



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Teilrevision KVG

Disease Management und Risikoausgleich

PCS-Tagung

Freitag, 23. November 2007, Solothurn

Dr. med. Peter Indra MPH

Vizedirektor BAG

Leiter Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung

Stand 13.11.2007
Es gilt das gesprochene Wort



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Themen im Referat:



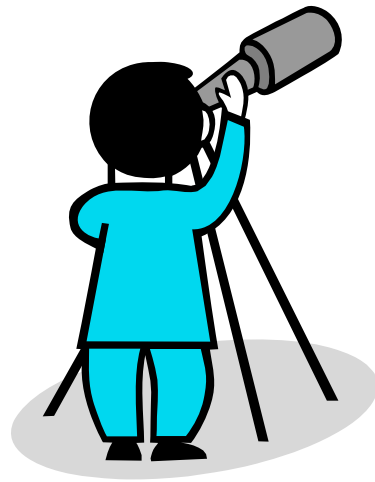
- **Unser Gesundheitswesen**
- **Das KVG und seine Revisionen**
- **Risikoausgleich und Disease Management im Speziellen**
- **Der Hochrisikopool als Lösungsansatz für die Schweiz**



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

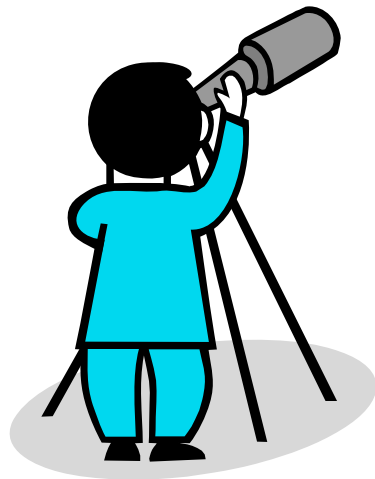
Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

1. Betrachtung von Aussen





OECD-Studie (1)

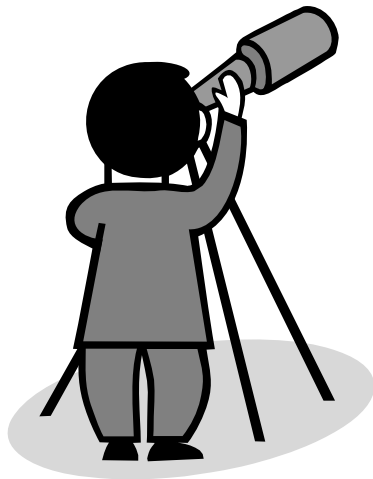


OECD-Studie 2006

- **Hoher Gesundheitsstatus in CH**
- **Zugang ist für alle gewährleistet**
- **Grosszügiger Leistungsumfang**
- **Hohe Zufriedenheit Bevölkerung**
- **CH gibt mehr Geld aus als andere**
- **Effizienz kann gesteigert werden**
- **Viele Akteure in einem fragmentierten System; keine nationalen Gesundheitsziele**



OECD-Studie (2)



OECD-Studie 2006

- **Geeignete Daten fehlen**
- **Breite Debatte über die nötigen Systemänderungen findet nicht statt**
- **Umfassender Gesetzesrahmen für Prävention und Gesundheitsförderung fehlt**
- **Wenig Anreize für Prävention**
- **Viele Massnahmen mit fraglicher Kostenwirksamkeit**
- **Qualität ist zu wenig thematisiert**



G. Kocher zu hohen Kosten in der Schweiz:

hauptsächlich liegt es daran, dass unser Gesundheitswesen stark von Verbänden

Dieser **Ballenberg-Föderalismus** im Gesundheitswesen ist einfach lächerlich

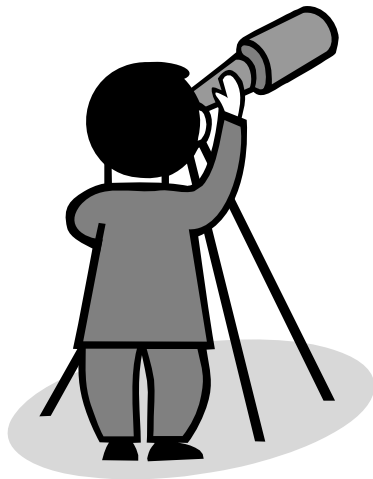
dominiert wird. Die Folge: Einzelinteressen verhindern kostendämpfende Reformen. Der Hickhack im Parlament, wo die unterschiedlichsten Interessen aufeinander prallen, ist seit Jahrzehnten ein Trauerspiel.

