

Das Kostenwachstum dämpfen – ohne Einbussen bei der Versorgungsqualität

Die FMH unterstützt wirkungsvolle Kostendämpfungsmassnahmen wie...

- die administrative Belastung der Ärzte reduzieren.
- die Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen vereinheitlichen.
- die ambulante Versorgung stärken.
- die Struktur des Gesundheitssystems optimieren.
- die heutige Kostenbetrachtung durch eine Nutzenbetrachtung ablösen.

Ausgangslage

Die monatlichen Ausgaben des Durchschnittshaushalts für die Krankenkassenprämien sind zwischen 2006 und 2014 um 100 Franken gestiegen. Auch wenn die Prämien damit weniger wuchsen als die Steuerlast (+370 Franken), die Konsumausgaben (+325 Franken) oder der monatliche Sparbetrag (+715 Franken), erzeugen sie doch in Haushalten mit schwächeren Einkommen spürbare Belastungen.¹

Die Gründe für den stets steigenden Mittelbedarf liegen in der demographischen Entwicklung (alternde Bevölkerung) und dem medizinischen Fortschritt, der immer mehr Möglichkeiten für früher nicht therapierbare Erkrankungen eröffnet.

Die Mittel sollen aber möglichst effizient eingesetzt werden und so fordert auch die FMH wirkungsvolle Kostendämpfungsmassnahmen, welche das Effizienzpotenzial ausschöpfen und weder zu Lasten der Versorgungsqualität gehen noch zu einer Zweiklassenmedizin führen.

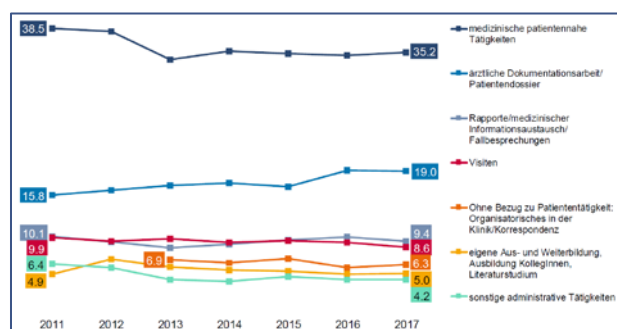
¹ Vgl. Früh, Mathias et al. Ausgabenentwicklungen in der Gesundheitsversorgung, in: Helsana-Report. Dezember 2016, S.10–11.

Effizienz steigern ohne Einbussen bei der Versorgungsqualität

Folgende Massnahmen zeigen, dass derzeit grosses Effizienzpotenzial insbesondere in den Strukturen oder bei der Finanzierung unseres Gesundheitswesens ungenutzt bleibt. Diese Massnahmen wären ohne Einbussen bei der Versorgungsqualität und ohne Einschränkungen der Wahlfreiheit der Patienten realisierbar.

Administrative Belastung reduzieren

Das Effizienzpotenzial einer Reduktion administrativer Arbeiten sehen Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz täglich: Alleine die Bearbeitung von Patientendossiers nimmt 19 Prozent der Arbeitszeit der spitaltätigen Ärzteschaft in Anspruch und hat seit 2011 pro Arzt und Tag um 26 Minuten zugenommen.² Ärztinnen und Ärzte sollen – und wollen – wieder mehr Zeit für ihre wichtigste Tätigkeit, die Arbeit mit den Patienten, haben.



Quelle: gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH.

Dass der Zeitbedarf allein für diesen Zuwachs an Dokumentationsaufwand in den Spitälern 662 Arztstellen (bei 56 Wochenstunden) entspricht, sollte in Hinblick auf Nachwuchsman- gel und Zulassungsregelung zu denken geben,

² Vgl. Golder, Lukas et al. Verändertes Arbeitsumfeld und Einstellung zu neuen Finanzierungsmodellen: Auswirkungen Leistungsorientierung im Gesundheitswesen erkennbar, in: Schlussbericht von gfs.bern zur Begleitstudie im Auftrag der FMH. Januar 2018, S.9–10.

denn auch im ambulanten Bereich nimmt die administrative Belastung stetig zu: Der Anteil der Grundversorger, die mindestens 75 Prozent ihrer Arbeitszeit mit Patientenkontakten verbringen können, sank zwischen 2012 und 2015 von 60 auf 45 Prozent.³ Administration bindet Arbeitszeit und generiert Kosten. Dieses hohe Potenzial zur Kostendämpfung findet jedoch kaum politische Aufmerksamkeit.

