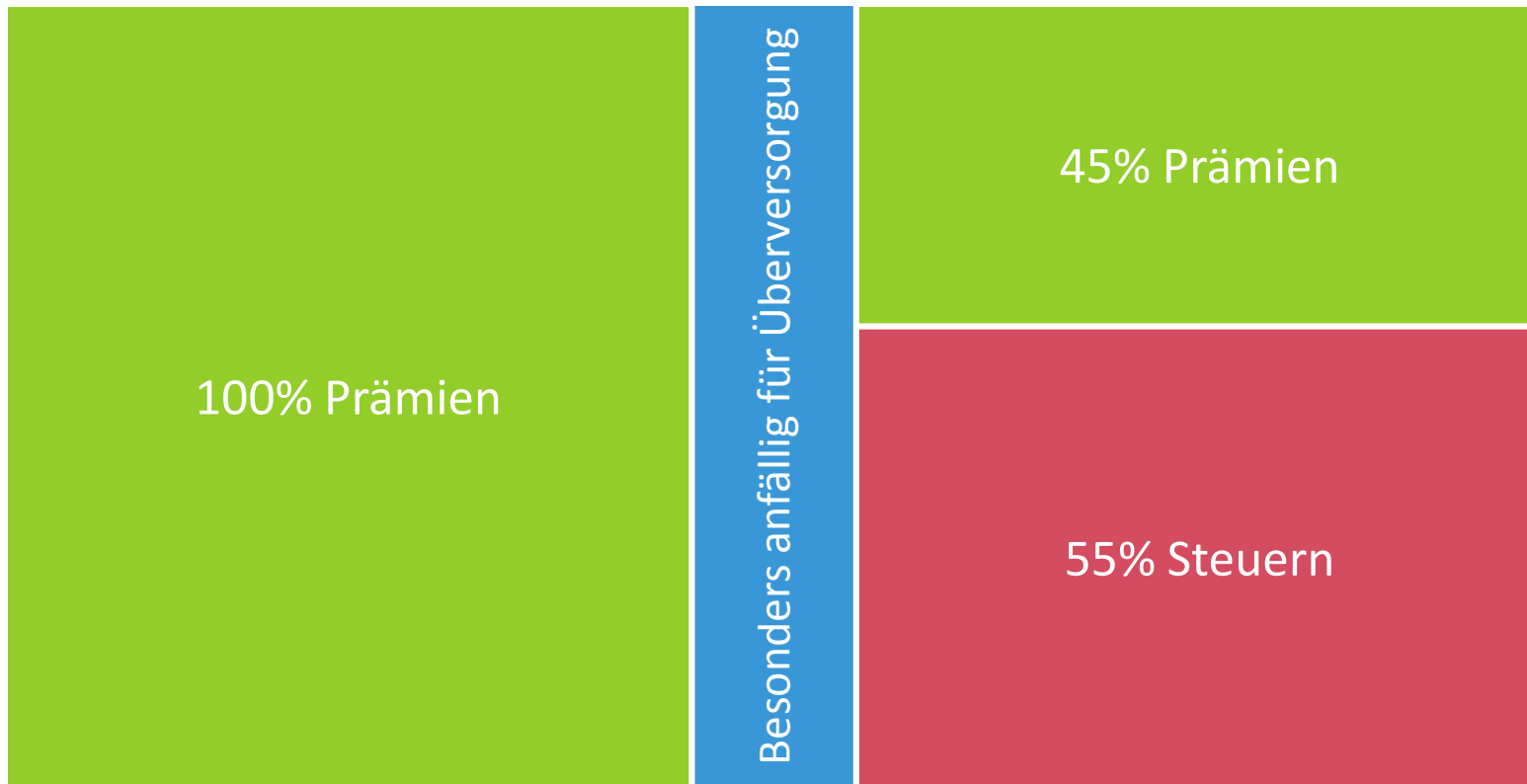
## Koronarangiographie oder Intervention



