

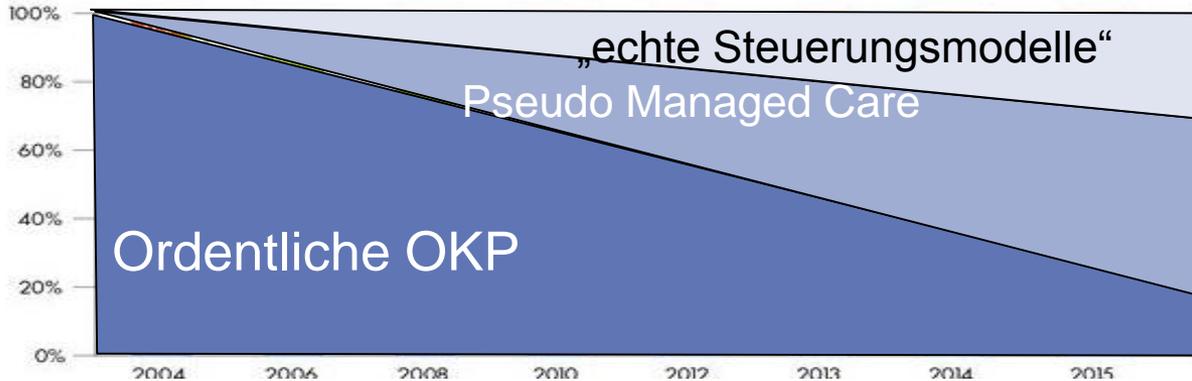
# Ausblick in die Zukunft

Pius Gyger, 4.10.2017



# Entwicklung alternative Versicherungsmodelle (AVM)

Jeder Vierte ist in einem Ärztenetz  
(Anteile in Prozent)



- Anteil Versicherte in Modellen mit Ärztenetz und Vertrag (Hausarzt- und HMO-Modelle)
- Anteil Versicherte in Modellen ohne Ärztenetz und Vertrag (Listenmodelle, telemedizinische Modelle)
- Anteil Versicherte im Standardmodell gemäss KVG

Quelle: Forum Managed Care (2015), Auswertung Santésuisse SASIS Datenpool

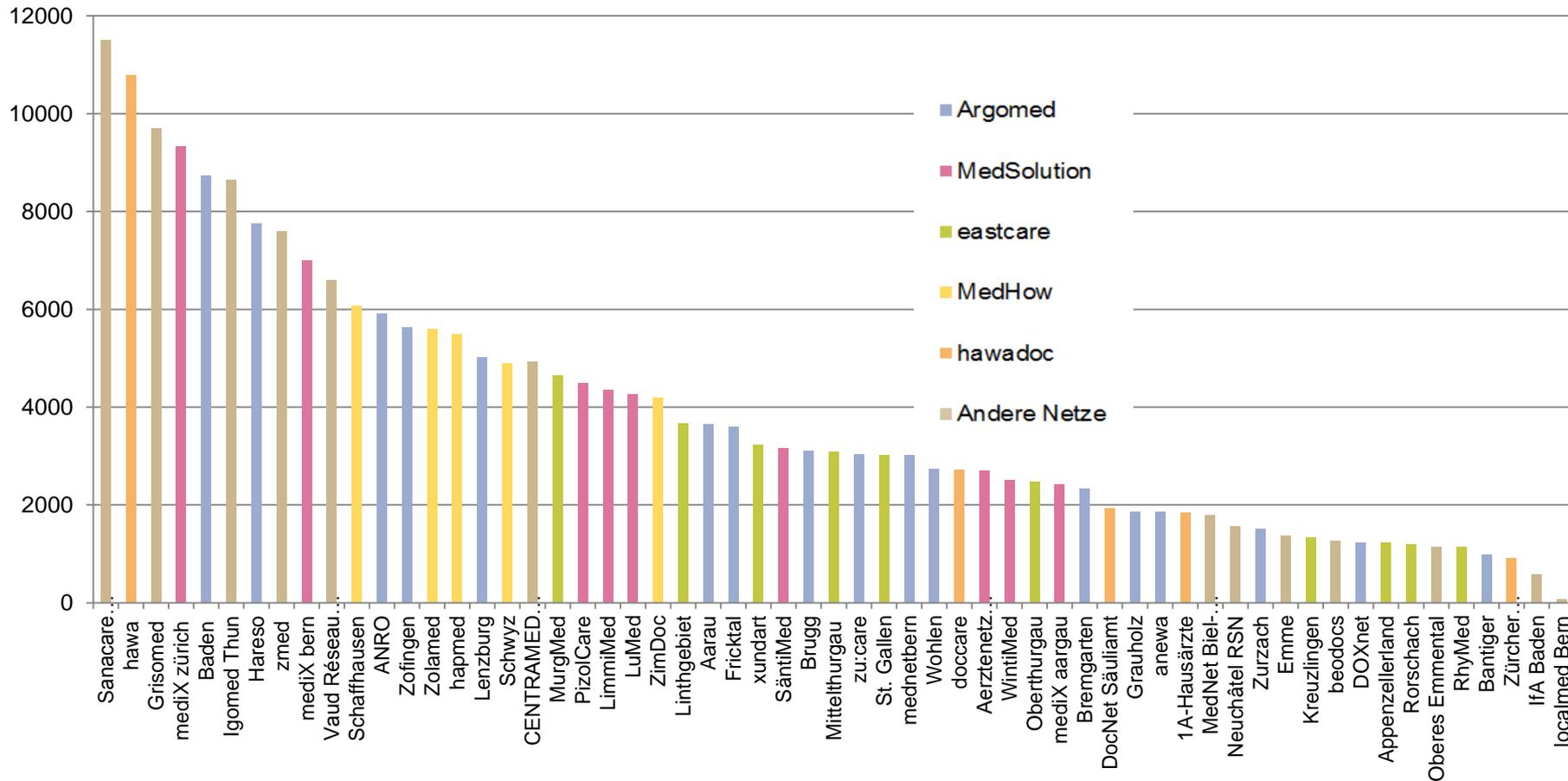
Mit dem weiteren Wachstum der alternativen Versicherungsmodelle wird der Treiber von alternativen Versicherungsmodellen – der Prämienrabatt – verschwinden.

