



santésuisse

Status quo und Perspektive der ambulanten Versorgungs- planung Schweiz

Verena Nold, Direktorin santésuisse

DSGG-Konsultation 2015, 09.07.2015



santésuisse

Inhalt

1. Standortbestimmung

2. Einfluss der neuen Spitalfinanzierung

3. Das ambulante Angebot

4. Heutige Planung der ambulanten Versorgung

5. Perspektiven

6. Schlussfolgerungen

1. Standortbestimmung

Herausforderungen an die ambulante Versorgung

- 26 kantonale Gesundheitssysteme – Diversität der Strukturen und Angebote
- Stetiger Anstieg der Leistungskosten = Prämien steigen weiter
- Demografische Entwicklung: «Baby boomer» kommen ins Pensionsalter
- Drohender Mangel an ärztlichen Grundversorger/innen
- Erwartungen der Patienten an gute Zugänglichkeit der ambulanten Angebote (Wohnort, Arbeitsort, Bahnhof, zu Randzeiten)



3

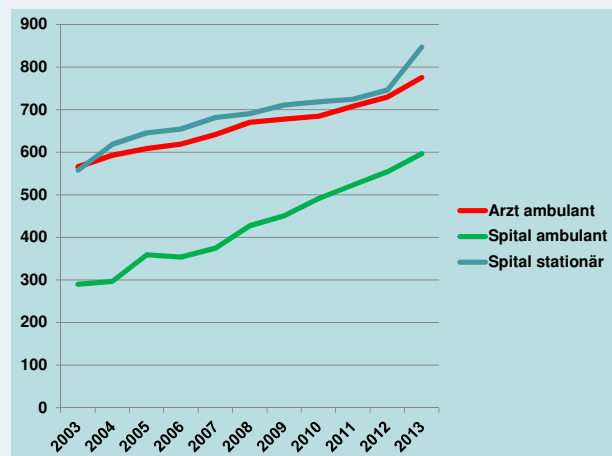
1. Standortbestimmung

Entwicklung des ambulanten Sektors

Entwicklung 2003 – 2013:

- Ambulanter Anteil wächst seit Jahren überproportional
- Grösste Zunahme im Bereich Spital ambulant

Bruttoleistungen pro versicherte Person (in Fr.)



Quelle: BAG, Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2013, T2.18

4



1. Standortbestimmung

Treibende Kräfte

Treiber des ambulanten Kostenwachstums:

- **Medizinischer Fortschritt** fördert Verlagerung von stationären zu ambulanten Behandlungen
- Ambulante Behandlungen sind **billiger** (?)
- Verlagerung von stationär zu ambulant ist von den Kantonen **politisch gewünscht**:
 - «**ambulant vor stationär**»

Daraus stellen sich Fragen:

- Sind mit Einführung der Fallpauschalen für stationäre Spitalleistungen auf den 1. Januar 2012 **Verlagerungseffekte** feststellbar?
- Werden willentlich Behandlungen in den stationären oder ambulanten Pfad geleitet?



2. Einfluss der neuen

Spitalfinanzierung

Neuer Kostenteiler

- **Stationär**: Seit 2012 Finanzierung stationärer Spitalaufenthalte mit Fallpauschalen:
 - **Kostenträger 55 % Kanton, 45 % Krankenversicherer**
- **Ambulante Arztleistungen** (Praxisärzte und Spitalambulatorien):
 - Seit 2003 Finanzierung mit Einzelleistungstarif TARMED
 - **Kostenträger 100 % Krankenversicherer**





2. Einfluss der neuen Spitalfinanzierung

Gibt es Verlagerungseffekte?

Vor Einführung der Fallpauschalen aufgestellte Hypothesen:

Stationäre Behandlungen nehmen zu:

- **Spitäler** verdienen an den stationären Fällen, also bevorzugen sie stationäre Behandlungen
- **Krankenversicherer** müssen stationär nur 45 % der Kosten tragen, also bevorzugen auch sie stationäre Behandlungen

Gegenposition:

- Stationäre Aufenthaltsdauer sinkt wegen Fallpauschalen, **ambulante Behandlungen nehmen zu**



2. Einfluss der neuen Spitalfinanzierung

Gibt es Verlagerungseffekte?

- Ergebnisse einer Begleitstudie von FMH/H+ (Uni Basel und B.S.S, 2014):
 - Seit der Einführung von SwissDRG gibt es Evidenz für Teilverlagerungen und schwache Evidenz für gesamthafte Verschiebungen vom stationären in den ambulanten Sektor.
 - Die Verlagerungseffekte in den niedergelassenen Bereich fallen höher aus als die Verlagerungseffekte in den spitalambulantem Bereich, Spezialisten sind im Vergleich zu den Hausärzten eher betroffen.
 - Verlagerungseffekte lassen sich vor allem in jenen Kantonen beobachten, in welchen früher die Spitäler Tagespauschalen verrechneten.
- Auswertungen auf Basis von Abrechnungsdaten (santésuisse) :
 - Bestätigung, dass Verlagerungseffekte in den niedergelassenen Bereich höher ausfallen als in den spitalambulantem Bereich.
 - Der aktuelle, jährliche Verlagerungseffekt wird auf rund 40 Mio. CHF geschätzt (0.7% des SwissDRG-Volumens).