# Ungleiche Finanzierung: Führt zu Fehlversorgung

## AMBULANTE Leistungen

## STATIONÄRE Leistungen



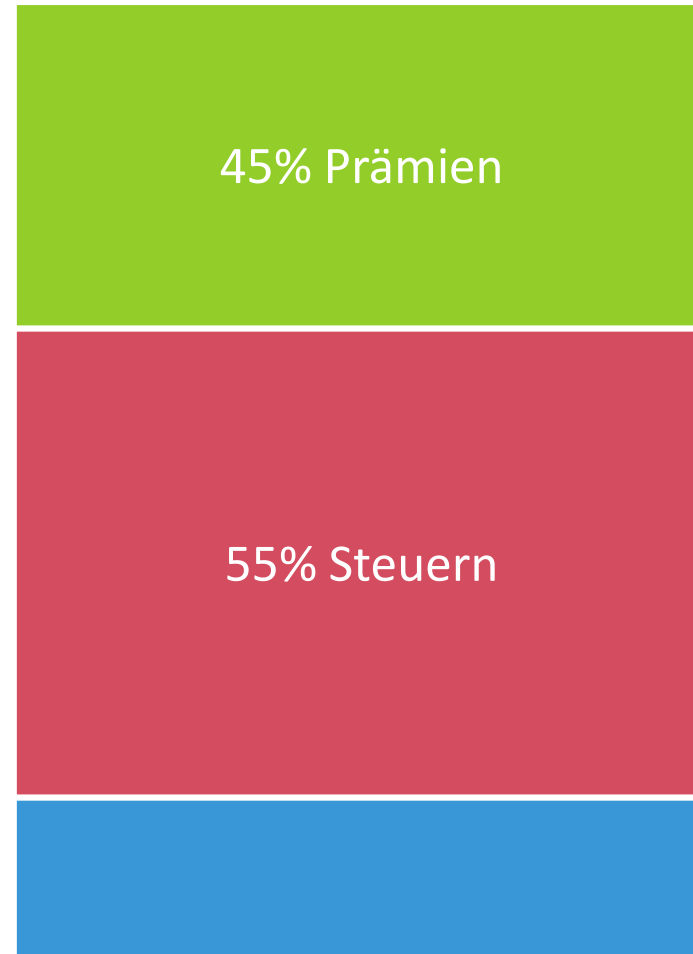


# Ungleiche Finanzierung: Führt zu «stationär vor ambulant»... (1)

## AMBULANTE Leistungen

