



Das Leistungs-bezogene Finanzierungssystem der Suchttherapie

Le système de financement des prestations pour les thérapies des dépendances

Second opinion Handbuch August 2003

31. März 2004

Inhaltsverzeichnis

1	ÄNDERUNG DES FINANZIERUNGSSYSTEMS DER SUCHTTHERAPIE (FISU-FIDÉ)	3
2	VERSORGUNGSPLANUNG	3
3	LEISTUNGSVEREINBARUNG	6
3.1	Leistungsbeschreibung	6
4	ABGELTUNG DER LEISTUNGEN	6
4.1	Grundsätzliches	6
4.2	Arbeitsfeldpauschalen	6
4.2.1	Ermittlung der Vollkosten	7
4.2.2	Tariffbildung	7
5	GELDFLUSS	8
5.1	Rechnungsstellung	8
6	BEURTEILUNGEN	9
7	SCHLUSSBEMERKUNGEN	10

1 Änderung des Finanzierungssystems der Suchttherapie (FiSu-FiDé)

Das heutige Finanzierungssystem der Suchttherapie enthält keine finanziellen und qualitativen Anreize, um eine kostenbewusste und kostendämmende Therapie zu erreichen. Therapieplätze fehlen oder werden unkoordiniert genutzt, nicht zuletzt weil verlängerte Aufenthalte dank einer Abgeltung durch Tagespauschalen den Institutionen willkommene Mittel verschaffen. Eine qualitative und effiziente Behandlung und Betreuung kann nur mit einem Systemwechsel sowohl in der Finanzierung wie auch in der Versorgungsplanung erreicht werden. Es ist auf allen Ebenen eine Verhaltensänderung der Akteure zu erreichen.

Mit dem Modell FiSu-FiDé, das in seinen Grundzügen bereits seit 1999 und seit 2002 detailliert bekannt ist, konnte bis heute noch nicht die Mehrheit der Kantone für die notwendige Umstellung auf eine leistungsbezogene Abgeltung gewonnen werden. Die Kantone sehen die Vorteile und Anreize für die öffentliche Hand noch nicht und scheuen bei der herrschenden Mittelknappheit vor einer Systemänderung zurück, welche für die Umstellung einmalige Kosten verursachen dürften. Die Systemänderung muss die Kostendämmung bei gleichzeitiger Qualitätssicherung berücksichtigen und Anreize so schaffen, dass auch eine Wertschöpfung für die Kantone erreicht wird. Im Folgenden wird besonders zu den Aspekten Versorgungsplanung und Geldfluss gemäss dem FiSu-FiDé Handbuch (August 2003) eine Meinung abgegeben.

2 Versorgungsplanung

Die Kantone sind verpflichtet, Angebote in der Suchttherapie bereitzustellen. Gemäss Art. 15a, Abs. 2 Betäubungsmittelgesetz haben sie für die Betreuung von Personen zu sorgen, welche ärztliche Behandlung oder fürsorgerische Massnahmen benötigen. Im Rahmen dieser Behandlung ist die berufliche und soziale Wiedereingliederung zu fördern. Die Erfüllung dieses Auftrags kann jeder Kanton für sich innerkantonal wahrnehmen, in dem er die Entzugsmöglichkeiten und je nach Interventionsgrad die Therapieangebote (Lebensfeld-ersetzend) sowie die Aussenwohngruppen (Lebensfeld-ergänzend) und die ambulante Nachsorge (Lebensfeld-begleitend) sicherstellt. Mittlere und kleine Kantone können diese Aufgabe aus finanziellen und organisatorischen Gründen nicht selber erfüllen. Die Leistungen müssen eingekauft werden. Zu oft erfolgt heute die Zuweisung aus Datenschutzgründen, persönlichen Patientengründen oder wegen der Angehörigen (vergleichbar mit der Situation bei stationären psychiatrischen Einrichtungen) ausserhalb des Wohnortkantons.

Der Bedarf an stationären Institutionen ist unter der Zuhilfenahme der FiSu-FiDé-Hilfsmittel zu planen und periodisch der neuen gesellschaftlichen "Marktsituation" und den therapeutischen Modellen anzupassen. Diese Planung soll nicht kantonsindividuell, sondern in Versorgungsregionen¹ erfolgen.

