

Innovationen in der Langzeitpflege

Dedica -Fachkongress

22. Oktober 2018, Zentrum Paul Klee, Bern

Differenzen zwischen «Absicht» und «Umsetzung» der gesetzlichen Pflegefinanzierung. Das ideale Modell für Patienten/-innen, Institutionen und Finanzierer

Ruth Humbel, Nationalrätin CVP

Mitglied der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit



Demographische Entwicklung

+807%

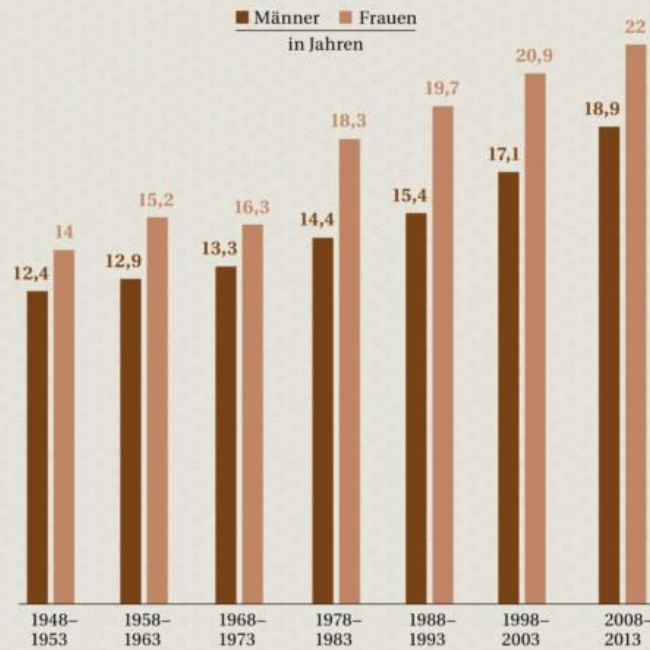
+85%

Wohnbevölkerung AHV-Bezüger

seit 1948



Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren seit 1948



Quelle: Bundesamt für Sozialversicherungen / Grafik FJW, ck

Ausgaben
AHV in
Franken

2005: 31 Mia.
2015: 42 Mia.
2025: 53 Mia.
2035: 70 Mia.



Herausforderungen an Politik und Gesellschaft

- Hin zu einer langlebigen Gesellschaft und zu einer Viergenerationengesellschaft
- Immer mehr ältere Personen mit unterschiedlicher Lebenssituation und unterschiedlicher kultureller Herkunft
- Auswirkungen auf Gesundheitsversorgung/Sozialversicherungen
 - Bund regelt Sozialversicherung
 - Kantone zuständig für Gesundheitsversorgung, Wohnen, Mobilität
- Finanzierungsschlüssel: Privat – Sozialversicherungen – Kantone/Gemeinden
- Fachkräfteinitiative: genügend Personal ausbilden
- Bedarfsorientierte Versorgungsstrukturen
 - Wohnen zu Hause
 - Betreutes Wohnen
 - Pflegeheim