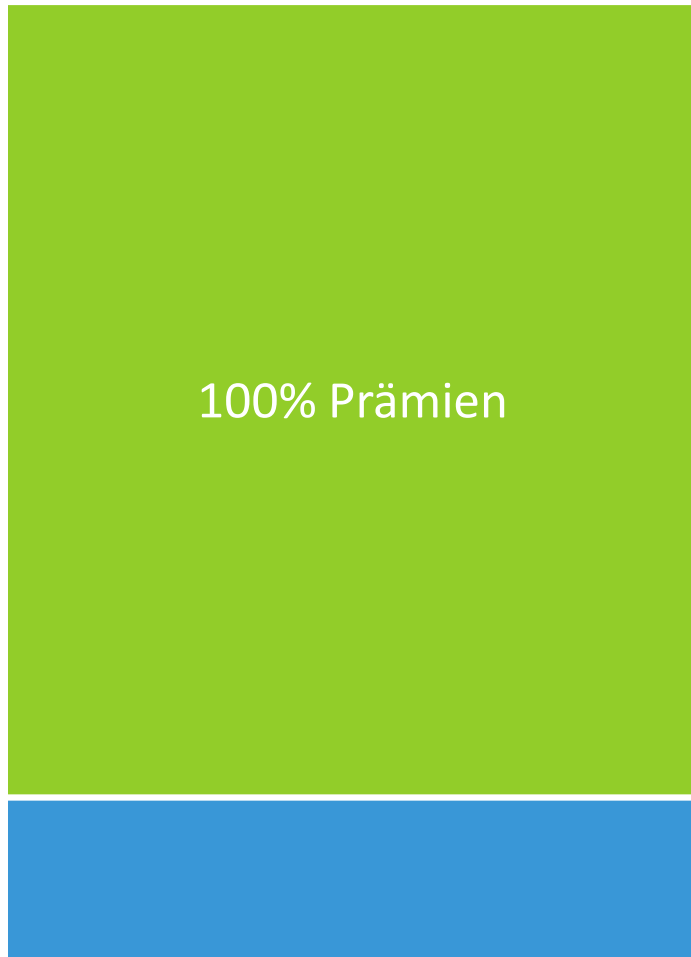


## STATIONÄRE Leistungen

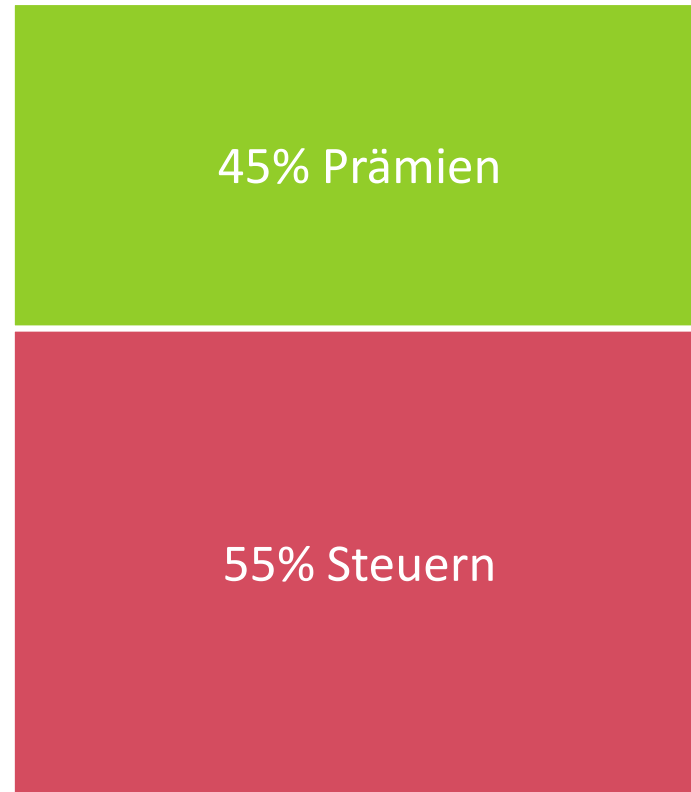


# ...anstatt zu «ambulant vor stationär»... (2)

## AMBULANTE Leistungen



## STATIONÄRE Leistungen

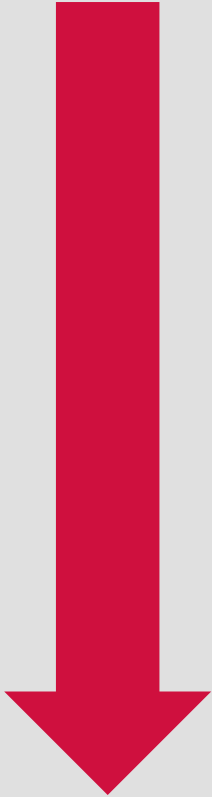


