

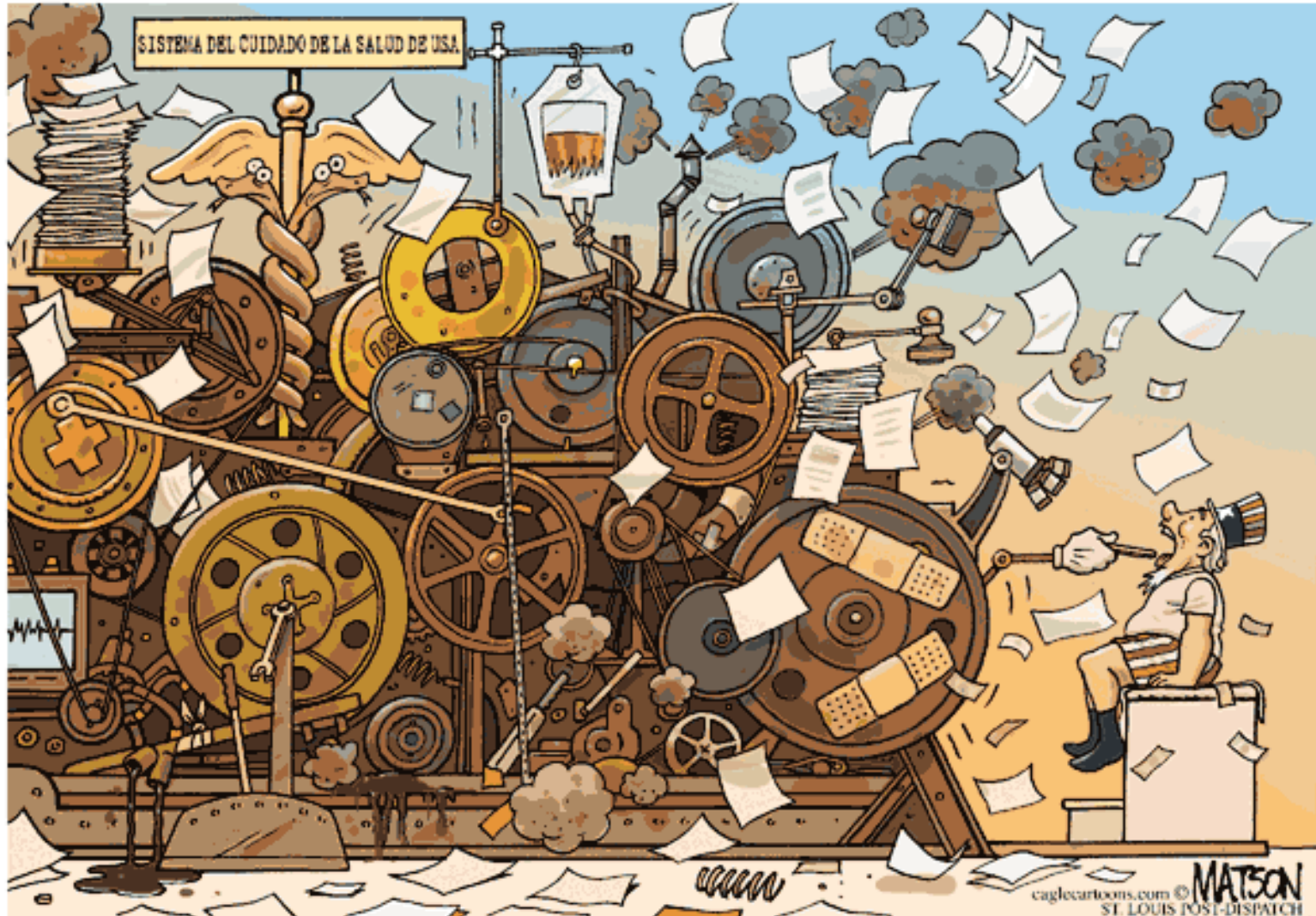
Nutzen statt Kosten

Was können Krankenversicherer zur effektiven und effizienten Qualitätsmessung beitragen?

