

Integration der Pflege in eine einheitliche Finanzierung

Zusammenfassung

Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG



Integration der Pflege in eine einheitliche Finanzierung –Zusammenfassung

Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG

Vertragsnummer: 19.023172 / 721.2-1

Autoren: Dr. Beatrice Mäder
Dr. Harry Telser
Dr. Matthias Wächter
Patrick Zenhäusern

Juli 2020

Das Wichtigste in Kürze

Ausgangslage

Derzeit wird im Parlament die Einführung einer einheitlichen Finanzierung der ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) diskutiert. Dabei stellt sich die Frage, inwiefern Pflegeleistungen ebenfalls in EFAS integriert werden sollen. Gleichzeitig verlangt ein Postulat aufzuzeigen, wie die Kostensteigerungen bei den Pflegeleistungen gleichermassen durch alle Finanzierungsträger mitfinanziert werden können. Für beide Vorhaben müssen teilweise die gleichen Grundlagen erarbeitet werden. Benötigt werden insbesondere:

- Ein Konzept zur Herstellung von Transparenz über die Kosten der Pflegeleistungen in Abgrenzung der Betreuungsleistungen.
- Ein Konzept zur Erarbeitung eines einheitlichen Vergütungsmodells unter Einbezug der zukünftigen Ausgestaltung der Patientenbeteiligung.
- Ein Konzept zur Bestimmung der Finanzierungsanteile von Krankenversicherern, Kantonen und Gemeinden sowie der Patienten.

Die vorliegende Konzeptstudie gibt im ersten Teil einen Überblick über bereits vorhandene Informationen und zeigt auf, wo Lücken bestehen bzw. welche Grundlagen zur Integration der Pflegeleistungen in EFAS erst noch geschaffen werden müssen. Im zweiten Teil werden Umsetzungsvorschläge für die drei Konzepte skizziert.

Fehlende Abgrenzung Pflege- und Betreuungsleistungen auf Ebene der Kostenrechnung

Es zeigt sich, dass die heute fehlende Kostentransparenz nicht auf eine unklare Definition von Pflege- und Betreuungsleistungen zurückgeht. Sowohl die gesetzlichen Grundlagen wie auch die erarbeiteten Tätigkeitslisten bei der Pflege im ambulanten und stationären Bereich tragen zu einer klaren Abgrenzung von Pflege- und Betreuungsleistungen bei. Das Problem der Abgrenzung liegt vielmehr auf der Ebene der Kostenrechnung und Datenqualität. Es fehlt an schweizweit einheitlichen Vorgaben zur Ermittlung der Kosten und Erfassung der Leistungen. Zentrales Thema sind dabei die Validierung der unterschiedlichen Verteil- und Umlageschlüssel für die Zuteilung des direkten Personalaufwands, der indirekten Leistungen sowie der Betriebs- und Infrastrukturkosten auf den Kostenträger Pflege. Bei den Pflegeheimen fällt zusätzlich die weitgehend fehlende Arbeitszeiterfassung ins Gewicht. Gleichzeitig fehlt es an Validierungsroutinen zur Verbesserung der Datenqualität. Im Bereich der ambulanten Pflege beruhen die heute verwendeten Kostenrechnungsmodelle auf zu hoch aggregierten Daten und zu wenig ausdifferenzierten Umlagen, so dass die Verteilung der nicht verrechenbaren Kosten auf die Kostenträger Pflege und weitere Leistungen zu ungenau ist. Zugleich werden wichtige Primärdaten uneinheitlich erfasst.

Heute einzig approximative Ermittlung der Finanzierungsanteile möglich

Zur Berechnung der Finanzierungsanteile stehen aktuell einzig die konsolidierten Leistungserbringerstatistiken des Bundesamtes für Statistik (BFS) zur Verfügung. Damit diese verwendet werden können, muss ihre Struktur einerseits die benötigten Daten abbilden. Andererseits müssen die Daten von hoher Qualität sein, damit sie die tatsächlichen Gegebenheiten wiedergeben. Ersteres ist in Bezug auf die Erträge für die Pflegeheime und Spitexorganisationen erfüllt, hingegen werden in der Spitex-Statistik die Angaben zu den Kosten noch nicht in der notwendigen Auflösung abgebildet. Letzteres ist eng mit der Qualität der Kostenrechnung verbunden und bedingt eine korrekte Abgrenzung der Pflegekosten sowie eine einheitliche Datenerfassung durch die

Leistungserbringer. Beides ist heute nicht erfüllt. Die Finanzierungsanteile von Krankenversicherern, Kantonen und Gemeinden sowie der Patienten können auf Basis der heutigen Datenlage nur näherungsweise berechnet werden.