## ...was gesamtwirtschaftlich viel sinnvoller wäre, denn im ambulanten Bereich sind... (3)



**...als im stationären Bereich.**

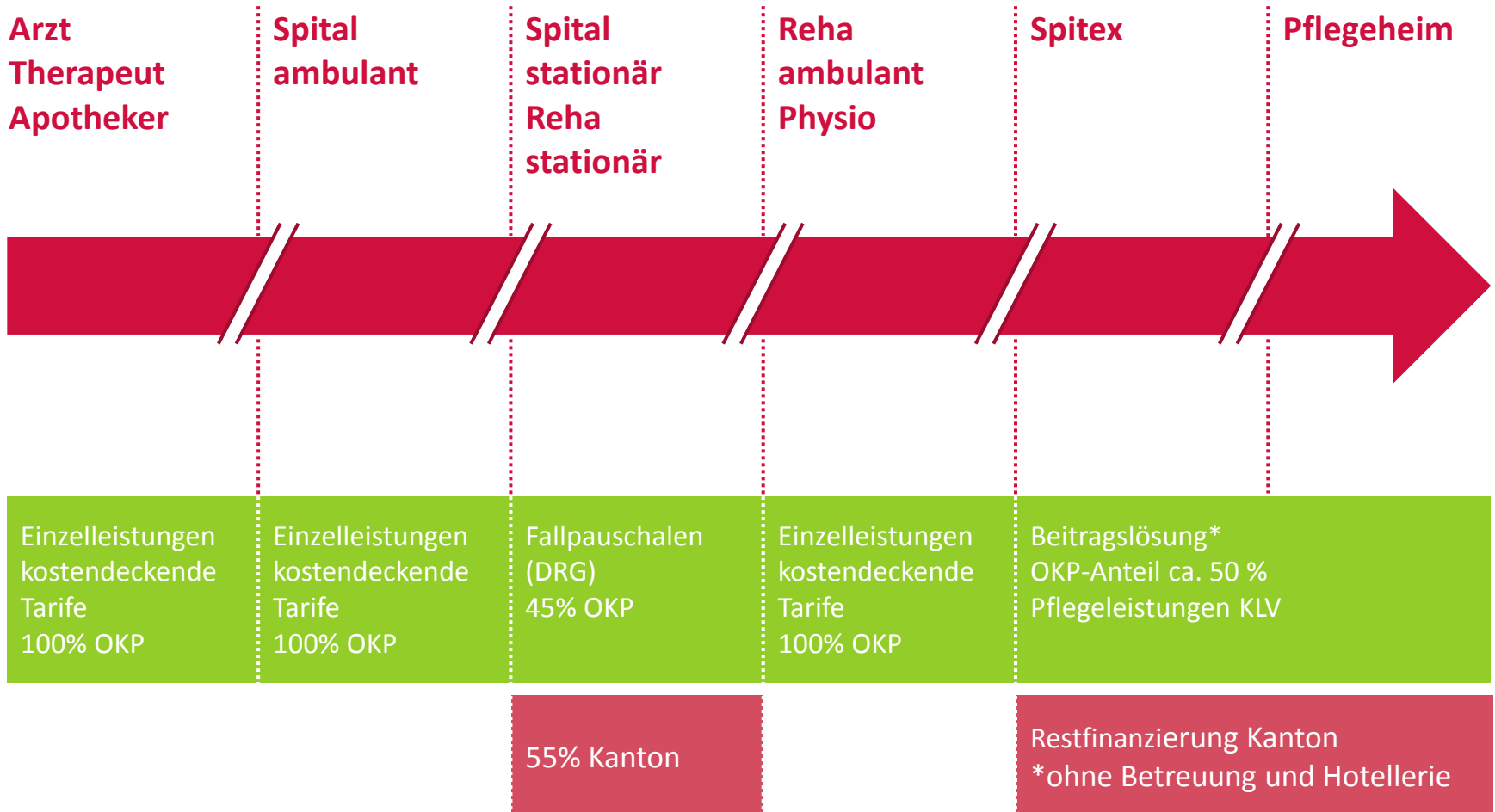
# Ungleiche Finanzierung: Behindert die Integrierte Versorgung



