

Das eidgenössische Parlament diskutiert aktuell Vorstösse, in welchen Kosten-Mengen-Steuerungen im ambulanten OKP-Bereich gefordert werden. Ein sogenanntes Globalbudget führt zu einer verdeckten Rationierung, denn es wird nicht mehr möglich sein, alle Leistungen gegenüber allen Patienten zu erbringen. Die Kosten können allerdings auch gedämpft werden, ohne Leistungen zu rationieren, wenn nämlich die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen eingeführt wird. Der folgende Beitrag von curafutura zeigt auf, dass die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen im Grunde durchaus auch den Interessen der Kantone entspricht.

Dr. med. Jürg Schlup, Präsident der FMH

Einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen

«Ohne Kantone geht nichts»

Anita Holler

Lic. phil. nat., Gesundheitspolitik, curafutura

Die Einführung einer einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS) gelingt nur mit Unterstützung der Kantone. EFAS erfüllt die von der kantonalen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) formulierten Kriterien.

Die ungleiche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) steht seit langem in der Kritik. Zu Recht. Denn es gibt keinen sachlichen Grund, warum eine ambulant durchgeführte Behandlung vollumfänglich zu Lasten der Prämienzahlenden geht, während der Kanton mehr als die Hälfte der Kosten übernimmt, sobald der Patient im Spital übernachtet. Aktuell beschäftigt sich eine parlamentarische Subkommission mit der Ausarbeitung einer Gesetzesvorlage zur einheitlichen Finanzierung aller OKP-Leistungen. Grundlage ist eine parlamentarische Initiative von CVP-Nationalrätin Ruth Humbel.

«Ohne Kantone geht nichts» ist die häufigste Reaktion auf die Frage nach den Erfolgchancen der Reform. Als der Präsident der kantonalen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) kürzlich an einem Anlass neun Kriterien aufzählte, die ein Systemwechsel erfüllen müsste, sahen viele die Vorlage bereits versenkt. Nimmt man die Kriterien jedoch unter die Lupe, zeigt sich, dass EFAS sie erfüllt.

GDK 1: «Eine Systemanpassung soll dazu führen, dass Entscheide über die zweckmässigste und gleichzeitig wirtschaftlichste Behandlungsform (inkl. Behandlungsort) aus fachlichen (medizinischen) Gründen und nicht aufgrund finanzieller Fehlanreize erfolgen.»

curafutura steht vorbehaltlos hinter diesem Ziel. Um diesem Ziel näher zu kommen, ist es wichtig, finanzielle Fehlanreize konsequent abzuschaffen. Der Fehlanreiz der heutigen ungleichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen kann mit Einführung von EFAS korrigiert werden.

GDK 2: «Bei einem Systemwechsel bleiben die Kantone in der Versorgungsverantwortung.»

Die Versorgungsverantwortung hat grundsätzlich nichts mit der Mittelherkunft zu tun, also damit, woher das Geld zur Vergütung medizinischer Leistungen kommt. Insofern bleibt die Versorgungsverantwortung der Kantone mit EFAS unangetastet.

GDK 3: «Die Kantone müssen zur Wahrnehmung ihrer Versorgungsverantwortung über die dazu notwendigen Instrumente verfügen.»

Separate Reform der Tarifierung medizinischer Leistungen

Der Fehlanreiz bei der Tarifierung besteht darin, dass Leistungen, die medizinisch gleichwertig sowohl ambulant als auch stationär durchgeführt werden können, unterschiedlich hoch honoriert werden. Mit EFAS lässt sich dieser Fehlanreiz nicht korrigieren. Dafür ist eine separate Reform notwendig. Die Maxime lautet: «Nicht entweder oder, sondern sowohl als auch.»

Die Kantone stellen heute die medizinische Grundversorgung ihrer Wohnbevölkerung sicher. Mit EFAS wird den Kantonen nichts weggenommen, weder ihre Versorgungsverantwortung noch ihre Instrumente wie die Spitalisten noch ihre Kompetenz, im Fall von Unterversorgung im Rahmen der kantonalen Gesetzgebung Massnahmen ergreifen zu können.