Freitag, 18. Juni 2010

Dr. med. Peter Indra MPH
design. Generaldirektor SWICA

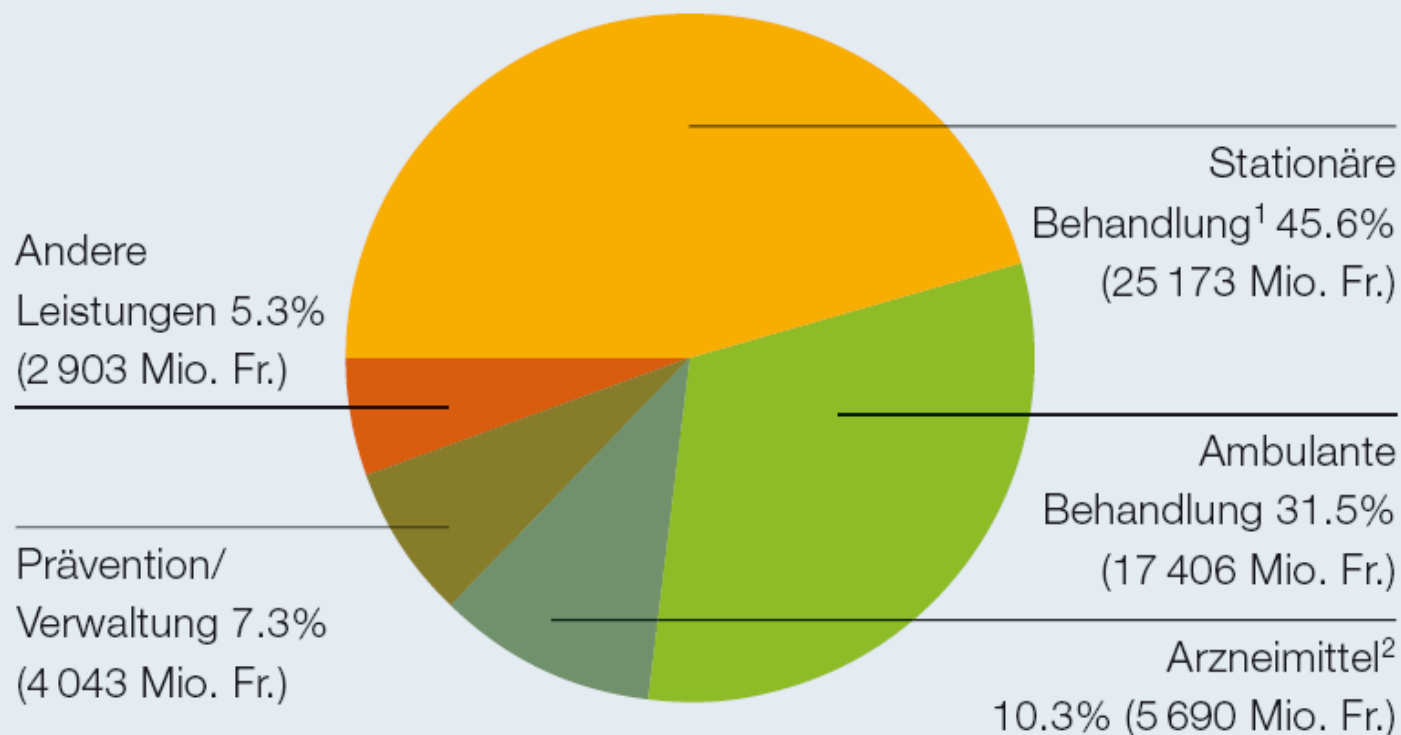
1. Ausgangslage im Gesundheitswesen



Die Kosten im Gesundheitswesen

Aufteilung der Gesundheitskosten nach Leistungen 2007

Gesamtkosten 2007: 55 215 Mio. Fr.

