

INFORMATIONSANLASS

Pflege und einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich (EFAS)

Dienstag, 18. Juni 2019



PARLAMANTARISCHE GRUPPE PFLEGE

Uferweg 15 | 3000 Bern 13 | Tel 031 370 76 73 | info@spitexprivee.swiss | spitexprivee.swiss



CURAVIVA.CH



PROGRAMM

PFLEGE UND EINHEITLICHE FINANZIERUNG DER LEISTUNGEN IM AMBULANTEN UND STATIONÄREN BEREICH (EFAS)

1

BEGRÜSSUNG

Bea Heim, Nationalrätin

2

EFAS - KONSEQUENT UND UMFASSEND NUR UNTER EINSCHLUSS DER PFLEGE: VORTEILE UND HERAUSFORDERUNGEN

Michael Jordi, Generalsekretär Schweizerische Konferenz
der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)

3

EFAS - FINANZREFORM AUCH FÜR DIE PFLEGE?

Pius Zangerle, Direktor curafutura

4

EFAS PFLEGE - WELCHES SIND DIE ZIELE? WELCHE VORAUSSETZUNGEN MÜSSEN ERFÜLLT SEIN?

Daniel Höchli, Direktor CURAVIVA Schweiz

5

FRAGEN UND DISKUSSION

Bea Heim, Nationalrätin

Referat 1



PARLAMENTARISCHE GRUPPE PFLEGE

Uferweg 15 | 3000 Bern 13 | Tel 031 370 76 73 | info@spitexprivee.swiss | spitexprivee.swiss



CURAVIVA.CH



Der Blick der GDK auf EFAS: Anforderungen und Stolpersteine

Informationsanlass der Parlamentarische Gruppe Pflege
18. Juni 2019

Michael Jordi
Generalsekretär GDK

EFAS für alles?

«Mit EFAS wird die hausärztlich koordinierte Versorgung nochmals richtig durchstarten und möglicherweise zum Mehrheitsmodell in der Schweiz werden»

«Es fehlt noch die Anpassung der Rahmenbedingungen, allen voran die Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS)»

«EFAS honoriert effiziente Patientensteuerung.»

Die duale Finanzierung «verhindert effiziente Behandlungsprozesse und schmälert die positiven Anreize zur koordinierten Versorgung. Sie verhindert das Denken in Behandlungsketten.»

«EFAS könnte Tarifblockade lösen»

«Einheitliche Finanzierung fördert die Betreuung chronisch Kranker»

«Mit EFAS wird 1 Mia. Franken pro Jahr Kosten gespart.»

...etc.



Alle gegen die Kantone

Kantone, Ärzte und Patienten wollen einheitlich finanziert werden – und beissen auf Gräner

POLITIK ■ GESUNDHEITSPOLITIK ■ VERSICHERER ■ FINANZIERUNG

Politik: Kanton soll auch für ambulant bezahlen

Veröffentlicht am: 22. November 2016 9

Die Gesundheitskommission hat einen neuen Vorschlag zur Finanzierung von ambulanten Behandlungen präsentiert.



Die nächste grosse Reform im Gesundheitswesen

Ambulante und stationäre Behandlungen sollen einheitlich finanziert werden

Spitalkosten zahlen Kantone und Kassen, ambulante Behandlungen nur die Kassen. Dies führt zu Verzerrungen, die das Parlament nun in einem neuen Anlauf beseitigen will. Grosser Knackpunkt ist die Rolle der Kantone.



ven) Steuerfinanzierung nimmt über der Finanzierung über prämie ab. Gleichzeitig kürzen Kantone aufgrund knapper Finanzen ihre Beiträge. Diese Entwicklung sei ein Korrektiv, der Prämienentwicklung. Diese Entwicklung sei ein Zügel für den Druck für Veränderungen. Mit dem verfeinerten Risiko sei sichergestellt, dass die V

Hoffnung und Wirklichkeit

1. Das Gesundheitswesen kostete die Kantone im Jahr 2017 über 10 Mrd. Franken mehr als im Jahr 1996.
2. Anteil kantonale Steuermittel am Gesundheitswesen nahm seit 1996 zu.
3. Mit dem Modell SGK-NR werden heutige falsche Anreize nicht behoben
 - Integrierte Versorgung ohne Langzeitpflege und Spitex?
 - EFAS und ambulante Steuerung
 - Unterschiedliche + veraltete Tarifstrukturen ambulant / stationär / Pflege
 - Keine Regelung des Rechnungscontrollings durch Kantone

Kantone lehnen EFAS-Modell der SGK-NR ab.
Aber ...

... mit Korrekturen möglich

1. Verknüpfung von EFAS mit der Zulassungssteuerung aufheben;
Kantone erhalten effiziente Steuerungsinstrumente;
2. Finanzierungsmodell umfasst sämtliche KVG-Leistungen einschliesslich der Pflege (gemäss Art. 25a Abs. 1 KVG inkl. Restfinanzierung);
3. Tripartite nationale Tarifstrukturorganisationen gesetzlich vorschreiben;
4. Kostenneutralität im Übergang ist für jeden Kanton (und Versicherer) voll gewährleistet;
5. Bestimmungen zur Transparenz über die Rechnungskontrolle erlassen.

Einbezug der Pflege ist richtig, machbar und zwingend

1. Kostenkalkulation und finanzielle Auswirkungen
(alle OKP-Leistungen 2016 – 2030);

	Kantone / Gemeinden	Krankenversicherer
Status quo	+ 34 %	+ 45 %
EFAS ohne Pflege	+ 49 %	+ 40 %
EFAS mit Pflege	+ 42 %	+ 42 %

2. Definitionsfragen Pflege - Betreuung;
3. Transparente Rechnungslegung der Leistungserbringer;
4. Stärkung der Tarifpartnerschaft;
5. Eine Frage der Übergangsbestimmungen;
6. Möglicher Terminplan

Möglicher Terminplan

Denkbar ist z. B. folgende Etappierung:

- 2020: Verabschiedung Gesetzesvorlage inkl. Übergangsbestimmungen
- 2023: Inkrafttreten EFAS für stationär und ambulant
- 2024: Nationale Vergütungsgrundsätze für Pflege festgelegt
- 2026: Inkrafttreten EFAS inkl. Pflegeleistungen; Wegfallen kantonale Restfinanzierung; Abrechnung nach Tarifen; nationale Tarifstrukturorganisation Pflege aufgebaut; erste Tarifstruktur in Kraft
- Bis 2029: Kantonale Kostenteiler erreichen den schweizweit festgelegten Prozentsatz.

Referat 2



PARLAMENTARISCHE GRUPPE PFLEGE

Uferweg 15 | 3000 Bern 13 | Tel 031 370 76 73 | info@spitexprivee.swiss | spitexprivee.swiss



CURAVIVA.CH





curafutura

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

«EFAS – Finanzreform auch für die Pflege?»

