

# **Verantwortung und Organisation des Managed Care - eine Auslegeordnung**

---

**PCS – Magglingen, 17.11.06  
Oliver Peters**

# Definitionen – Oder: Macht Kuba Managed Care?

---

- ▶ Managed Care
  - A system of health care delivery that influences utilization and cost of services and measures performance. The goal is a system that delivers value by giving people access to quality, cost-effective health care (Connecticut Department of Public Health)
  - Name given to a broad spectrum of techniques by which insurance companies attempt to reduce health care costs by participating in decisions concerning the treatment given to those they insure (Kiely, Hines & Associates, Versicherungsmakler)
- ▶ Begriff Managed Care wird meist in der 2. Definition verwendet (ungenau und mit ideologischer Ladung)

# Gesundheitskosten

---

- ▶ Wachsende Bedeutung der Gesundheitskosten (Phänomen reicher Gesellschaften: Nahrung: Heute 10% gegen 40% nach dem 2. Weltkrieg / Gesundheit Heute 12% gegen 3-4% nach dem 2. WK)
- ▶ Wachsende absolute Bedeutung der Effizienzunterschiede (1/3 von 3% = 1%, 1/3 von 12% = 4%)
- ▶ Verteilung der Kosten (1% Versicherten = 25-30% Kosten, 5% = 60% der Kosten, billigste 50% = 3% der Kosten)
- ▶ Beschränkte Wirkung und noch beschränktere Anwendung von effizienten Risikoausgleichsmodellen (aktuelles CH-System ~40% Wirkung, Multifaktoren-Modelle = 60%-70%)

# Stationäre Versorgung

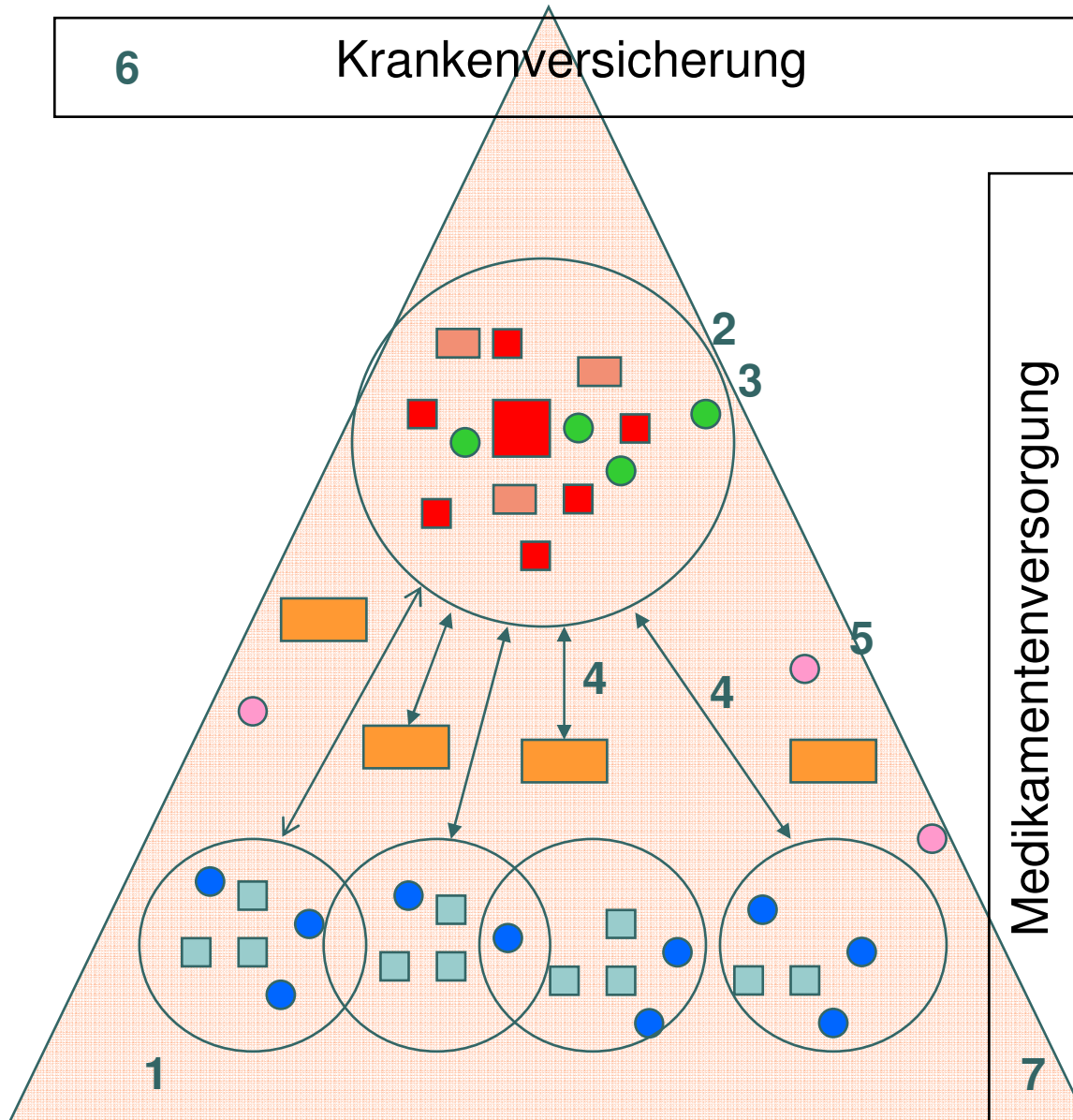
---

- ▶ Spitäler schon heute 45-50% der Gesamtkosten
- ▶ Alterung der Gesellschaft: Schnittstellen zwischen grossen Leistungserbringern werden wichtiger (Spitäler, Reha, Altersheime, Spitex).
- ▶ Höhere Auslastung Spitäler, Verkürzung Aufenthaltsdauern, etc... Schnittstellenmanagement wird anspruchsvoller
- ▶ Zunehmendes Gewicht chronischer Krankheiten (Stoffwechsel, psychische Erkrankungen): Prävention, Früherkennung, ganzheitliche Behandlung vs. effiziente Erbringung von Einzelleistungen

# MC ist mehr als Gatekeeping

---

- ▶ Diskussion heute auf Gatekeeping und Kontrolle durch die Versicherer fokussiert
- ▶ Diese Ausrichtung hat nicht viel mit der Kostenrealität zu tun (stationärer Bereich wichtiger)
- ▶ Sie drückt den Wunsch aus, das System von unten her aufzurollen, und eine generalisierte Konkurrenz von Leistungserbringern unter der Steuerung der Versicherer einzuführen



**Managed Care ist mehr als Gatekeeping und Steuerung durch die Versicherer**

- 1 Zugangssteuerung durch Grundversorger
- 2 Konzentration komplexe / spezialisierte LE (Spitäler, Reha, Pflege)
- 3 Kooperation spez. LE
- 4 Schnittstellen niedergelassene Ärzte/Spitex zu Spitalern
- 5 Kette Prävention – Früherkennung – Behandlung
- 6 Integration Versicherungssystem
- 7 Angemessene Medikamentenversorgung
- 8 Performance LE

**8** Instrumente Gatekeeping (Patientenkarte), Informationsaustausch (Elektr. Patientendossier), Performance-Messung (Standard-Indikatoren)

# Wer soll steuern?

---

- ▶ Zugangssteuerung:
  - Grundversorger
  - Qualifiziertes Pflegepersonal
  - (Ausweich: Notfall)
- ▶ Systemsteuerung:
  - Grundversorger: Nicht möglich
  - Krankenversicherer
  - Staat / territoriale Gesundheitsorganisationen
- ▶ Gegen die Zugangssteuerung durch Grundversorger (und wo möglich qualifiziertes Pflegepersonal) spricht nichts. Sie wird im Übrigen auch in Gesundheitssystemen mit staatlicher Systemsteuerung oder einheitlicher Krankenversicherung angewandt.

