

Welche Pfade öffnet das Finanzierungssystem in Richtung einer integrierten Versorgung?

Institut für Betriebs- und Regionalökonomie IBR

Dr. Matthias Wächter

Co-Leiter Forschungsprogramm
Öffentliches Gesundheitsmanagement

T direkt +41 41 228 99 32
matthias.waechter@hslu.ch

Jonas Willisegger

Dozent und Projektleiter

T direkt +41 41 228 99 81
jonas.willisegger@hslu.ch

Mitgliederversammlung Gesundheitsnetz 2025
01. Oktober 2015

Gliederung der Präsentation

1. Zwei Vorbemerkungen zur integrierten Versorgung
2. Zentrale Finanzströme im Gesundheitswesen
3. Grundstruktur und -mechanismen der Finanzierung
4. Stand der Finanzierung in verschiedenen Versorgungsbereichen
5. Fazit

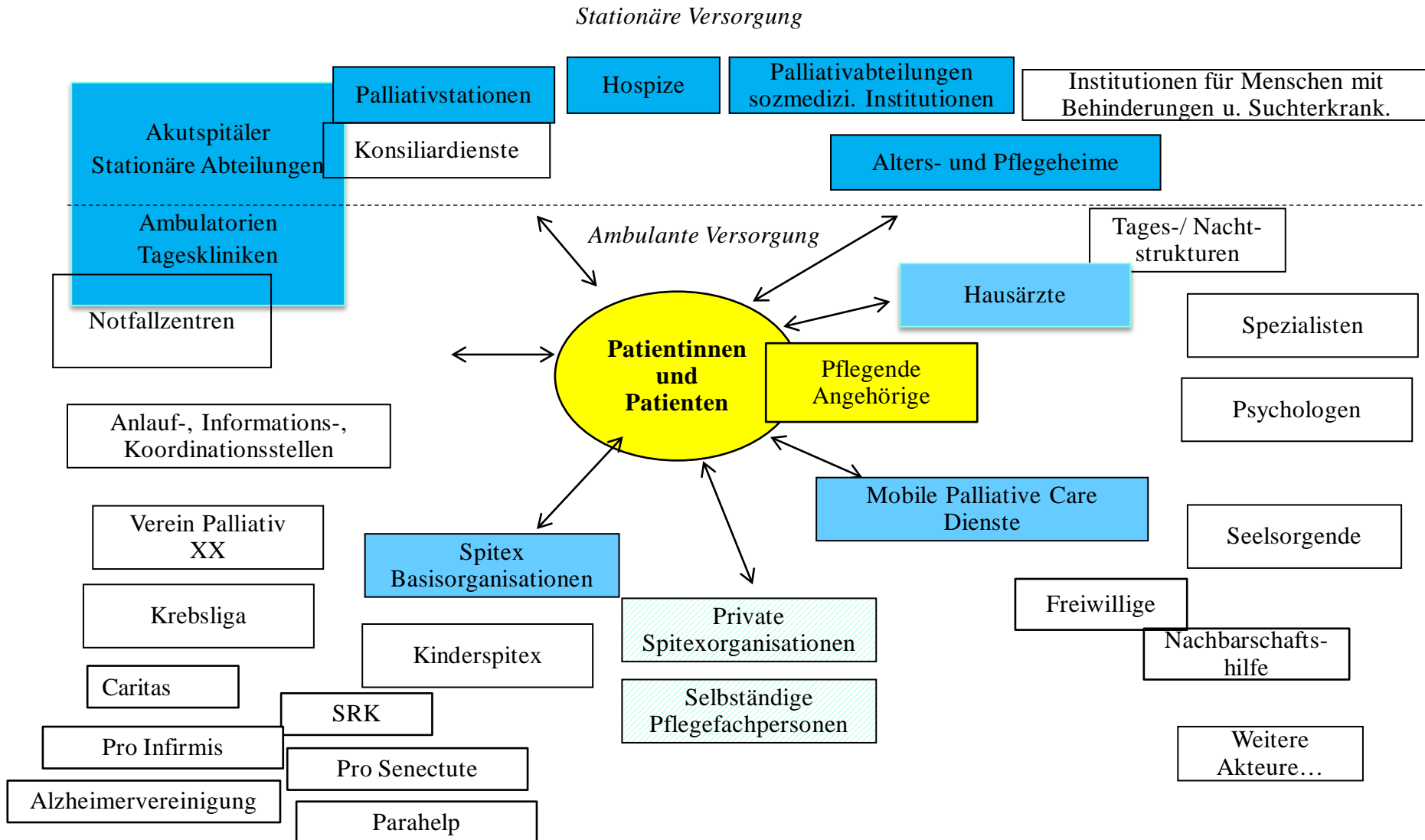
1. Vorbemerkungen

Was sagt der OECD-Länderbericht Schweiz zur integrierten Versorgung?