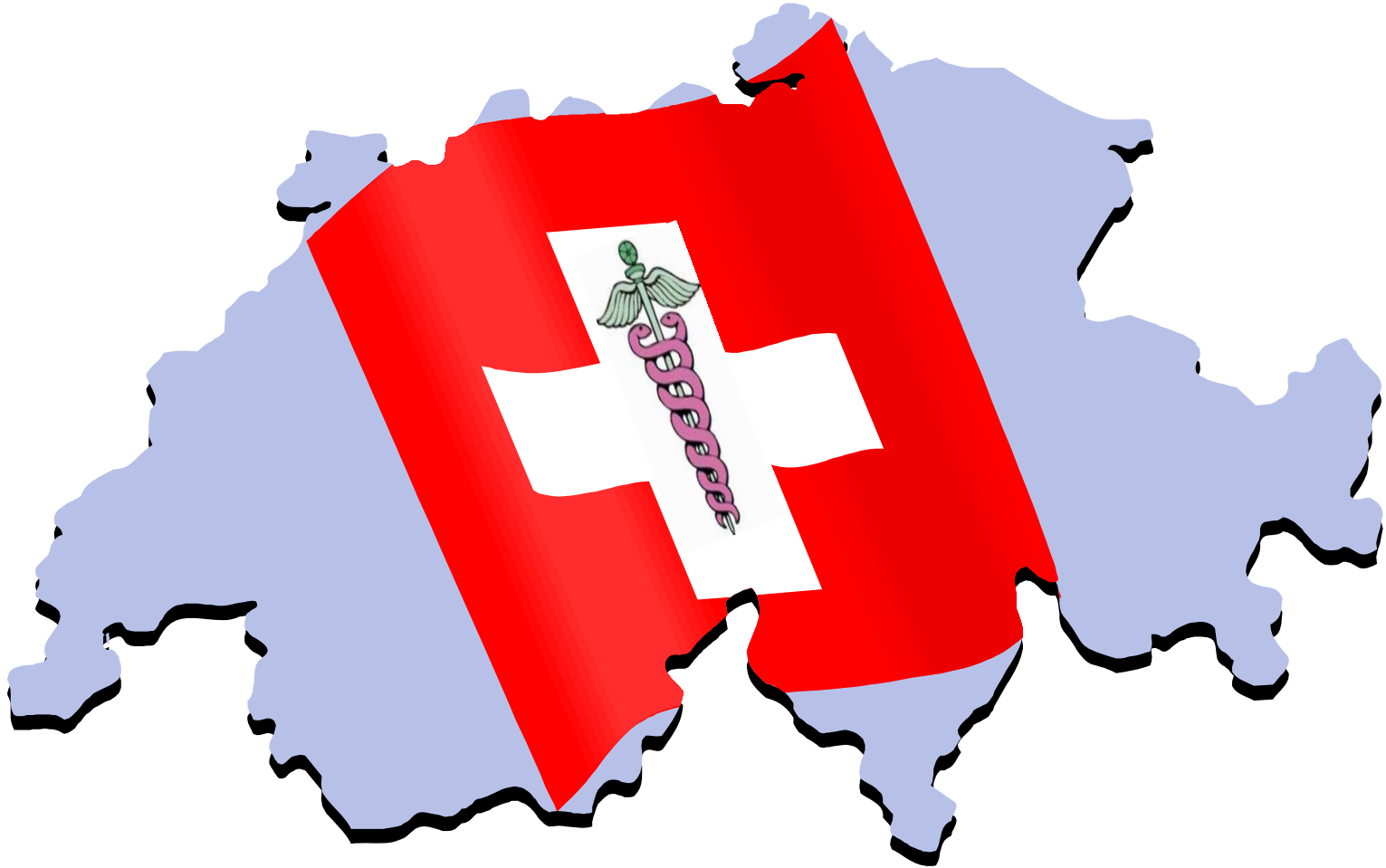


Quelle: Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens. Bundesamt für