# Wer soll steuern?

---

- ▶ Gegen die Systemsteuerung durch Krankenversicherer spricht, dass damit
  - der einheitliche Leistungskatalog aufgehoben wird
  - bei den Krankenversicherern ein erheblicher administrativer Overhead aufgebaut wird;
  - und auch bei den Leistungserbringern ein bedeutender administrativer Apparat aufgebaut werden muss, um die unterschiedlichen Ansprüche der verschiedenen Krankenversicherer zu handeln
- ▶ Gegen die Systemsteuerung durch den Staat spricht, dass gelegentlich die Finanzierung übermässig verknapp wird (Warteschlangen )

# Verantwortung und Anreize

---

- ▶ Krankenversicherer
- ▶ Leistungserbringer
- ▶ Staat

# Krankenversicherer

---

- ▶ Verantwortung
  - Die soziale Krankenversicherung nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit durchführen und die Gleichbehandlung der Versicherten gewährleisten
- ▶ Negative Anreize
  - Risikoselektion mittels Versicherungsdifferenzierung und
  - Leistungsrationierung
  - Synergien Nicht-KVG-Geschäft

# Versicherer ergebnisverantwortlich?

---

## Die traditionelle Argumentation

- Versicherer optimieren Behandlungskette
- Sie machen dadurch Einsparungen
- Einsparungen werden über billigere Prämien oder bessere Leistungen an die Versicherten weitergegeben
- Das macht die Versicherer attraktiver
- Die Versicherten wechseln ihre Kasse und gehen zu den guten Versicherern
- Die Besten gewinnen (in Marktanteilen, Eigenkapital, etc...)

# Keine Ergebnisverantwortung für Gesundheit

---

- ▶ Keine Ergebnisverantwortung oder finanzielle Verantwortung der Versicherer
  - Gegensatz zu Unfallversicherung
  - Schäden weder zeitlich noch materiell abgrenzbar
  - Keine finanzielle Sanktion für schlechte Behandlung (oder Leistungsrationierung)
- ▶ Keine Optimierung der langfristigen Gesundheitsversorgung, sondern nur der Kosten
- ▶ Risikoselektion und Leistungsrationierung sind attraktiv, weil kurzfristig immer interessanter als Optimierung der Behandlungskette

# Leistungserbringer

---

- ▶ Verantwortung
  - Einzelleistungen erbringen, sich dabei auf das Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (normale Haftung).
- ▶ Negative Anreize
  - Unnötige Leistungen
  - Schlechte Qualität
  - Nebengeschäfte, Kickbacks

# Staat

---

- ▶ Verantwortung
  - Bund: Rahmenbedingungen und Überwachung Prämien, KV, Leistungen
  - Kantone: Zulassung Leistungserbringer. Planung, Investitionen, Betrieb, Überwachung Spitäler, Altersheime, allg. Aufgaben
  - Gemeinsam: Prämienverbilligung
- ▶ Negative Anreize
  - Bezahlte Kapazitäten nutzen, Nutzung "fremder" Kapazitäten minimieren
  - Leistungen aus subventioniertem Bereich in nicht-subventionierten Bereich verschieben (ambulant statt stationär)
  - Steuern vs. Prämien

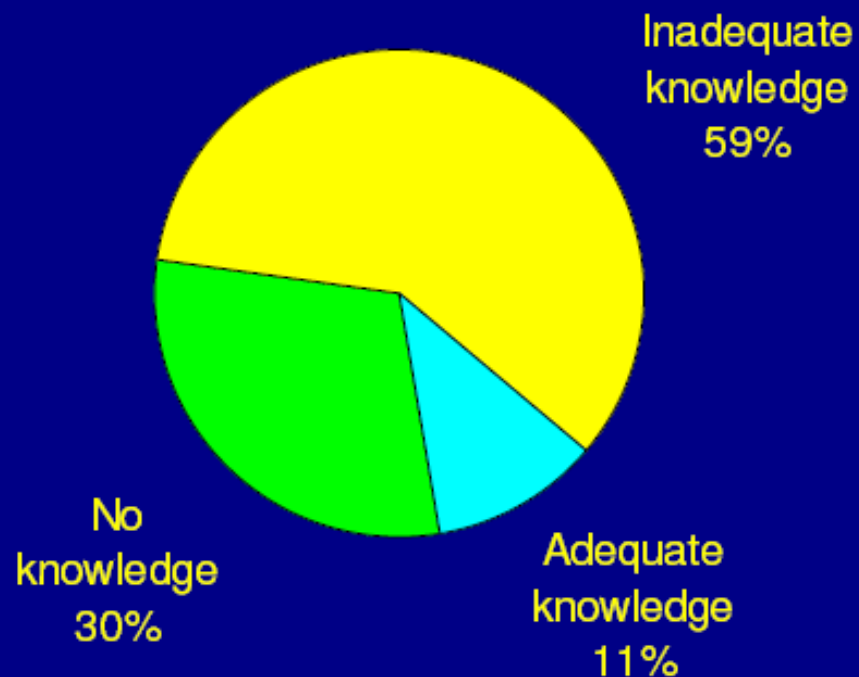
# Fiktion des Patienten als kritischen Kunden

---

- ▶ Der Patient ist nicht ein kritischer Kunde, der informiert eine Auswahl unter verschiedenen Anbietern treffen kann
- ▶ Ihm fehlt das berufliche Wissen der Ärzte
- ▶ Er ist auch bei Routineuntersuchungen in der schwächeren Position, entblösst seinen Körper und spricht von intimsten Dingen körperlicher oder anderer Art
- ▶ Er ist von den Entscheidungen des Arztes abhängig (insbesondere wenn er schwer krank, besonders jung oder alt oder uninformiert ist – besonders teure Fälle).

# Can Seniors Make Informed HMO Choices?

## Proportion with Knowledge of How HMOs Work



# Schutzbedürftigkeit des Patienten

---

- ▶ Auf besonderer Schutzbedürftigkeit des Patienten beruht hippokratische Medizinethik, wonach Ärzte
  - uneingeschränkt loyal gegenüber dem Patienten sein sollen
  - allein in seinem Interesse zu handeln haben
  - das Wohlergehen des Patienten über eigenes finanzielles Wohlergehen stellen sollen und
  - das Arztgeheimnis zu wahren haben.
- ▶ Materielle Anreizsysteme (in Richtung mehr oder weniger Leistung) untergraben ärztliche Loyalität und damit auch Vertrauen, das Voraussetzung für viele Aspekte einer effektive Medizin ist.
- ▶ Es ist illustrativ, dass die Behandlungsrichtlinien und die Verträge zwischen Versicherern und Ärzten in vielen profitorientierten MCO's der Geheimhaltung (gegenüber dem Patienten) unterliegen.