- «In particular, the high availability of **hospital services** which has served Switzerland well in the past may **not be sufficient for a future** where the system will need to support **increasing numbers of people with ongoing care needs** of potentially less acuity than hospitals are geared to deliver.»
- «Reforms are needed to encourage the **efficient co-ordination of care across multiple services and providers and over a lengthy period** rather than a particular point **in time**, such as **moving away from payment for single episodes of service.**»

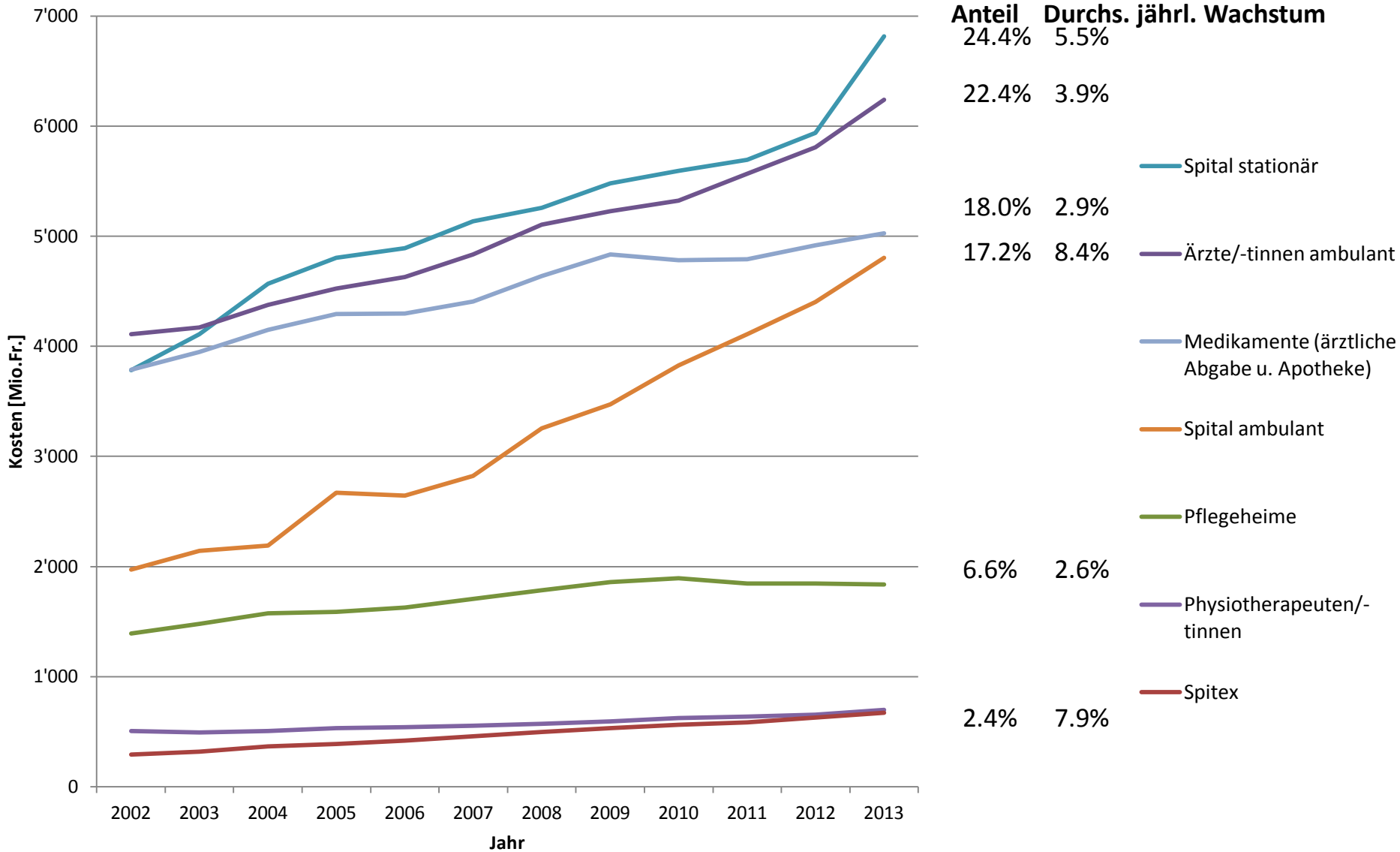
Quelle: OECD/WHO (2011), OECD Reviews of Health Systems: Switzerland 2011