3. Das ambulante Angebot

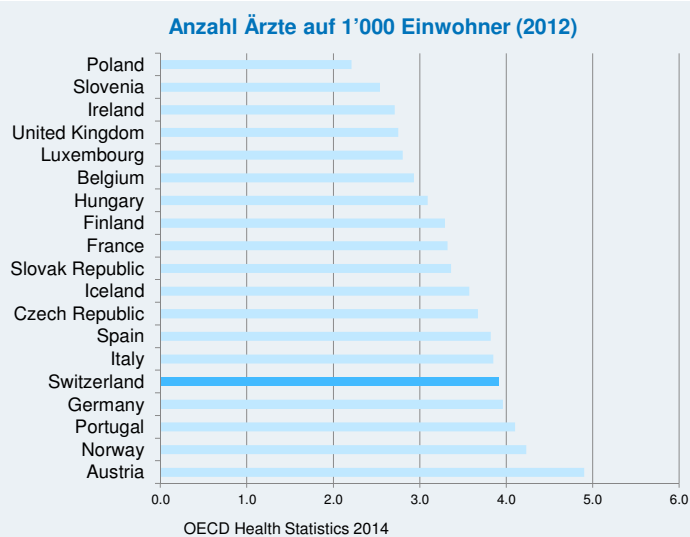
Die Menge macht die Kosten

- Studie von santésuisse zur Kostenentwicklung 2004 – 2010 (ZHAW, 2013, Prof. R. Schleiniger):
 - **Zunahme Spital ambulant ist eigenständiges Phänomen** (keine Substitution stationärer Leistungen)
 - Die **Dichte der Spezialärzte hat den stärksten Einfluss auf die Kosten** pro versicherte Person
- **Im regulierten Gesundheitsmarkt:** Die Nachfrage richtet sich nach dem Angebot (**angebotsinduzierte Nachfrage**)