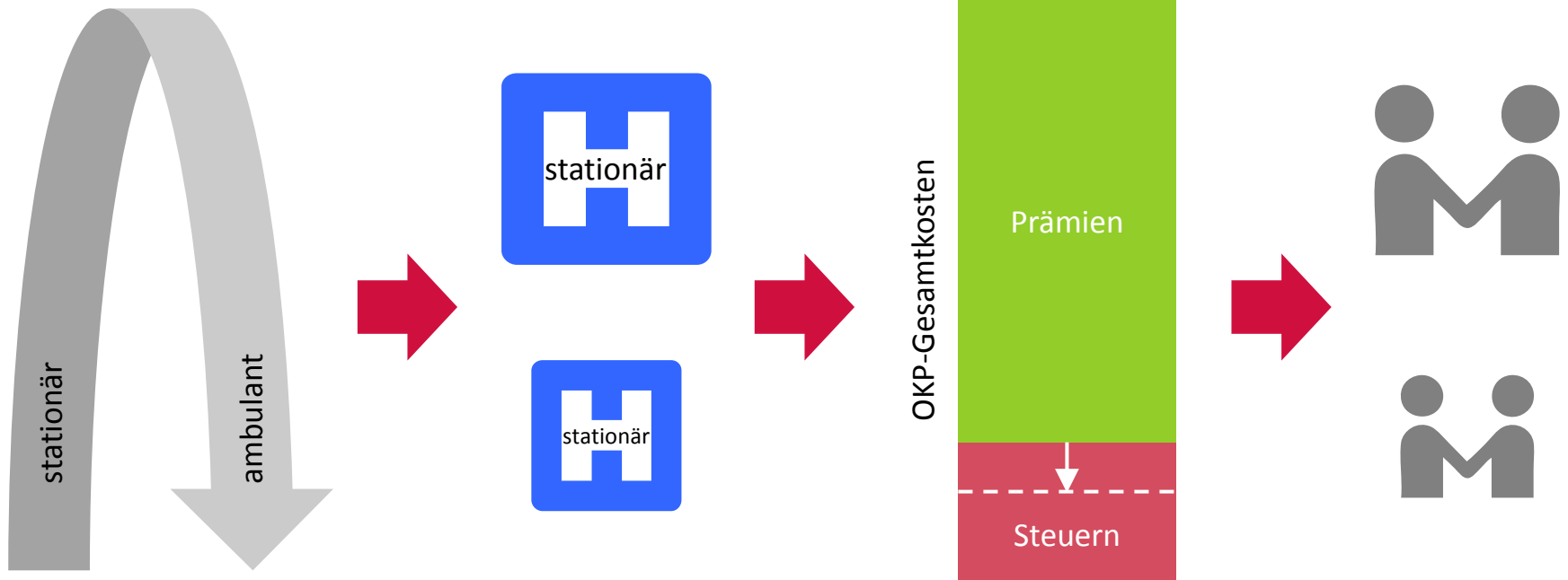
- Integrierte Versorgung verhindert unnötige Behandlungen, darunter auch unnötige stationäre Spitalbehandlungen.\*
- Verhinderung stationärer Spitalbehandlungen spart Geld.
- Eingespartes Geld entlastet primär die Kantone.
- Kostenwahrheit bei den Prämienrabatten fehlt (Rabatte sind zu tief).
- Steigerung der Marktattraktivität von Versicherungsmodellen mit Integrierter Versorgung wird behindert.
- Qualitätssteigernder Wettbewerb innerhalb dieses Markts, Erhöhung der Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit werden behindert.

\* Effects of Integrated Care on Disease-Related Hospitalisation and Healthcare Costs in Patients with Diabetes, Cardiovascular Diseases and Respiratory Illnesses: A Propensity-Matched Cohort Study in Switzerland, Journal: International Journal of Integrated Care, 16(1): 1-18. → **8 bis 13 Prozent weniger Spitalaufenthalte bei Diabetikern und Herzpatienten.**

# Ungleiche Finanzierung: Schwächt Denken in Behandlungsketten



# Ungleiche Finanzierung: Schwächt Solidarität zw. reich und arm



Es findet eine Verlagerung der Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich statt (medizinisch-technischer Fortschritt).

Folglich sinkt der Anteil an stationären Kosten.

Folglich sinkt der Steueranteil.

Folglich nimmt die Solidarität zwischen reich und arm ab.

# Ungleiche Finanzierung: Verursacht unnötige Administration



- Spital muss **zwei Rechnungen** ausstellen (an Kanton und an Krankenversicherer).
- Kanton und Krankenversicherer müssen **Rechnung kontrollieren.**
- Rückabwicklungen sind **kompliziert.**

