

Integrierte Versorgung – zwischen Regulation und finanziellen Fehlanreizen

Gesundheitsnetz 2025 – Mitgliederversammlung 2018



Gliederung

Integrierte Versorgung ...

- Warum braucht moderne Medizin Integration?
- Regulierung – Bsp. ambulant / stationär
- Anreizsystem – was kommt nach DRG?

Gesundheitswesen ist fragmentiert

Kanton setzt auf Apotheker statt auf Ärzte

29.8.2017

DARMKREBS - Die Berner Regierung will auf ein flächendeckendes Programm zur Früherkennung von Darmkrebs verzichten. Grossrätin Ursula Zybach (SP) sowie weitere Fachpersonen üben Kritik.

Zur Früherkennung von Darmkrebs sollen Stuhltestungen oder Darmspiegelungen durchgeführt werden.

Bern möchte in erster Linie auf Stuhltests setzen. Das stösst auf Widerstand.

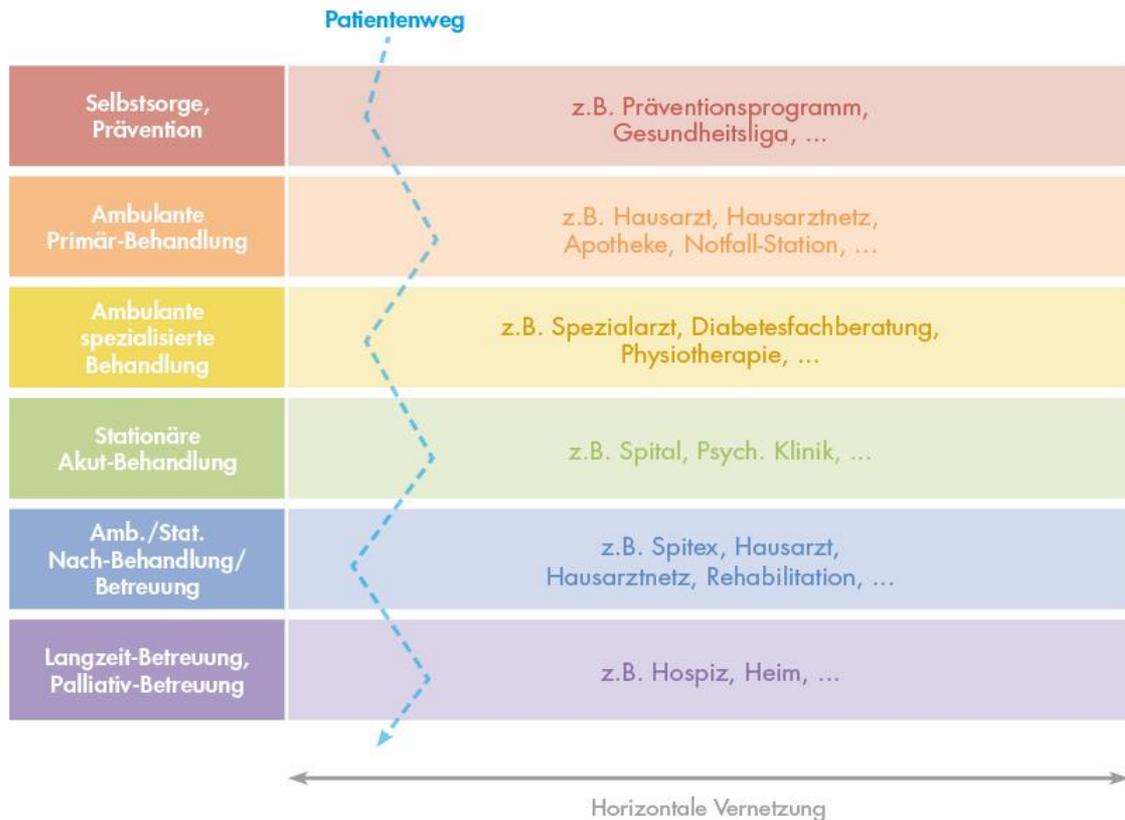
«[...] die Evaluation der Pilotkampagne von Pharmasuisse hat ergeben, dass bei rund 25 Prozent der Teilnehmenden, die positiv auf Blut im Stuhl getestet wurden, keine Darmspiegelung bei einem Gastroenterologen erfolgt ist.»