Integrierte Versorgung am Beispiel der Palliative Care

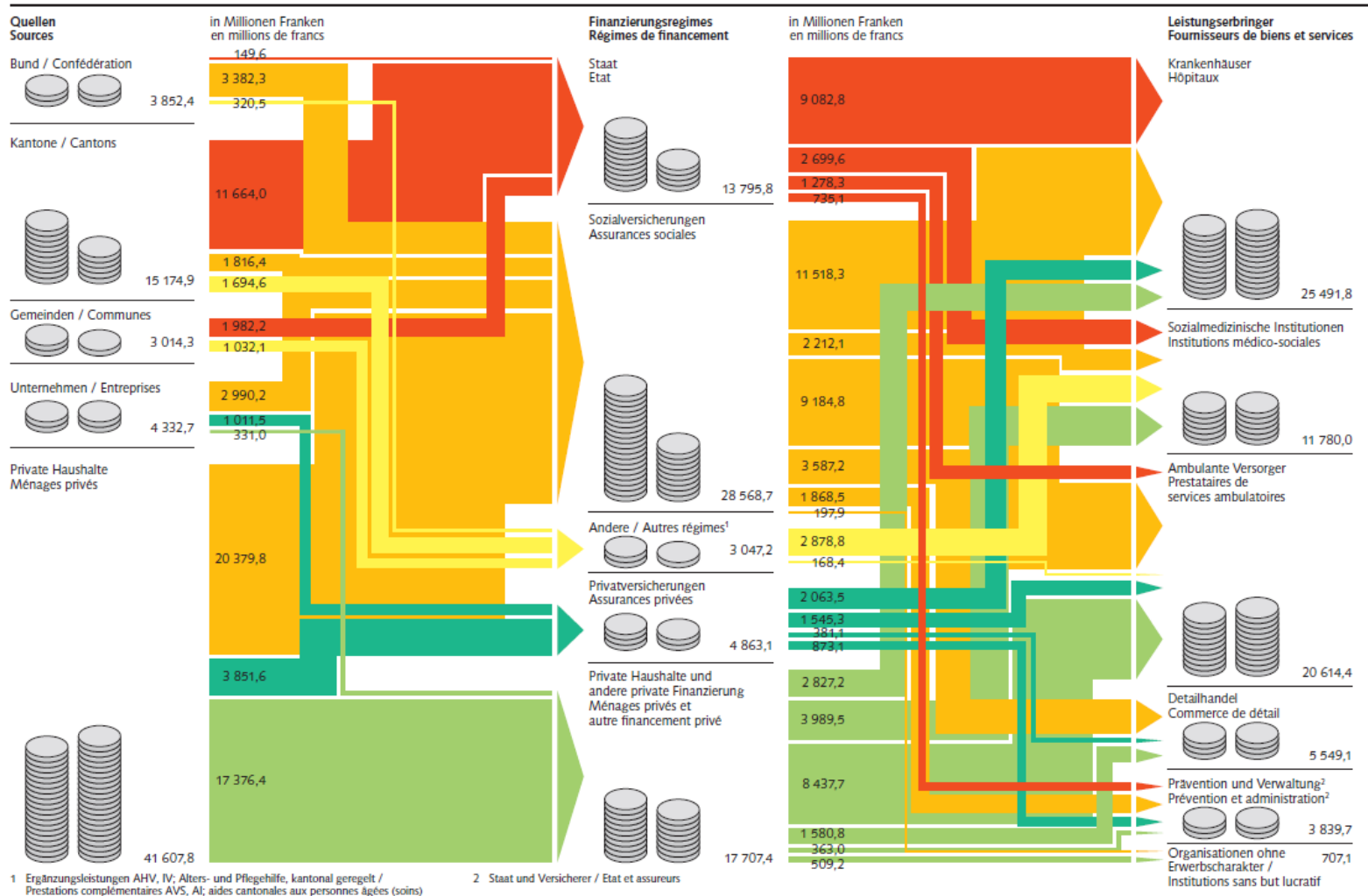


2. Zentrale Finanzströme im Gesundheitswesen

Bruttokostenentwicklung Krankenversicherung nach Bereichen 2002-2013



Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens: Wer hat hier noch den Überblick? Wer hat die Kontrolle?



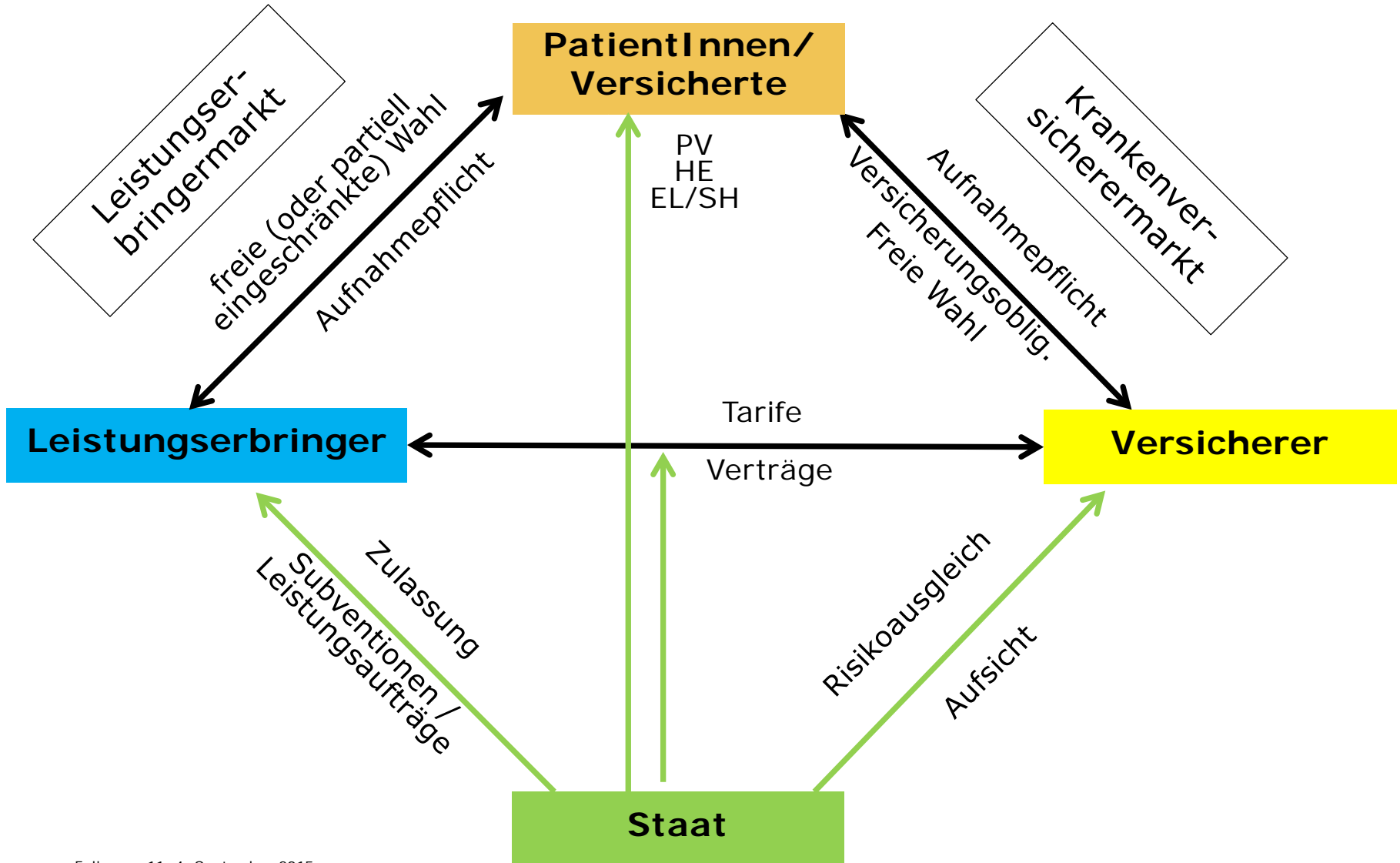
Finanzierung der Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten (Finanzierungsquellen und -regimes), 2012