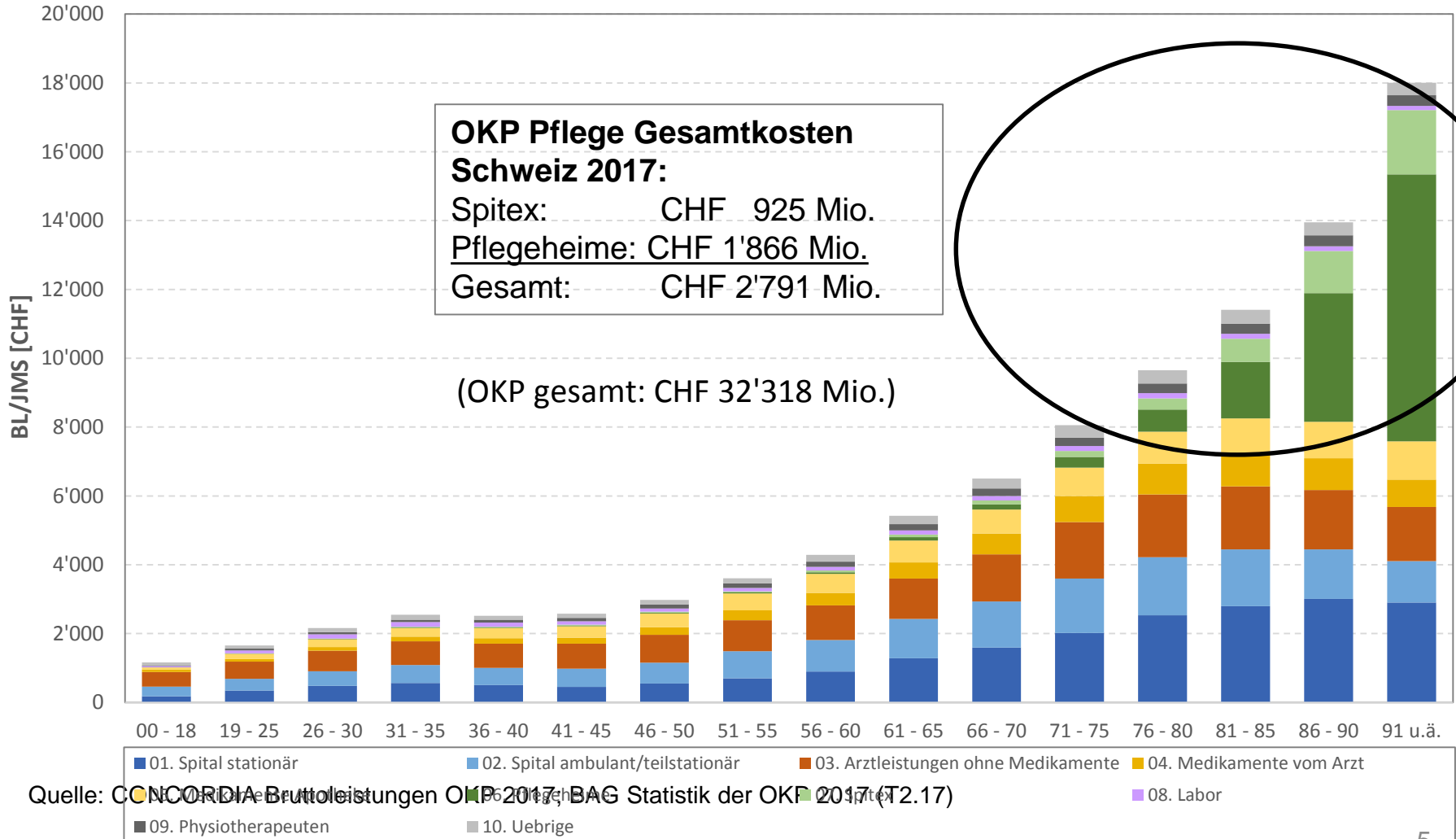
Soziale Sicherheit von Rentnerinnen und Rentner

- **Privates Einkommen**
 - AHV
 - 2. Säule
 - 3. Säule/ Vermögen
- **Sozialversicherungen**
 - Einkommens- und vermögensunabhängig
 - Hilflosenentschädigung
 - Krankenkassenleistungen
 - Einkommens- und vermögensabhängig
 - Ergänzungsleistungen
 - Sozialhilfeleistungen



Kosten für Pflegeleistungen in der Grundversicherung (OKP)

Abgerechnete Leistungen im 2017 nach OKP-Kostengruppen und Altersgruppe





Nationales Krankenversicherungsgesetz (KVG) – 26 kantonale Gesundheitswesen

Nationale Gesundheitsstrategien –
Umsetzung bei den Kantonen

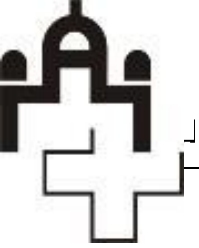
- Strategie E-Health Schweiz
- NCD-Strategie: Nicht übertragbare Krankheiten
- Nationale Demenzstrategie
- Strategie für Palliativ-Care
- Nationale Krebsstrategie
- Strategie «seltene Krankheiten»
- Gesundheit 2020: Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates

Die vier Handlungsfelder



Gesundheit | Santé
Sanità | Sanadad

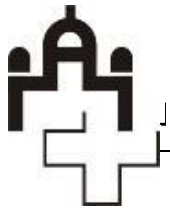
2020



Im Zentrum der Massnahmen steht der Mensch und sein Wohlbefinden

Es geht darum, Krankheiten und damit verbundenes Leid zu vermeiden, durch

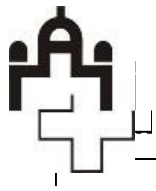
- wirksames Vorbeugen (NCD-Strategie)
- eine Früherkennung und die Langzeitversorgung
- Erhöhung der Selbstkompetenz aller Bevölkerungsgruppen in Gesundheitsfragen
- Vermeidung unnötiger Behandlungen und Komplikationen
- Ausschöpfung vorhandener Effizienzreserven durch transparente Strukturen sowie eine bessere und klarer geregelte Steuerung



Herausforderung: Versorgungsqualität von chronischen Kranken

Patientin: 79 Jahre alt, alleinstehend

- Osteoporose, Arthrose, Diabetes Typ II, Bluthochdruck, Chronische Lungenerkrankung
 - 12 verschiedene Medikamente
 - Einnahme zu 5 verschiedenen Tageszeiten
 - insgesamt 19 Einzeldosen
 - in 7 Bereichen könnten sich 2 Medikationen gegenseitig beeinträchtigen
 - Ratschläge zu Diät und Lebensführung: in 8 Bereichen kann die Therapie durch die Ernährung beeinflusst werden
-



Integrierte Versorgung zur Verbesserung der Lebensqualität kranker Menschen

Es braucht neue Behandlungsformen

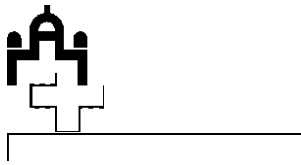
Gesundheit 2020

Handlungsfeld 1, Lebensqualität sichern

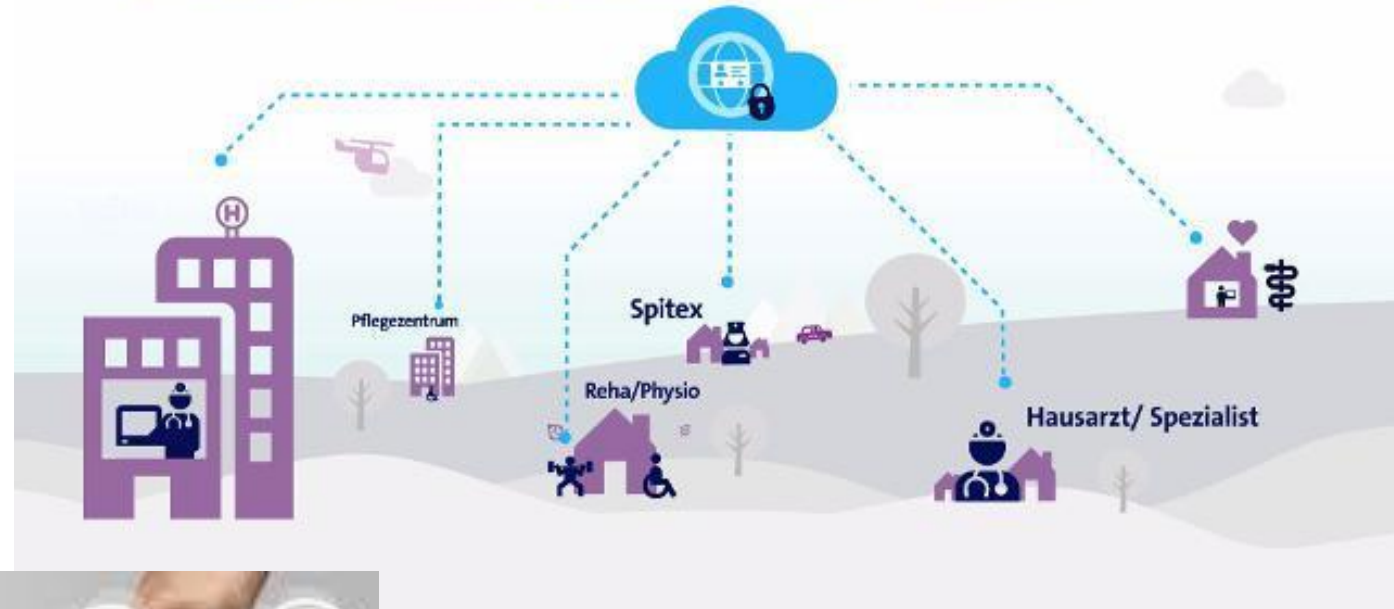
Ziel 1.1. Zeitgemässe Versorgungsangebote fördern