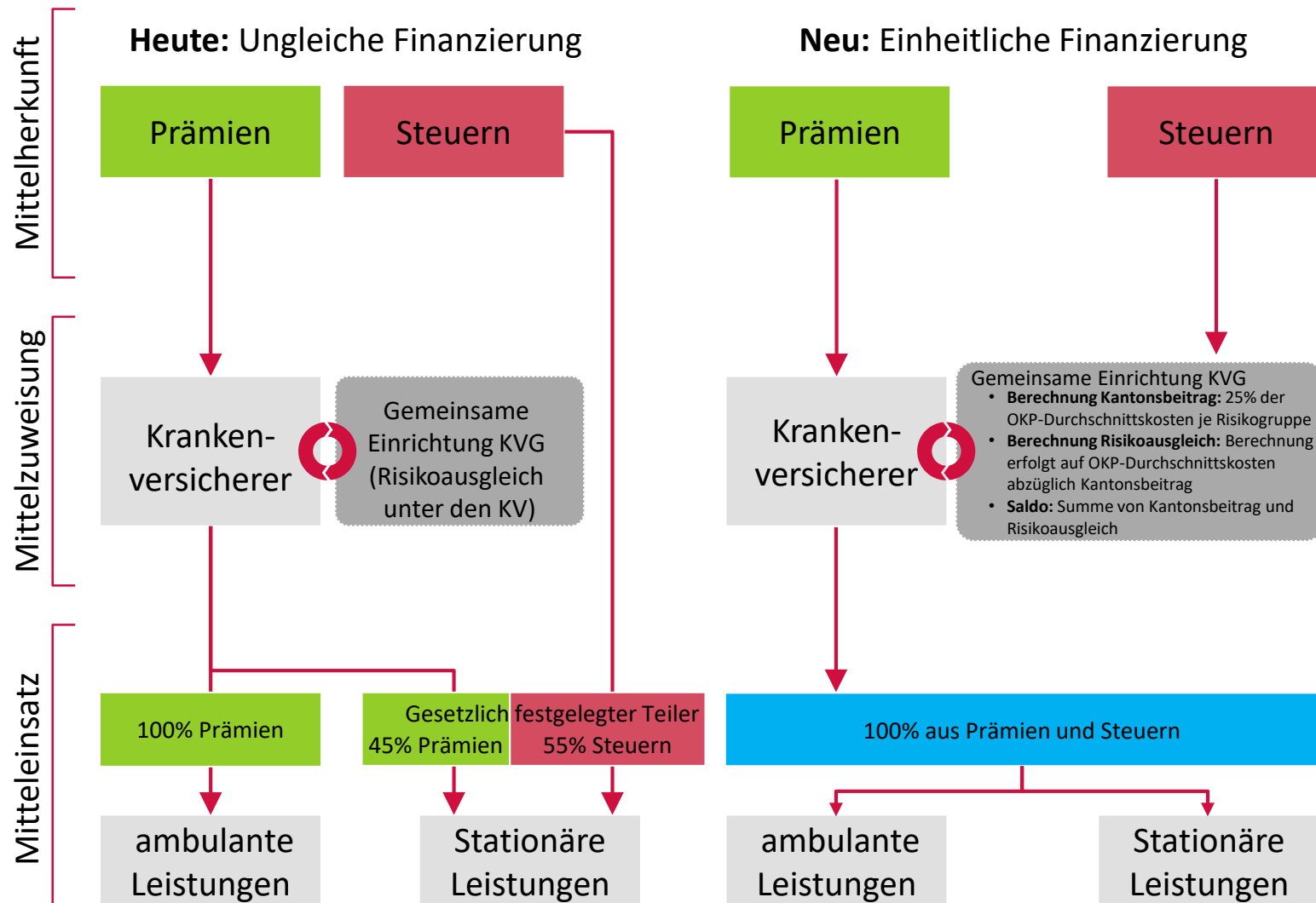
Pius Zängerle, Direktor
Bern, 18. Juni 2019

Die drei Ebenen des Finanzierungssystems



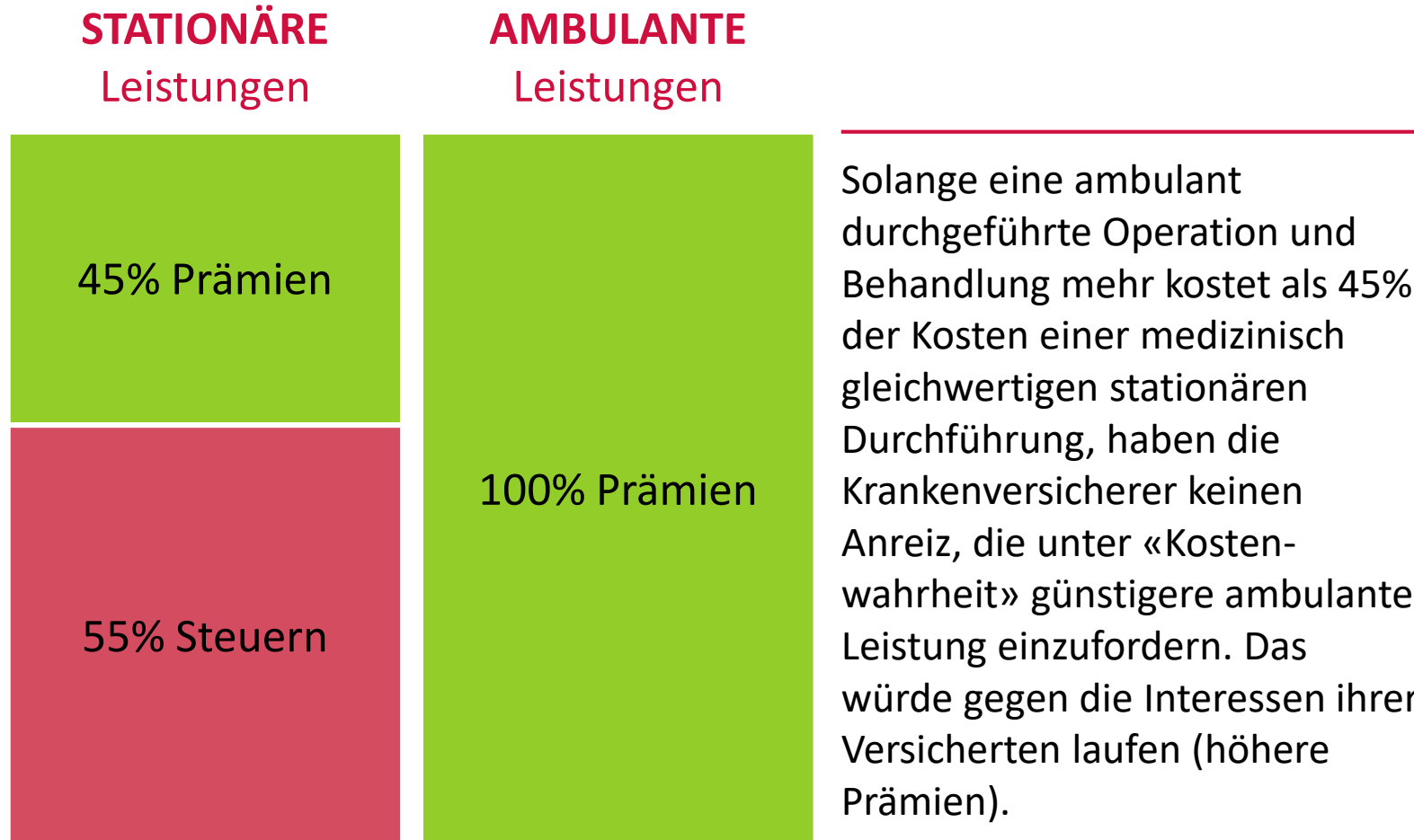
Um was geht es?