**Lösung: Einheitliche Finanzierung (Monismus)**



# Umsetzung: Fragen und Antworten zum Modell

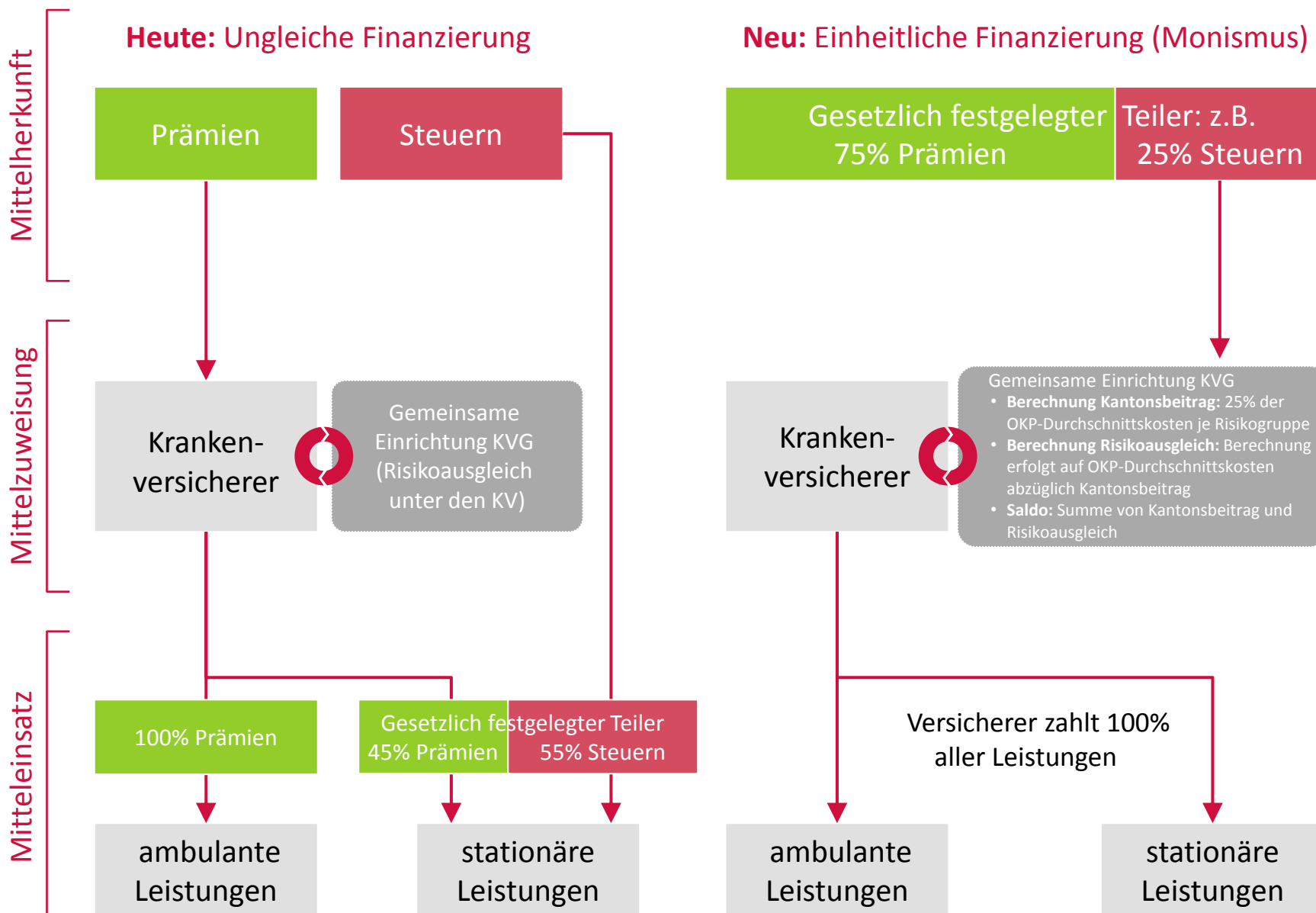
## Fragen

1. Welcher Akteur hat die alleinige formale Zahllast (wer ist der Monist)?
2. Woher kommt das Geld (Finanzierungsquelle)?
3. Wie gross ist der Kantonsbeitrag?
4. Wie wird der Kantonsanteil auf Bundesebene sichergestellt?
5. Wie werden die Kantonsbeiträge den Krankenversicherern zugewiesen?
6. Wer verteilt die Kantonsbeiträge?