Vormoderne und moderne Medizin



Von horizontaler zu vertikaler Vernetzung

Integrierte Versorgung:
horizontale und vertikale Vernetzung



horizontal: innerhalb eines Sektors

vertikal: sektoren-übergreifende Vernetzung

Rationale: verbesserte *und* effizientere Patientenversorgung schliessen von Versorgungslücken weniger Doppelspurigkeiten

Integrierte Versorgung?



Robogers.com

Ambulant vor stationär

...wie sich eine Milliarde Franken jährlich einsparen lassen.

www.pwc.ch/gesundheitswesen

Ambulant vor stationär.

Oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich einsparen lassen.

Wie hoch ist das ambulante Potenzial in der Schweiz? Und wie lässt es sich in die Praxis umsetzen? Diese Fragen beantwortet die PwC-Studie.

Unterstützt durch Swiss Medical Network SA



pwc

Zwei Sorten ambulante Medizin

Vor- / Nachbereitung / Entlastung
stationäre Behandlung

- (auch) Folge von DRG
- führt zu sinkenden
Aufenthaltsdauern
- Zusatzaufwand v.a. für Patienten

- z.B. Ambulante Anästhesie
Abklärung, Same-Day-Surgery

Substitution ambulante statt
stationärer Spitalbehandlung

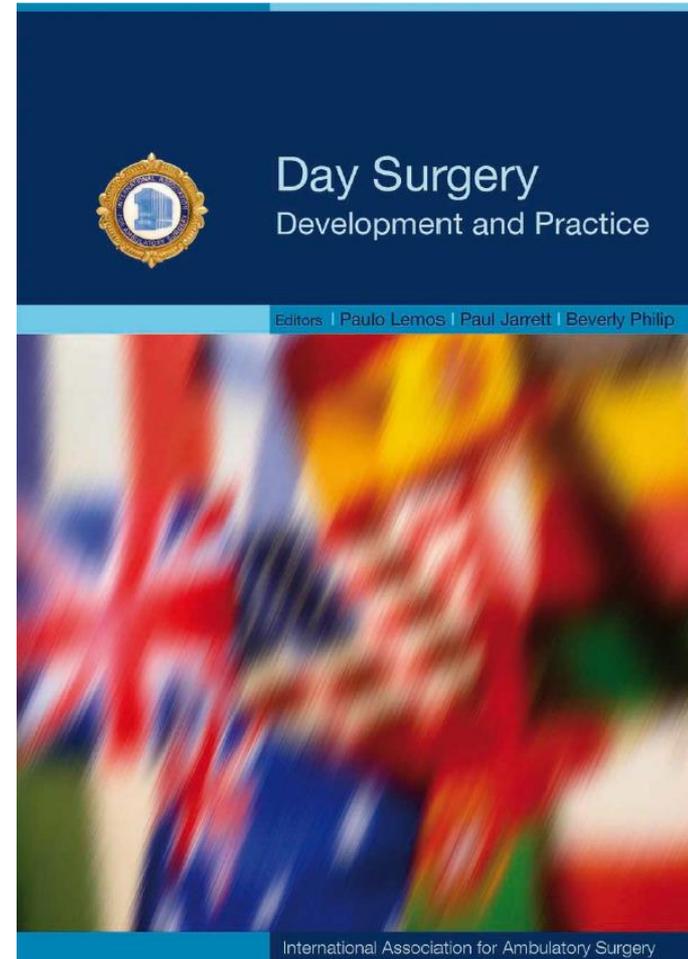
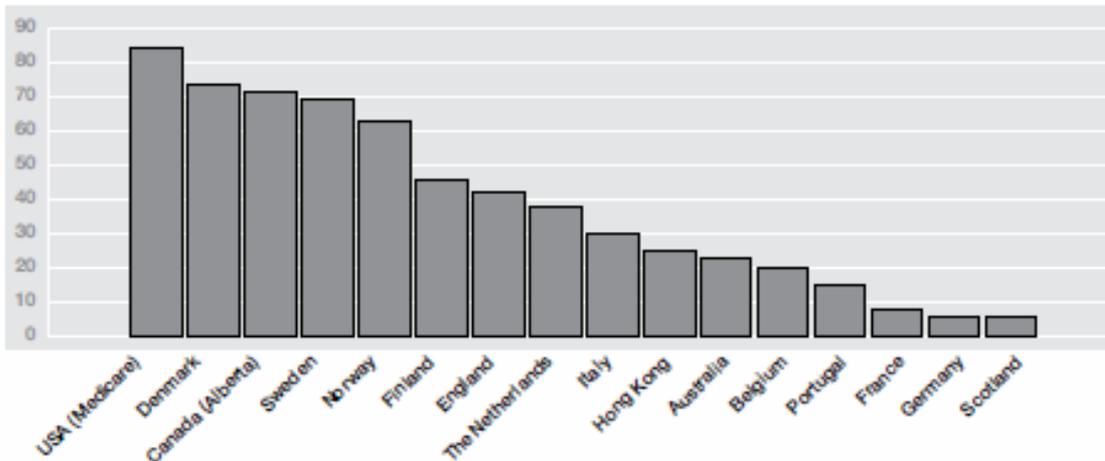
- eigenes medizinisches Segment