Alternative Versicherungsmodelle brauchen neue versicherungstechnische Ansätze.



# Heterogenität der Netze am Beispiel Ärztenetze

## Aufwändiges Management



# Netzvielfalt

Heute viele kleine Netze

Unterschiedliche Zusammenarbeitsstandards –  
Prozessparallelitäten

Unterschiedlichste Vereinbarungen mit Versicherern

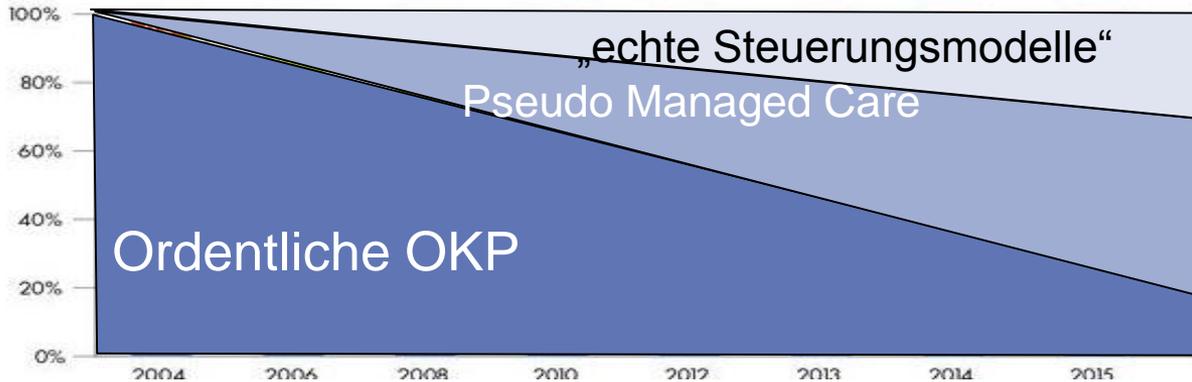
Erhöhung der versicherungstechnischen Risiken.