Davon steht im Bericht der OECD und der WHO, der diese Woche veröffentlicht wurde, nichts.

Kocher: Das ist ein Manko. Die internationalen Experten kritisieren vor allem den extremen Kantönlicheist. Dies zu Recht. Es ist absurd, dass sich ein Zwergstaat wie die Schweiz 26 Gesundheitssysteme leistet. Die durchschnittliche Fläche eines Kantons beträgt 40 mal 40 Kilometer! Dieser Ballenberg-Föderalismus ist einfach lächerlich. Im Bericht heisst es sogar: «Den meisten Kantonen fehlt es an der nötigen Grösse und Fähigkeit, eine effiziente Gesundheitsversorgung zu organisieren.» Das sind deutliche Worte.



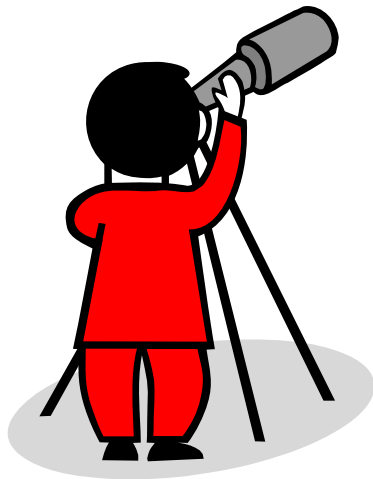
OECD-Studie (3) zum Risikoausgleich



OECD-Studie 2006

- **Wettbewerb im Versicherungssektor ist schwach und liefert wenig Anreize zur Steigerung der Effizienz der Leistungserbringer**
- **Wettbewerb entwickelt sich eher auf Basis der Selektion der Risiken als auf Basis Wert und Qualität**
- **Versicherer erachten die Risiko-selektion als die momentan beste Wettbewerbsgrundlage**

OECD: Empfehlungen zum Risikoausgleich



OECD-Studie 2006

- **RA definitiv ins KVG integrieren**
- **Verbesserung und Verfeinerung des Ausgleichs durch Gesundheitsindikatoren**
- **Wenn obiges nichts schnell genug umsetzbar: Einbezug von Vorjahreshospitalisationen**
- **Einrichtung eines Hochrisikopools als kurzfristige Massnahme**



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

2. Die KVG-Revisionen



Die erste KVG-Revision (gültig ab 2001)

- Sistierung OKP während Militärzeit
- Standardisierung der kantonalen Prämienregionen
- Einführung LOA in Apotheken
- Recht der Generikasubstitution
- Zulassungsstopp (2002-2005)
- Verbesserung der Abläufe bei der Prämienverbilligung
- Anpassungen beim System der Kostenbeteiligung
- Massnahmen für einfacheren Kassenwechsel
- Verstärkte Überwachung der Versicherer



Die zweite KVG-Revision (Vorlage 2002)