Statistik, Neuchâtel, September 2009.

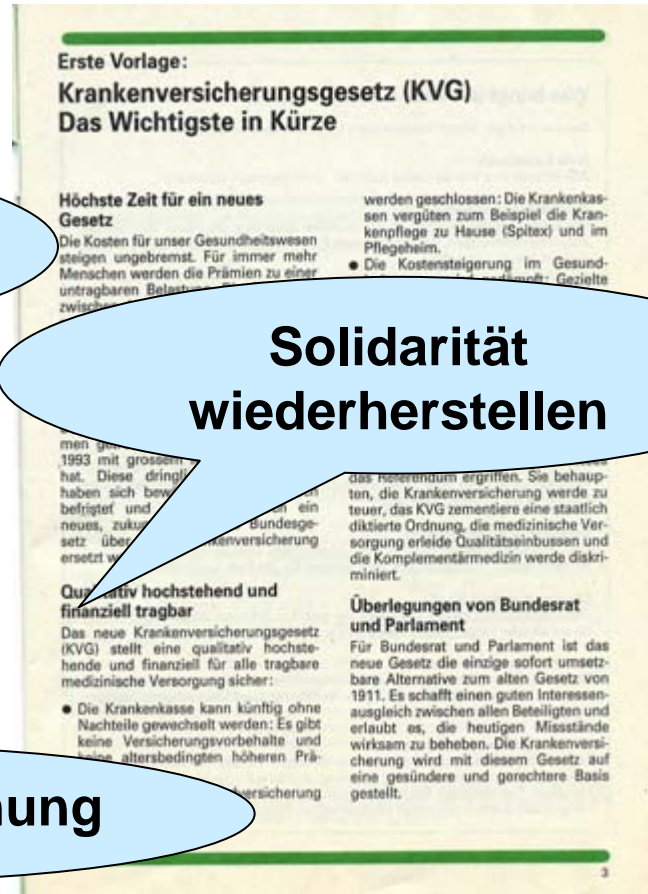
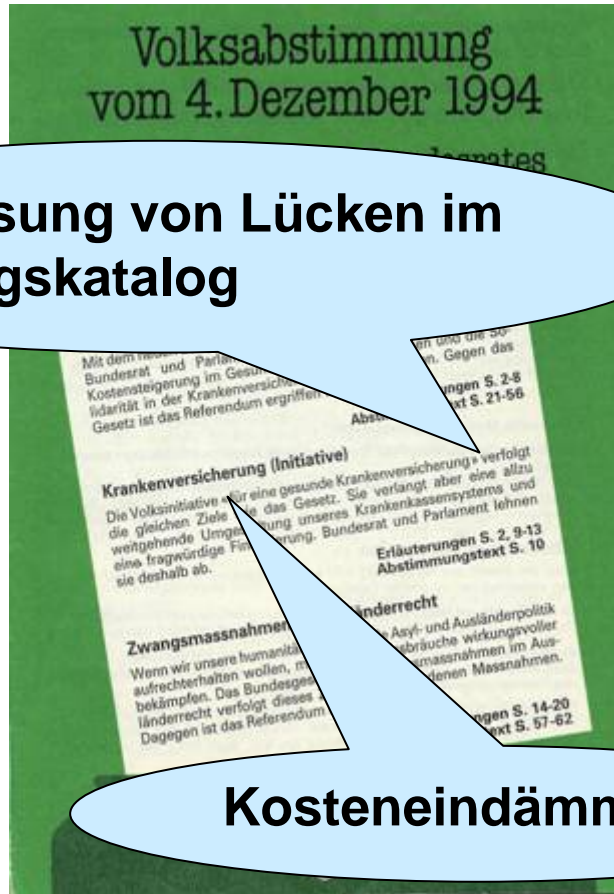
¹ Mit Arzneimitteln.