# Konkurrenz und Tarifträgheiten

---

- ▶ Technologieentwicklung soll Gesundheitskosten steigern
  - ▶ Technologiepreise sinken (IT, Optische Instrumente)
  - ▶ Ursachen für Preiswirkung der Technologieentwicklung liegen
    - in der Trägheit der Tarife
    - In der Schwierigkeit, die Anwendung dieser Technologien durch Spezialisten wirkungsvoll zu kontrollieren
    - Dem Interesse von profitorientierten Leistungserbringern, die marginal vorteilhaftesten Leistungen zu erbringen
      - ▶ Beispiel Gewinnmargen bei CT und MRI
      - ▶ Beispiel Privatkliniken Kanton ZH mit > 50% der Leistungen in 4 Leistungsarten
-

# Privatisierung der Technologie-Renten

---

## ▶ Konsequenzen

- Relative Verarmung von Leistungserbringern, die alles machen (müssen: Aufnahmezwang), resp. hohen Anteil an menschlicher Arbeit haben
  - ▶ Allgemeinärzte, aber auch öffentliche Spitäler
- Schnellere Verbreitung von Technologien, die eine hohe Differenz zwischen Prozesskosten und Tarifen provozieren oder nutzen
- Erhöhung der Gesamtkosten durch Ausweitung Angebot und Privatisierung der profitablen Leistungen

# Zwischenbilanz

---

- ▶ Strukturelle Sicht lässt hohe Verwaltungskosten bei Versicherer-Steuerung erwarten
- ▶ Fehlende Ergebnisverantwortung führt zu Risikoselektion und Leistungsrationierung
- ▶ Ungehinderte Konkurrenz führt bei Technologieentwicklung und trägen Tarifen zu einem Ressourcentransfer zu Privaten / Spezialisten

# Überprüfung am gelebten Beispiel USA

---

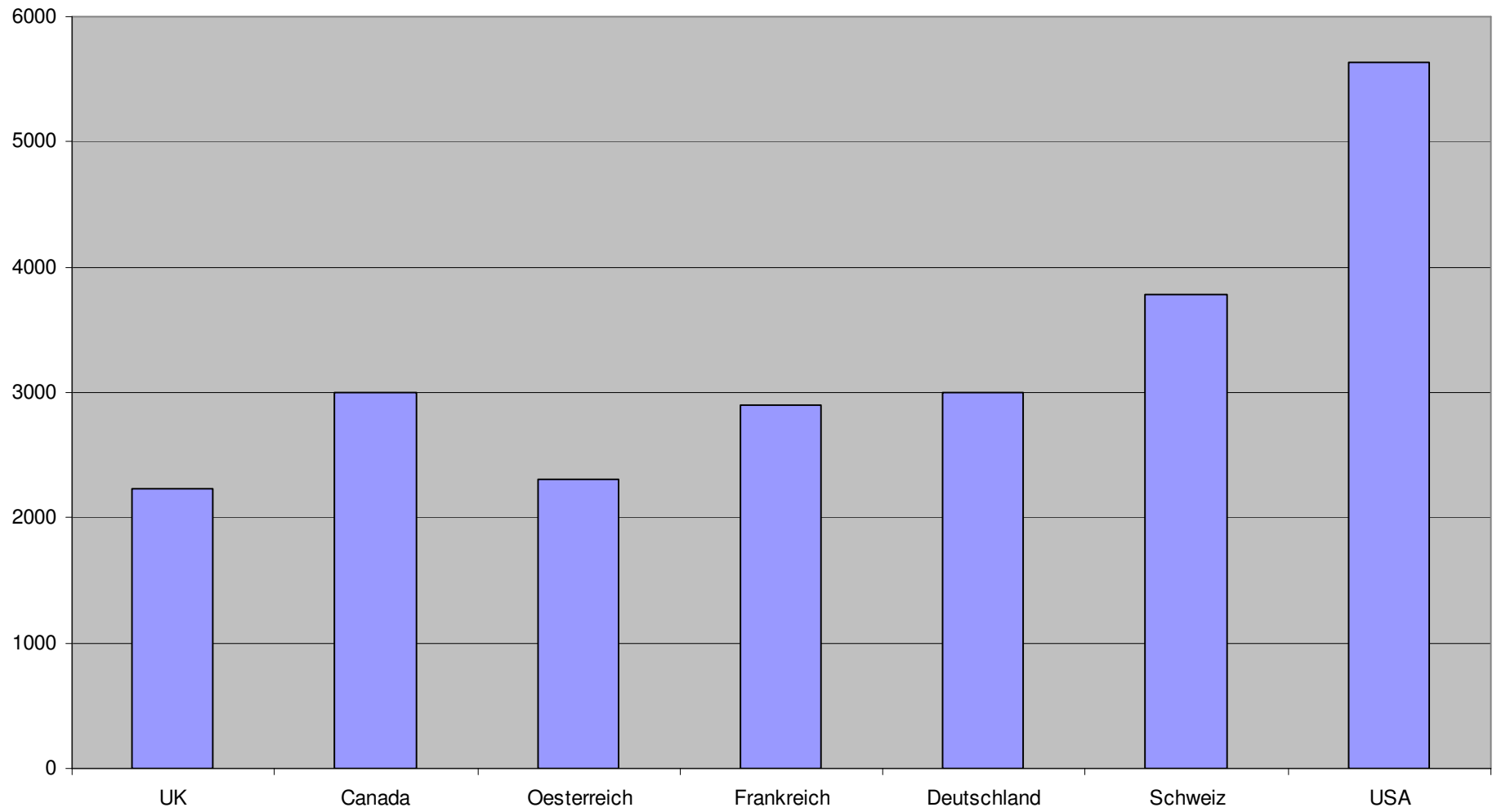
- ▶ 63% der nicht-Rentner-Bevölkerung 2002 krankenversichert, wovon 90% in Managed Care Plänen, davon die Hälfte in HMO's. Von den Medicare-Zahlungen (Rentner) wird ebenfalls ein substantieller Teil über Managed Care Organisationen abgewickelt.
- ▶ Gesamteffizienz?
- ▶ Risikoselektion?
- ▶ Preisdruck?
- ▶ Besseres Management der Behandlungskette?
- ▶ Administrativer Overhead?