| Finanzierungsquellen | Finanzierungsregimes | | | | | | 32.4 % nach Finanzierungsquelle |
|---|----------------------|---------------------|----------------|---|------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| | Staat | Krankenversicherung | UV, IV, AHV | Andere Regimes, bedarfsabhängige Sozialleistungen | Private Versicherungen | Private Haushalte+ And. p. Fin. | |
| Bund | 149.6 | 2'151.3 | 1'231.0 | 320.5 | | | 3'852.4 |
| Kantone | 11'664.0 | 1'816.4 | | 1'694.6 | | | 15'174.9 |
| Gemeinden | 1'982.2 | | | 1'032.1 | 12.1 % | | 3'014.3 |
| Unternehmen | | | 2'990.2 | | 1'011.5 | 331.0 | 4'332.7 |
| Private Haushalte | | 20'379.8 | | | 3'851.6 | 17'376.4 | 41'607.8 |
| Total nach Finanzierungsregime | 13'795.8 | 24'347.5 | 4'221.2 | 3'047.2 | 4'863.1 | 17'707.4 | 67'982.2 |
| Leistungsarten | 20.2 % | | | | | | Total nach Leistungserbringer |
| Stationäre Behandl. in Krankenhäusern | 9'082.8 | 6'094.4 | 1'063.4 | - | 2'063.5 | 1'319.4 | 19'623.4 |
| Ambulante Behandl. in Krankenhäusern | - | 4'008.7 | 351.9 | - | - | 1'507.8 | 5'868.4 |
| Behandlung durch Ärzte (inkl. Radiologie, ohne Zahnarzt) | - | 4'841.7 | 470.1 | - | 1'182.5 | 3'313.9 | 9'808.3 |
| Medikamente (Arztabgabe) | - | 1'433.1 | - | - | - | 464.8 | 1'897.8 |
| Spitex | 885.3 | 540.9 | 7.5 | 53.8 | 45.7 | 314.8 | 1'847.9 |
| Alters- und Pflegeheime | 1'403.8 | 1'597.6 | 531.6 | 1'942.3 | - | 3'551.5 | 9'026.7 |
| Stationäre Behandl. in Institutionen für Behinderte und in andere Institutionen | 1'295.8 | - | 83.0 | 936.5 | - | 438.0 | 2'753.3 |
| Zahnbehandlung | - | 57.2 | 104.1 | 98.2 | 156.6 | 3'469.9 | 3'886.0 |
| Physiotherapie | - | 563.9 | 140.9 | - | - | 129.2 | 834.1 |
| Andere ambulante Versorgung | 393.0 | 862.2 | 163.2 | 16.4 | 160.5 | 886.8 | 2'482.1 |
| Arzneimittel und therap. Apparate durch Detailhandel | - | 3'127.1 | 460.1 | - | 381.1 | 1'580.8 | 5'549.1 |
| Prävention | 529.7 | 18.3 | 327.5 | - | - | 575.9 | 1'451.5 |
| Verwaltung | 205.4 | 1'202.5 | 518.0 | - | 873.1 | 154.5 | 2'953.5 |

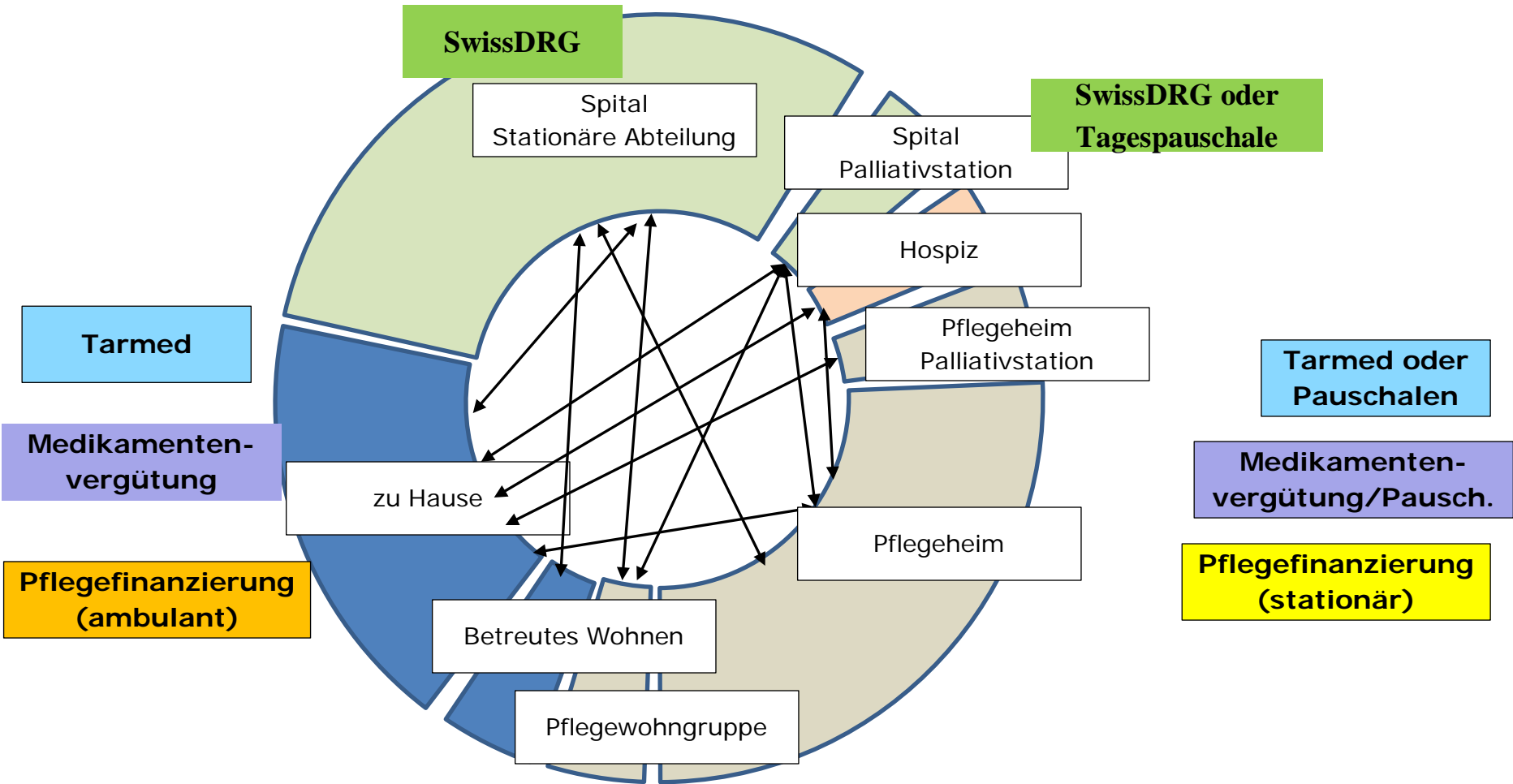
2. Grundstruktur und -mechanismen der Finanzierung