- organisatorischer und logistischer
Zusatzaufwand für
Leistungserbringer, Patienten

Medizinisch «geht» viel ambulant...

- Vergleich von 18 Ländern
- Korb mit 37 Interventionen / Operationen
- Anteil je nach Land unterschiedlich, bis >90%

Figure 12 Inguinal hernia repair (2004)

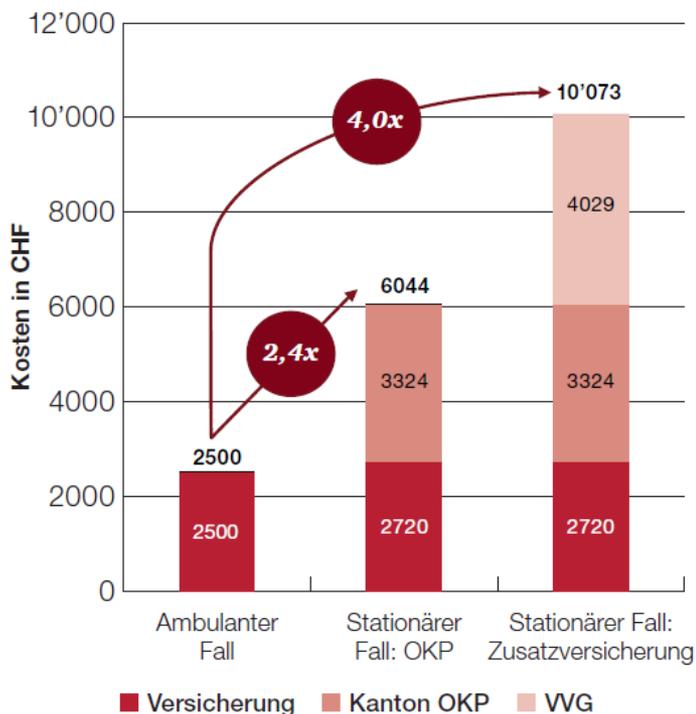


2006

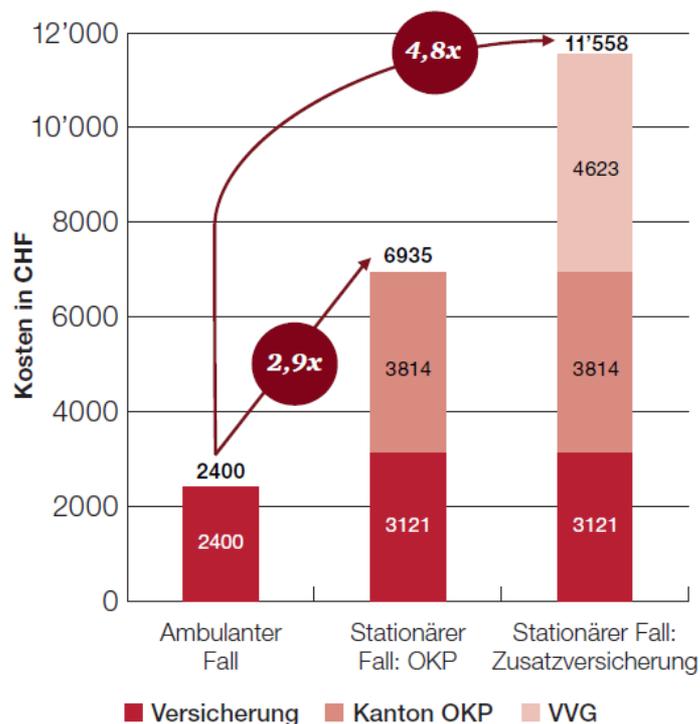
Vergleich TARMED / DRG mangelhaft

Abbildung 8: Kostenunterschied zwischen ambulanter und stationärer Behandlung, inkl. Aufteilung nach Finanzierer