# Gesamteffizienz

---

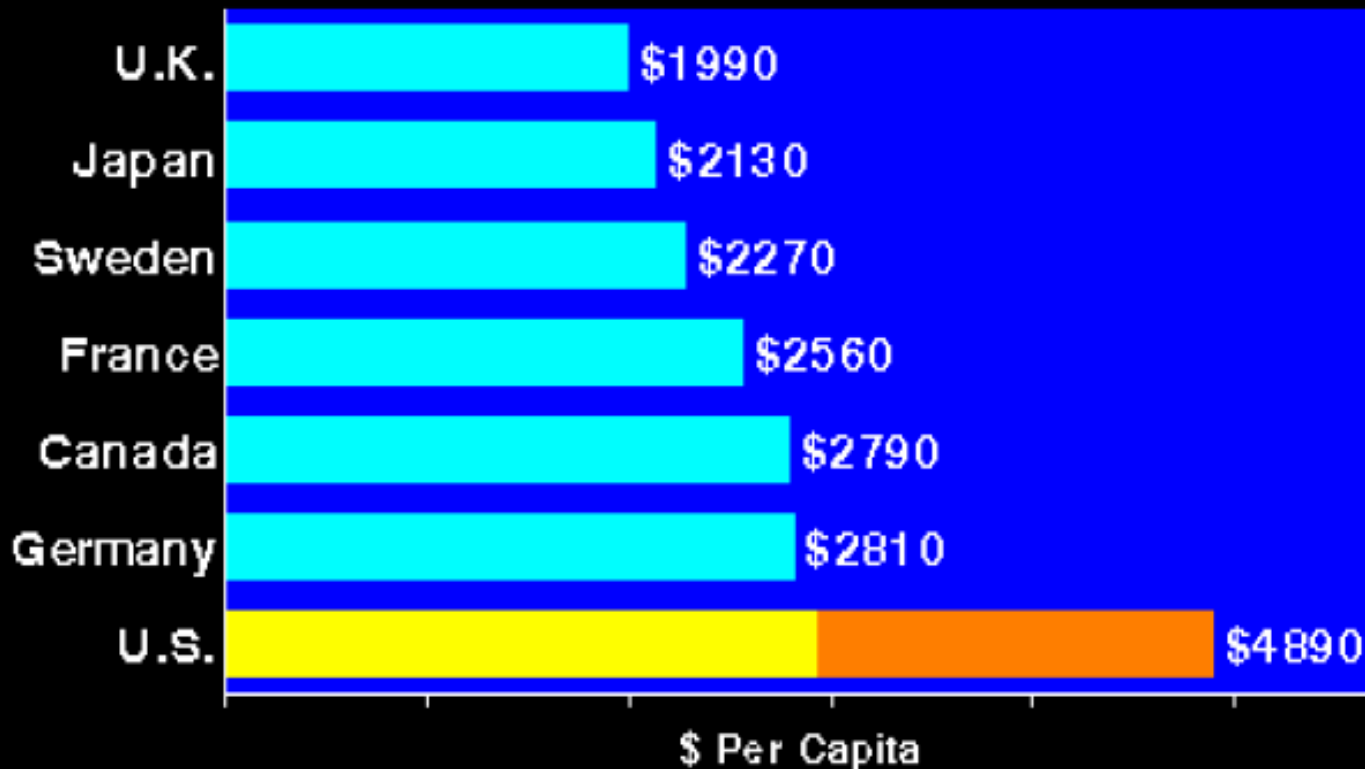
- ▶ Kosten sehr hoch (15-16% BIP)
- ▶ Staatliche Finanzierung iV zum BIP weltweit am höchsten
- ▶ Gesundheitszustand am unteren Ende der Industrieländer

### Gesundheitsausgaben gesamthaft 2003 (in USD, kaufkraftbereinigt)



Quelle: OECD Health Data 2005

# Öffentl. Finanzierung US > Gesamtkosten andere Länder



■ Total Spending ■ U.S. Public ■ U.S. Private

**Note: Public includes benefit costs for govt. employees & tax subsidy for private insurance**

Source: OECD 2003; Health Aff 2002; 21(4):98.

Figures computed by WHO to improve comparability; they are not necessarily the official statistics

Country	Healthy life expectancy (HALE) at birth <sup>b</sup> (years)	
	Males 2002	Females 2002
1 Japan	72	78
2 San Marino	71	76
3 Sweden	72	75
4 Switzerland	71	75
5 Monaco	71	75
6 Iceland	72	74
7 Italy	71	75
8 Australia	71	74
9 Spain	70	75
10 Andorra	70	75
11 Canada	70	74
12 Norway	70	74
13 France	69	75
14 Germany	70	74
15 Luxembourg	69	74
16 Israel	71	72
17 Austria	69	74
18 Netherlands	70	73
19 Finland	69	74
20 Belgium	69	73
21 Malta	70	72
22 Greece	69	73
23 New Zealand	70	72
24 United Kingdom	69	72
25 Singapore	69	71
26 Denmark	69	71
27 Ireland	68	72
28 Slovenia	67	72
29 United States of America	67	71
30 Portugal	67	72
31 Czech Republic	66	71
32 Cuba	67	70
33 Republic of Korea	65	71
34 Cyprus	67	69

Quelle: WHO Health Statistics 2005

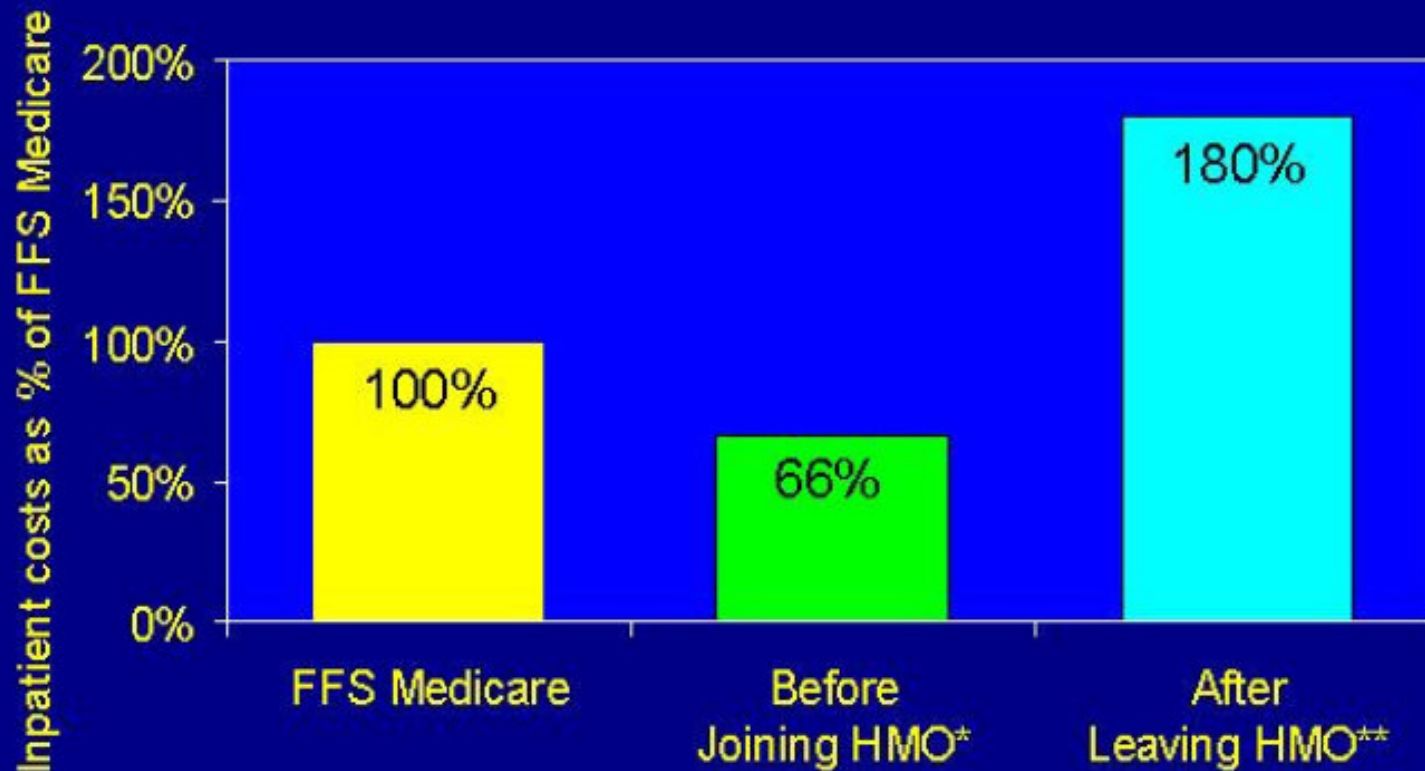
# Risikoselektion

---

- ▶ Kosteneinsparungen durch Risikoselektion auf dem Gesamtbestand nachweisbar, wenig bei Aktiven (2%), deutlich höher bei Rentnern (ca. 15%)
- ▶ Risikoselektion bei den Wechslern in allen Studien deutlich höher
  - ▶ Austretende aus Managed Care Plänen haben deutlich höhere Kosten als Nicht-MC-Bestand (Aktive: 15-20%, Medicare ~40%)
  - ▶ Eintretende haben deutlich niedrigere Kosten als Nicht-MC-Bestand (Aktive: 10%, Medicare 30-40%)