Verbesserung der integrierten Versorgung von der Früherkennung bis zur Palliative Care um die Qualität der Versorgung zu erhöhen und unnötige Kosten zu verhindern.

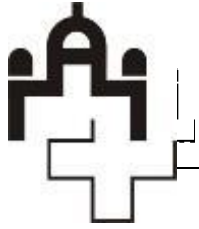
➡ Digitalisierung, e-Health sinnvoll nutzen



Medienbruchfreie Kommunikation, effiziente Prozesse und **überall abrufbare** Patientendaten



- ### Chancen der Digitalisierung im Gesundheitswesen
- zum Nutzen der Patientinnen und Patienten und
 - zur Entlastung des Personals
 - zur Sicherung der Qualität und zur Effizienzsteigerung



Neuordnung der Pflegefinanzierung

Ziele:

- Keine zusätzliche Belastung der OKP
 - Keine Sozialhilfebedürftigkeit im Alter wegen Pflegebedürftigkeit
 - Begleitmassnahmen:
 - Ausdehnung Hilflosenentschädigung in der AHV für HLE leichten Grades bei Spitex
 - Erhöhung Vermögensfreibeträge in der EL
(Alleinstehende von Fr. 25'000.- auf Fr. 37'500.-, für Ehepaare von Fr. 40'000.- auf Fr. 60'000.-, Freibetrag für selbstbewohntes Wohneigentum: Fr. 300'000.-)
 - EL aktuell in Reform
-

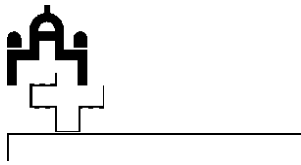


Art 25a KVG Pflegeleistungen bei Krankheit

Inkraft seit 1. Januar 2011

Abs. 1

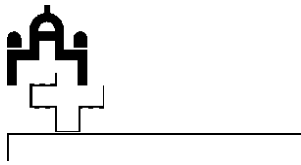
Die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistet einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer **ärztlichen Anordnung** und eines **ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim** erbracht werden.



Art 25a KVG Pflegeleistungen bei Krankheit

Abs. 2

Die Leistungen der **Akut- und Übergangspflege**, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital ärztlich angeordnet werden, werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und vom Wohnkanton des Versicherten während **längstens zwei Wochen** nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a Abgeltung der stationären Leistungen) vergütet. **Versicherer und Leistungserbringer vereinbaren Pauschalen.**



Art 25a KVG Pflegeleistungen bei Krankheit

³ Der Bundesrat bezeichnet die Pflegeleistungen und regelt das Verfahren der Bedarfsermittlung.

⁴ Der **Bundesrat setzt die Beiträge differenziert nach dem Pflegebedarf in Franken** fest.

Massgebend ist der Aufwand nach Pflegebedarf für Pflegeleistungen, die in der **notwendigen Qualität, effizient und kostengünstig** erbracht werden. Die Pflegeleistungen werden einer Qualitätskontrolle unterzogen. Der Bundesrat legt die Modalitäten fest.



