



Neue Spitalfinanzierung aus der Innensicht einer Parlamentarierin

SwissDRG Forum 2018:

10 Jahre Swiss DRG

Rückblick – Ausblick – Durchblick

16. Mai 2018, Bern

Ruth Humbel, Nationalrätin CVP

Mitglied Kommission soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK)



Entstehung der neuen Spitalfinanzierung:

- 2003 Scheitern der KVG-Revision im Nationalrat
- **Botschaft** des Bundesrates im **September 2004**
- Behandlung im Ständerat im März 2006
- Behandlung im Nationalrat im März 2007
- Juni bis Dezember 2007 Differenzbereinigung
- **22. Dezember 2007 Schlussabstimmung**
- **Gestaffeltes Inkrafttreten ab 1. Januar 2009**
 - 2012 leistungsbezogene Finanzierung SwissDRG
 - Spitalplanung bis 2014
 - Finanzierung 55% Kantonsanteil bis 2017



Ziele der neuen Spitalfinanzierung

- Schweizweit **einheitliche leistungsbezogene Finanzierung** über Fallpauschalen
 - 2004: H+, FMH, santésuisse, GDK einigen sich darauf, DRG einzuführen
- Mehr **Transparenz** bezüglich Wirtschaftlichkeit und Qualität
- **Wahlfreiheit** für Versicherte (freiere Spitalwahl, Binnenmarkt)
- Stärkung des **Wettbewerbs** unter den Leistungserbringern
- **Strukturbereinigung** Spitalbereich, Optimierung Behandlungsprozesse, Erhöhung Effizienz, Abbau Überkapazitäten: Es kommt zu Spitalschliessungen



Kernelemente der neuen Spitalfinanzierung

- Leistungsfinanzierung statt Kostenrückerstattung
- Subjekt- statt Objektfinanzierung
- Kosten- und Qualitätstransparenz
- Freie Spitalwahl in der Schweiz
- Gleiche Finanzierung aller Spitäler und Kliniken auf Spitallisten (mindestens 55% steuerfinanziert)
- Spitalplanung aufgrund von Qualität und Kosten
- Koordination hoch spezialisierte Medizin überkantonale
- Einführung einer einheitlichen Tarifstruktur

➔ **Umsetzung in den Kantonen unterschiedlich**

➔ **Fehlanreize durch unterschiedliche Finanzierung von ambulanten und stationären (Spital-) Leistungen**



Problematische bis KVG-widrige Bestimmungen in Kantonen:

- Referenztarife für ausserkantonale Hospitalisationen
- Breite Definition gemeinwirtschaftliche Leistungen
- Direktsubventionen für Investitionen
- Bewilligungspflicht für Apparate und Investitionen
- Globalbudgets
- Vorschriften für Höchstmengen
- Kantonale Spitallisten für ambulante Eingriffe



Tarif- und Finanzierungsunterschiede im akutstationären Bereich (Studie Felder, September 2017)

Subventionen über drei Kanäle

- Gemeinwirtschaftliche Leistungen
- Überhöhte Baserate
- Direkte oder indirekte Investitionsbeiträge

- Unterschiedliche Zuschüsse der Kantone:
 - Genf: Fr. 1'083.- pro Einwohner
 - Zug: Fr. 70.- pro Einwohner
 - CH-Durchschnitt: Fr. 311.- pro Einwohner



Mindestfallzahlen als Qualitätsaspekt

Fallzahlen 2014

- OP an der Wirbelsäule (91 Spitäler): 10 Spitäler > 700
28 Spitäler < 60
- Nierenstein (111 Spitäler): 8 Spitäler > 400
28 Spitäler < 20
- Lungenkrebs (112 Spitäler): 16 Spitäler > 300
33 Spitäler < 20
- Pankreassektionen (51 Spitäler): 5 Spitäler > 50
26 Spitäler < 10



Ausblick

- KVG-Revision:
Stärkung Qualität und Wirtschaftlichkeit
- Zulassungssteuerung im ambulanten Bereich
- Kostendämpfungsmaßnahmen Expertenbericht
- **Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS)**
- Zero-Night-DRG - Tagesklinik