Vergütungsmodell umfasst drei Elemente

Jedes Vergütungsmodell muss bestimmen, welche Leistungserbringer zu welchem Preis was für Leistungen über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen dürfen. Idealerweise gibt es zudem bereits einen Rahmen für zukünftige Tarifverhandlungen und eine Weiterentwicklung der Tarifstruktur.

Für die Zulassung der Leistungserbringer sind heute die Kantone verantwortlich, die zu vergütenden Pflegeleistungen werden abschliessend in einer Positivliste festgehalten. Der Abrechnungstarif unterscheidet sich im ambulanten (Zeittarif) und stationären (Pauschale pro Pflegebedarfsstufe) Bereich, gemein ist aber der fix festgelegte Beitrag der Krankenversicherer und der Maximalbeitrag der Patienten sowie die Restfinanzierung (Norm- oder Vollkostenabgeltung) durch die Kantone bzw. ihre Gemeinden. Ein Rahmen für Tarifverhandlungen und eine Weiterentwicklung der Tarifstruktur fehlt.

Bei der Einführung einer national einheitlichen Vergütung von Pflegeleistungen muss neben einer Vereinheitlichung des Abrechnungstarifs auch bestimmt werden, wer zukünftig wie festlegt, welche Leistungserbringer über die OKP abrechnen dürfen. Zudem ist es vorteilhaft, bereits bei der Einführung die Rahmenbedingungen zur Weiterentwicklung der Tarifstruktur und der Tarifhöhe vorzugeben, damit eine Anpassung an sich ändernde Gegebenheiten leicht möglich ist. Berücksichtigt werden muss zudem, welche Anreizwirkungen von der Vergütung ausgehen. Dabei muss insbesondere eine Abwägung zwischen den Anreizen für eine effiziente Leistungserbringung (Power) und für eine patientengerechte Pflege (Fit) getroffen werden.

Massnahmen zur Schaffung von Kostentransparenz

Die Schaffung von Transparenz über die Kosten der Pflege ist mit verschiedenen Arbeitsschritten verbunden. Unmittelbar notwendig sind

- eine Überprüfung und allfällige Anpassung der Kostenrechnungsmodelle inklusive der Vorgabe eines schweizweit einheitlichen Kostenrechnungsmodells,
- der Aufbau eines Benchmarksystems zur Datenvalidierung,
- die Förderung der Verwendung von Kennzahlen als Führungsinstrumente im Betriebsalltag,
- der Erlass von Bestimmungen ähnlich derjenigen der VKL auch für Spitexorganisationen und selbstständige Pflegefachpersonen.

Längerfristig braucht es zudem eine Weiterentwicklung der Kennzahlensysteme sowie die Einbindung von Qualitätsindikatoren und Unterschieden in der Versorgungsstruktur.

Für die unmittelbaren Massnahmen rechnen wir mit einem Umsetzungszeitraum von vier bis fünf Jahren. Die längerfristigen Massnahmen dürften weitere fünf Jahre in Anspruch nehmen.

Festlegung der Finanzierungsanteile und Ausgestaltung der Patientenbeteiligung

Für die Ermittlung der Finanzierungsanteile sehen wir zwei Varianten. Einerseits kann auf Basis der heute verfügbaren Daten eine grobe Abschätzung der Finanzierungsanteile vorgenommen werden. Andererseits ist es auch möglich, mit der Festlegung der Finanzierungsanteile zu warten, bis bei der Kostentransparenz ein bestimmter Standard erreicht wird. Entschieden werden muss

zudem, ob ein einziges Jahr oder der Durchschnitt über mehrere Jahre für die Bestimmung der Anteile relevant sein soll. Bei der zweiten Variante würde sich der Zeitpunkt der Integration in EFAS entsprechend in die Zukunft verschieben.

Bei der Ausgestaltung der Patientenbeteiligung sehen wir ebenfalls zwei Varianten: Die Beibehaltung einer Patientenbeteiligung für die Pflegeleistungen zusätzlich zu Selbstbehalt und Franchise einerseits oder eine Integration in den Selbstbehalt und die Franchise andererseits. Bei letzterem wäre eine kostenneutrale Überführung der Finanzierungsanteile von Kantonen/Gemeinden und Krankenversicherern nicht möglich. Bei ersterem ist denkbar, dass es den Kantonen freisteht, die Patientenbeteiligung zu subventionieren.