## Antworten

1. Die Krankenversicherer (KV).
2. Mischfinanzierung: Prämien (KV) und Steuern (Kanton).
3. Der Kantonsanteil muss gleich gross sein wie heute (Kostenneutralität).
4. Zum Beispiel durch Festschreiben eines Mindestprozentsatzes an den gesamten OKP-Leistungskosten des jeweiligen Kantons im KVG.
5. Risikobasiert (nicht pro Kopf, also nicht nach «Giesskannen-Prinzip»).
6. Die Gemeinsame Einrichtung KVG (Risikoausgleichsstelle).

# Umsetzung: Veränderung im Vergleich zu heute



# Wichtig zu wissen



## Kantonale Mitfinanzierung (Steuerfinanzierung) entwickelt sich analog zu den OKP-Leistungskosten

- Kein Rückzug der Kantone bei Verlagerung in den ambulanten Bereich.
- Kein Abbau der Solidarität zwischen reich und arm.

## Kantonale Mittel bleiben im Kanton

- Querfinanzierung unter den Kantonen ist ausgeschlossen.

## Anreize zu kosteneffizientem Verhalten bei Versicherern bleiben voll erhalten

- Bemessung des Kantonsanteils erfolgt anhand des Vorjahres.
- Konstanter Beitrag pro versicherte Person, unabhängig der Behandlungskosten.

## Keine Pro-Kopf-Subventionierung

- Die Zuweisung erfolgt in Abhängigkeit des Risikos.
- Keine Bevorteilung von Versicherern mit günstigerem Risikobestand.

# Umsetzung EFAS: Gesetzgebungsbedarf



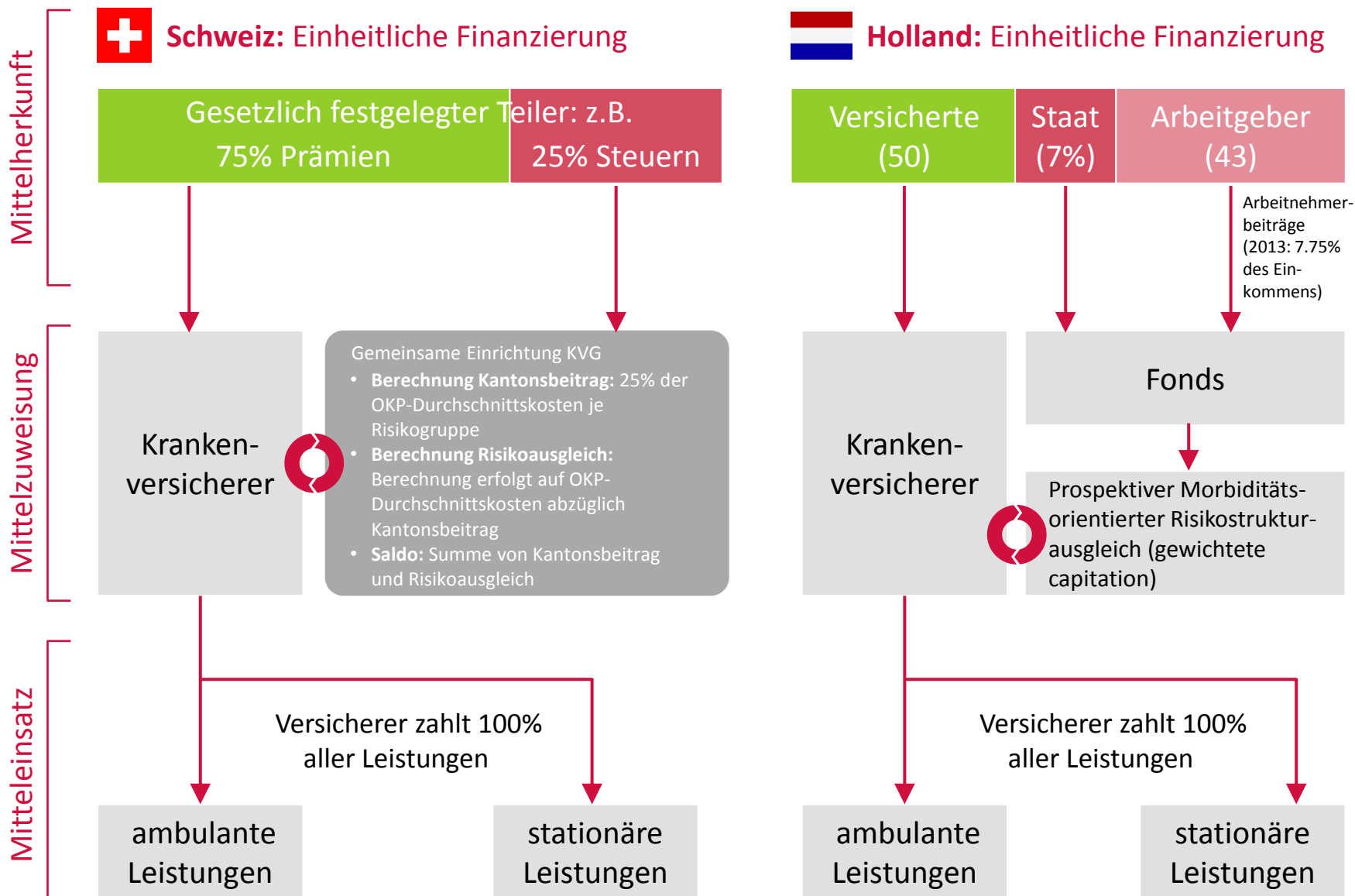
## **Zwingend:** Änderung der Finanzierungsströme