Ziele von EFAS

Beseitigung falscher Anreize und Stärkung der integrierten Versorgung

- SGK hat Vorentwurf EFAS mit 15:7 Stimmen verabschiedet
- Vernehmlassung Mai bis Ende August 2018
- Leistungsfinanzierung durch Krankenversicherer
- Kantonsanteil an allen Leistungen 25.5% via gemeinsame Einrichtung (beim SGK-S- Modell vor 12 Jahren lag der Kantonsanteil bei 30%)

Kantone spielen eine zentrale Rolle

- Spitalbereich gehört in die verfassungsmässige Zuständigkeit der Kantone
- Kantone wollen Hoheit/Kontrolle über Ihre Finanzierungsanteile halten und fordern griffige Steuerungsmöglichkeiten im ambulanten Bereich

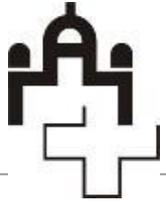
Leistungserbringer und Versicherer unterstützen EFAS



Fazit und Spannungsfelder

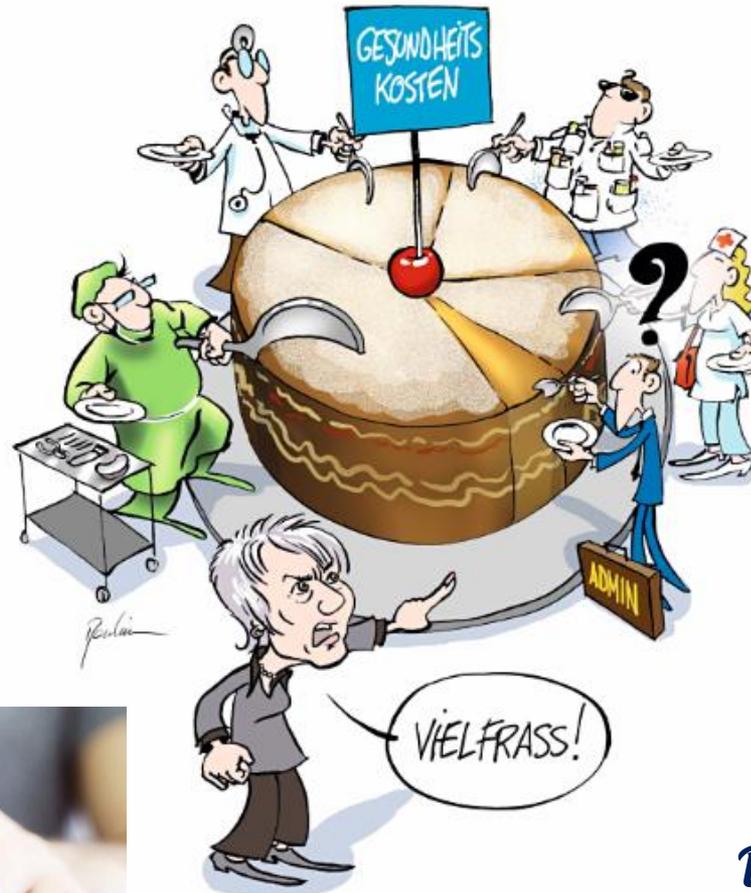
Dank der Spitalfinanzierung und Swiss DRG ist der stationäre Bereich bezüglich Qualitätssicherung und Transparenz weiter als der ambulante Bereich.

- Nationales KVG und kantonale Gesundheitswesen
- KVG – ein Rahmengesetz mit grossem (kantonalen) Handlungsspielraum: Vielfältige Umsetzung des KVG in Kantonen
- Ungleiche Finanzierung stationär - ambulant
- Tarifschutz OPK – Zusatzversicherung stationär
- Zunehmende Regulierung in Folge Uneinigkeit/Unfähigkeit der Tarifpartner Vertragsautonomie zu nutzen
- Vertrag zu Gunsten/zu Lasten Dritter in einem Angebotsmarkt
- Wahlfreiheit für Versicherte und Therapiefreiheit für Ärzte
- Blockaden durch Interessenvertreter und ideologische Grabenkämpfe



Es gibt viel zu tun

**Packen
wir es an!**



**Warten
wir es ab?**

*Danke für Ihre
Aufmerksamkeit
und für Ihr
Mitwirken!*