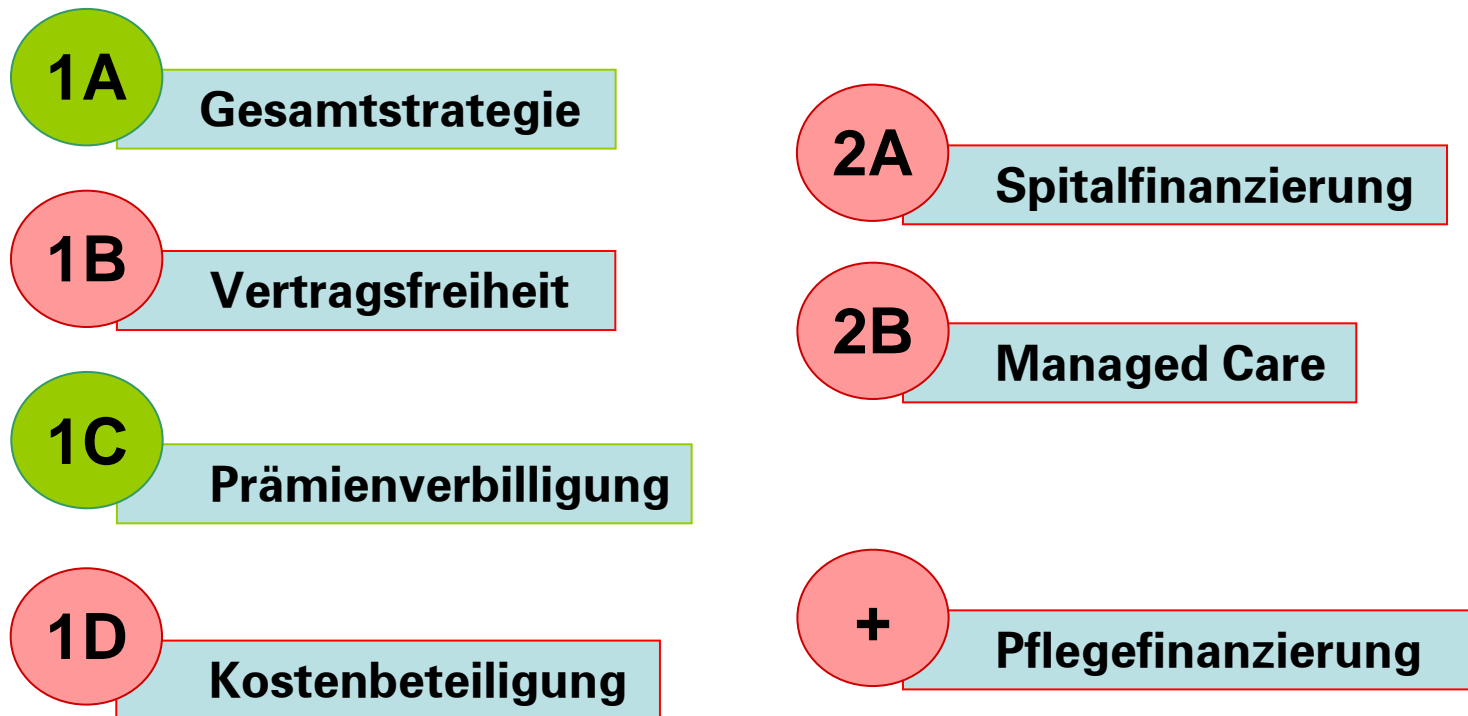


- Einführung von kontrolliertem Wettbewerb unter den Versicherern durch z.B.
 - Wegfall Kontrahierungszwang
 - Reform der Parallelförderung der Spitäler

Im Winter 2003 auf Grund fehlenden Konsenses abgelehnt



Die aktuellen Revisionsthemen (2007)



Beschlossene Gesetzesänderungen

- Einführung der Versichertenkarte ab 1.1.2009
- Verlängerung des Risikoausgleichs bis Ende 2010
- Verlängerung des dringlichen Bundesgesetzes in der Spitalfinanzierung bis Ende 2007
- Einfrieren der Pflögetarife bis Ende 2008
- Weiterführung der Bedürfnisklausel (Zulassungsstopp) bis 3. Juli 2008
- Verschärfung der Sanktionen gegen unwirtschaftlich arbeitende oder qualitativ schlechte Leistungserbringer
- Stärkere Familienentlastung bei der Prämienverbilligung

Zukünftige Gesetzesänderungen (ab 1.1.09)