Finanzierungsmodelle im Vergleich

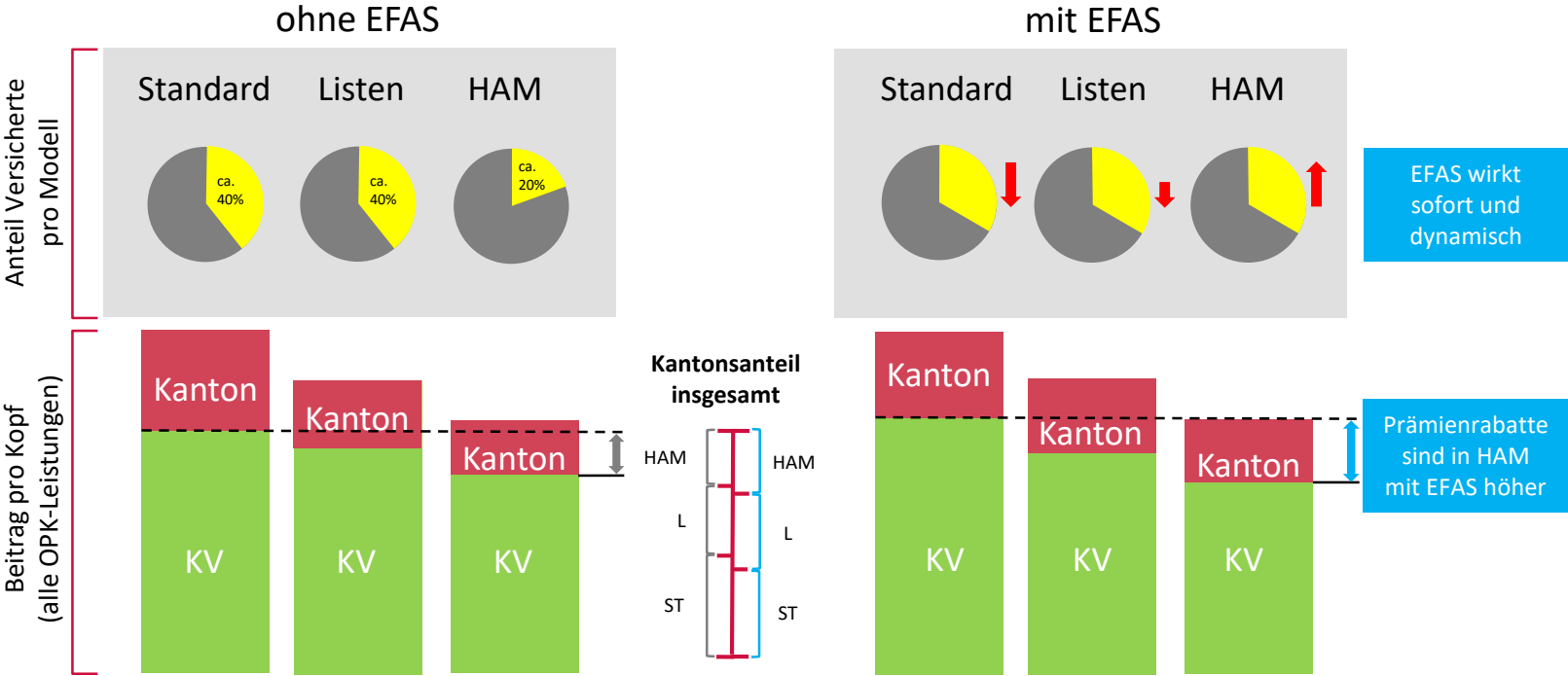


Ungleiche Finanzierung

Schafft monetäre Fehlanreize



EFAS kurbelt die Integrierte Versorgung an



Die Höhe des Kantonsbeitrags ist je nach Versicherungsmodell unterschiedlich.
 → In erster Linie profitieren die Kantone (nicht Versicherer u. Prämienzahlende), wenn es weniger Spitalaufenthalte gibt. Die Versicherer können den HAM-Versicherten Einsparungen nicht 1:1 weitergeben.

Für den Kantonsbeitrag sind die durchschnittlichen Leistungskosten über alle Versicherungsmodelle massgebend.
 → Die Versicherer können Einsparungen im Rahmen von höheren Prämienrabatten direkt an die Versicherten weitergeben.

Einsparpotenzial durch EFAS

Dynamischer Kosten- und Prämieneffekt

Kosteneffekt

- Ineffizienz aufgrund mangelhafter Koordination:
 - **CHF 3 Mrd. jährlich** (Trageser et al., 2012)¹
- Berechnungen der Helsana (2016) stützen Resultate:
 - Effizienzpotenzial der Integrierten Versorgung – je nach Ausbreitung von «echten», verbindlichen InV-Modellen mit Budgetverantwortung der Ärztenetze
 - **Mittelfristig CHF 2 – 3 Mrd. jährlich**

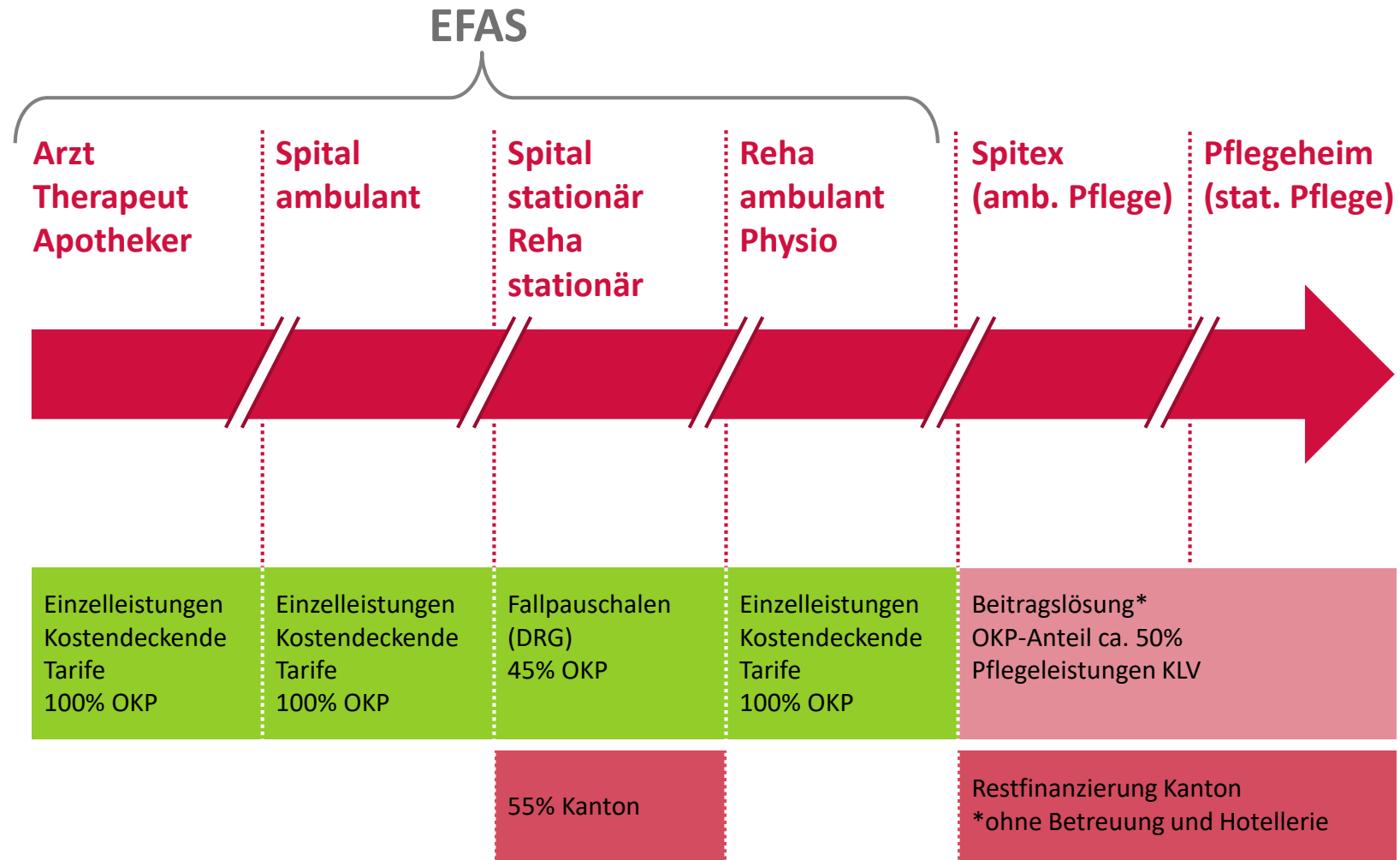
Prämieneffekt

- Versicherungsprämien von HMO-Versicherten könnten um rund **6%** reduziert werden (= Erhöhung der heutigen Rabatte auf rund **26%** gegenüber dem Standardmodell)²

¹ Trageser, J., A. Vettori, et al. (2012). «Effizienz, Nutzung und Finanzierung des Gesundheitswesens.». Akademien der Wissenschaften Schweiz. Bern.