¹ Um eine Kostendämmung zu erreichen, sollen die einzelnen Kantone künftig die Spitalplanungen (Art. 39 Abs 1 lit d KVG) auch nur noch in Versorgungsregionen wahrnehmen können. Gemeinsam muss eine Konzentration von qualitativen Leistungen erfolgen.

Diese interkantonale Planung (z.B. Nordwestschweiz, Ostschweiz) entspricht bereits heute der Struktur der GDK (Gesundheitsdirektorenkonferenz). Gemeinsam wird nicht nur das therapeutische sondern das ganze Behandlungs- und Betreuungsangebot für Suchtpatienten nach Qualitäts- und Leistungsangeboten evaluiert. Die Leistungsaufträge werden gemeinsam erarbeitet und zugeordnet. Dabei haben therapeutische Institutionen, die heute als Klinik (Spitalliste) oder als sozialtherapeutische Institutionen geführt werden, die gleichen Voraussetzungen. Die Kliniken würden ihren Status und den Platz auf der Spitalliste zugunsten eines Platzes auf der Suchttherapieliste verlieren. Zuweisungen in diese Institutionen werden leistungsbezogen von der öffentlichen Hand, und erst wenn diese einen Leistungsauftrag erteilen, auch von der IV unterstützt. Therapiepatienten, die innerhalb der Versorgungsregion in einer Institution betreut werden, die keinen Leistungsauftrag hat, sollten weder von der IV noch von der öffentlichen Hand unterstützt werden. Beim ganzen Planungs- und Finanzierungsprozess ist darauf zu achten, dass administrative Arbeiten in den Kantonen abgebaut und zentralisiert werden. Kostengutsprachen und die Beziehungen mit Kostenträgern erfolgen an einem Ort und nicht überall und unkoordiniert. Alle Doppelpurigkeiten und unnötigen Wege in den Finanzierungsabläufen sollen, so weit aufgrund der gesetzlichen Vorgaben möglich, eliminiert werden.

Die Liste der von den Kantonen der Versorgungsregion genehmigten Suchttherapieinstitutionen soll integrierender Teil der Interkantonalen Vereinbarung der sozialen Einrichtungen werden und von allen Kantonen der Versorgungsregion getragen werden.

Basis für die Definition der Leistungen und die Erteilung der Leistungsaufträge und somit Grundlage für den gesamten Geldfluss im Finanzierungssystem FiSu-FiDé bildet eine gut funktionierende Versorgungsplanung und eine zentrale "Versorgungsstelle", in der auch alle administrativen Leistungen erbracht werden. Innerhalb der Versorgungsregion soll unter den Institutionen der Markt respektive Wettbewerb spielen, indem die Qualität und die Kosten je Institution mit gleichen Leistungen entscheidend für die Zuweisung sind. Mit der Erstellung der Pflichtenhefte für die zentralen Dienste haben die durch FiSu vorgegebenden Qualitätskriterien bekannt zu sein.

Die Planung und die Einführung einer Versorgungsregion und der unbedingt damit verbundenen zentralen Dienststelle sind wichtig, weil sie für den Geldfluss für die Abgeltung der Leistungen eine wichtige Rolle einnimmt.