- Spitalfinanzierung:
 - Statistik; Veröffentlichung von Outcome-Daten
 - Aufhebung des Begriffes „teilstationär“
 - Geburtshäuser sind neu Leistungserbringer
 - Planungskriterien für Kantone
 - Leistungsbezogene Pauschalen bis zum 31.12.2011
 - Forschung und universitäre Lehre
 - Einbezug von Investitionen in die Pauschalen
 - Wahlfreiheit in der Schweiz (Cassis de Dijon); Finanzierung nach Wohnortprinzip
 - Fixer Kostenteiler; Kanton übernimmt mindestens 55%

Stand Managed Care:

- Managed Care:
 - Wille zur Stärkung von Managed Care und Hausarztmodellen als Alternative zu einem Wegfall des Kontrahierungszwangs
 - Grosser Gestaltungsspielraum für MC-Modelle; Wegfall von integrierten Versorgungsmodellen
 - Längere Vertragsdauern möglich

- Beso: Die Diskussion zur eigentlichen Vorlage Vertragsfreiheit wird an der Sitzung vom 7./8. Januar 2008 wieder aufgenommen, die Verwaltung hatte bereits in der Sitzung vom 15. Oktober 2007 den Auftrag erhalten, einen Bericht mit konkreten Vorschlägen zur Einführung eines selektiven Vertragszwang aufgrund der Zugehörigkeit zu einem Managed Care-Modell zu verfassen.



Stand Risikoausgleich

Nach der SGK-S Sitzung bestehen bei der Risikoausgleichsvorlage noch folgende Differenzen zwischen dem NR und der SGK-S:

- NR: möchte im Gegensatz zur SGK-S ein zusätzliches, nicht näher definiertes Morbiditätskriterium berücksichtigen. Die SGK-S möchte, dass dem Bundesrat auf Verordnungsebene die Möglichkeit überlassen wird, zusätzliche Morbiditätskriterien zu berücksichtigen. Die Berücksichtigung allfällig weiterer Kriterien soll nicht gesetzlich festgehalten werden.
- NR möchte gesetzlich festhalten, dass nur Spitalaufenthalte ab 3 Tagen und länger berücksichtigt werden. Die SGK-S möchte die Umschreibung des massgebenden Spitalaufenthaltes und die Bestimmung der massgebenden Aufenthaltsdauer dem Bundesrat auf Verordnungsebene überlassen.
- NR möchte die Einführung des verfeinerten Risikoausgleiches an die Einführung der Fallpauschalen nach Art. 49 KVG koppeln. Die SGK-S möchte den verfeinerten Risikoausgleich auf den 1.1. 2011 einführen.

Zukünftige Gesetzesänderungen (ab 1.1.09)

- Managed Care (Medikamente)
 - Dreijährliche Überprüfung der Medikamentenpreise
 - Sofortige Überprüfung bei Indikationserweiterung
 - Off-Label-Use-Liste, Off-Limitation-Use-Liste
 - Medikament fällt aus der SL, wenn es die Wirtschaftlichkeitskriterien nicht mehr erfüllt

- Pflegefinanzierung ???
 - Noch viele Differenzen zwischen SR und NR
 - Kostenneutralität versus Mehrausgaben
 - Vollkosten von Akut- und Übergangspflege vs. Beitrag an
 - Limitierung der Kostenbeteiligung auf 20% der max. KV-Beiträge

SVP-Initiative / Gegenvorschläge

- SVP-Initiative (Prämiensenkungsinitiative; Neben der Vertragsfreiheit zwischen Kassen und Ärzten, der Begrenzung der öffentlichen Subventionen und mehr Transparenz strebt sie namentlich eine Straffung des Leistungskatalogs für die Grundversicherung an); in den Räten zur Ablehnung empfohlen
- Gegenvorschläge zur SVP-Initiative
 - SR: Verfassungsartikel 118a soll KV regeln; viel Freiheit für BR
 - NR: Wegfall des Kontrahierungszwangs, monistische Finanzierung, freie Spitalwahl, Koordinationsorgan zwischen Bund und Kantonen



Fazit:





Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

3. Der Hochrisikopool



EDI zu Hochrisikopool



- Förderung von integrierter Versorgung v.a. für Versicherte mit hohen Behandlungskosten
- Verbesserung der Qualität der Behandlung und Kontrolle des Outcomes
- = Case Management für einzelne Versicherte
- = geführter und koordinierter Behandlungsprozess
- Prinzip der Freiwilligkeit bei Versicherung und Patient; aber versehen mit Anreizen für beide



EDI zu Hochrisikopool

2



- Case Management durch Leistungserbringer = Disease Management z.B. Herzinsuffizienz, Diabetes
- Behandlungsstandards
- Definierte qualitätsgesicherte (EBM) Prozesse
- ..nach einheitlichen Kriterien
 - = Sicherheit für den Patienten
 - = besserer Outcome
 - = Kostenreduktion

EDI zu Hochrisikopool

3



- Bezeichnung der Diagnosen durch EDI (in Absprache mit Leistungskommission und Fachgesellschaften)
- Festlegung der Behandlungsrichtlinien (erarbeitet durch Fachgesellschaften)
= Massnahmen der Qualitätssicherung
= können sich auf sämtliche Bereiche der QS beziehen (Organisation, Prozesse, Ergebnisse)
- Definition von Ergebnissen und Zulassung von Leistungserbringern für diese Behandlungen



EDI zu Hochrisikopool

4



- Organisation Datenaustausch
- Einschluss aller obligatorisch versicherter Leistungen
- Selbstbehalt beim Versicherer vorgesehen
- Kein Zwang für Versicherer; aber finanzieller Anreiz
- Freiwilliger Eintritt; dann aber Gate-Keeper-Modell. Anreize neben den Qualitätskriterien für Versicherte sind zu schaffen (Reduktion Kostenbeteiligung)



Der Hochrisikopool ...





Definierte Krankheiten:

- Herzinsuffizienz
- Dialyse-Patient
- Krebs-Patienten
-

Anreize:
z.B. reduzierte Kostenbeteiligung



**Patienten freiwillig für
Diseasemanagement-
Programme angemeldet**

Kosten an
alle verteilt



Hochrisikopool

geriert durch
Gemeinsame Einrichtung
KVG



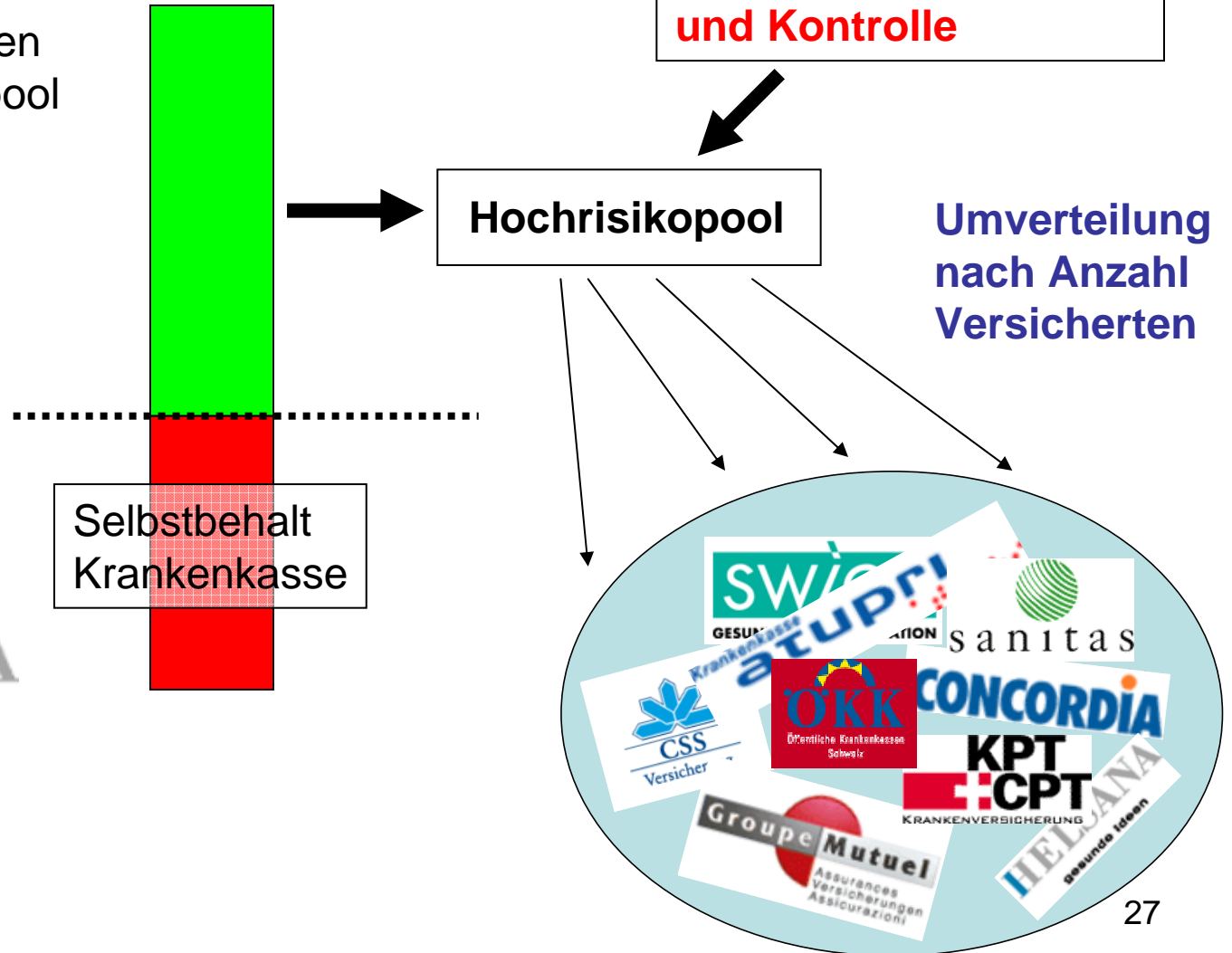
- Zentren
- Hausärzte
- Spitäler
- Managed-Care-Netzwerke