² Polynomics (i. A. von CSS, Helsana und Swica), 2018

Ungleiche Finanzierung: Schwächt Denken in Behandlungsketten

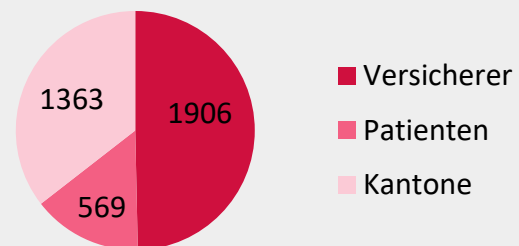


Um welche Zahlen geht es?

Exkurs Pflegefinanzierung

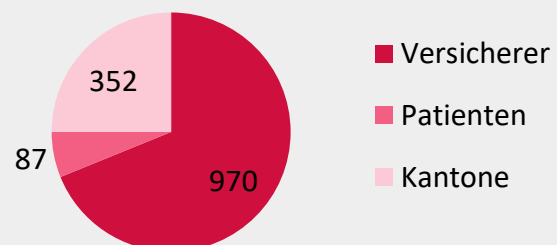
Die Daten

Pflegeheime 2017 Aufteilung der Pflegekosten in Mio. CHF



Quelle: BFS – SOMED

Spitex 2017 Aufteilung der Pflegekosten in Mio. CHF



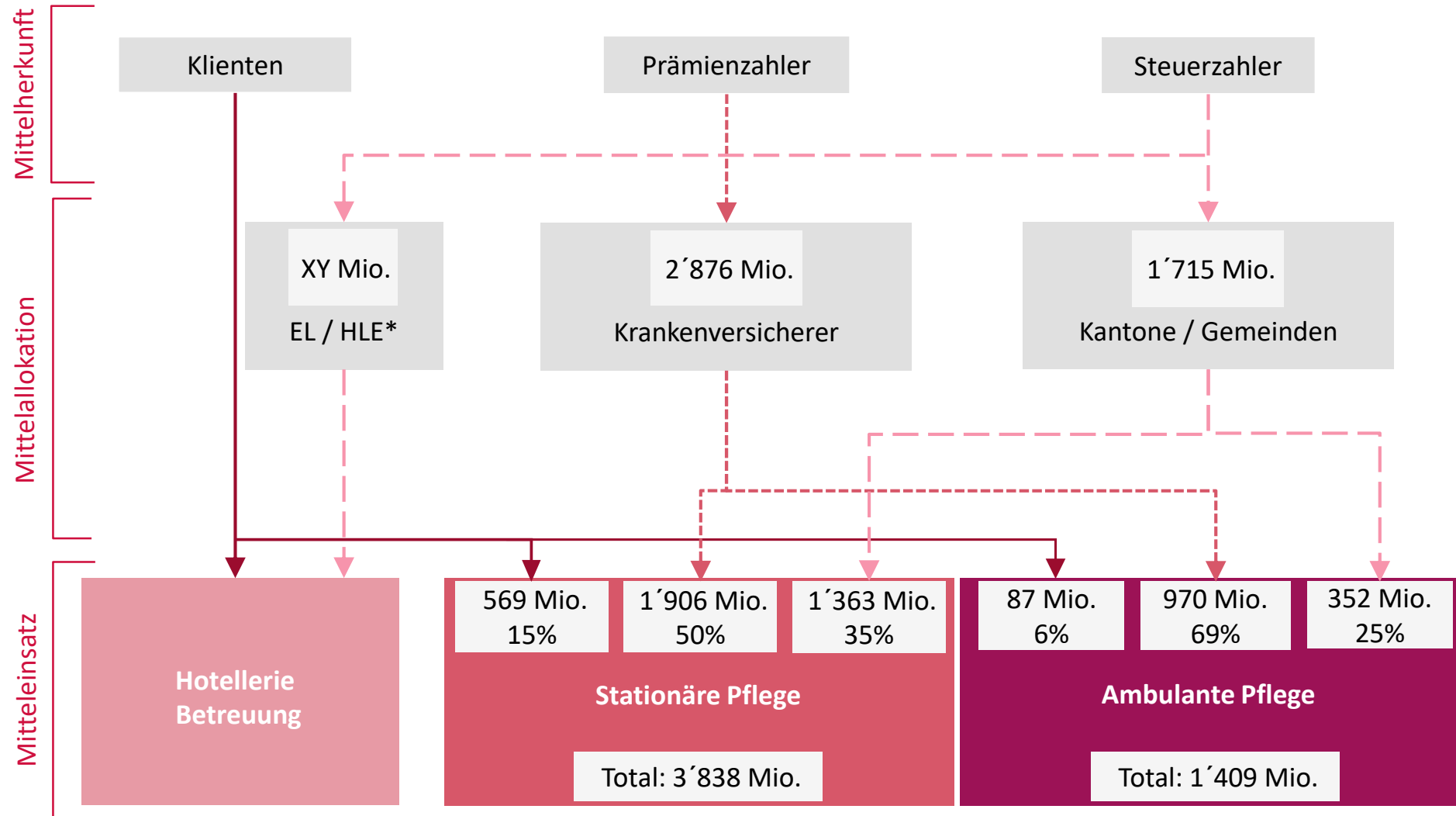
Quelle: BFS – Spitex-Statistik

Finanzierung OKP-Leistungen 2017

(ohne Kostenbeteiligungen Versicherte)

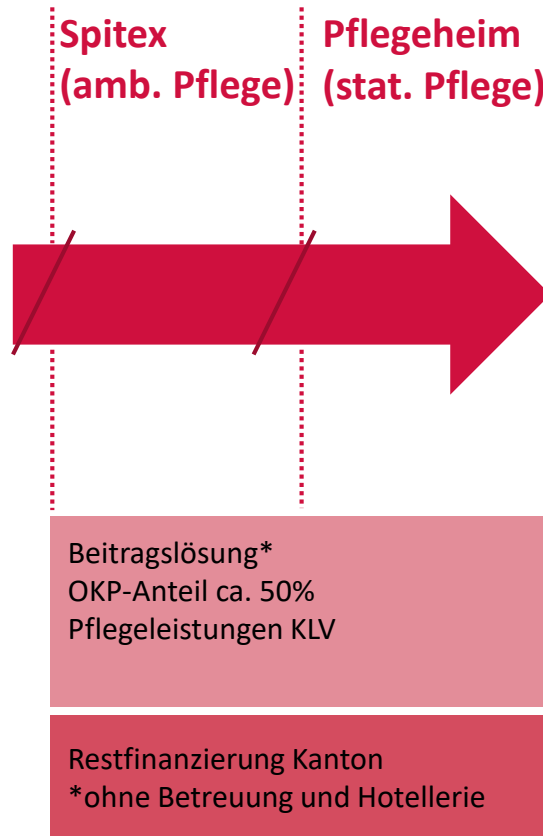
Total	38.0 Mia.
Versicherer: Nettoleistungen ohne spitalstationär	21.8 Mia. (57.3%)
Versicherer: Nettoleistungen spitalstationär	6.3 Mia. (16.5%)
Total Versicherer	28.1 Mia (73.8%)
Kantone spitalstationär	8.2 Mia. (21.7%)
Kantone Restfinanzierung	1.7 Mia. (4.5%)
Total Kantone	9.9 Mia. (26.2%)