Vorteile

- Das Leistungsangebot wird konzentriert und koordiniert. Das Platzmanagement, das Controlling und die ergänzenden und begleitenden Massnahmen werden zugunsten der Einhaltung von budgetierten Aufenthaltsdauern in der stationären Institution innerhalb der ganzen Region organisiert.
- Zentrale Dienstleistung:
Eine zentrale Stelle innerhalb der Versorgungsregion bildet die Dienststelle für Finanzierungs- und Abrechnungsfragen. Diese Stelle erarbeitet auch für die Kantone die Bedarfsplanung und die Leistungsaufträge. Sie steuert die Leistungseinkäufe aufgrund von Qualitäts- und Preiskriterien.
Diese Stelle baut mit FiSu-FiDé eine online-Beratungs- und Platzierungsstelle auf. Sie ist die Drehscheibe für alle Verrechnungen innerhalb der Kantone und in der Beziehung Institution / Gemeinden / IV / Kanton. Dieser Stelle zur Seite steht eine von den Kantonen der Versorgungsregion finanzierte Fachstelle "Intake-, Indikations- und Triagestelle".
- Die zentralen Stellen erhalten im Pflichtenheft die Aufgabe und Kompetenz für die Steuerung der Klienten und des Geldflusses. Sie haben aber auch die Pflicht, die Qualitätsmessung und die –Sicherung zu kontrollieren und aufgrund der "outcome"-Messung Empfehlungen an die Kantone der Versorgungsregion abzugeben. Die Qualität soll mit einem offiziellen Rating und der entsprechenden Publikation gefördert werden.
- Die Leistungsaufträge werden von der ganzen Versorgungsregion und nicht nur von einem einzelnen Kanton verhandelt und abgeschlossen. Innerhalb der Versorgungsregion gibt es keinen Unterschied zwischen innerkantonalen und ausserkantonalen Betreuungen.
- Eine Koordination mit der Interkantonalen Vereinbarung für soziale Einrichtungen (IVSE) muss erreicht werden. Die Kantone müssen die Verantwortung an den stationären Institutionen mittragen, aber dafür bedarf es keiner neuen interkantonalen Vereinbarung.

Nachteile

- Wenn nicht alle Kantone dem Anhang C zur Interkantonalen Vereinbarung für soziale Einrichtungen (IVSE) beitreten, muss mit diesen Kantonen speziell verhandelt werden. Der Liste C, welche das Finanzierungsmodell und den Qualitätsraster beinhaltet, sollten alle Kantone beitreten.
- Der (möglicherweise machtausübende) Standortkanton plant die suchttherapeutischen Leistungen nicht mehr selber; er nimmt die Planung und die Entscheidungen in allen Belangen (Leistungsauftrag, Dienstleistungsstelle Finanzierung, etc.) gemeinsam mit den Kantonen der Versorgungsregion wahr.
- Die zentralen Dienststellen haben keine Kompetenzen, die Strategie und den operativen Bereich der Institutionen zu beeinflussen. Sie können nur Empfehlungen (z.B. für eine straffere Organisation, gemeinsame Führung, etc.) weitergeben.

3 Leistungsvereinbarung

Im Rahmen der suchtherapeutischen Planung erteilen die Kantone der Versorgungsregion, respektive die zentrale Dienststelle jenen Institutionen, die auf der Suchttherapieplanung aufgeführt sind, einen Leistungsvertrag. Im Vertrag sind bereits die benötigten Kapazitäten und spezielle Ressourcen (muss nicht identisch sein mit den vorhandenen Ressourcen) festgelegt. Diese Eckdaten sollen nicht beliebig geändert werden können; es erfolgt jedoch dem Markt und der Nachfrage entsprechend eine periodische Überprüfung der Planung.

Die zentrale Dienststelle muss auch gegenüber den mittragenden Kantonen zu den bestehenden Ressourcen (Bettenzahl) eine ökonomische und eine sozialpolitische Beurteilung abgeben können. Qualitative und finanzielle Beurteilungen sollen insbesondere bei kleinen Institutionen vorgenommen werden, welche alle Sozialisationsfelder anbieten. Der Standortkanton ist für die Qualität der Leistungen und den Auslastungsgrad der Planbetten verantwortlich. Entscheidend in der Versorgungsregion ist auch, dass z.B. die administrativen Leistungen konzentriert und damit die einzelnen pauschalen Tarife proportional entlastet werden.

Die Leistungsvereinbarung ist massgebend für die Leistungserfassung und die Festlegung der Abgeltung der Leistungen. Ohne Leistungsvereinbarung gibt es keine FiSu-FiDé-Arbeitsfeldpauschalen. Die Arbeitsfeldpauschalen widerspiegeln das Sozialisationsfeld bzw. die Leistungsbereiche ausgezeichnet im FiSu-FiDé-Würfel.

3.1 Leistungsbeschreibung

Die Leistungsbeschreibungen sind im Handbuch ausgezeichnet detailliert vorgegeben: Manche Institutionen werden sich mit dem Ausfüllen der Beschreibungen erstmals kennen lernen.