Drei Varianten für eine einheitliche Tarifierung

Bei der Abgeltung der Pflegeleistungen sehen wir drei Szenarien:

1. eine Beibehaltung der aktuellen Beitragsstruktur mit vollständiger Kostenrückerstattung,
2. eine Beibehaltung der aktuellen Beitragsstruktur mit effizientem Benchmark und
3. eine explorative Anpassung der Beitragsstruktur.

Das erste Szenario hat den Vorteil, dass es einen hohen Anreiz für eine patientengerechte Pflege (Fit) setzt und mit einem geringen Datenbedarf verbunden ist. Hingegen besteht ein geringer Anreiz für eine effiziente Leistungserbringung bzw. ein solcher müsste über ergänzende regulatorische Vorgaben gesetzt werden. Demgegenüber hat das zweite Szenario den Vorteil, dass es einen hohen Anreiz setzt, die Leistungen effizient zu erbringen (Power). Gleichzeitig besteht aber zumindest in den Pflegeheimen ein Anreiz zur Selektion von «rentablen» Patienten, und die Umsetzungskosten sind vergleichsweise hoch. Das Benchmarking könnte mit einer Auswahl an Leistungserbringern, welche bereits über eine hohe Datenqualität verfügen, aufgebaut und sukzessive erweitert werden. Insbesondere zu Beginn muss es als lernendes System angelegt und fortlaufend revidiert werden. Wir sehen einen Entwicklungszeitraum von mindestens fünf Jahren.

Das letzte Szenario einer explorativen Anpassung der Beitragsstruktur hat den grossen Vorteil, dass allenfalls eine Struktur gefunden werden kann, die ein besseres Verhältnis zwischen dem Anreiz zur effizienten Leistungserbringung und dem Anreiz für eine patientengerechte Pflege schaffen kann. Das Szenario ist aber von allen dreien mit dem höchsten Datenbedarf und längsten Umsetzungszeitraum von schätzungsweise 10 Jahren verbunden. Zudem ist unklar, ob eine bessere Beitragsstruktur gefunden werden kann. Denkbar ist bei diesem Szenario, dass es mit dem Szenario 1 kombiniert wird. In diesem Fall würde – um eine möglichst schnelle Integration der Pflege in EFAS zu erlauben – in einer ersten Phase eine Vergütung der Vollkosten erfolgen (Szenario 1). In einer zweiten Phase würde die Vergütung dann auf der neu ausgearbeiteten Beitragsstruktur basieren.

Schaffung eines Steuerungsgremiums für die Integration der Pflege in EFAS

Wir empfehlen für die Umsetzung der Integration der Pflege in EFAS ein Steuerungsgremium zu schaffen, in welchem alle relevanten Interessensgruppen vertreten sind. Sowohl zur Schaffung von Kostentransparenz, der Berechnung der Finanzierungsanteile sowie der Entwicklung einer einheitlichen Tarifstruktur ist aus unserer Sicht eine zentrale Zusammenarbeit aller Beteiligten nötig. Innerhalb des Steuerungsgremiums könnten zu jedem der drei Themenbereiche eine Arbeitsgruppe gebildet werden, welche für die Umsetzung der oben erläuterten Massnahmen verantwortlich ist. Zu diesem Zweck kann sie einerseits Aufträge vergeben, andererseits lohnt sich für gewisse Aufgaben allenfalls auch die Beschäftigung eigener Mitarbeiter.

L'essentiel en bref

Cadre général

Le Parlement débat actuellement de la mise en place d'un financement uniforme des prestations ambulatoires et hospitalières (*einheitliche Finanzierung der ambulanten und stationären Leistungen*, EFAS). Dans ce contexte, la question se pose de savoir dans quelle mesure les prestations de soins devraient y être incluses. En parallèle, un postulat demande de démontrer comment l'augmentation des coûts des prestations de soins pourrait être financée à parts égales par tous les agents payeurs. Ces deux objets nécessitent l'élaboration de bases en partie identiques, notamment :

- d'un concept pour créer plus de transparence en matière de coûts des prestations de soins, considérées séparément des prestations d'assistance ;
- d'un concept pour élaborer un modèle uniforme de rémunération qui tienne compte de la forme future de la participation des patients ;
- d'un concept pour calculer les parts de financement respectives des assureurs-maladie, des cantons et des communes ainsi que des patients.

La première partie de la présente étude conceptuelle offre une vue d'ensemble des informations déjà disponibles et indique où des lacunes subsistent et quelles bases restent à créer pour intégrer les prestations de soins dans le financement uniforme. La deuxième partie esquisse quelques propositions en vue de réaliser les trois concepts précités.