**Der unkoordinierte Ausbau von Netzen wird das System verteuern. Versicherer werden auf eine Bereinigung pochen.**



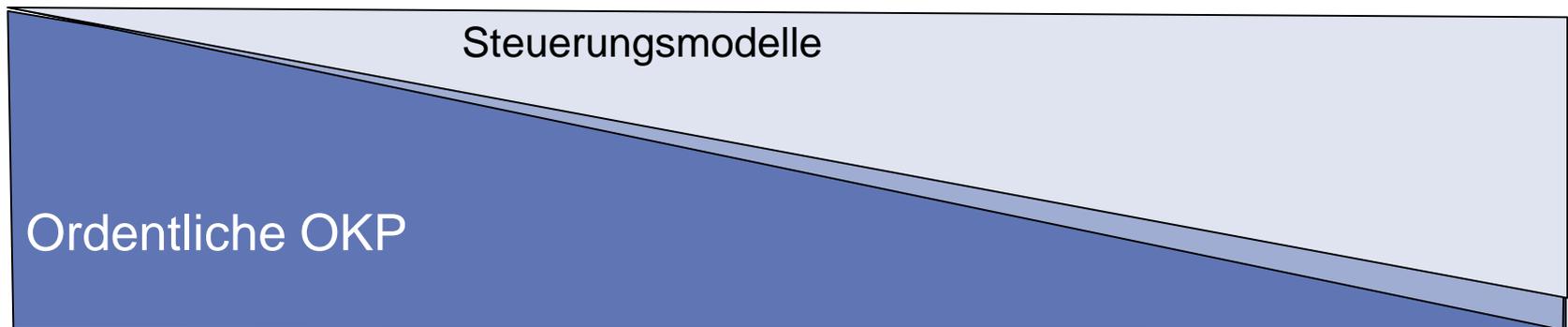
# Entwicklung alternative Versicherungsmodelle (AVM): Von Risikoselektion zu Leistungskostensteuerung

Jeder Vierte ist in einem Ärztenetz  
(Anteile in Prozent)



- Anteil Versicherte in Modellen mit Ärztenetz und Vertrag (Hausarzt- und HMO-Modelle)
- Anteil Versicherte in Modellen ohne Ärztenetz und Vertrag (Listenmodelle, telemedizinische Modelle)
- Anteil Versicherte im Standardmodell gemäss KVG

Quelle: Forum Managed Care (2015), Auswertung Santésuisse SASIS Datenpool



**Echte Steuerungsmodelle werden die „Pseudo Modelle“ ablösen.**



# Vernetzung morgen



# Integrierte Versorgung

Ein zukunftsweisender Ansatz

„Durch effektivere **Kommunikation und Kollaboration zwischen den Versorgern** werden heutige Grenzen aufgehoben und bessere Ergebnisse (outcome) mit einem höheren Nutzen (value) erzielt, auf qualitativer sowie auf finanzieller Ebene.“



# Die Unwahrscheinlichkeit integrierter Versorgungsnetze

## Integrierte Gesundheitsversorgung: eine unwahrscheinliche Leistung

Die integrierte Gesundheitsversorgung gilt als eine Möglichkeit, den aktuellen Herausforderungen des Gesundheitswesens zu begegnen. In diesem zweiteiligen Beitrag beleuchten wir, warum sie eine höchst unwahrscheinliche Errungenschaft darstellt. Und was dennoch getan werden könnte, um die Wahrscheinlichkeit ihres Gelingens zu erhöhen. Der zweite Teil erscheint in der nächsten SÄZ-Ausgabe.

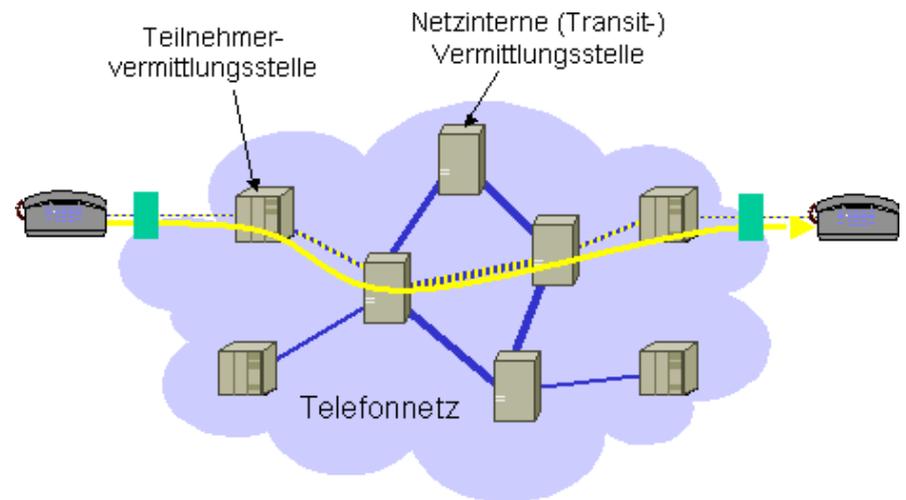
### **Komplexität, einer interorganisationalen Zusammenarbeit zwischen den Professionen des Gesundheitswesens:**