Art 25a KVG Pflegeleistungen bei Krankheit

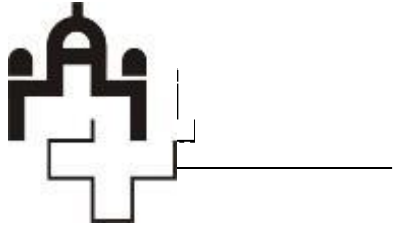
⁵ Der versicherten Person dürfen von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten **höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages** überwältzt werden. Die Kantone regeln die Restfinanzierung.



Nach Inkrafttreten Neuordnung Pflegefinanzierung

Zahlreiche Vorstössen, insbesondere zu folgenden Themen:

- Restfinanzierung der Kantone
- Wahl- und Niederlassungsfreiheit Pflegebedürftiger
- Patientenbeteiligung
- Pflegebedarfserfassungssysteme
- Gleichstellung öffentlicher und privater Spitex-Anbieter
Kostenrechnung und Leistungserfassung
beziehungsweise
- Abgrenzung zwischen Pflege und Betreuung
- Situation pflegender Angehöriger



Pflegefinanzierung: Handlungsbedarf

- 2017 Nachbesserung betreffend Zuständigkeit Restkostenfinanzierung
 - Hauptprobleme gemäss Evaluation der Pflegefinanzierung
 - Ungedeckte Restkosten: Ungenügende Restkostenfinanzierung durch die öffentliche Hand
 - Keine praxistaugliche Umsetzung der Übergangspflege
-



Postulat vom 13.5.2016

Gleichmässige Finanzierung der Kostensteigerung bei den Pflegeleistungen durch alle Kostenträger

Der Bundesrat wird beauftragt aufzuzeigen, wie die Kostensteigerung der Pflegeleistungen durch alle Kostenträger - Krankenversicherer, öffentliche Hand und Private - gleichermassen mitfinanziert werden könnte und die Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an die Pflegeleistungen, welche in der notwendigen Qualität, effizient und kostengünstig erbracht werden, regelmässig der Teuerung angepasst werden könnten.



Motion vom 6. Juli 2018

MiGeL-Produkte. Inrechnungstellung durch Erbringer von Pflegeleistungen

Der Bundesrat wird beauftragt, die rechtlichen Voraussetzungen zu schaffen, damit die Leistungserbringer für Pflegeleistungen nach Artikel 25a des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) die in der Liste der Mittel und Gegenstände (Migel) aufgeführten Produkte sowohl für die Selbstanwendung der versicherten Person als auch für die Anwendung durch eine Pflegefachperson in Rechnung stellen können



Das ideale Modell für Patienten/-innen, Institutionen und Finanzierer

Wir können nicht auf der grünen Wiese beginnen.

Divergierende Interessen - gesucht ist die eierlegenden Wollmilchsau



Aber.....



Das ideale Modell für Patienten/-innen, Institutionen und Finanzierer – ausgehend vom aktuellen System

....es gibt gemeinsame Interessen aller Akteure

- Ein würdiges Leben für Patienten und Patientinnen in einer Wohnform, die sich nach ihren Bedürfnissen und nicht nach den Finanzierungsmöglichkeiten richtet.
- Beitrag an Pflegeleistungen in **Abhängigkeit des Pflegebedarfs** und nicht vom Ort der Pflegeleistungen
- Gesetzeskonforme Anpassung der Übergangspflege
- Anreize für Aktivierung und Prävention
- Einkommen/Ersparnis ist für das Leben



Das ideale Modell für Patienten/-innen, Institutionen und Finanzierer – ausgehend vom aktuellen System

- Rechtssicherheit
- Aufbau einer Vertrauenskultur
- Mehr Verhandeln – weniger Prozesse
- Keine Kostenverlagerungen zwischen den Finanzierern
- gleichmässige Partizipation der Finanzierer an der Kostenentwicklung
- Abbau von Bürokratie
- Ausbildung von genügend Pflege- und Betreuungspersonal
- Einsatz der Digitalisierung/e-Health
- Überwindung des Föderalismus



DANKE !

FÜRS ZUHÖREN ;-)