Absence de délimitation entre prestations de soins et prestations d'assistance sur le plan comptable

Il s'avère que le manque actuel de transparence en matière de coûts n'est pas dû à un manque de clarté dans la définition des prestations de soins et d'assistance. Tant les bases légales que les listes d'activités établies pour les soins, qu'ils soient ambulatoires ou stationnaires, contribuent à fixer une délimitation claire entre soins et assistance. Le problème qui se pose concerne plutôt la comptabilité analytique et la qualité des données : il n'existe à l'échelle suisse aucune prescription uniforme en matière de calcul des coûts et de saisie des prestations. Le point central à cet égard est la validation des différentes clés de répartition pour l'attribution aux « soins », en tant qu'unité finale d'imputation, des charges directes de personnel, des prestations indirectes ainsi que des frais d'exploitation et d'infrastructure. En ce qui concerne les établissements médico-sociaux (EMS), l'absence fréquente de saisie du temps de travail constitue également un élément important. Dans le même temps, des routines de validation font défaut, qui viseraient une amélioration de la qualité des données. Dans le domaine des soins ambulatoires, les modèles comptables appliqués aujourd'hui reposent sur des données agrégées à un niveau trop élevé et sur des répartitions trop grossières, de sorte que la ventilation des coûts non imputables entre les unités finales d'imputation « soins » et « autres prestations » est trop imprécise. Qui plus est, des données primaires importantes sont saisies de différentes manières.

Seule une détermination approximative des parts de financement est actuellement possible

Les parts de financement ne peuvent aujourd'hui être calculées que sur la base des statistiques consolidées des fournisseurs de prestations de l'Office fédéral de la statistique (OFS). Afin que ces statistiques puissent être utilisées, il est toutefois nécessaire, d'une part, que leur structure corresponde aux données requises et, d'autre part, que ces données soient d'une qualité suffisante

pour refléter la situation effective. La première condition est remplie en ce qui concerne les recettes des EMS et des organisations d'aide et de soins à domicile, mais les indications des statistiques du domaine de l'aide et des soins à domicile ne sont pas encore suffisamment détaillées quant aux coûts. La deuxième condition est étroitement liée à la qualité de la comptabilité analytique et nécessite deux choses qui aujourd'hui font encore défaut : une délimitation correcte des coûts des soins et une uniformité dans la saisie des données par les fournisseurs de prestations. Les données actuellement disponibles ne permettent qu'un calcul approximatif des parts de financement respectives des assureurs-maladie, des cantons et des communes ainsi que des patients.

Le modèle de rémunération comprend trois éléments

Tout modèle de remboursement doit établir quels fournisseurs de prestations peuvent facturer quelles prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS), et à quel prix. En outre, idéalement, un cadre est déjà fixé pour les futures négociations tarifaires et pour le perfectionnement de la structure tarifaire.

L'admission des fournisseurs de prestations est aujourd'hui du ressort des cantons ; les prestations de soins remboursables sont exhaustivement énumérées dans une liste positive ; quant au tarif facturé, il diffère selon les domaines : tarif horaire pour l'ambulatoire, forfaits par niveau de soins pour le stationnaire ; ces deux domaines ont en commun la définition fixe des contributions respectives des assureurs-maladie, du montant maximal à la charge des patients, ainsi que du financement résiduel (remboursement des coûts totaux ou des coûts normatifs) par les cantons ou les communes. En revanche, un cadre fait défaut pour les négociations tarifaires et pour le perfectionnement de la structure tarifaire.

Si un modèle de remboursement uniforme à l'échelle nationale est mis en place pour les prestations de soins, il faudra, outre l'uniformisation du tarif à facturer, déterminer qui décidera à l'avenir quels fournisseurs de prestations pourront facturer leurs prestations à la charge de l'AOS. Il serait en outre souhaitable que les conditions cadre du niveau tarifaire et du perfectionnement de la structure tarifaire soient définies dès la mise en place du modèle, afin d'en faciliter l'adaptation aux changements de situation. Il importe également de prendre en considération les effets incitatifs produits par le remboursement, et notamment de mettre en balance les incitations à une fourniture efficiente des prestations (*power*), d'un côté, et les incitations à une adéquation des soins aux besoins des patients (*fit*), de l'autre.