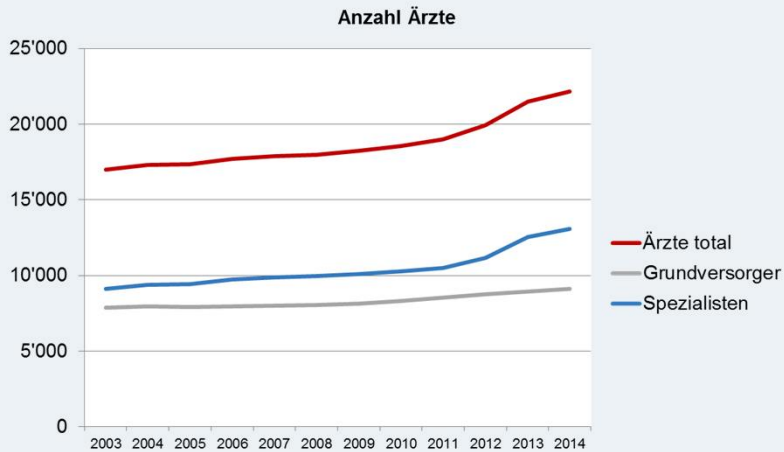


3. Das ambulante Angebot

Schweiz: Hohe Ärztedichte im internationalen Vergleich

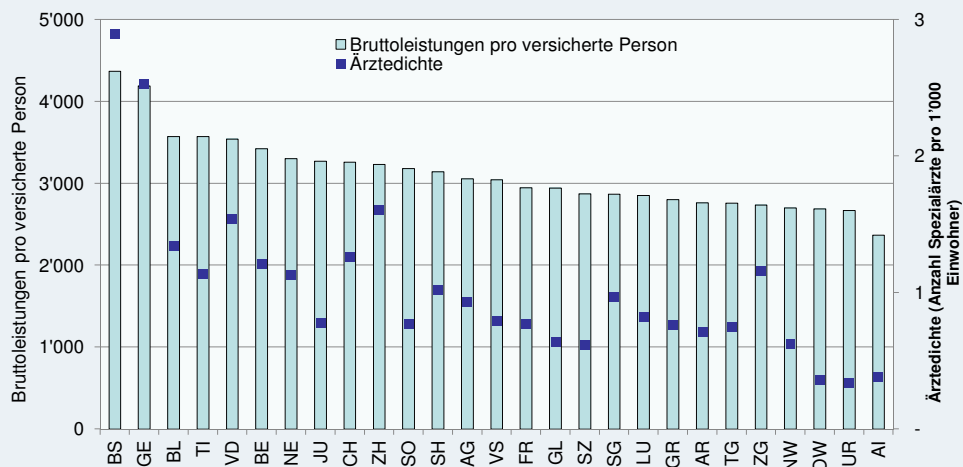


3. Das ambulante Angebot Wachstum bei den Spezialärzten



Quelle: Datenpool Sasis AG

3. Das ambulante Angebot Mehr Spezialärzte = höhere Kosten pro Kanton



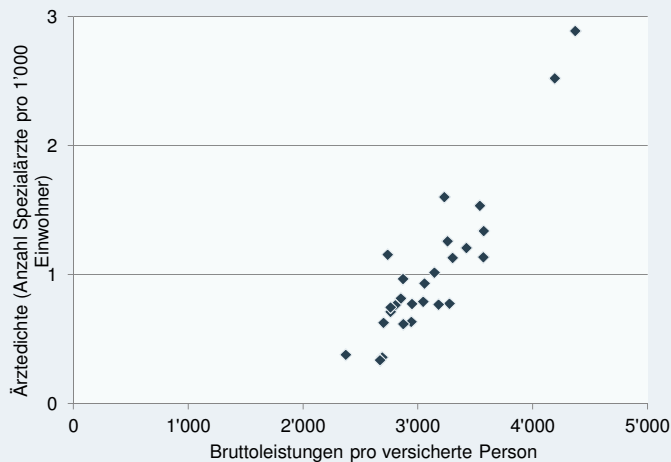
Quelle: BAG, Statistik der obligatorischen Krankenversicherung (2012)

3. Das ambulante Angebot

Korrelation zwischen Spezialärztedichte und Leistungskosten



santésuisse



Quelle: BAG, Statistik der obligatorischen Krankenversicherung (2012)

13

4. Heutige Planung der ambulanten

Versorgung

Gesetzliche Grundlagen



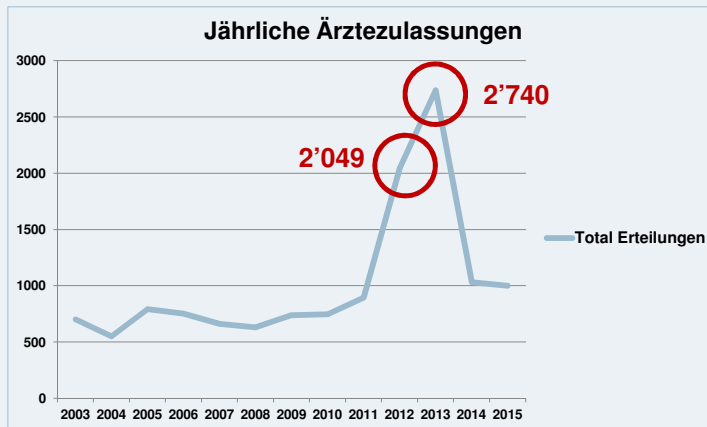
santésuisse

- **Seit 1. Juli 2013: Zulassungssteuerung in Kompetenz der Kantone: «Kann»-Regelung**
- Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (VEZL)
 - Art. 1 Abs. 1 VEZL: Ärztinnen und Ärzte (..) sind nur zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen, wenn im entsprechenden Kanton im entsprechenden Fachgebiet die **Höchstzahl** (..) nicht erreicht wird.
 - Art. 2 Abs. 1 VEZL: Die Kantone **können** vorsehen, dass Artikel 1 auch für Ärztinnen und Ärzte gilt, die ihre Tätigkeit im ambulanten Bereich von **Spitälern** nach Artikel 39 KVG ausüben.
 - Art. 3 Abs. a. VEZL: **Die Kantone können vorsehen**, dass die im Anhang 1 festgelegte **Höchstzahl** für ein oder mehrere dort aufgeführte Fachgebiete **nicht gilt**

14

4. Heutige Planung der ambulanten Versorgung

Auswirkung der Zulassungssteuerung



2012 und 2013:
«Run» auf die
Kantone für
«Last-Minute»-
Zulassung vor
drohendem
Zulassungsstopp
ab 1. Juli 2013

Quelle: SASIS AG, ZSR-Zulassungen, Anzahl für 2015: Hochrechnung

4. Heutige Planung der ambulanten Versorgung

Uneinheitliche Anwendung in den Kantonen

SASIS
Zahlstellenregister
Übersicht Kantone - Zulassungsstopp

Kanton	Einführung Zulassungs- stopp	Nationale Verordnung	Bemerkung
AG	Nein	Ja Verordnung:	Verzichten auf die Einführung des Zulassungsstopps. http://www.sps.san.unio.ch/Kantone/Verordnungen/1672
AI	Nein	Nein	Verzichten auf die Einführung des Zulassungsstopps.
AR	Nein	Nein	Verzichten auf die Einführung des Zulassungsstopps.
BE	Ja	Ja	Vom Zulassungsstopp ausgenommen sind: - Abrechnende Bewilligungsinhaber mit Bewilligungserteilung vor dem 01.07.2013 teilen nicht unter - Fachgebiete: Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Auffreien und Ärzte mit Weiterbildungstitel "Praktische Ärzte" oder "Praktische Ärztin"