- Erreichbarkeitsprobleme: Probleme erreichen die Partner nicht
- Verständigungsprobleme: Professionen verstehen sich nicht
- Verbindlichkeitsprobleme: Freiwilliger Autonomieverlust schwierig
- Finanzierungsprobleme: keine "integrierte Tarifierung"

**Der Trend zu „echten“ Steuerungsmodellen wird neue netzökonomische Ansätze mit sich bringen.**



# Netzregulierung?



# Standards

## Herausforderungen Prozessanpassungen

EPD: Standards erleichtern die Kommunikation.

Vernetzung und integrierte Versorgung wird mehr sein:

- Neue Arbeitsteilung
- Verteilung / Vereinbarung von Verantwortlichkeiten
- Zuteilung und Aufbau der Fachkompetenzen
- Regelung über die geteilte Finanzierung von gemeinsam genutzten Investitionen
- Neue Zuteilung von Rechten und Pflichten
- „integrierte Tarifierung“

**Umfassende Vernetzung bedingt die Etablierung von allgemein gültigen Zusammenarbeitsstandards.**



# Oder doch eher regionale Teilintegration?



Vernetzung wird noch in ferne Zukunft regional begrenzt bleiben.



# Machtverhältnisse Netze

bis heute

TREIBER	→ Prämienrabatt alternative Versicherungsmodelle
MOTIVATION	→ Gegengewicht zu Krankenversicherer
FORM	→ Primär <b>horizontale</b> Zusammenschlüsse

**Leistungserbringer sind Teil der AVB der Versicherungsprodukte**

morgen

TREIBER	→ gute Versorgung
MOTIVATION	→ Durchsetzung der Leistungserbringer von optimalen Strukturen/Prozesse
FORM	→ Ausbreitung <b>vertikale</b> Vernetzung

**Die Verschiebung der Machtverhältnisse zugunsten der Leistungserbringer wird die Vernetzung patientenorientierter machen.**



# Neuer Leistungseinkauf und Patientensteuerung

Anreize Budgetvereinbarungen

Leistungseinkauf bedingt Leistungs-Know How

Qualitätsbeurteilung bedingt Leistungs-Know How

Leistungserbringer kann Patienten besser steuern

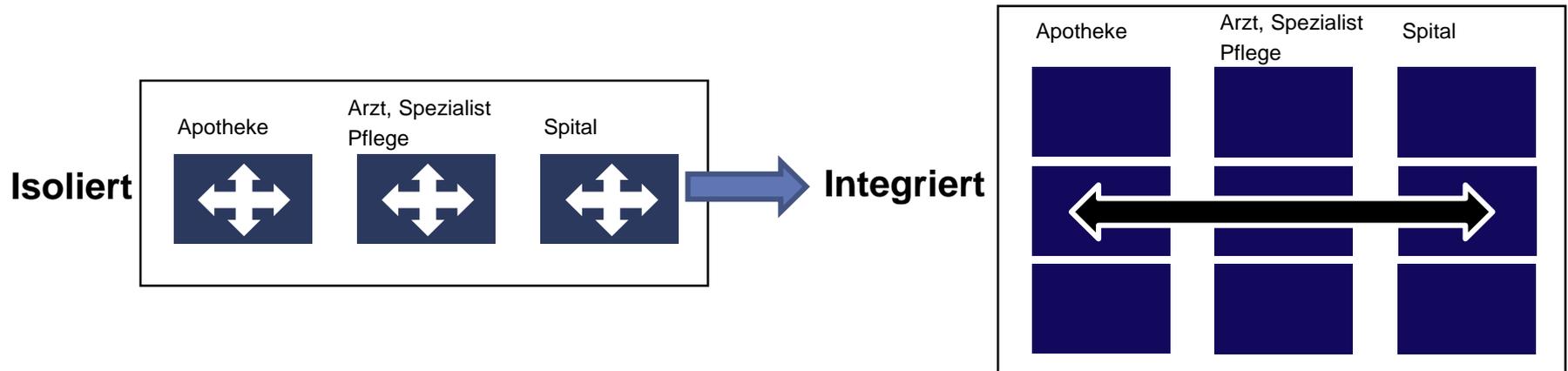
**Netze sind die Leistungseinkäufer der Zukunft.**