- Dual-fixe Finanzierung stationärer Leistungen aus dem KVG streichen.
- Einheitliche Finanzierung aller medizinischen Leistungen ins KVG einführen (z.B. durch Festschreiben eines Mindestprozentsatzes, mit dem sich die Kantone an der Finanzierung der gesamten OKP-Leistungskosten ihres Kantons beteiligen).

## **Sachlogisch:** Eliminierung der zur dual-fixen Finanzierung gehörenden Bestandteile

- Spitalplanung aus dem KVG streichen (kantonale Hoheit wird dadurch nicht tangiert).

# Umsetzung: In Anlehnung an Holland



**Machbarkeit**

Problem

«Technische»  
Lösung ist relativ  
einfach umsetzbar

Wille ist  
ausschlaggebend



**Politik**



# Aktuelles politisches Geschäft: in die richtige Richtung

09.528

PARLAMETARISCHE INITIATIVE

Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus

**Eingereicht von:**

**HUMBEL RUTH**

CVP-Fraktion

CVP

**Einreichungsdatum:**

11.12.2009

**Eingereicht im:**

Nationalrat

**Stand der Beratungen:**

Folge gegeben

Gestützt auf Artikel 160 Absatz 1 der Bundesverfassung und Artikel 107 des Parlamentsgesetzes reiche ich folgende parlamentarische Initiative ein:

Mit einer Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) soll ein monistisches Finanzierungssystem eingeführt werden. Damit die Kantone die Kontrolle über die öffentlichen Mittel behalten können, hat ein Modell insbesondere folgende Eckwerte zu berücksichtigen:

1. Die Gelder der öffentlichen Hand sind für Aus- und Weiterbildung der Medizinalpersonen, für den Risikoausgleich, für Public Health und gemeinwirtschaftliche Leistungen sowie für die Prämienverbilligung einzusetzen.
2. Der Anteil der öffentlichen Hand an der Finanzierung der grundversicherten Leistungen ist sicherzustellen und dem Kostenwachstum im Gesundheitswesen anzupassen.
3. Alle stationären und ambulanten Leistungen gemäss KVG werden von den Krankenversicherern finanziert.

# Aktuelles politisches Geschäft: in die falsche Richtung

13.3213

MOTION

Gleiche Finanzierung von stationären und ambulanten Spitalleistungen

**Eingereicht von:** CVP-Fraktion

---

**Sprecher/in:** AMHERD VIOLA

---

**Einreichungsdatum:** 21.03.2013

---

**Eingereicht im:** Nationalrat

---

**Stand der Beratungen:** Motion an 2. Rat

Der Bundesrat wird beauftragt, dem Parlament eine Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) zu unterbreiten, die für Spitalleistungen eine gleiche Finanzierung vorsieht, unabhängig davon, ob sie stationär oder ambulant erbracht werden.

**Danke**