Polski, Health Services Research Dec 2004, Riley, Health Care Financing Review 1996/4, Morgan et al., NEJM 1997;337)

## Medicare HMOs: The Healthy Go In, The Sick Go Out



Morgan et al., NEJM 1997; 337:169

# Umgang mit schlechten Risiken

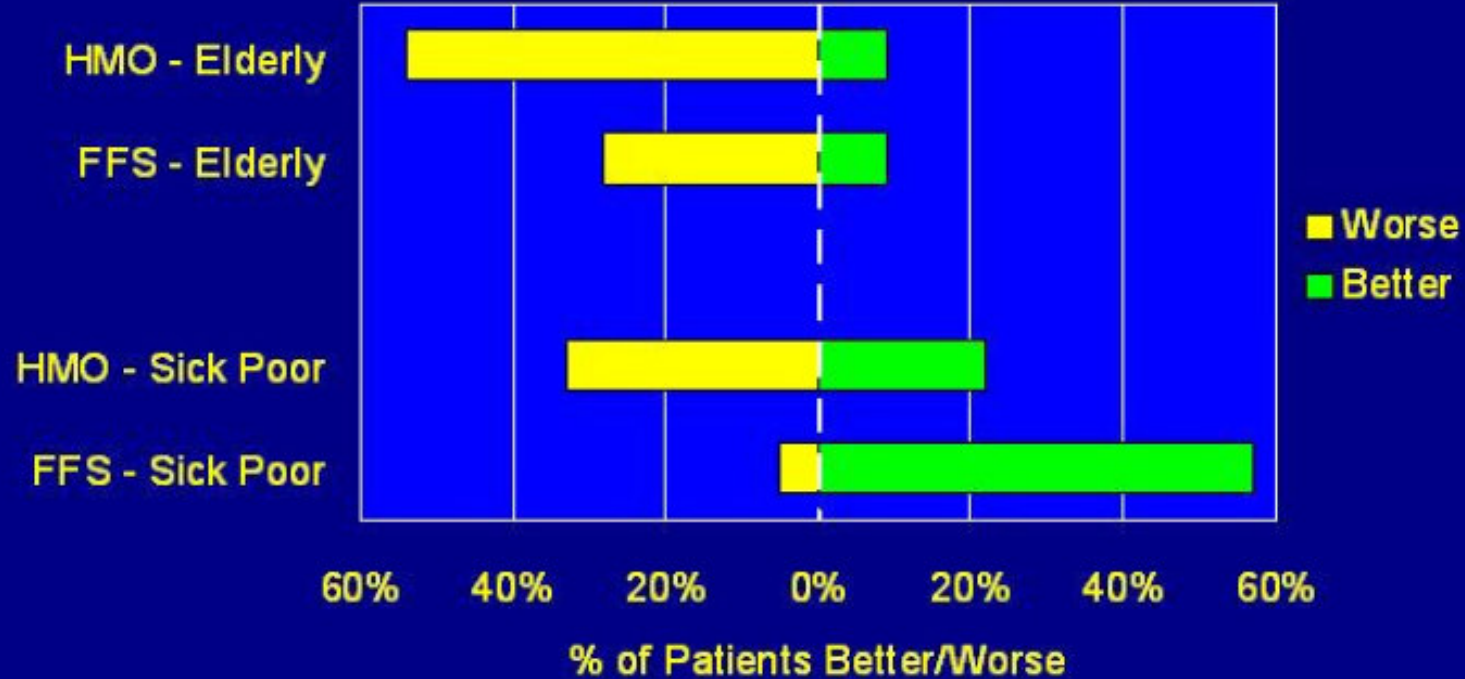
---

- ▶ Schlechte Risiken werden in Managed Care Plänen deutlich schlechter behandelt als in Fee for Service Plänen

(zahlreiche Studien zu Medicare, zitiert z.B. in Van de Ven, HEPAC 2001/2)

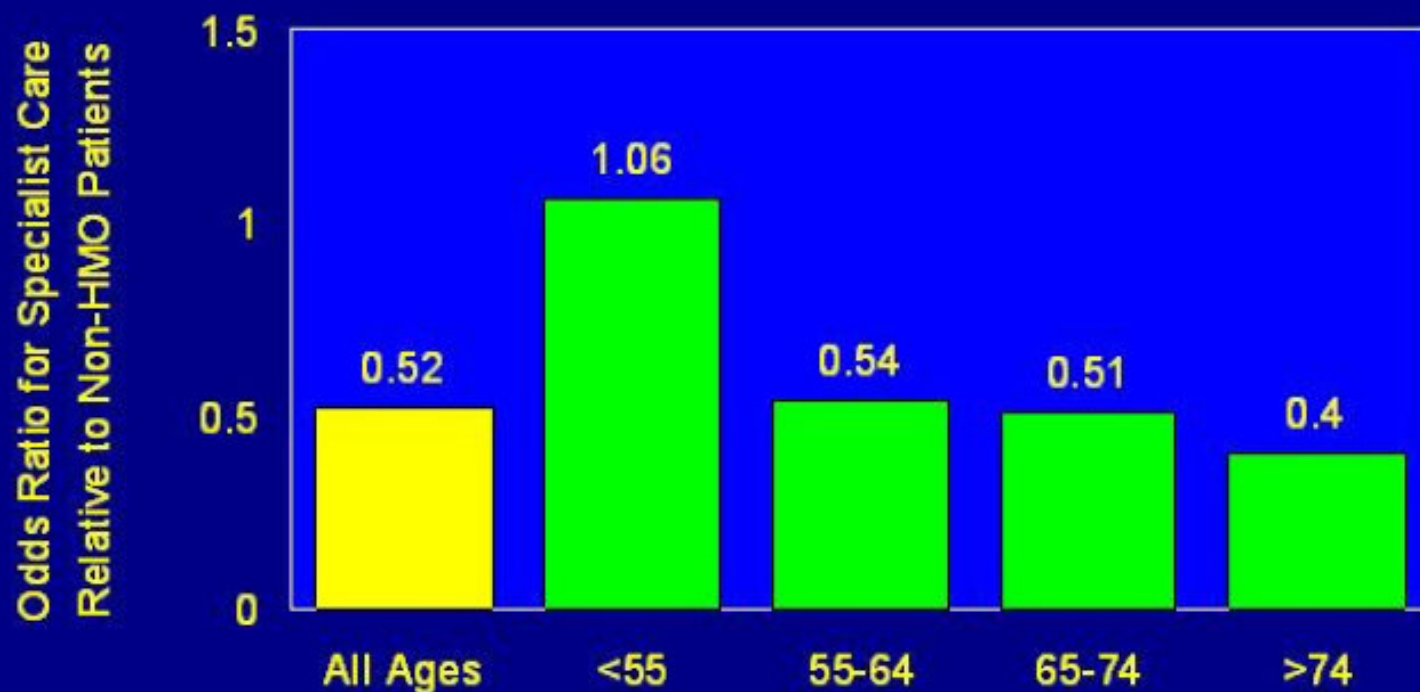
# The Elderly and Sick Poor did Worse in HMOs

## Changes in Physical Health at 4 Years



Medical Outcomes Study, JAMA 1996,276: 1039

## Elderly HMO Stroke Patients Get Less Specialist Neurology Care



Note: Patients receiving specialist neurology care had 23% lower 1 year mortality

# Depressed Patients: Fee-for Service Vs. Managed Care

	Fee-For-Service	Managed Care
<b>Primary Care Patients</b>		
Depression Detected	53.7%	41.8%
Appropriately Treated	60.7%	46.4%
<b>Patients Seeing Psychiatrist</b>		
# Functional Limitations - Baseline	1.3	1.5
# Functional Limitations - 2 Years	1.2	2.0