² Zu Publikumspreisen, ohne Spital.

2. Die Gesundheitspolitik der Schweiz



Die Ziele des KVG

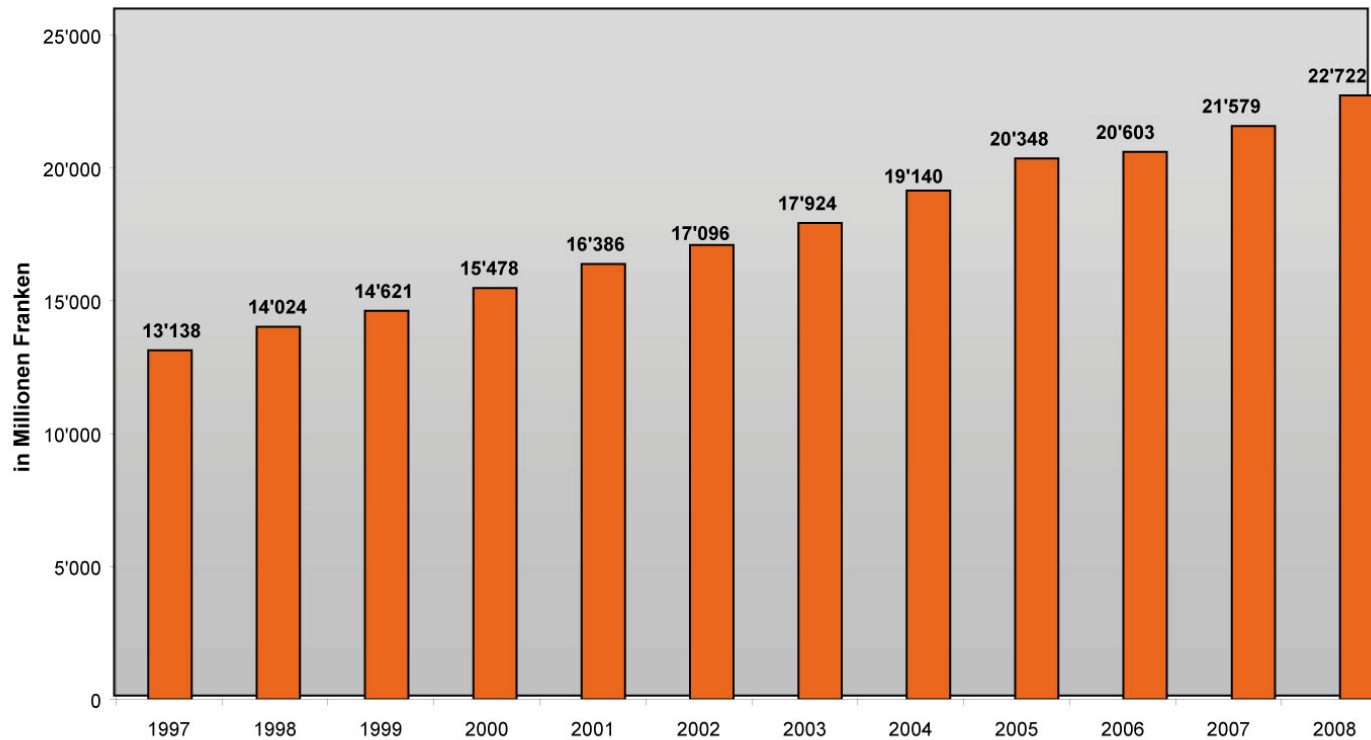


Die Kostenentwicklung



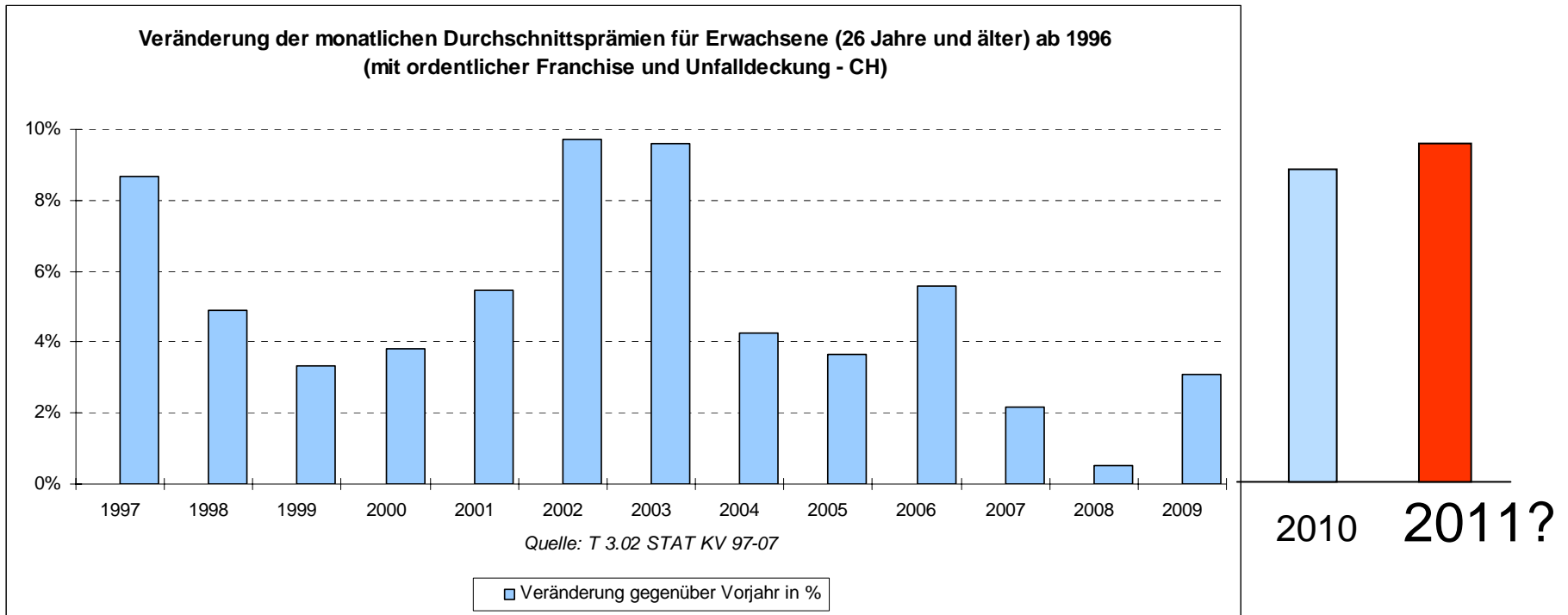
santésuisse

Gesamtkosten in der Grundversicherung (nach Abrechnungsdatum)



Die Gesamtkosten (Bruttoleistungen) in der Grundversicherung sind seit 1997 um fast 10 Milliarden Franken gestiegen.