Finanzierung Pflegeleistungen – KVG 2017



Finanzierung Pflegeleistungen

Herausforderungen Systemwechsel



- Definition Pflegeleistungen in Abgrenzung zu Betreuungsleistungen
- Ermittlung des Pflegebedarfs und Einteilung der Pflegestufen ambulant und stationär
- Harmonisierung der Vergütungsregeln ambulant und stationär
- Kostentransparenz Pflegeleistungen
- MiGeL in der Pflege
- Definition und Stabilisierung der Anteile verschiedener Kostenträger

GDK – Forderungen

Einheitliche Finanzierung auch in der Pflege

- Po. 19.3002 (SGK-NR) «Pflege und EFAS»
 - Annahme NR 14. März 2019
- Erlassentwurf SGK-N vom 5. April 2019
 - Auftrag an BR

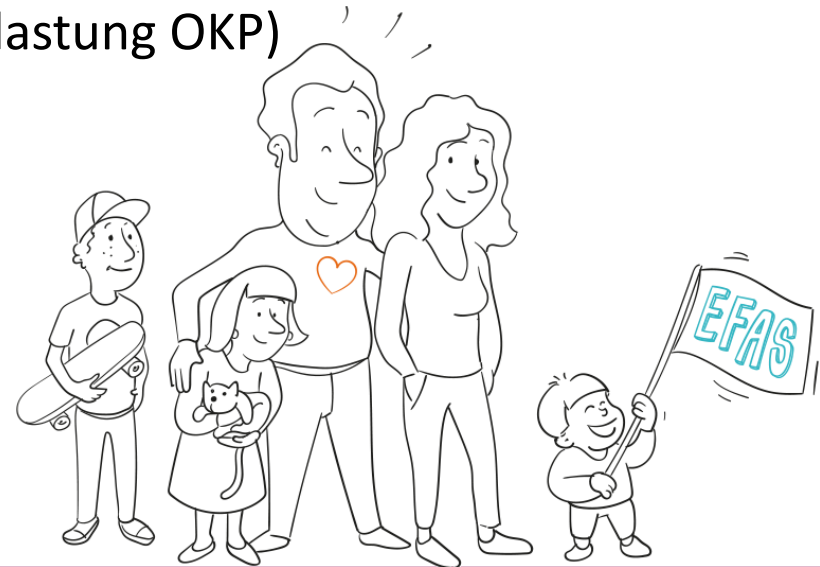
II *Auftrag an den Bundesrat*

Sobald die notwendigen Grundlagen vorhanden sind, namentlich die erforderliche Kostentransparenz, beantragt der Bundesrat eine Gesetzesrevision, die den Einbezug der Langzeitpflege in eine einheitliche Finanzierung der Leistungen nach diesem Gesetz vorsieht.

curafutura – Forderungen

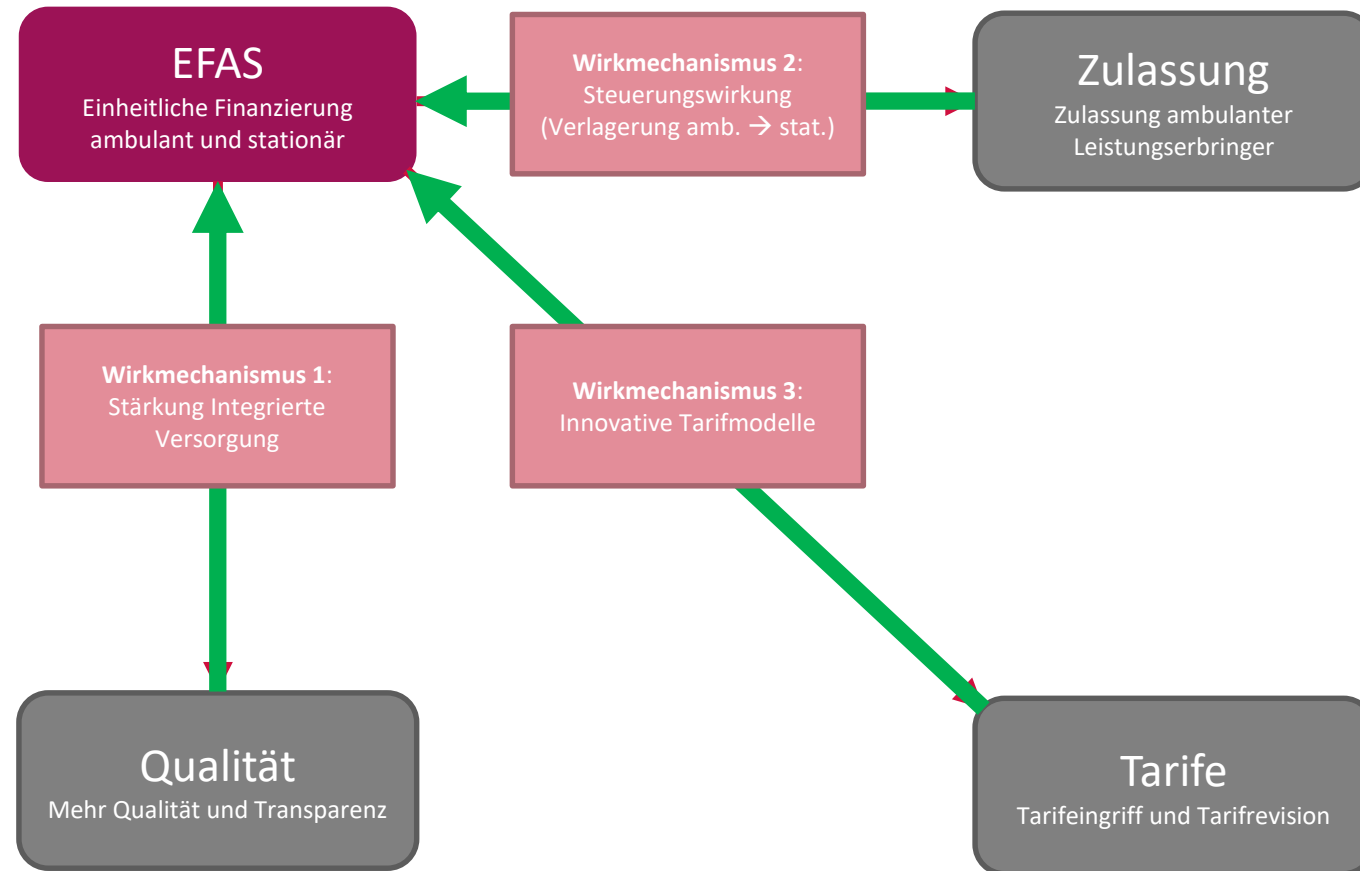
EFAS eine der wichtigsten Reformen im Gesundheitssystem!