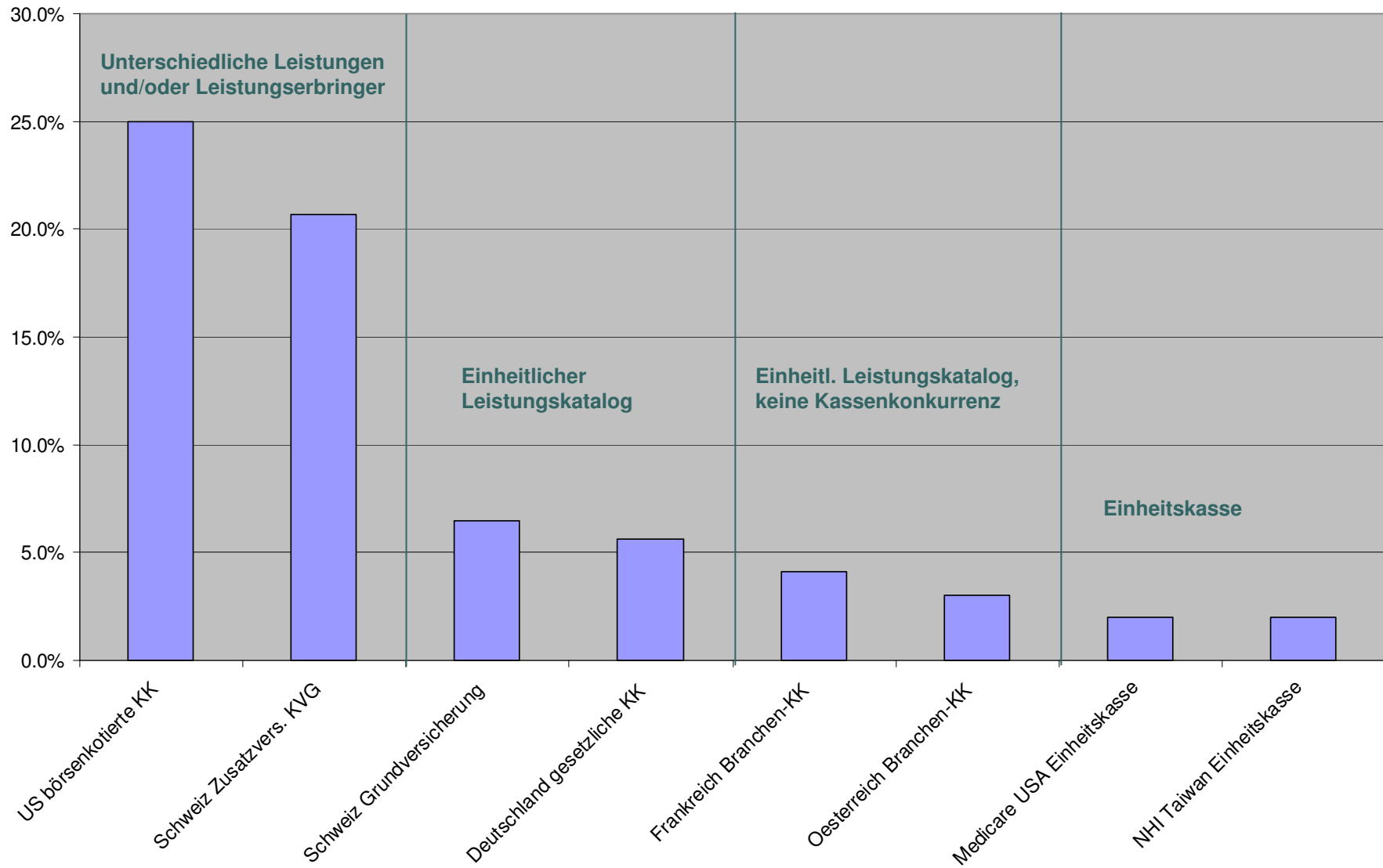
Medical Outcomes Study JAMA 1989; 262:3298 & Arch Gen Psych 1993;50:517

# Nachfragemacht

---

- ▶ Preisdruck oder besseres Care Management?
  - Niedrige Entschädigungen an Leistungserbringer scheinen bei Aktiven den Löwenanteil der Kosteneinsparungen auszumachen (ca. 10%). Hingegen lassen sich bei den Aktiven keine unterschiedlichen Nutzungen medizinischer Leistungen erkennen (Polski, The Journal of Risk and Insurance, 2004, 71/1).
  - Bei Rentnern dürfte sich die Situation durch Leistungsrationierung bei schlechten Risiken umkehren.
- ▶ Administrativer Overhead
  - Der administrative Overhead der amerikanischen Krankenversicherer liegt bei 15-25%.
  - Bei den Leistungserbringern fallen noch einmal beträchtliche administrative Aufwendungen an.
  - Zusammen 25% der gesamten Gesundheitskosten und eine wesentliche Erklärung für das hohe Kostenniveau.

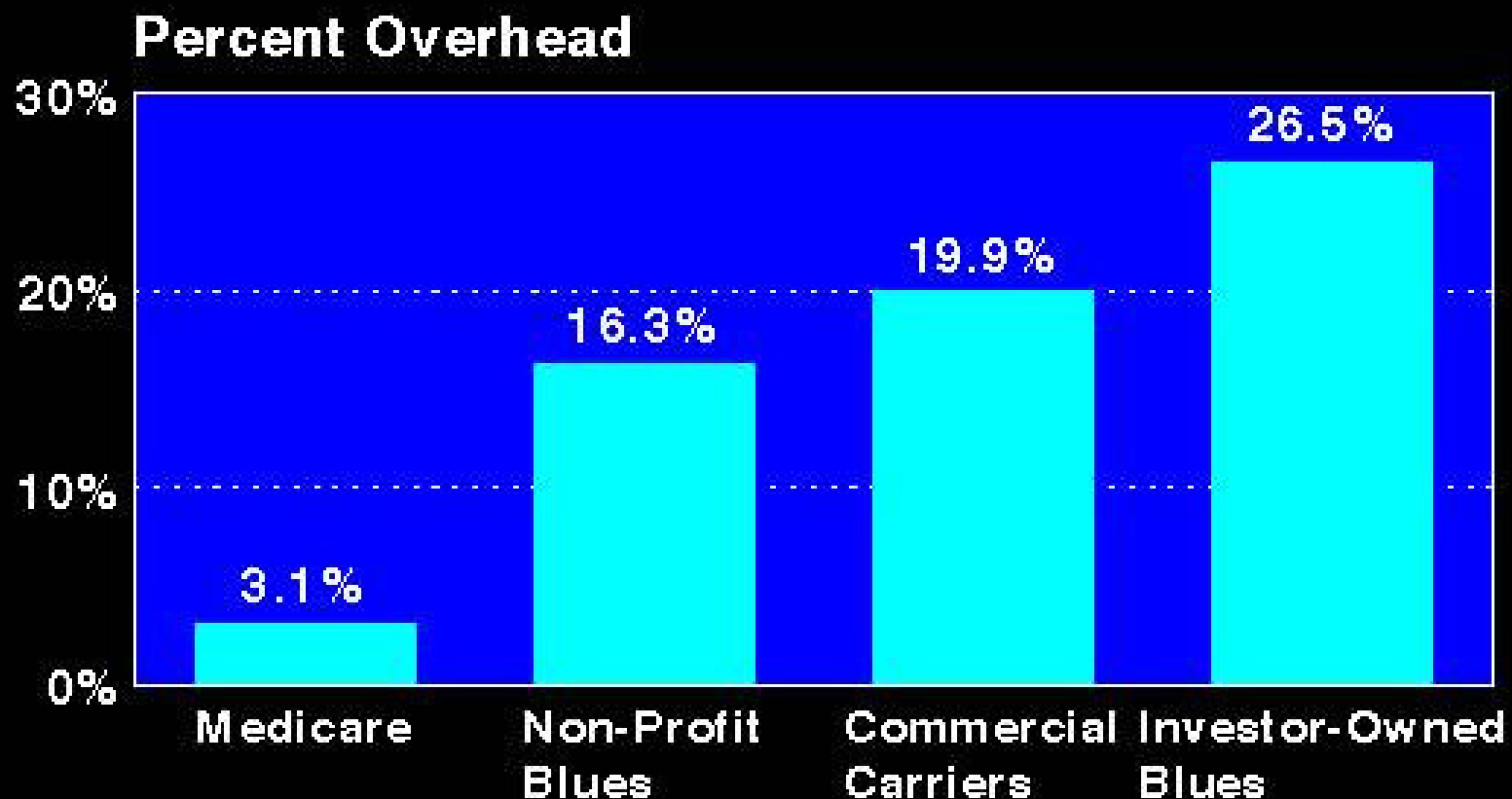
## Verwaltungskosten nach Versicherungstypus