Kosten durch Pool getragen



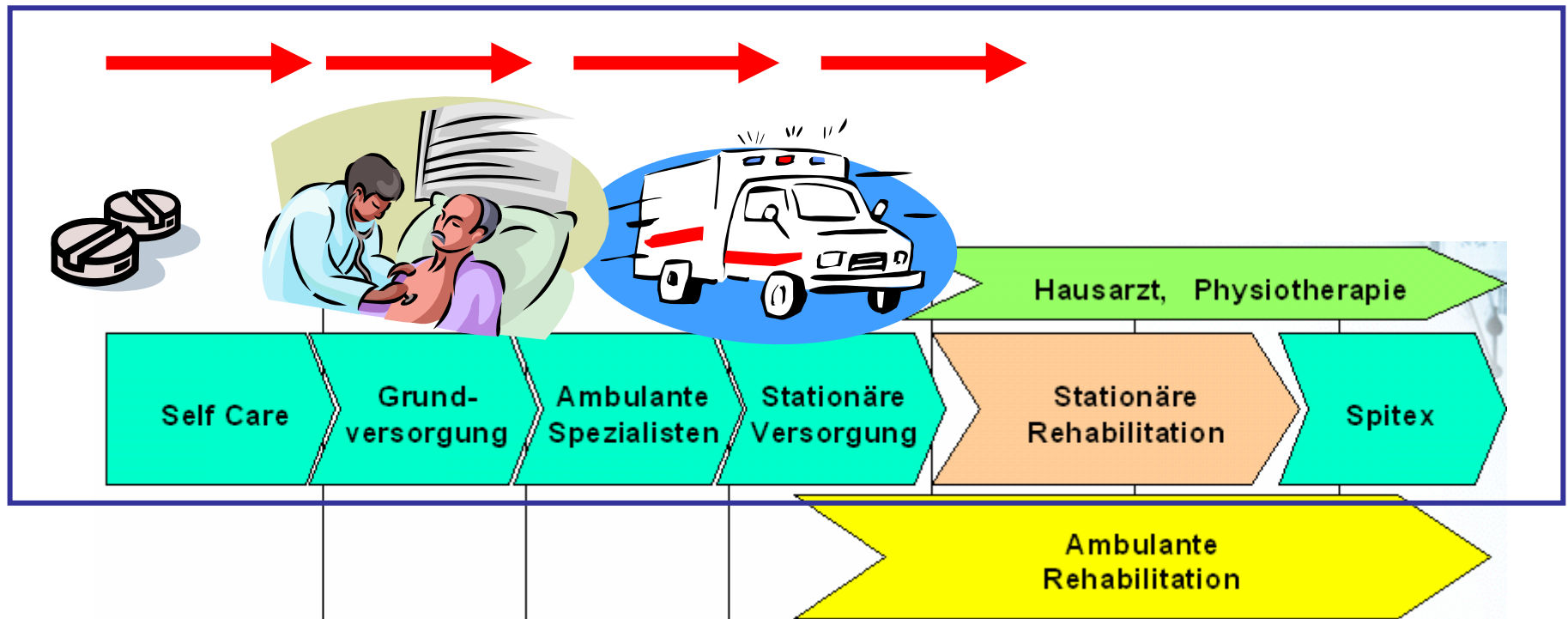
Finanzierung

Kosten für Patienten
die im Hochrisikopool
angemeldet sind



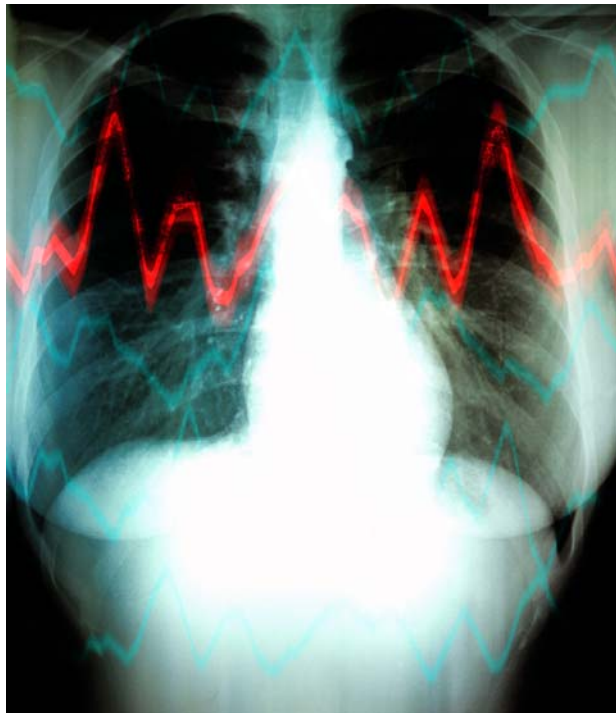


Integrierte Behandlungspfade – bessere Outcomes





4. Der Hochrisikopool als Rettung ?



Noch einige Fragen



- Wer übernimmt die Führung?
- Organisation
- Programmabläufe
- Abgeltung Aufwand
- Ersatz für Verfeinerung Risikoausgleich?
- Adäquates Mittel gegen unlauteren Kassenwettbewerb?
- Einschränkung Wahlfreiheit ?
- Nicht einfach ein retrospektiver Hochkostenpool !



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Grundfrage



Mehr Markt oder mehr Staat?

Mehr Markt oder mehr Staat?



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Wohin fährt der Zug in der Schweiz?





Lösungsansatz des Bundes:



Ein Hochrisikopool in der Verbindung mit Disease-Management-Programmen kann sinnvoll sein zur Stärkung des Managed-Care-Ansatzes und zur Sicherung und Verbesserung der Qualität der Behandlung



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Danke für Ihre Aufmerksamkeit !



Peter Indra, Vizedirektor BAG