Die Prämienentwicklung

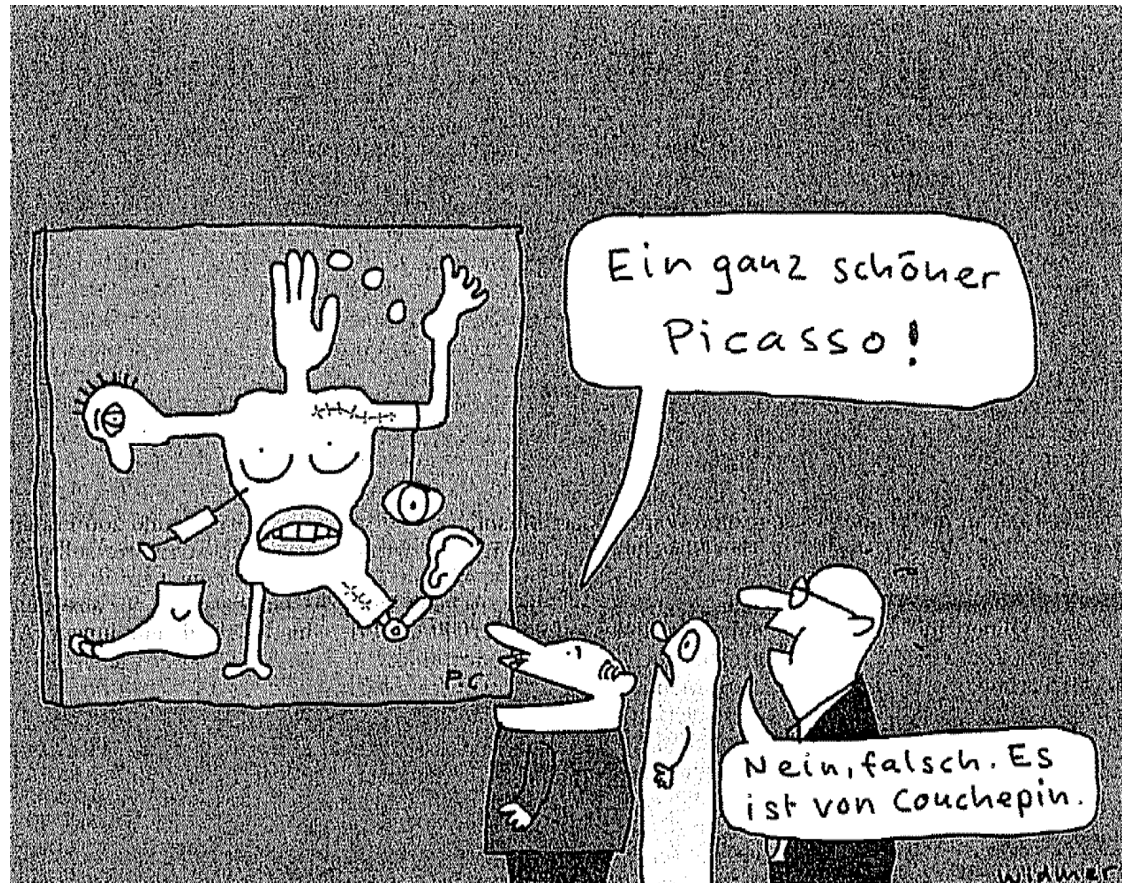


DAS GESUNDHEITSWESEN KRANKT

Pflasterlipolitik und Radikalkur

Die Bilanz der letzten vier Jahre ist ernüchternd: Das Parlament legt im Gesundheitswesen lieber grosse Würfe vor, statt hart an den drängenden Reformen zu arbeiten.

Couchepin ging das Problem in Dosen an. Das Parlament preist eine Rosskur an.



Couchepins bitteres Abschiedsgeschenk

Krankenkassen-Prämien steigen schweizweit im Schnitt um 8,7 Prozent – für Einzelne bis 40 Prozent

Die Krankenkassenprämien steigen nächstes Jahr im Schnitt um 8,7 Prozent. Gemäss den Krankenkassen wird es nicht der letzte Prämien-schock bleiben.

ANIEL FRIEDLI

Kassen ist es erlaubt, Geld aus der privaten Zusatzversicherung in die soziale Grundversicherung zu transferieren, um damit die Prämien zu dämpfen. Couchepin verteidigte diese Quersubventionierung gestern ausdrücklich als sozialen Akt: «Wenn man das verbietet, verstehe ich die Welt nicht mehr». Das letzte das Tessin und Genf mit hohen Reserven am glimpflichsten davon. Eine Ausnahme bildet Zürich: Trotz hohen Reserven steigen die Prämien mit 8,9 Prozent überdurchschnittlich stark. Der Grund ist laut BAG, dass im Kanton massiv höhere Gesundheitskosten drohen. Unter dem Strich wird sich das

Krankenkassen-Prämien 15% rauf!

Vielen Dank, Herr Couchepin

Jetzt ist es amtlich: Die Prämien steigen im Schnitt um 15 Prozent. Für eine

Bandbreite zwischen 3 und 20 Prozent Prämienhöhung. Während zum Beispiel Zürich, Basel-Stadt, Waadt und Genf glimpflicher davon kommen, müssen Berner mit dem maximalen Aufschlag rechnen. Hier bedeutet der Prämienanstieg für

ziemlich das Idiotischste, was man überhaupt machen kann». Einerseits genehmige der Bundesrat mehr Prämienverbilligungen, um die Prämien zu stützen, andererseits würden auf Kosten der Prämienzahler Reserven angehäuft. «Sollen doch

Kassen und Politiker haben genug

Drei Krankenkassen reichen Beschwerden gegen Pascal Couchepins Prämienpolitik ein



TAG FÜR TAG IN DER KRITIK Bundesrat Pascal Couchepins letzter Amtsmonat wird zum Spiessrutenlauf. v. SPICHER/EPHES

Bürgerliche decken das Bundesamt für Gesundheit mit Vorwürfen ein. Die Idee, dass künftig die Finna über die Prämien wachen soll, gewinnt an Unterstützung.

tagszeitung reichen Swica, Concordia und KPT je eine Aufsichtsbeschwerde gegen Couchepins Departement des Innern und das Bundesamt für Gesundheit (BAG) ein. Der Grund: Die Kassen fühlen sich gegenüber Konkurrenten be-