Krampfaderoperation



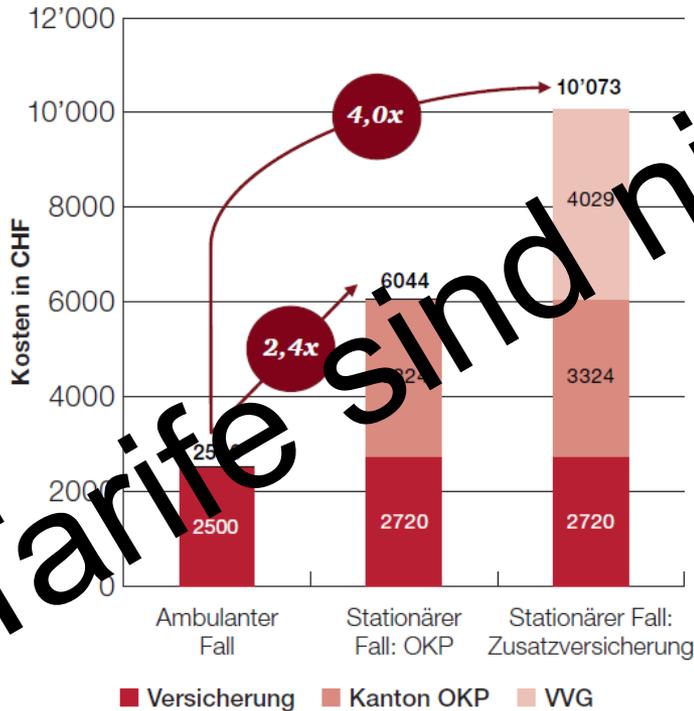
Meniskusoperation



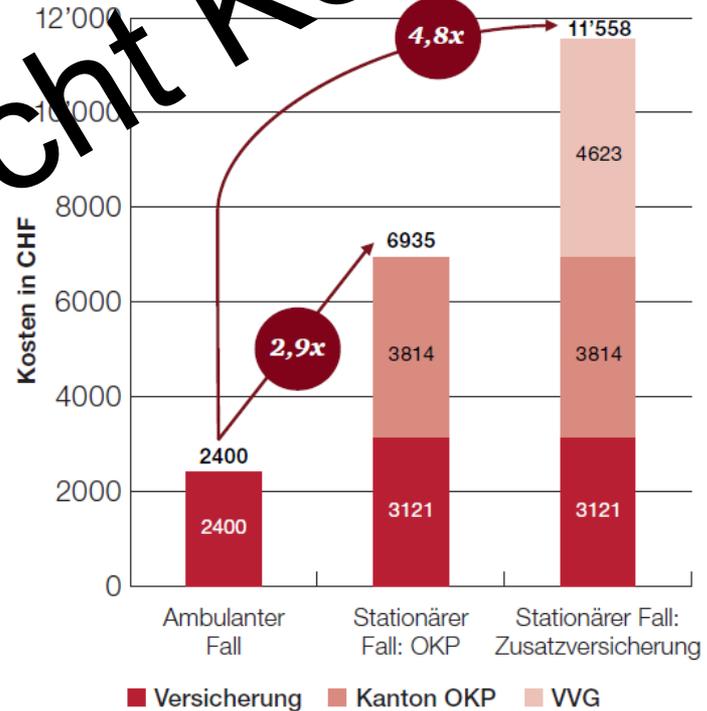
Vergleich TARMED / DRG mangelhaft

Abbildung 8: Kostenunterschied zwischen ambulanter und stationärer Behandlung, inkl. Aufteilung nach Finanzierer

Krampfaderoperation



Meniskusoperation



Regulatorium oder Anreiz?