- Grundstruktur des regulierten Wettbewerbs
- Finanzierungsregime nach Versorgungsbereich
- Tarifverhandlungen und -festlegungen

Grundstruktur des regulierten Wettbewerbs



Finanzierungsregime nach Versorgungsbereich (Beispiel Palliative Care)



Tarifverhandlungen und -festsetzungen Spital und ambulante ärztliche Leistungen

Staat:

Bund

- Genehmigung Tarifstrukturen
- Subsidiäre Kompetenz zur Anpassung der Tarifstrukturen bei Nichteinigung

Kantone

- Genehmigung Tarifverträge aller Art und Erlass von Rahmentarif bei vertragslosem Zustand

Preisüberwacher

- Tarifprüfung und Empfehlungen an Bund und Kantone bei Genehmigung und Festsetzung

Versicherer:

- Suva/MTK
- Verbände:
 - Santésuisse
 - Curafutura
 - (ASK)

Einkaufsgemeinschaften:

- Tarifsuisse AG
- HSK

Verhandlungsebenen:

Tarifstruktur

- TARMED
- Swiss DRG AG

Tarife

- (ambulant, stationär)
- Taxpunktwerte
 - Baserates

Leistungserbringer:

FMH
H+

Kant. Ärztegesellschaften
Spitäler

Tarifverhandlungen und -festsetzungen spitalexterne Pflege

- Beiträge (keine Kostendeckung!) der Krankenversicherer an Pflegeleistungen durch den Bundesrat **festgelegt**.
- PatientIn/BewohnerIn beteiligt sich bis zu einem maximalen fixen Betrag an den Pflegekosten.
- Der Kanton regelt die Restfinanzierung.

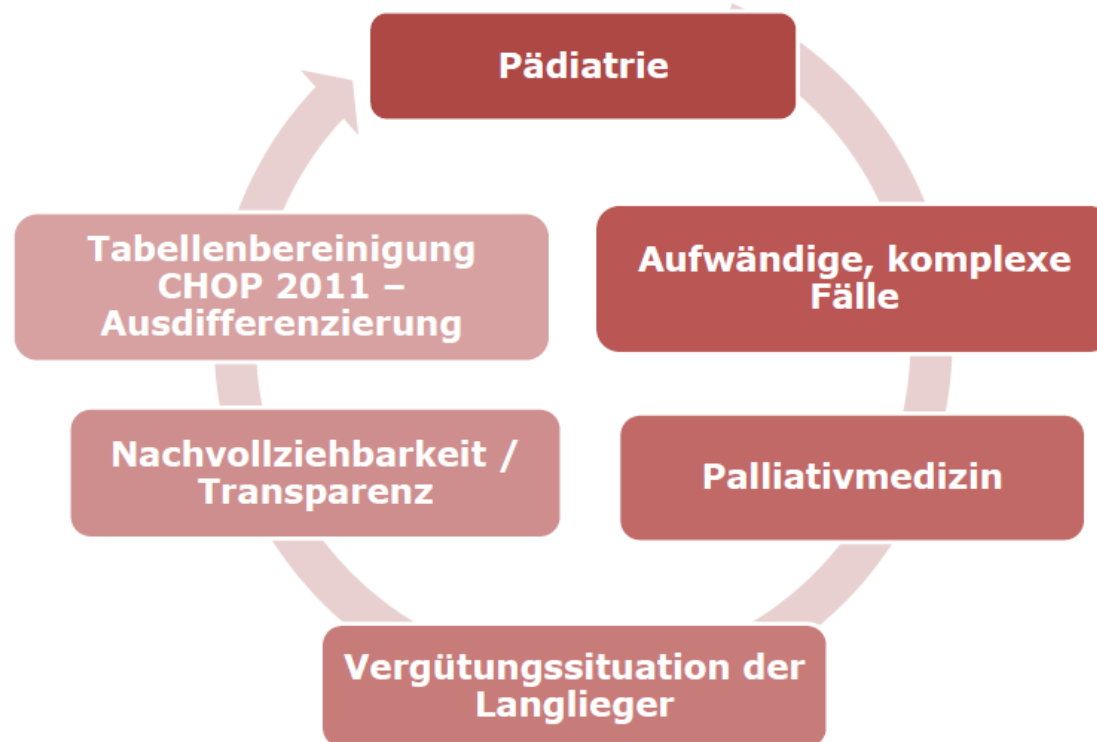
- Art. 7 Abs. 2 KLV listet KVG-relevante Pflegeleistungen (für Pflegeheime und Spitex) auf