# Leistungseinkauf und Tarifierung

## Heutiger Zustand der Tarifierung im Gesundheitswesen

- Vertragsformen hoffnungslos veraltet
- Blockade (Verbandslösungen)
- Tarife nicht an Nutzen orientiert
- Preise rigide, völlig unabhängig von Auslastung
- Vernetzung bringt neue Partnerschaften
- Vernetzung → neue Prozesse → neue Arbeitsweisen und Kosten  
→ Veränderung der Anreize → Neue Tarifierung



**Wirksame Vernetzung bedingt eine fundamentale Veränderung der Tarifierungsarbeit.**

# Institutionelle Entwicklung / Unternehmertum

## Entwicklung bis heute

TREIBER	→ Prämienrabatt alternative Versicherungsmodelle
MOTIVATION	→ Gegengewicht zu Krankenversicherer
FORM	→ Primär <b>horizontale</b> Zusammenschlüsse
ABGELTUNG	→ Basis „herkömmliche“ Tarife (mit spezifischer Risikoaufteilung)
STEUERUNG	→ Primär Gatekeeping / primär über Definition Eintrittstor
INTEGRIERUNG	→ sehr partiell

## Entwicklung morgen

TREIBER	→ gute Versorgung
MOTIVATION	→ Durchsetzung der Leistungserbringer von optimalen Strukturen/Prozesse
FORM	→ Ausbreitung <b>vertikale</b> Vernetzung
ABGELTUNG	→ Neue prozessorientierte / integrierte Tarifierung
STEUERUNG	→ Prozessvereinbarungen
INTEGRIERUNG	→ umfassend

**Effiziente Vernetzung ist zwangsläufig mit institutioneller Integration verbunden. Die klassische Einzelpraxis ist für die Vernetzungsanforderungen der Zukunft ungeeignet.**



# Ressourcen

Es ist nicht die Frage, **ob** wir vernetzen sondern **wie** vernetzt wird.

Effiziente Vernetzung brauchen wir nicht, um Kosten zu sparen, sondern vorallem um den künftigen Ressourcenmangel zu meistern.

Aufgabenteilung der Medizinalberufe und Medizinalinstitutionen muss zwingend flexibilisiert werden.

Aus-Weiterbildung:

Prozessinnovationen bedingen, dass siloorientierte Bildung zu vernetzungsorientierter Aus- und Weiterbildung wird.

**Nur eine siloübergreifende Aus- und Weiterbildung wird die Versorgung qualitativ gut halten und sicherstellen.**



# Und die Patientinnen und Patienten?

„Selbstmanagement“

„Fremdmanagement“

**Selbstverantwortung**

Freie Wahl des Leistungserbringers  
Informed consent  
Selbststeuerung  
Vernetzt selber

**Verantwortungsübergabe**

Lässt sich einschränken  
Entscheide beim Leistungserbringer  
Fremdsteuerung  
Verlässt sich auf bestehende Netze

Die Grenzen der Vernetzung unter Leistungserbringern setzen die Patienten.

Der Trend zu mehr Selbstverantwortung wird die Wirkung der Vernetzung der Leistungserbringer einschränken.

Oder doch eher begünstigen bei klugem Einbezug?



# Und Gesundheitsversorgung Zürich?

## Rollen der Gemeinwesen?

- Keine Vernetzung gibt es nicht.
- Auch das Gemeinwesen gehört zur Versorgung (Rahmenbedingungen, Zulassung, Mitfinanzierung, Standards, Anbieter, Asylanten, schwarze Listen für säumige Prämienzahler, Tarifgenehmigung, Beschwerdeinstanz, IV, etc.)
- Zusammenarbeit im Gesundheitswesen kommt ohne Bezug zur Regulierung und zu Behörden nicht aus.

**Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft bedingt den aktiven Einbezug der Gemeinwesen.**



# Zürich

- Grosse Bevölkerung
- Dichtes Ballungszentrum
- Alle Leistungen im Angebot
- Wichtige Rolle von Stadt (und Gemeinden)
- auch des Kantons
- Wissenschaft und Forschung
- Neue Technologien früh am Markt
- 70% Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung
- Gemeinwesen als Leistungsanbieter (Pflege, Spitäler, Notfall...)
- Health business is local business

**Die Stadt wird der institutionelle Treiber für eine gut vernetzte Versorgung.**





Pius Gyger  
Telefon +41 / 79 607 37 00  
[pius.gyger@uudial.ch](mailto:pius.gyger@uudial.ch)