Einheitliche Finanzierung einführen

Allein die Verlagerung stationärer Leistungen in den ambulanten Bereich birgt ein jährliches Sparpotential von etwa einer Milliarde Franken.⁴ Damit aber der Ersatz überwiegend steuerfinanzierter stationärer Behandlungen durch ausschliesslich prämiendifinanzierte ambulante Behandlungen keinen Prämienschub auslöst, müssen stationäre und ambulante Leistungen neu einheitlich finanziert werden.

So liesse sich auch das Potenzial der integrierten Versorgung ausschöpfen.⁵ Heute werden Einsparungen, die durch vermiedene Spitalaufenthalte erzielt werden, unzureichend an die Versicherten weitergegeben. Integrierte Versorgungsmodelle sind deshalb heute weniger attraktiv für Versicherte und auch für Krankenkassen. In der Folge bleibt derzeit ein Effizienzpotenzial von jährlich bis zu zwei Milliarden Franken ungenutzt.⁶

Die ambulante Versorgung stärken

Die konsequente Umsetzung der von der Politik verlangten Strategie «ambulant vor stationär» bedingt eine Stärkung der ambulanten Versorgung. Bei der Revision des TARMED ist darum die Wiederherstellung eines sachgerechten und betriebswirtschaftlichen Tarifs von zentraler Bedeutung. Dies kann am besten im Rahmen einer Tarifpartnerschaft gewährleistet werden. Auch die Ärzteschaft leistet ihren Beitrag zu einer erfolgreichen Tarifrevision.

Wer also im Gesamtsystem Kosten sparen will, muss gute Bedingungen schaffen, keine sektorale Steuerung der Zulassung einführen und für eine sachgerechte Tarifierung der ambulanten Leistungen sorgen.

Strukturen des Gesundheitssystems optimieren

Die Schweiz leistet sich für eine Bevölkerung von 8 Millionen Menschen 26 kleinräumige Gesundheitssysteme. Die Schaffung von fünf bis sieben überkantonalen Spitalregionen könnte Effizienzgewinne erzielen, Überkapazitäten vermeiden und gleichzeitig die Versorgungsqualität fördern.

Ebenfalls muss die Mehrfachrolle der Kantone entflochten werden, deren Vielzahl von Interessen als Planer und Eigentümer von Spitälern, als Auftraggeber von Leistungen, als Financier stationärer Leistungen sowie als Regulatoren der Spitalisten und Tarife zu Ineffizienz und Wettbewerbsverzerrungen führt. Die Kantone sollten sich daher zumindest aus der Spital-Eigentümerschaft zurückziehen.

Gesamtkostensicht mit Abbildung des Nutzens einführen

Effizienzpotenzial bietet eine Erweiterung der reinen Kostenperspektive unseres Krankenversicherungsgesetzes KVG hin zu einer ganzheitlichen Sicht, die auch den Nutzen von Behandlungen abbildet. Würden ähnlich dem Unfallversicherungsgesetz UVG nicht nur die vergleichsweise überschaubaren Heilkosten betrachtet, sondern auch die Kosten für Arbeitsausfälle, Renten und Autonomieverlust der Patienten, lohnten sich die Investitionen in erfolgreiche Therapien nicht nur für die Patienten, sondern auch für die Kostenträger – und würden sich volkswirtschaftlich positiv auswirken.

Mehr zu Globalbudget, einheitliche Finanzierung und Zulassungssteuerung:

www.fmh.ch > Politik & Themen > Politik > Dossiers

³ Vgl. OBSAN. Analyse des International Health Policy Survey (IHP): 2012 und 2015.

⁴ Vgl. Pwc. Ambulant vor stationär: Oder wie sich eine Milliarde jährlich einsparen lässt. August 2016.

⁵ Vgl. Huber, Carola et al. 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: International Journal of Integrated Care. 2016;16(1):1–18.

⁶ Vgl. Klaus, Guido. Dank einheitlicher Finanzierung mehr Effizienz, in: Helsana Standpunkt. 2016;4:3–5.