**Quellen:** CH: Schweiz. Sozialversicherungsstatistik (BSV) und Statistik der oblig. Krankenversicherung (BAG), D: GKV-Statistik des BMG, A: Die Österreichische Sozialversicherung in Zahlen, F: Rapport sur la gestion de l'assurance maladie, USA: Paul Krugman (3/06), John Harkey/Mike Cadger (8/03) und Carl J. Schramm (12/01)

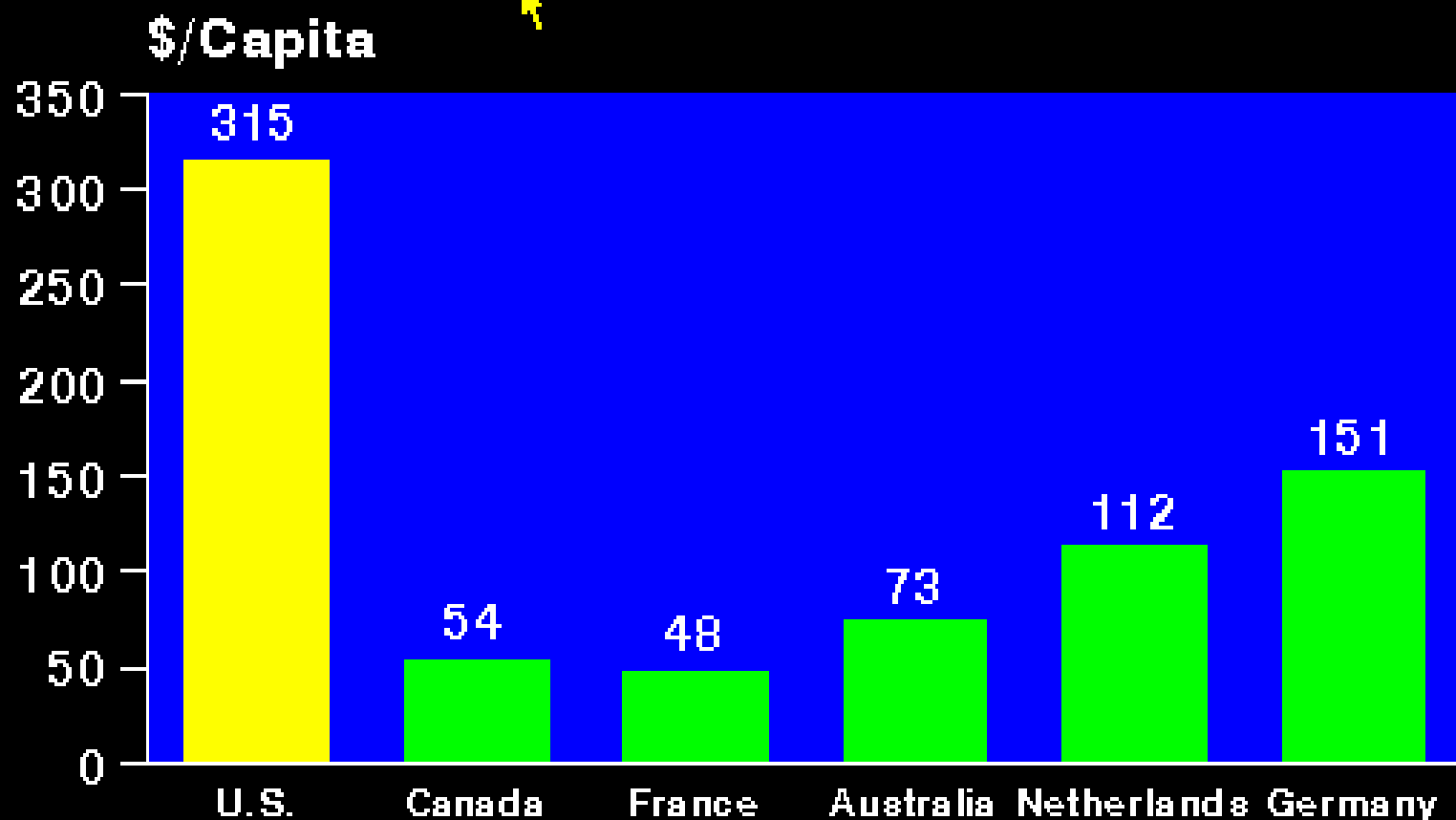
# Private Insurers' High Overhead

## Investor-Owned Plans are Worst



Source: Schramm, Blue Cross Conversion, Abell Foundation, and CMS

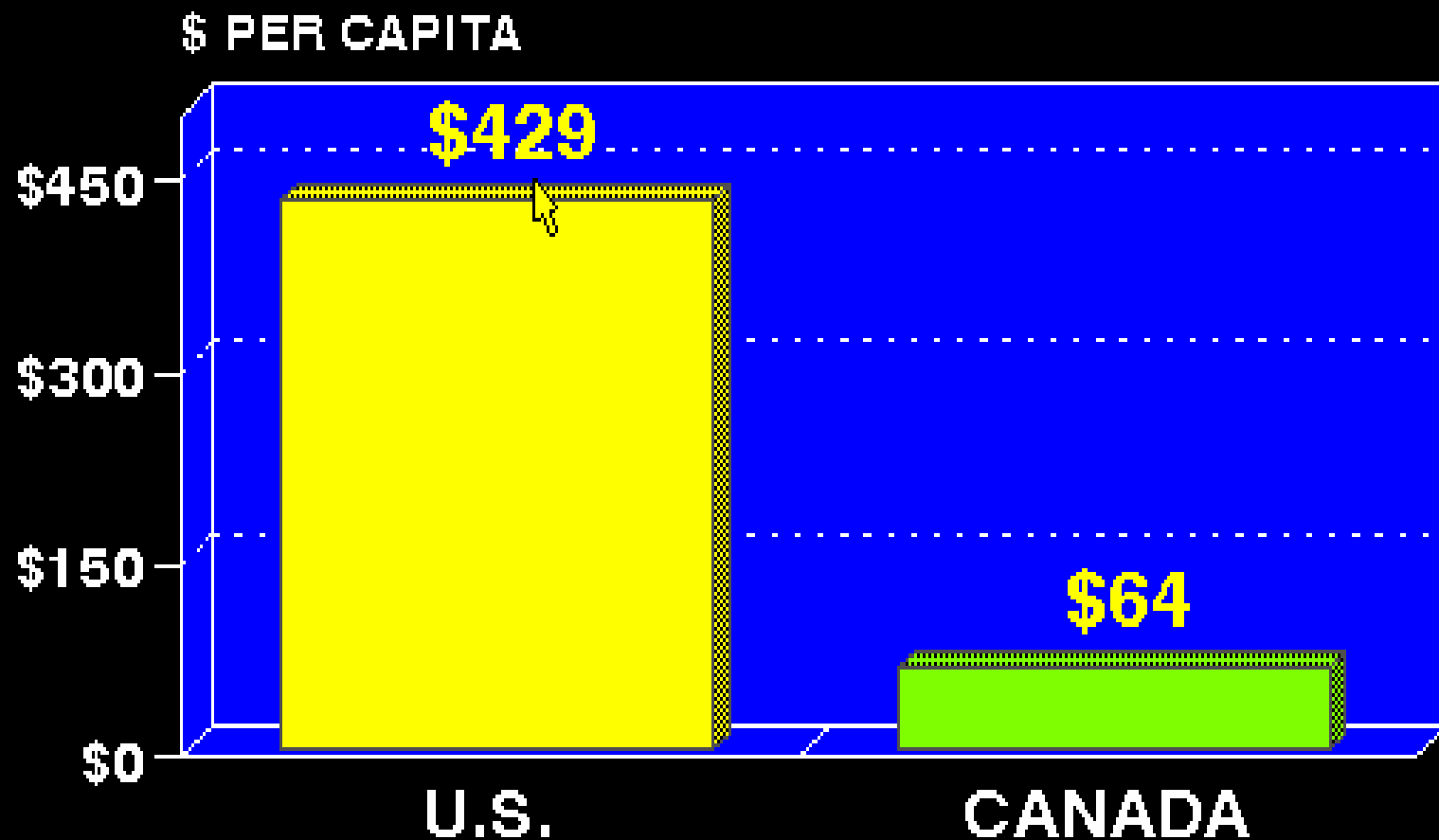
# Insurance Overhead, 2001



Source: OECD, 2003

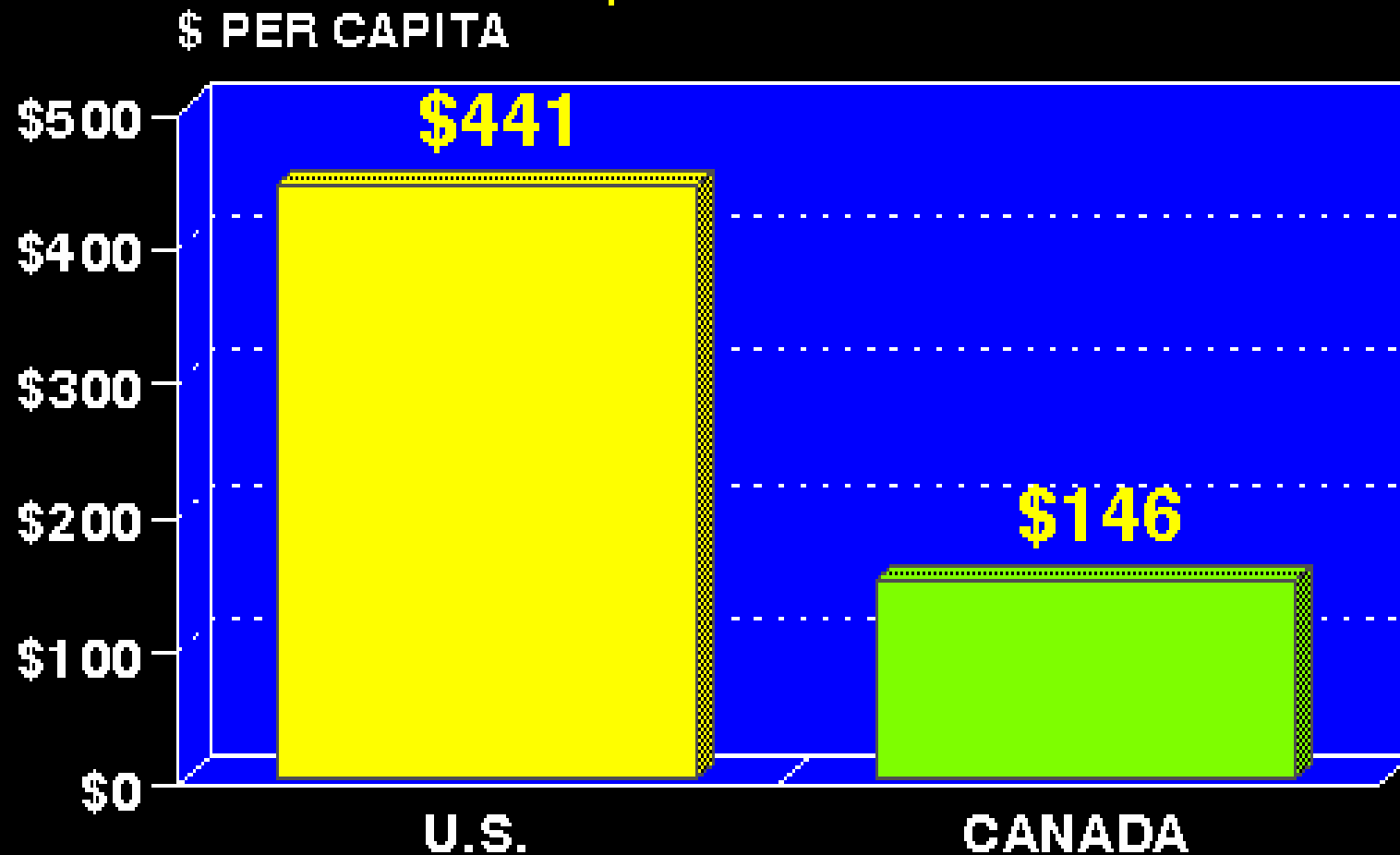
Note: Figures adjusted for Purchasing Power Parity

# Hospital Billing & Administration United States & Canada, 2003



Source: Woolhandler/Himmelstein/Cambell NEJM 2003; 349:768 (updated)

# Physicians' Billing & Office Expenses United States & Canada, 2003



Source: Woolhandler/Himmelstein/Campbell NEJM 2003;349:768 (updated)

# Was ist sinnvoll?

---

- ▶ Grundversorger-Gatekeeping und Ärzte-Netzwerke
  - ▶ Kosten-Verantwortung. aber keine materiellen Incentives  
(legitimierte Kontrolle LE)
    - Verbot von Incentives für mehr oder weniger Leistung
    - Kontrolle der Leistungsmengen, -preise, -qualitäten anhand risikoadjustierter Auswertungen
    - Territoriale Globalbudgets (homogene LE, getr. Tarmed-Gruppen)
  - ▶ Territoriale Angebotsplanung und -steuerung von besonders teuren und/oder kostenintensiven Leistungserbringern
-

# Was ist sinnvoll?

---

- ▶ Territoriale und bevölkerungsnahe Gesundheitsnetze zur Koordination der grossen Leistungserbringer und Spitex
  - Patientenfluss
  - Informationsweitergabe
  - Behandlungsnormen
  - Aber auch: Rationalisierung in Einkauf, Verwaltung, Qualitätssicherung
- ▶ Territoriale Organisation Krankenversicherung und Prävention