4 Abgeltung der Leistungen

4.1 Grundsätzliches

Die Zeit der jährlichen Defizitdeckung ist endgültig, auch im Gesundheitswesen vorbei! Abgeltungen von Leistungen auf der Basis von Vollkosten dürfen aus qualitativen und anreizbedingten Gründen nur noch subjektbezogen und geregelt nach gleichen Grundsätzen erfolgen.

4.2 Arbeitsfeldpauschalen

Mit den Arbeitsfeldpauschalen die im FiSu-FiDé Handbuch sehr ausführlich und einwandfrei nachvollziehbar umschrieben sind, werden nur die Leistungsbereiche (Primärgruppe, Arbeit, Bildung, Freizeit) in den Lebensfeld-ersetzenden Institutionen geregelt.

4.2.1 Ermittlung der Vollkosten

Die Vollkosten sollen von allen Institutionen in der ersten Phase, welche die Voraussetzungen gemäss "Handbuch FiSu-FiDé" für die Abgeltung der Leistungen vornehmen, nur auf der Basis der EDV-integrierten Kostenstellenrechnung mit manuellem Übertrag in ein FiSu-FiDé-Auswertungssystem ermittelt werden. Eine statische Lösung (FiBu) soll nicht akzeptiert werden. Nach einer bestimmten Zeit der Einführung (z.B. nach drei Jahren) soll nur noch die EDV-integrierte Kostenstellen- und Kostenträgerrechnung akzeptiert werden. Die Zuordnung der Kosten ist im Handbuch sehr transparent dargestellt. Es braucht dazu keine Ergänzungen.

4.2.2 Tarifbildung

Die gleichen Leistungen in gleichartigen Einrichtungen für die gleiche Zielgruppe sollen die gleichen Abgeltungen erhalten. Basis für die Preisbildung sind die je Institutionskategorie gruppierten Kostenstellenergebnisse (Institutionsergebnis). Diese Ergebnisse werden mit dem gewichteten Mittelwert je nach Anzahl Klienten als Preis für einen Klienten je Primärgruppe und Arbeitsfeld sowie je Leistung angewendet. Dabei spielt die Aufenthaltsdauer eine wesentliche Rolle.

In den Mittelwerten ist der vorzeitige Abbruch der Therapie oder der fehlende Leistungs-ergänzende Platz (Verlängerung der Aufenthaltsdauer) enthalten. Mit der neuen Abgeltung wird jede Institution versuchen, den Klienten so rasch wie möglich, entsprechend der budgetierten Aufenthaltsdauer zu entlassen.

Inwiefern die Nachhaltigkeit der Therapie und auch die Qualität damit beeinflusst wird, müssen die weiteren Pilotversuche zeigen.

Eine Veränderung der Aufenthaltsdauer darf keinen exogenen Faktor in der Tarifbildung darstellen. Die Kosten für den Aufenthalt bei einem vorzeitigen Therapieabbruch sind für die Budgetierung und die Tariffestsetzung nicht zu berücksichtigen.

Die zentrale Dienststelle hat im Auftrag der Kantone der Versorgungsregion die Überprüfung z.B. der deklarierten Zielgruppen oder das Leistungsprofil als Basis für die Tarifbildung periodisch vorzunehmen.

Mit dem aufgezeigten Tarifbildungssystem sind sowohl Anreize für alle Beteiligten, vor allem aber eine transparente Abgeltungsbasis gegeben.