- 18 Kantone führten Zulassungsstopp ein
- 8 Kantone verzichteten auf Zulassungsstopp
- Strikteste Anwendung des Zulassungsstopps:
 - Genf und Tessin (Grenzkantone)

4. Beurteilung des Status Quo

«Die Planwirtschaft von heute ist die Fehlplanung von morgen»



santésuisse

- Die Zulassungssteuerung hat **weder das Mengenwachstum noch das Angebot an Spezialärzten begrenzt.**
- Die Zulassungssteuerung hat den **Ärztmangel bei den Grundversorgern nicht behoben.**
- Die Zulassungsbeschränkungen führten zu **Auswüchsen:** «Handel» mit Praxisbewilligungen, Verkauf von Praxen an den Meistbietenden
- Faktisch erfolgt **in den Spitälern keine Zulassungssteuerung** im ambulanten Bereich wegen Vermischung der stationären und ambulanten Tätigkeit
- Die Zulassungsbeschränkung verhindert für junge innovative Ärztinnen und Ärzte die Berufsausübung. Bereits zugelassene Ärzte werden geschützt
 - **Markteintrittsbarriere nimmt Wettbewerbsdruck!**

17

5. Perspektiven

Aktueller Vorschlag des Bundesrates (2015)



santésuisse

- Die **Kantone** sollen die Möglichkeit erhalten,
 - das ambulante Angebot dauerhaft zu steuern und so eine Gesundheitsversorgung von hoher Qualität zu erreichen,
 - bei einer Überversorgung - unter Einbezug der interessierten Kreise - die Zulassung von Leistungserbringern beschränken und bei einer Unterversorgung Fördermassnahmen treffen,
 - freiwillig den ambulanten Bereich der Spitäler zu regulieren.
- **Position der Krankenversicherer:**
 - Die bisherigen untauglichen temporären Massnahmen werden Gesetz
 - **Daten- und Informationsgrundlage fehlt:**
 - für eine gezielte und bedarfsgerechte Steuerung muss zuerst Datengrundlage geschaffen werden,
 - ohne geeignete Indikatoren kann Über- oder Unterversorgung nicht festgestellt werden.
- **santésuisse lehnt Vorschlag des Bundesrates ab!**

18



6. Schlussfolgerungen

Rolle der Kantone entflechten

- **Die Rolle der Kantone beim Zulassungsstopp von Ärzten muss hinterfragt werden**, da sie gleichzeitig als «Spieler» (Eigentümer und Betreiber der Spitäler) und als «Schiedsrichter» auftreten:
 - Die Konsequenzen aus den Entscheiden der Kantone müssen die Krankenversicherer tragen (Kostenanteil ambulant: 100 %)
- Mit der Spitalplanung und der Zulassungsbeschränkung für Ärzte können die Kantone zwei Versorgungsbereiche steuern, die in direkter Konkurrenz zueinander stehen
 - **Gefahr von Wettbewerbsverzerrungen** durch Bevorzugung eigener Spitalambulatorien
- Dies führt zu politisch motivierten nicht aber zu wirtschaftlich effizienten Lösungen.
- Die Schwächen aus dem System der Spitalplanung würden letztlich in den ambulanten Bereich übernommen.

19



6. Schlussfolgerungen

Mehr Wettbewerb, mehr Qualität

- **Marktwirtschaftliche Anreize und freier Wettbewerb der Leistungserbringer** müssen gefördert werden:
 - jeder Arzt soll die gleiche, faire Chance zur Berufsausübung haben
 - santésuisse befürwortet marktwirtschaftliche Instrumente zur Förderung von Kostenbewusstsein und Qualität in der sozialen Grundversicherung
- Prüfwürdige **Alternativen zur Zulassungsbeschränkung**:
 - **Differenzierte Tarife**, konkret: Höhere Tarife bei Unterversorgung, tiefere Tarife bei Überversorgung
 - Einführung der **Vertragsfreiheit zwischen Krankenversicherern und Ärzten**, z. B. partiell für Spezialärzte
 - Zulassung an Einhaltung von **Qualitätskriterien** knüpfen: z. B. ab einem gewissen Zeitpunkt nach der Zulassung Weiterbildungsnachweis, Messung Ergebnisqualität

20



DSGG-Konsultation 2015

Danke!