- Keine Verzögerungen der EFAS-Vorlage durch Einbezug der Pflegefinanzierung
- Auslegeordnung zu möglichen zukünftigen Pflegefinanzierungsmodellen nötig
- Beachtung der Ziele der Pflegefinanzierung gültig ab 2011 (u.a. keine Mehrbelastung OKP)



curafutura – Forderungen

Verschiedene Geschäfte – ausgewogener Mix – integrierte Wirkung



curafutura – Forderungen

Verschiedene Geschäfte – ausgewogener Mix – integrierte Wirkung

EFAS

Einheitliche Finanzierung
ambulant und stationär

Zulassung

Zulassung ambulanter
Leistungserbringer

Qualität

Mehr Qualität und Transparenz

Tarife

Tarifeingriff und Tarifrevision

Besten Dank für Ihre Aufmerksamkeit

curafutura - Die innovativen Krankenversicherer
Gutenbergstrasse 14
3011 Bern

Telefon: 031 310 01 80
E-Mail: info@curafutura.ch
Webseite: www.curafutura.ch

Referat 3



PARLAMENTARISCHE GRUPPE PFLEGE

Uferweg 15 | 3000 Bern 13 | Tel 031 370 76 73 | info@spitexprivee.swiss | spitexprivee.swiss



CURAVIVA.CH

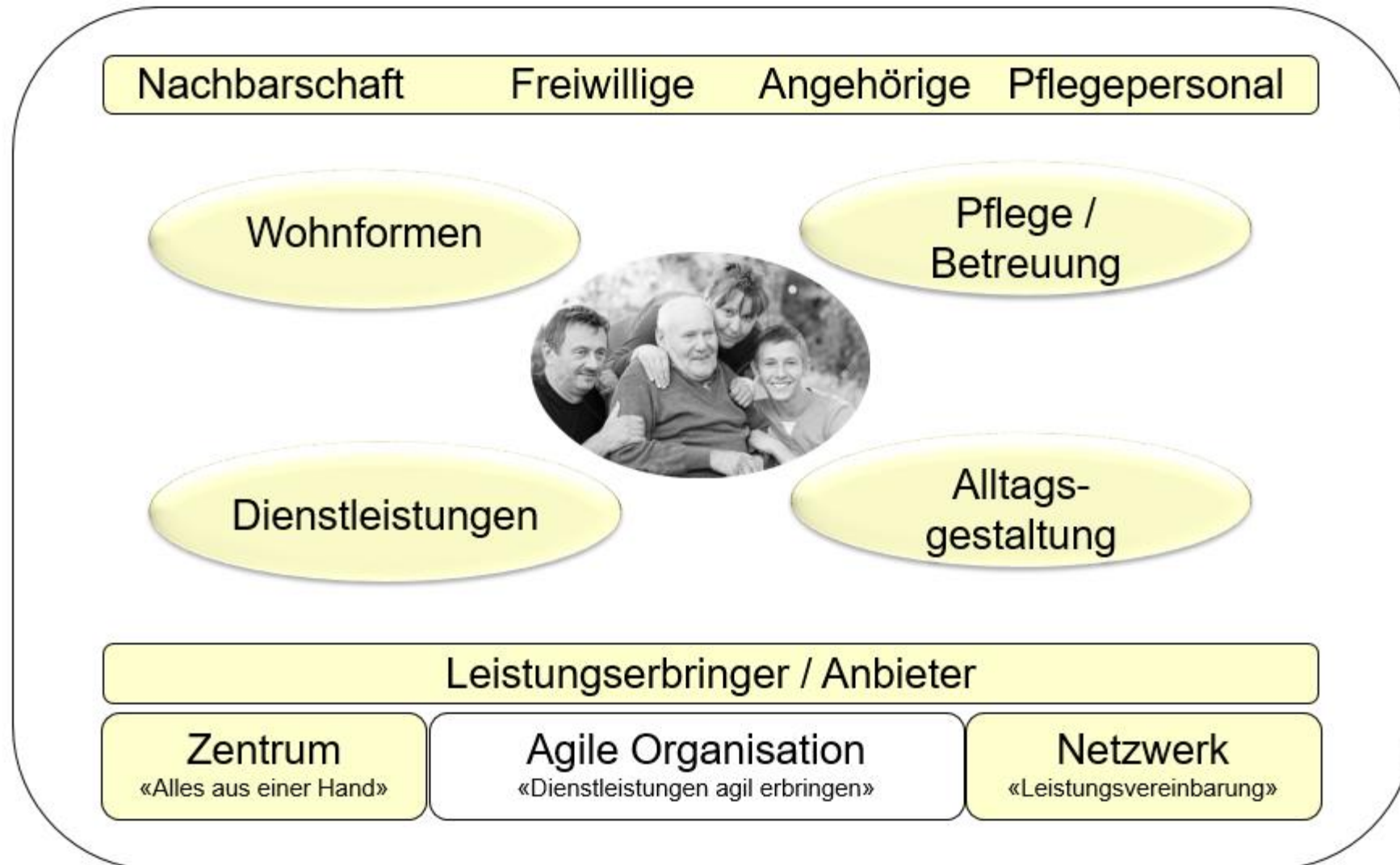


EFAS Pflege:
Welches sind die Ziele und Voraussetzungen?
Parlamentarische Gruppe Pflege, 18.06.19



Daniel Höchli
Direktor CURAVIVA Schweiz

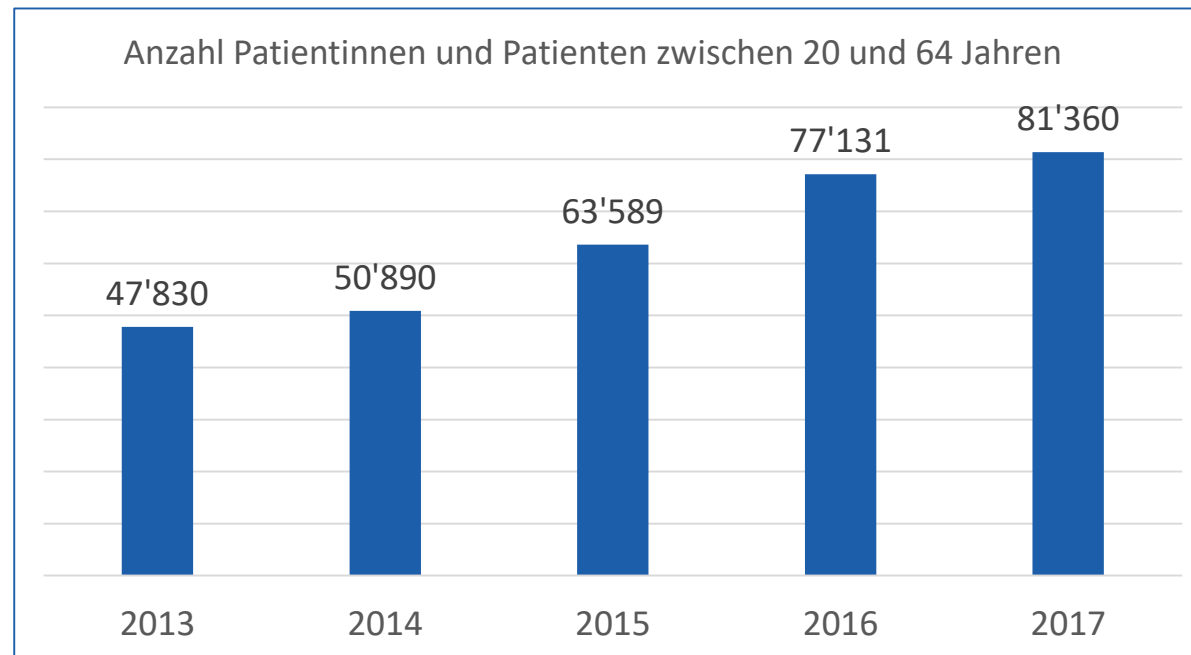
Gefragt: integrierte Versorgungsmodelle für Langzeitpflege



Gefragt: gute Schnittstelle zwischen Akutmedizin und Pflege

Spitex:

- Wachstum bei Patient/innen zwischen 20 und 64 Jahren
- Anteil an der gesamten Anzahl: 2013: 18,3%, 2017: 23,2%



Quelle:
Spitex Schweiz

Gefahr: Trend zur Spezialisierung

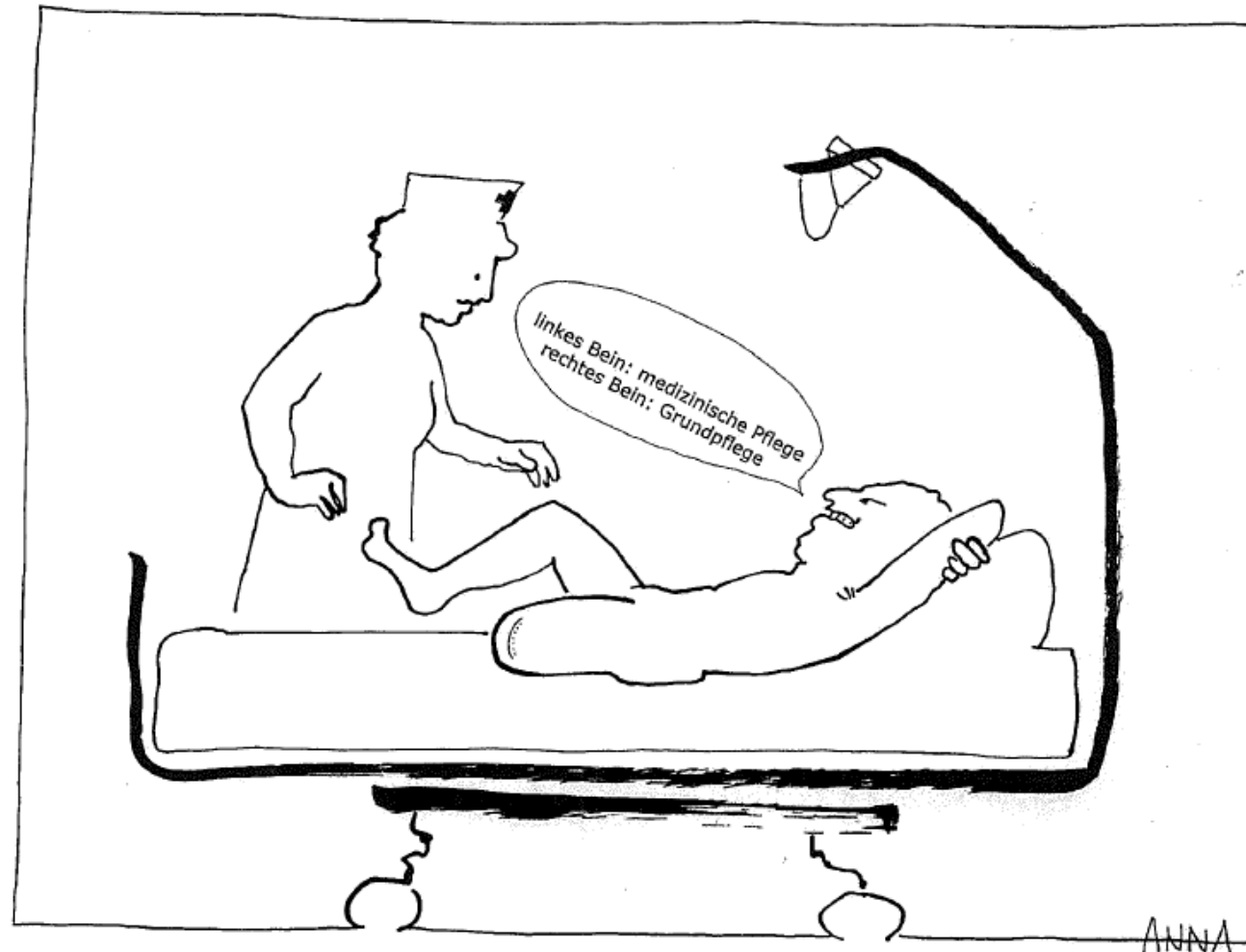
Die Spezialisierung führt uns dahin, dass wir immer Mehr über immer Weniger wissen. Bald werden wir vielleicht *Alles* über *Nichts* wissen.
(frei nach Andreas Popp)

Spezialisierung ist Parzellierung der Verantwortung.
(Hans Kasper)

Viele nationale Gesundheitsstrategien betreffen die Heime – eine kritische Betrachtung

Wenn alte Menschen in strategische Einzelteile zerlegt werden

«Linkes Bein: Medizinische Pflege; rechtes Bein: Grundpflege»



Heutige Finanzierung behindert integrierte Versorgung

These 1:

Unterschiedliche Finanzierungs- und Vergütungsregeln behindern die Entwicklung von integrierten Versorgungsmodellen.

These 2:

Unterschiedliche Finanzierungs- und Vergütungsregeln sind manchmal ein Vorwand, um der Kooperation und Koordination auszuweichen.

These 3:

Einheitliche Finanzierung ambulant und stationär ist notwendig, aber nicht hinreichend für innovative integrierte Versorgungsmodelle.

Fehlanreize in der Langzeitpflege (I)

Beitrag Krankenversicherer in ambulanter Pflege:

- CHF 54 – CHF 80 pro Stunde je nach Art der Pflege
- Anteil an gesamten Pflegekosten: ca. 70% (sinkend)

Beitrag Krankenversicherer an stationäre Pflege:

- CHF 27 pro Stunde
- Anteil an gesamten Pflegekosten: ca. 45% (sinkend)

Patientenbeteiligung:

- maximal CHF 15.95 pro Tag für ambulante Pflege
- maximal CHF 21.60 pro Tag für stationäre Pflege

Fehlanreize in der Langzeitpflege (II)

Finanzperspektive Krankenversicherer:

Anreiz für stationär vor ambulant ab gewisser Pflegestufe, auch wenn Gesamtkosten höher sind.

Finanzperspektive Restfinanzierer (Kantone, Gemeinden):

Anreiz für ambulant vor stationär so lange als möglich, auch wenn Gesamtkosten höher sind.

Diese Fehlanreize widersprechen Anliegen pflegebedürftiger Menschen:

Gefragt sind flexible Versorgungsstrukturen mit intermediären Angeboten - ambulant **und** stationär.

EFAS Pflege als Lösung?

Eine einheitliche Finanzierung für die ambulante und stationäre Pflege kann Fehlanreize beseitigen. Doch verstehen die Beteiligten das Gleiche darunter, gibt es eine gemeinsame Zielsetzung?

Ziele aus Perspektive der Leistungserbringer:

- **Förderung der integrierten Versorgung** mit dem Ziel, die Übergänge zwischen ambulant und stationär zu erleichtern.
- Die Finanzierung der Pflegeleistungen ist **patientenorientiert** auszugestalten (Orientierung an Nachfrage, nicht am Angebot).
- Die Kosten der Pflegeleistungen nach KVG werden in einem stabilen und einheitlichen nationalen System ausfinanziert (**Beseitigung der Finanzierungslücken** in der heutigen Pflegefinanzierung, namentlich in der Restfinanzierung und in der Akut- und Übergangspflege).
- **Verringerung des administrativen Aufwands** der Leistungserbringung.