Mesures pour créer la transparence en matière de coûts

Créer de la transparence en matière de coûts des soins est un travail qui doit se faire par étapes. Quatre mesures immédiates s'imposent :

- réexaminer et adapter, le cas échéant, les modèles comptables, ce qui inclut l'imposition à l'échelle suisse d'un modèle uniforme de comptabilité analytique ;
- mettre en place un système de valeurs de référence servant à la validation des données ;
- encourager le recours à des indicateurs comme instruments de gestion au quotidien ;
- édicter des dispositions similaires à celles de l'OCP pour les organisations d'aide et de soins à domicile ainsi que pour les infirmières et infirmiers indépendants.

À plus long terme, il importe en outre de perfectionner les systèmes d'indicateurs, et d'inclure des indicateurs de qualité et des différences dans la structure de prise en charge.

La mise en œuvre des mesures immédiates devrait prendre quatre à cinq ans. Pour les mesures à plus long terme, il faut compter cinq ans supplémentaires.

Comment déterminer les parts de financement et définir la participation des patients

Pour déterminer les parts de financement respectives, deux variantes sont envisagées. La première consisterait à estimer grossièrement ces parts à partir des données actuellement disponibles. La deuxième serait d'attendre, pour définir ces parts, qu'un standard donné ait été atteint en matière de transparence des coûts. Il faut en outre décider si la détermination des parts doit se faire sur la base des coûts d'une année ou de la moyenne de plusieurs années. La deuxième variante repousserait évidemment à plus tard l'intégration dans le financement uniforme EFAS.

Pour définir la participation des patients, deux variantes sont aussi possibles : soit maintenir la participation des patients aux prestations de soins en plus de la franchise et de la quote-part, soit l'intégrer dans ces dernières. La deuxième variante ne permettrait pas un transfert neutre en termes de coûts des parts de financement des cantons ou des communes et des assureurs-maladie. Dans la première variante, on peut imaginer que les cantons resteraient libres de subventionner la participation des patients.

Trois variantes pour l'uniformisation des tarifs

Pour le remboursement des prestations de soins, trois scénarios sont possibles :

1. maintenir la structure actuelle des contributions, avec remboursement intégral des coûts ;
2. maintenir la structure actuelle des contributions, avec des valeurs de référence efficaces ;
3. adapter la structure des contributions sur un mode exploratoire.

Le premier scénario présente l'avantage d'inciter fortement à une adéquation des soins aux besoins des patients (*fit*) tout en ne nécessitant que peu de données. Par contre, il incite moins à une fourniture efficace des prestations, ou celle-ci devrait être obtenue moyennant des prescriptions régulatrices complémentaires. A l'inverse, le deuxième scénario a pour avantage d'inciter fortement à une fourniture efficace des prestations (*power*). Dans le même temps, ce scénario incite toutefois, du moins dans les EMS, à une sélection des patients « rentables », et les coûts de mise en œuvre sont relativement élevés. Le système de valeurs de référence pourrait être mis en place avec l'aide de fournisseurs de prestations sélectionnés disposant déjà de données de qualité élevée, et être complété progressivement. Il importe, au début surtout, de concevoir ce système comme un « système apprenant » et de le réviser en continu. Son développement prendrait au moins cinq ans.

Ce qui parle en faveur du dernier scénario, celui de l'adaptation exploratoire de la structure des contributions, c'est qu'il permettrait peut-être de trouver une structure offrant un meilleur équilibre entre les deux types d'incitation. Ce scénario est toutefois aussi celui des trois qui nécessite le plus gros volume de données et la période de mise en œuvre la plus longue, estimée à dix ans. Cela dit, il n'est pas certain qu'il aboutisse à une meilleure structure des contributions. Il est aussi imaginable de combiner ce scénario avec le premier. Dans ce cas, afin d'intégrer aussi rapidement que possible les soins dans le financement uniforme EFAS, il faudrait, dans une première phase, rembourser intégralement les coûts (scénario 1) puis, dans une deuxième phase, rembourser les coûts sur la base de la nouvelle structure des contributions élaborée entre-temps.

Instituer un comité de pilotage pour intégrer les soins dans le financement uniforme EFAS

Pour réaliser l'intégration des soins dans le financement uniforme EFAS, il est proposé de former un comité de pilotage au sein duquel toutes les parties prenantes seraient représentées. Il paraît indispensable que tous les milieux concernés collaborent de façon centralisée, aussi bien pour créer de la transparence en matière de coûts que pour calculer les parts de financement respectives et mettre au point une structure tarifaire uniforme. À l'intérieur du comité de pilotage, il serait possible de former pour chacune des trois thématiques un groupe de travail, qui serait responsable de la mise en œuvre des mesures évoquées plus haut. À cette fin, chaque groupe pourrait attribuer des mandats ; pour certaines tâches, il pourrait aussi valoir la peine d'engager ses propres collaborateurs.