3. Herausforderungen in verschiedenen Finanzierungsbereichen

- Spitäler
- Spitex
- Pflegeheime
- Gesundes Kinzigtal

SwissDRG als lernendes System: Tarifstrukturentwicklung (I)

SwissDRG 5.0 / 2016 Entwicklungsschwerpunkte



SwissDRG als lernendes System: Tarifstrukturentwicklung (II)

SwissDRG 4.0 (Abrechnung 2015)

- Zwei Zusatzentgelte gestaffelt nach Dauer der Komplexbehandlung:
 - Palliativmedizinische Komplexbehandlung
 - Spezialisierte Palliative Care, Komplexbehandlung
- > Teilweise deutliche Untervergütung

SwissDRG 5.0 (Abrechnung 2016)

- Etablierung einer neuen Basis-DRG (in der Prä-MDC): «Palliativmedizinische Komplexbehandlung > 7 Behandlungstage»
- Wegfall der Zusatzentgelte
- > Ziel: Abbildungsgenauigkeit deutlich zu verbessern
- (Verzicht auf Obligatorium: Tarifpartner können weiterhin Tagespauschalen aushandeln)

Integration von Leistungen in die Mindestanforderungen zur Abrechnung (CHOP) - Beispiel Palliative Care

Mindestanforderungen zur Abrechnung der «Palliativmedizinischen Komplexbehandlung > 7 Behandlungstage»

- **Multidisziplinäres Behandlungsteam**, in dem neben Arzt und Pflege mindestens **zwei der folgenden Therapiebereiche** insgesamt mindestens 6 Stunden pro Patient und Woche zum Einsatz kommen: Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Psychologie, Physiotherapie, Seelsorge, künstlerische Therapie (z.B. Mal- oder Musiktherapie), Ernährungsberatung/-therapie.
- Unterstützung und Begleitung durch **regelmässige dokumentierte Patienten-, Angehörigen- und Familiengespräche** [...].
- **Vorausschauende und situationsbezogene Entscheidungsfindung** mit allfälligem Einbezug von Spezialisten, gegebenenfalls **Austrittsplanung** mit Organisation eines supportiven Netzwerkes.

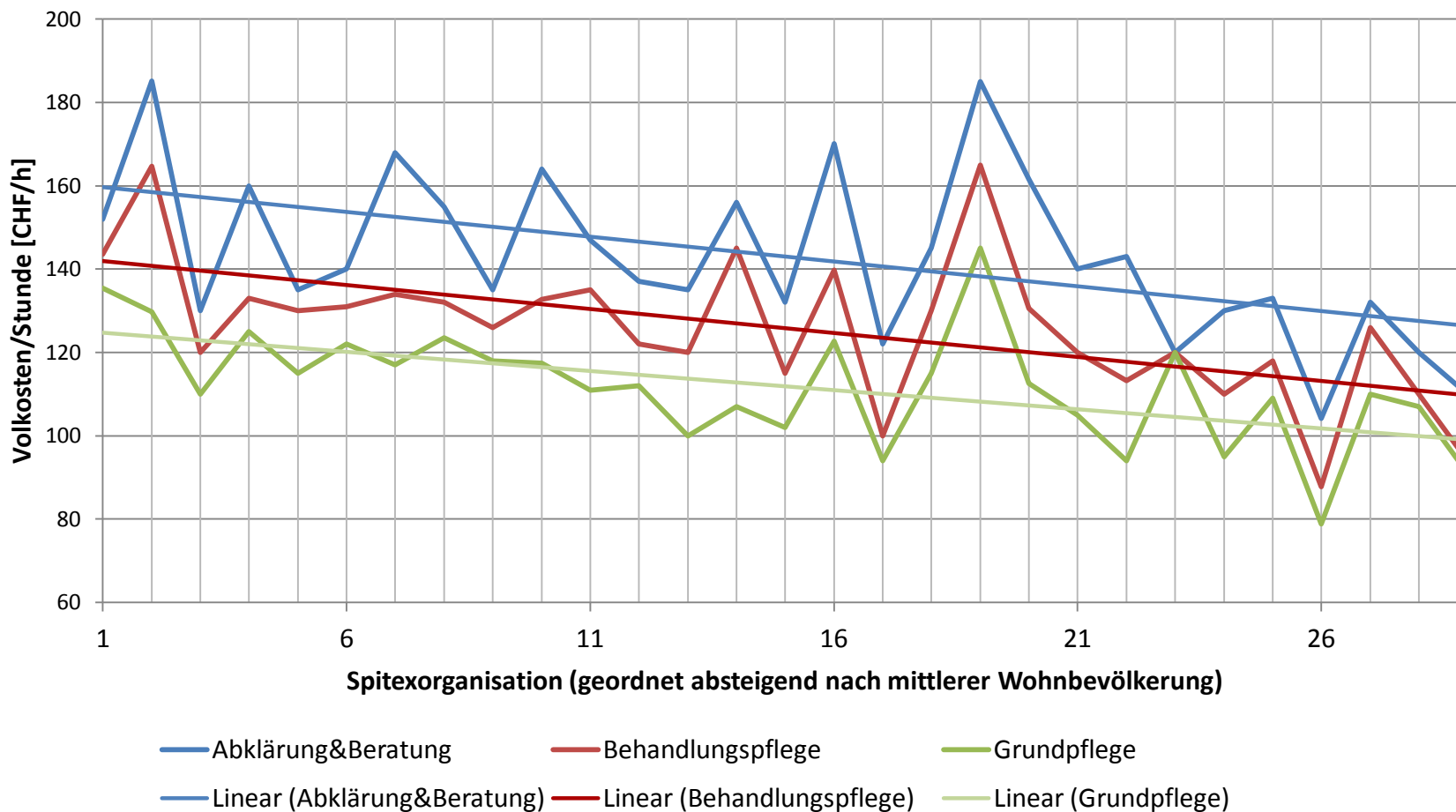
Anforderungen seitens Leistungsauftrag (Kanton) - Beispiel Palliative Care