5 Geldfluss

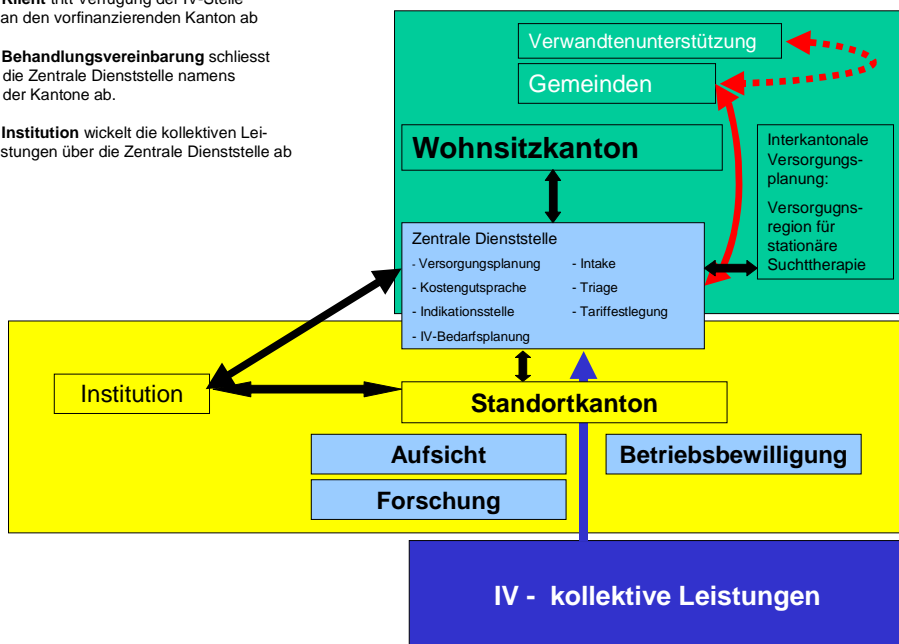
Im Geldfluss soll die Wertschöpfung sichtbar sein und es sollen keine Doppelspurigkeiten erfolgen. Nur an einem Ort im neuen Finanzierungssystem werden die Rechnungen geschrieben und der Erlös wird vom Schuldner direkt dem Begünstigten zugewiesen.

5.1 Rechnungsstellung

Die FiSu-FiDé-systemgestützte Rechnungsstellung erfolgt nach dem ratenweisen (2-monatlichen) Vergütungsmuster gemäss Handbuch. Die Rechnung wird der zentralen Dienststelle der Kantone zugestellt, welche die Kompetenz für die Prüfung und für die Zahlungsauslösung hat. Die Institution wird fallbezogen mit den vollen Kosten pro Fall entschädigt.

Weil die Institution für ihre Leistungen von den Kantonen der Versorgungsregion mit den vollen Kosten entschädigt wird, hat der die Leistung bezahlende Kanton die Rückerstattung der IV, der Gemeindefürsorge und allenfalls Beiträge aus dem Krankenversicherungsgesetz zugute. Die Institution erstellt zu gegebenem Zeitpunkt die Rechnung an die Kostenträger. Sie erfüllt diese Aufgabe im Auftrag der zentralen Dienststelle, welche den Zahlungseingang für diese Rechnung überwacht und ihn dem begünstigten Kanton zuweist.

- **Klient** tritt Verfügung der IV-Stelle an den vorfinanzierenden Kanton ab
- **Behandlungsvereinbarung** schliesst die Zentrale Dienststelle namens der Kantone ab.
- **Institution** wickelt die kollektiven Leistungen über die Zentrale Dienststelle ab



Für die öffentliche Hand ist in diesem neuen, als Ganzes von der Arbeitsgruppe gut durchdachten Finanzierungssystem noch kein Anreiz. Den Kantonen müssen die administrativen Aufwändungen so weit möglich erlassen werden. Um den Aufwand so gering wie möglich zu halten, ist es denkbar, dass die Institution halbjährlich, März und September, eine Akontorechnung auf der Basis der Vorjahresdaten des BSV an die IV stellt und diese die Akontozahlungen an die zentrale Dienststelle zuhanden der Wohnsitzkantone vergütet.

6 Beurteilungen

Mit der neuen pauschalen Leistungs-Finanzierung der Klienten in den Suchtherapie-Institutionen wird die Objektfinanzierung endlich zugunsten der Subjektfinanzierung abgelöst. Nur mit dieser Finanzierungsform wird es möglich, kostendämmende Elemente einzubauen und die bezüglich Finanzierung (kantonale- und BSV-Beiträge) ungleich behandelten Institutionen entsprechend den Leistungen gleich zu finanzieren. Mit der Subjektfinanzierung nimmt FiSu-FiDé die Themen der geplanten Finanzierungen/Abgeltungen gemäss Revision des Krankenversicherungsgesetzes und den in vielen Kantonen geplanten neuen Finanzierungen der Pflegeleistungen (Pflegeheime, Krankenhäuser, Spitex, etc.) auf. Wie bei allen leistungsbezogenen Abgeltungen ist die Kostentransparenz das oberste Ziel. Diese Transparenz muss für die ökonomischen und sozialpolitischen Entscheidungen hergestellt werden.