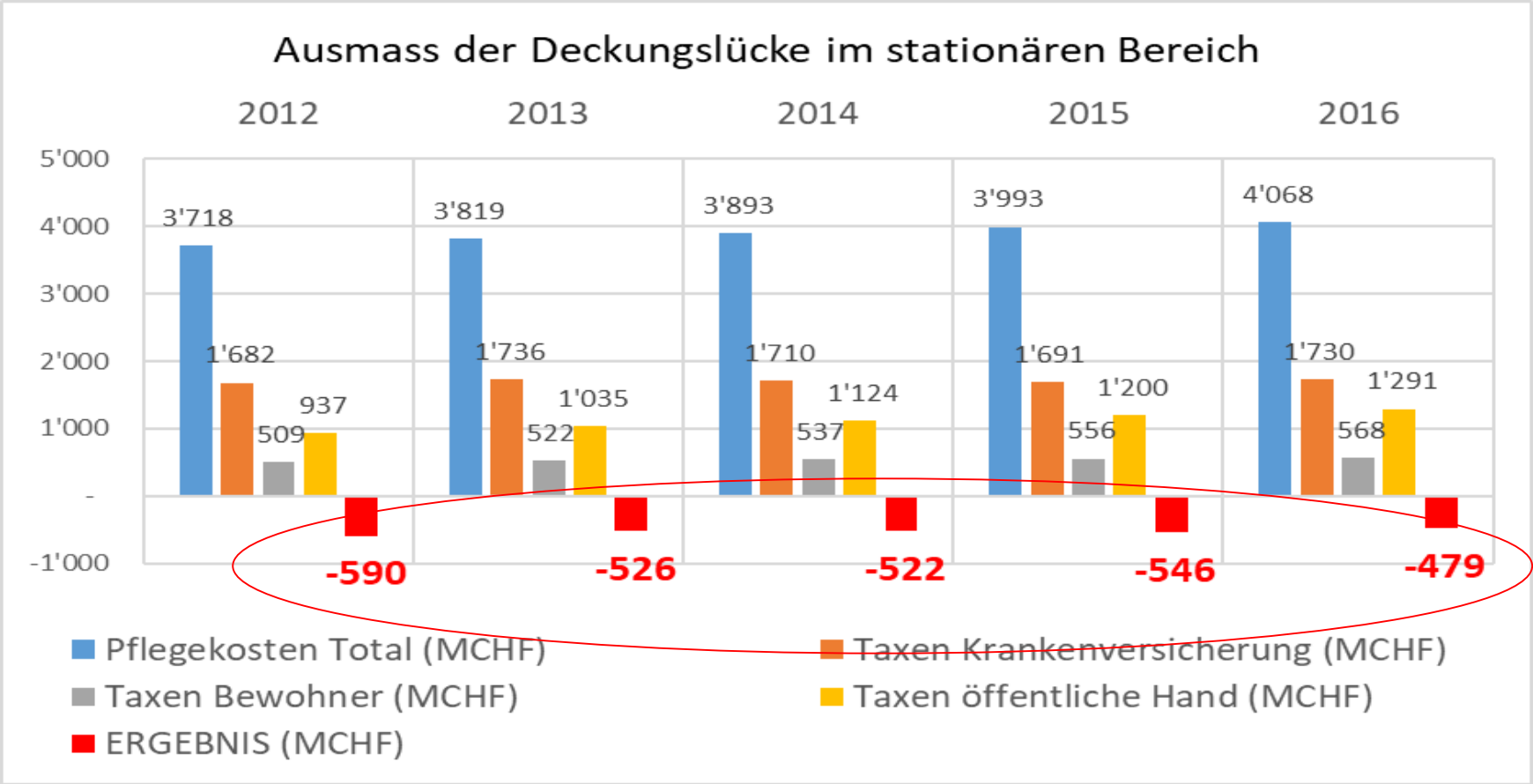
Die Ziele sollten als **Kriterien für die Umsetzung** dienen.

Voraussetzungen für EFAS Pflege

Um die Ziele zu erreichen müssen einige **Voraussetzungen** erfüllt sein, namentlich:

- **Harmonisierte Vergütungsregeln** für die ambulante, intermediäre und die stationäre Pflege
- **Einheitliches Abrechnungssystem** im ambulanten und stationären Bereich
- **Kostentransparenz**: Berücksichtigung der gesamten notwendigen Pflegekosten der Leistungserbringer (lückenlose Definition der Pflegeleistungen ohne Interpretationsspielraum für Restfinanzierer)
- **Kostenwahrheit**: Gewährleistung einer sachgerechten und datenbasierten Festlegung der Tarife und Preise (keine finanzpolitische Preisfestsetzung); setzt verbesserte Datenlage voraus
- **Verbindlicher Prozess** zur Klärung von Fragen der Tarifstruktur

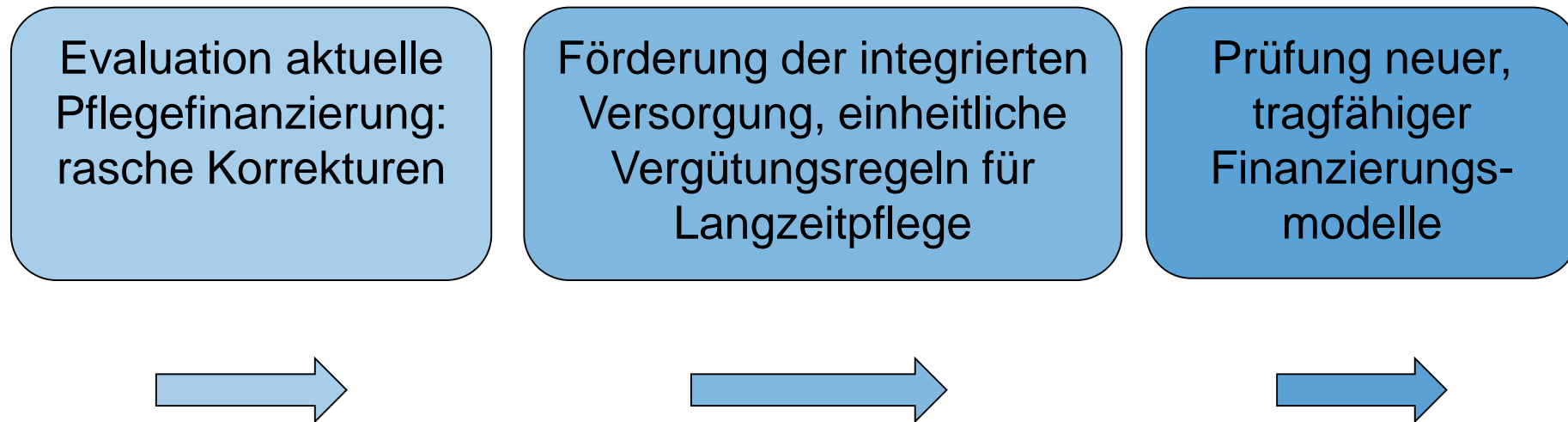
Beispiel Kostentransparenz: Restfinanzierung stationäre Pflege



Quelle: SOMED

Sehr niedrig ist der von der öffentlichen Hand an der Pflgetaxe übernommene Anteil in den Kantonen Tessin und Genf, wo die Pflegeheime von der öffentlichen Hand durch eine Subvention für die Betriebskosten oder eine Defizitgarantie unterstützt werden“

Politischer Handlungsbedarf kurz- und mittelfristig



Bestätigung durch Studie «Pflege und Betreuung» von M. Wächter und O. Kessler (2019): Bevor über neue Finanzierungsansätze wie eine Pflegeversicherung diskutiert wird, braucht es unter anderem die «Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen und Steuerungsformen zur Förderung integrierter Versorgungsansätze» (S. 144).



Danke für die Aufmerksamkeit!

Fragen und Diskussion



PARLAMENTARISCHE GRUPPE PFLEGE

Uferweg 15 | 3000 Bern 13 | Tel 031 370 76 73 | info@spitexprivee.swiss | spitexprivee.swiss



CURAVIVA.CH