Version 2015.1

Kompetenzzentren für Palliative Care erbringen spezialisierte Palliative-Care-Leistungen. Diese umfassen folgende speziellen Aufgaben:

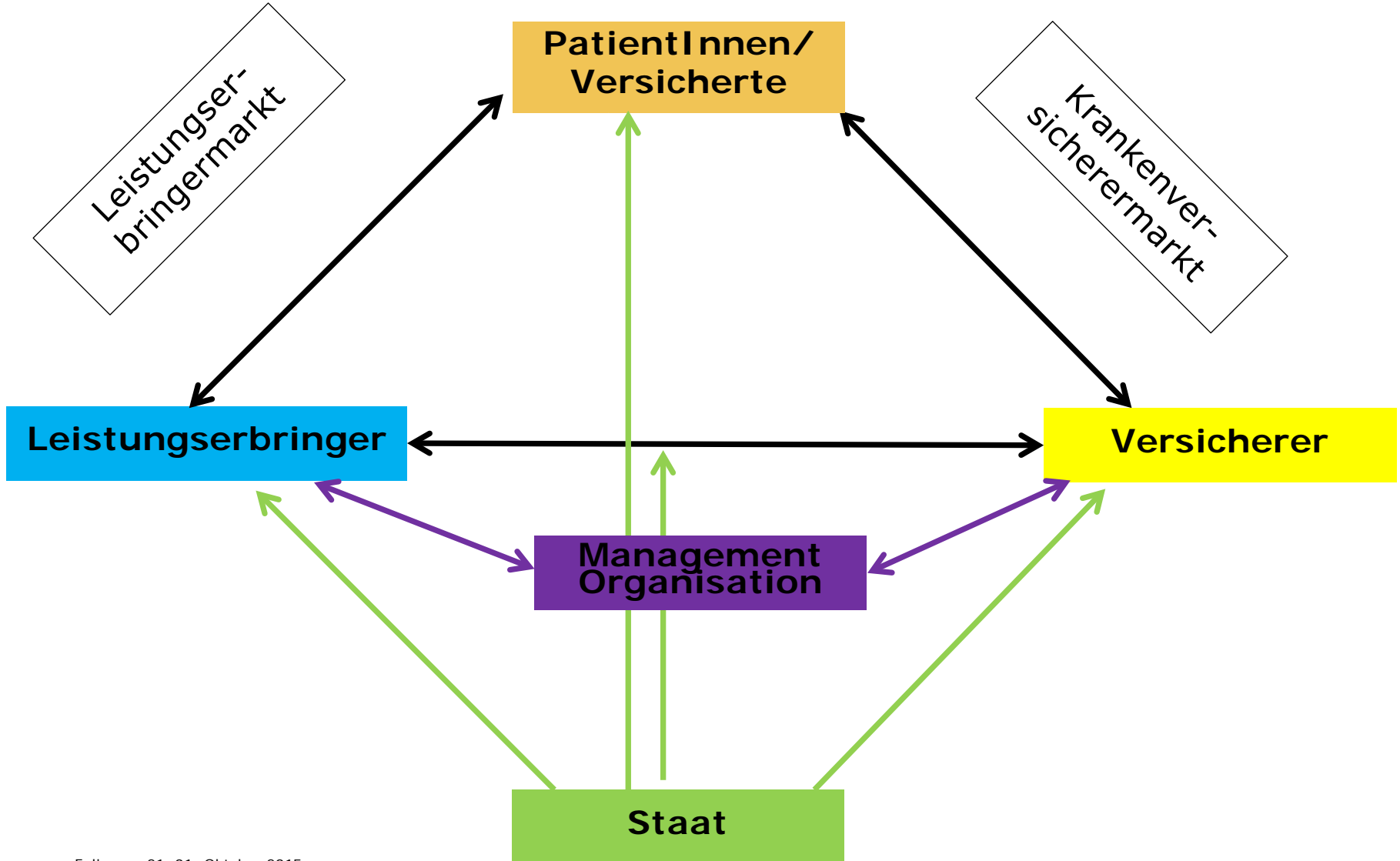
1. ...
2. ...
3. Beteiligung an Entwicklung und Evaluation von Prozessen und Standards für Palliative Care.
4. Beteiligung an Helpline und an mobilen Palliative-Care-Teams zur Unterstützung anderer Institutionen im Kanton und ambulanter Leistungserbringer in komplexen palliativen Situationen.
5. Aus- und Weiterbildung in Palliative Care, d.h. ...