Mit dem Handbuch FiSu-FiDé kann eine Pilotinstitution und ein Pilotkanton sehr gut arbeiten; die Beschreibungen und die Begründungen sind klar und das Vorgehen zur Zielerreichung ist transparent geschildert.

Ausserhalb der Überprüfung der neuen Instanz (zentrale Dienststelle) im Prozess "Kontrolle, Beratung und Finanzierung" sind nachfolgend lediglich einige Hinweise festgehalten. Ohne ganzheitliche Behandlungsplanung ist das Problem der Suchttherapie nicht gelöst. Die Planung soll überregional erfolgen und durch eine zentrale Dienststelle, der auch Fachleute für die Intake und die Triage angehören, im Auftrag der Kantone geführt und kontrolliert werden.

- Die stationären Institutionen für Suchttherapien sollten aus dem Klinikstatus gelöst und alle Klienten nach FiSu-FiDé der Finanzierung nach dem Fürsorgesystem gleichgestellt werden. Bedingung dazu bildet wiederum die Unterzeichnung aller Kantone der IVSE. Der Anhang C der IVSE muss verbindlich sein, sonst hat auch die interkantonale Vereinbarung keine Bedeutung.
- Zuhanden der Leistungsvereinbarungen sollen auch allfällige exogene Faktoren (Markt, etc.) festgehalten werden, welche eine nachträgliche Tarifänderung zur Folge haben könnten.
- Wie immer das FiSu-FiDé Finanzierungsmodell eingeführt und umgesetzt wird, ob mit oder ohne zentrale Dienststellen, die Administration wird immer geringer sein, weil die Fakturierung immer mit der Erfassung der statistischen Daten gekoppelt werden kann, und dadurch für aussagekräftige Statistiken keine weiteren Daten mehr erfasst werden müssten. Statistische Daten beispielsweise für einen Jahresbericht könnten von der Koste-Statistik übernommen werden.
- Das FiSu-FiDé – Modell baut auf einem ausgezeichneten Informationssystem auf. Mit nur wenigen Online-Eingaben der beigetretenen Institutionen ist es Koste-intern möglich, den Kantonen oder weiteren Interessierten eine ausgesprochen breite Palette von statistischem KnowHow zur Verfügung zu stellen. Auch wenn das Finanzierungssystem nicht eingeführt werden sollte, ist zuhanden der Kantone oder mindestens zuhanden der Institutionen alles zu unternehmen, dass eine wenn möglich flächendeckende Erfassung der Daten erfolgen kann. Die Daten sind auch für alle politisch zu beantwortenden Fragen im Suchtbereich eine gute Grundlage.

7 Schlussbemerkungen

Eine neue Finanzierungsstruktur, insbesondere wenn sie richtigerweise nicht mehr objekt- sondern subjektbezogen erfolgt, kann nie für alle Beteiligten kostenneutral sein. Für die öffentliche Hand ergeben sich nur für die Einführung Mehraufwändungen, die aber mit dem Erhalt von vielen zusätzlichen Informationen und transparenten Daten wettgemacht werden. Die Anreize sind auch für die Kantone so zu schaffen, dass insbesondere die anfänglichen administrativen Aufwändungen auf ein Minimum reduziert werden können und mittel- langfristig die Mehrwerte spürbar werden. Empfehlenswert ist, eine Versorgungsregion (z.B. Ostschweiz) mit dem Modell "Zentrale Dienststelle" als Pilotregion zu gewinnen.

Das Modell könnte – so wie es jetzt auch als Informations- und Statistikmittel aufgebaut ist – wegweisend für die Dritte, beispielsweise für alle Behindertenorganisationen sein.

Die erarbeiteten Grundlagen für das neue Finanzierungssystem und das Abgeltungsmodell als Ganzes überzeugen sehr und es ist zu hoffen, dass es rasch flächendeckend geplant und umgesetzt werden kann.

TROVACON AG

Monika Merki Frey

Zürich, 31. März 2004