- Schweizer Tarifsystem weist massiven Fehlanreiz gegen Substitution ambulant statt stationär auf
- Korrektur über Regulatorium mit zusätzlichem Prüfungs-/Kostengutspracheprozess sinnvoll?
- Oder besser über ein modernes ambulantes Vergütungssystem mit gleich ausgerichteten Anreizen zwischen Patienten, Leistungserbringern und Kostenträgern

Aktuelle Vergütungssysteme

- Akutstationär:
Fall Case-Mix x Baserate
- Reha:
Anzahl Behandlungstage x
Vergütungssatz
- Ambulant:
Anzahl TARMED-Taxpunkte x
Taxpunktwert
- weitere...
- Bei allen Vergütungssystemen
Mengenkomponente und Preis-
/Tarifkomponente
- Praktisch keine
Differenzierungsmöglichkeit für
Leistungserbringer bei
Tarifkomponente
- «Qualitätsprämisse»
- Umsatzsteigerung =
Mengensteigerung

Neue integrative Vergütungsmodelle

Erkrankung/
Behandlung

Gesundheit

Person/
Patientengruppe

Komplexpauschalen
Bundled Payments

Zusatzvergütungen
Add-on Payment

Bevölkerungs-
gruppe

Globalbudgets

Kopfpauschalen
Population-based
Payment

Zusatzvergütungen / Add-on Payments

medizinische Versorgungsziele für überschaubare und durch Diagnose oder Behandlung definierte Patientengruppe mit häufigen (chronischen) Krankheiten oder Therapien

Zielerreichung über festgeschriebene Periode löst Zusatzzahlung für Leistungserbringer aus

kann kostenneutral nur durch Kürzung an anderer Stelle eingeführt werden

Sinnhaftigkeit abhängig von Auswahl der Versorgungsziele

Komplexpauschalen / Bundled Payments

Vergütung wird für kompletten Behandlungszyklus ausgerichtet

erfordert organisierte Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsdienstleister (Ärztennetze, Gesundheitszentren, Apotheken, Akutspitäler, Rehabilitationsspitäler usw.)

zwangsläufiges Nebeneinander mit konventioneller Vergütung, da nicht alle Erkrankungen geeignet für Komplexpauschalen

je nach Bündel allenfalls unterschiedliche Kooperationspartner

hoher administrativer Aufwand

Globalbudget

prospektiv festgelegtes Budget, z.B. durch Kanton

fördert Diskussion zwischen Leistungserbringern über Verteilung der begrenzten Mittel

darf nicht als rein finanzielles System begriffen werden, sondern muss durch Qualitätsmessungen begleitet bzw. Performanceziele ergänzt werden

Kopfpauschalen / Population-based Payment

richtet sich im besten Fall nach Gesamt-Gesundheitszustand einer regionalen Population

erfordert organisierte Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsdienstleister (Ärztennetze, Gesundheitszentren, Apotheken, Akutspitäler, Rehabilitationsspitäler usw.)

erlaubt Finanzierung von nicht-tarifarisch abgedeckten Leistungen

muss durch Qualitätsmessungen begleitet bzw. Performanceziele ergänzt werden

Unterschied zu zurückliegenden Versuchen

- Besseres Verständnis von Qualität in der Medizin (ICHOM, Patient-reported Outcomes usw.)
- Informatik- und Kommunikationshilfsmittel vorhanden, um Integration zu unterstützen
- Standards für strukturierten elektronischen Datenaustausch



Finanzielle Anreizsysteme

- Allen finanziellen Anreizsysteme ist gemein, dass gute Performer mehr Geld erhalten als schlechte Performer
- Welche Konsequenzen erwachsen aus schlechter Performance? Was ist mit versorgungskritischen, schlechten Performern?
- Aber viel wichtiger....

...wollen wir überhaupt finanzielle Anreize?

TagesAnzeiger 23.2.2017

Um den Profit der Hirslanden-Klinik tobt ein Streit

Die Privatklinik schüttet Millionen an die Aktionäre aus. Die Linke will sie von der Spitalliste streichen.

 telebasel 25.10.2016

Basel

Novartis mit weniger Gewinn und Umsatz

[Der Umsatz] sank um 2 Prozent auf 36,2 Milliarden Dollar. [...] Der Reingewinn sank auf 5,8 Milliarden Dollar. [...] An der Börse wurde das Quartalsergebnis ohne Begeisterung aufgenommen.

Machen wir uns nichts vor...

Jedes Anreizsystem setzt auch Fehlanreize

Jede Regel kann umgangen werden

Es geht nicht um das perfekte System, sondern das mit dem geringsten Schaden



«The technology's in place.
Now all we have to do is misuse it.»

Danke für Ihre Aufmerksamkeit! Ihre Fragen?

Falk Schimmann, Dr. med., EMBA HSG
Leiter Medizinstrategie
Insel Gruppe AG Bern

Kontakt über XING oder linkedin