GDK 4: *«Systemanpassungen müssen insgesamt zu Minderkosten im Gesamtsystem führen.»*

Ein Mehrwert von EFAS liegt genau darin, dass die Neuregelung kostendämpfend wirkt, indem sie die integrierte Versorgung stärkt, Überversorgung und Fehlallokationen reduziert, «ambulant vor stationär» fördert und dafür sorgt, dass die Interessen von Kantonen und Krankenversicherern als Finanzierer neu in die gleiche Richtung wirken.

GDK 5: *«Der Finanzierungsanteil der Kantone an den Gesamtkosten soll insgesamt nicht erhöht werden.»*

Im EFAS-Modell entsprechen die Kantonsbeiträge insgesamt dem heutigen Umfang von 55 Prozent an den stationären Kosten. Hierzu soll im Krankenversicherungsgesetz ein fixer und national einheitlicher prozentualer Mindestfinanzierungsanteil festgelegt werden, mit dem sich die Kantone an den OKP-Nettokosten ihrer Wohnbevölkerung beteiligen. Steuer- und Prämienanteil würden sich zukünftig im Gleichschritt entwickeln.

GDK 6: *«Ein Systemwechsel gewährleistet die Planbarkeit des Mitteleinsatzes für die Kantone.»*

Mit dem EFAS-Modell leistet der Kanton einen Beitrag an die gesamten OKP-Nettokosten seiner Wohnbevölkerung, anstatt deren stationäre Leistungen zu vergüten. Es handelt sich also weiterhin um gebundene Kantonsausgaben. Budgetsicherheit und Planbarkeit bleiben damit gleich.

GDK 7: *«Die Versorgungssicherheit und Finanzierbarkeit darf durch einen Systemwechsel nicht gefährdet werden.»*

Die Verantwortung der Kantone für die Versorgung wird mit EFAS nicht in Frage gestellt. EFAS steigert sowohl Qualität als auch Effizienz.

Ambulante Listen sind kein Ersatz für EFAS

Mit der Einführung der einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS) kann die gewünschte Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich nachhaltig gelingen. «Ambulante Listen» sind dagegen Symptombekämpfung. Sie sind kein Ersatz für EFAS.

GDK 8: *«Ein Systemwechsel muss insgesamt die Transparenz für alle Beteiligten erhöhen (auch für die Patienten).»*

EFAS wird die Transparenz bezüglich Leistungskosten stark verbessern und damit den Anpassungsbedarf aufzeigen. Beispiele:

- Heute sieht der Patient auf seiner Rechnung für stationäre Leistungen nur die halbe Wahrheit. Den Vergütungsanteil des Kantons sieht er nicht. Entsprechend sind auch in der nationalen Statistik des Bundesamtes für Gesundheit nicht die gesamten OKP-Nettokosten ersichtlich.
- In gewissen Kantonen erfolgt die Finanzierung der eigenen öffentlichen Spitäler über ein prospektives Pauschalbudget. Die Differenz zwischen effektiven Kosten und pauschaler Abgeltung ist nicht öffentlich.
- Heute besteht eine Abgrenzungsproblematik zwischen Leistungen, die durch OKP-Tarife gedeckt sind, und gemeinwirtschaftlichen Leistungen. EFAS würde transparenter machen, wo die einzelnen Kantone die Grenze zwischen diesen beiden Bereichen ziehen.

GDK 9: *«Ein Systemwechsel darf nicht zu einem administrativen Mehraufwand führen.»*

Mit dem EFAS-Modell nimmt der administrative Aufwand ab. Zum einen entfällt die heutige doppelte Rechnungsstellung für stationäre Leistungen an Krankenversicherer und Kantone. Und zum anderen würde die Zuweisung der Kantonsbeiträge an die Krankenversicherer via gemeinsame Einrichtung nach den Regeln des Risikoausgleichs erfolgen. Das heisst, die Prozesse wären etabliert, erprobt und schlank.

Korrespondenz:
curafutura
Gutenbergstrasse 14
CH-3011 Bern
anita.holler[at]curafutura.ch