Prämienanstieg löst Lawine aus

Rund jeder sechste Schweizer hat dieses Jahr seine Krankenkasse gewechselt. Wegen der massiven Prämien-erhöhungen hat es dieses Jahr so viele Krankenkassenwechsel wie noch nie gegeben. Am häufigsten wechselten Versicherte mit hoher Franchise. 300 Franken gewechselt, während 25 Prozent der Versicherten mit einer Franchise von 2500 Franken eine neue Kasse gesucht haben. nächsten Jahren nicht weiter senkt. «Viele Versicherte haben ihre Kasse während Jahren die Treue gehalten, obwohl sie vielleicht nicht die billigste war. Um Prämien zu sparen, erhöhten sie einfach sukzessive ihre Franchise», so Lüsler. Die Prä-

Massiver Anstieg gegenüber 2008

Schon letztes Jahr suchten sich

Explosion der Gesundheitskosten

BLICK zeigt, wo die Milliarden versickern

VON GERD LÖHRER

ZÜRICH. Die Schweizer lassen sich ihre Gesundheit gut 7000 Franken im Jahr kosten – total 53 Milliarden oder 11,6 Prozent des Bruttoinlandprodukts. Die Hälfte tragen die Versicherungen, 17 Prozent der Staat, 30 die Privaten. Diese Kosten laufen aus dem Budget. In den letzten

handlungen den grössten Kostenblock. Zusammen haben sie in den letzten 5 Jahren Mehrkosten von 5,5 Milliarden Franken verursacht. Vor allem der ambulante Teil ist stark gewachsen.

► DIE ÄRZTE

sind mit 7,3 Milliarden der zweitgrösste Kostenblock. Sie liegen jedoch mit Mehrkosten von 1,1 Milliarden deutlich unter dem Durchschnitt.

Mengen – Arztbesuche, talaufenthalte, Medikamentenbezüge. Das hat Überkapazitäten zu tun: mehr Ärzte sich um stagnierende Bevölkerung kümmern, umso häufiger wird diese behandelt. Es kommen falsche Anträge. Die fünfzigprozentige Kostenbeteiligung des Staates an den stationären Behandlungskosten verleitet die Versicherer dazu, ihre Kunden eher stationär behandeln zu lassen (was teuer ist); und es verleiht die staatliche

Die Krankenkassen ziehen die Schraube immer mehr an
Die Ombudsstelle Krankenversicherung stellt massiv mehr Streitfälle zwischen Versicherten und Krankenkassen fest. Grund: Die Kassen weigern sich immer öfter, zu zahlen.
Solche Streitfälle um die Zahlung von Leistungen sind im letzten Jahr vermehrt bei der Ombudsstelle eingegangen. Die Gesamtzahl neuer Fälle ist 2009 – im Vergleich zum Vorjahr – um 14,7 Prozent angewachsen. Ombudsmann Rudolf Luginbühl führt diese Entwicklung primär auf die steigenden Gesundheitskosten zurück, die sowohl den Versicherten als auch den Krankenkassen zu Lasten kommen. Im Bereich Zusatzversicherung ist es gemäss dem Jahresbericht 2009 des Ombudsmanns kaum noch möglich, von einer Krankenkasse Kulanzleistungen zu erhalten. So war etwa ein Krankenversicherer nicht bereit, den geringen Sachschaden zu übernehmen, den Retungskräfte verursacht hatten, als sie einen eingeschlossenen Patienten in dessen Wohnung bargen. Auch in einem Fall in dem ein Zucker...

Datum: 09.06.2010



Ärzte und Pharmariesen nicht verschonen

Schlucke Generika oder zahle mehr/Auf dem richtigen Weg, TA vom 10. 11.

Kein Spareffekt. Ich bin nicht so sicher, ob dies wirklich Schritte in die richtige Richtung sind, wie René Lenzin in seinem Kommentar schreibt. Nehmen wir die Reduktion der Labortarife: Damit sollen

sche» der Allgemeinheit aufgebürdet werden, wobei die Freiheit bei der Medikamentenwahl gewährleistet bleibt.

C. UND P. BISCHOF, WINTERTHUR

Toleranzgrenze bei Selbstbehalt. Generika zu fördern, um die Gesundheitskosten zu senken, die Patienten mit mehr Eigen-



3. Thema Qualität



Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung ist eines der Hauptziele des KVG, das 1996 in Kraft trat





Art. 58 Qualitätssicherung

...

- 3 Er regelt, mit welchen Massnahmen die Qualität oder der zweckmässige Einsatz der Leistungen zu sichern oder wiederherzustellen ist. Er kann insbesondere vorsehen, dass:
 - a. vor der Durchführung bestimmter, namentlich **besonders kostspieliger Diagnose- oder Behandlungsverfahren** die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin eingeholt wird;
 - b. **besonders kostspielige oder schwierige Untersuchungen** oder Behandlungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nur vergütet werden, wenn sie von **dafür qualifizierten Leistungserbringern** durchgeführt werden. Er kann die Leistungserbringer näher bezeichnen.