Pflegefinanzierung (ambulant): Vollkosten Pflege nach Leistungsart 2014 - gemeinnützige Spitexorganisationen Kanton Luzern



Quelle: Spitex Kantonalverband Luzern. Eigene Darstellung.

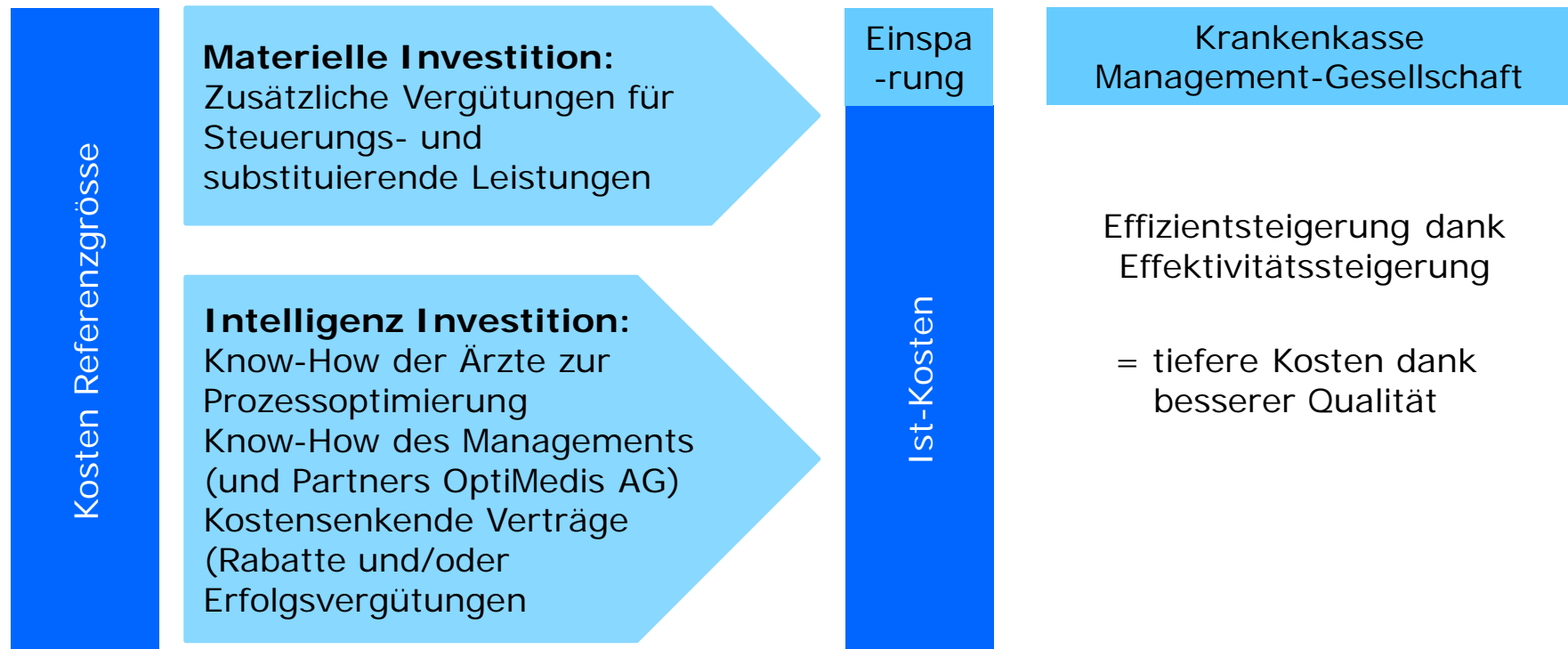
Neue Finanzierungs- und Steuerungsformen: Das erweiterte Dreiecksverhältnis



Beispiel: Gesundes Kinzigtal GmbH / Optis Medis AG

- Gesundes Kinzigtal: Gesellschaft mit beschränkter Haftung
- Gesellschafter: Ärztenetz «Medizinisches Qualitätsnetz - Ärzteinitiative Kinzigtal (MQNK)» und OptiMedis AG (Gesundheitswissenschaftler)
- Leistungspartner: Therapeuten und Ärzte sowie Krankenhäuser, Kliniken und Pflegeheime
- Betreuung von ca. 31.000 Versicherten von zwei Krankenkassen (bei einer Gesamteinwohnerzahl Kinzigtal ca. 60 000 Einwohner)
- Wir investieren in die Gesundheit und die Qualität der Versorgung
- Wir bieten Vorsorge- und Gesundheitsprogramme an
- Wir koordinieren die Vernetzung unserer Leistungspartner
- Lange Laufzeit des Vertrags: Start 11/2005 - Dauer 9 Jahre

Anreizstruktur Gesundes Kinzigtal



Quelle: Gesundes Kinzigtal GmbH 2006

4. Fazit / Lösungsansätze

Grundsätzlich

- Entflechtung, Regionalisierung und hohe Datenqualität bei der Darstellung der Finanzströme (höhere Auflösung, Integration, Einbezug des Finanzausgleichs) und Patienten-/Patientinnenströme
- Harmonisierung der Kostenrechnungen und Verbesserung der Datengrundlagen

Varianten zur nachhaltigen Finanzierung der integrierten Versorgung

- SwissDRG, Tarmed und Pflegefinanzierung als lernende Tarifstruktur
- Pay for performance: Qualität wird ein Bestandteil der Preisfindung
- Übersteuerung der Einzelleistungsvergütung durch eine «Managementgesellschaft» oder analoge Strukturen
- Abkehr von der Einzelleistungsvergütung