Art. 77 Qualitätssicherung

- 1 Die Leistungserbringer oder deren Verbände erarbeiten Konzepte und Programme über die Anforderungen an die Qualität der Leistungen und die Förderung der Qualität.

Die Modalitäten der Durchführung (Kontrolle der Erfüllung und Folgen der Nichterfüllung der Qualitätsanforderungen sowie Finanzierung) werden in den Tarifverträgen oder in besonderen Qualitätssicherungsverträgen mit den Versicherern oder deren Verbänden vereinbart. Die Bestimmungen haben den allgemein anerkannten Standards zu entsprechen, unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen.

...

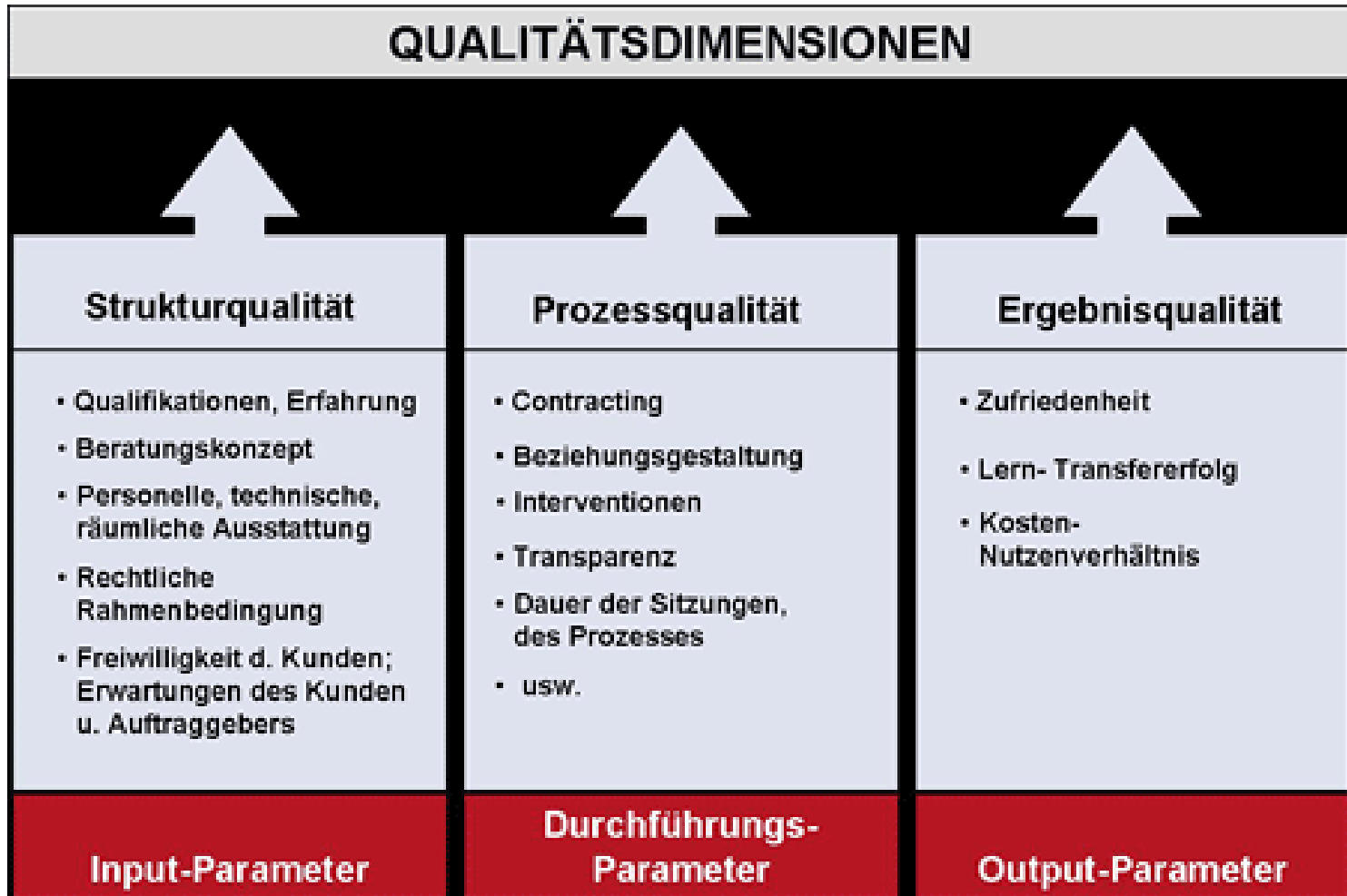
Art. 31 ~~Veröffentlichung von Daten der Leistungserbringer~~

Das BAG veröffentlicht die Ergebnisse der Erhebungen nach Artikel 30, so dass namentlich folgende Angaben oder Kennzahlen der sozialen Krankenversicherung nach Leistungserbringer oder nach Kategorien von Leistungserbringern ersichtlich sind:

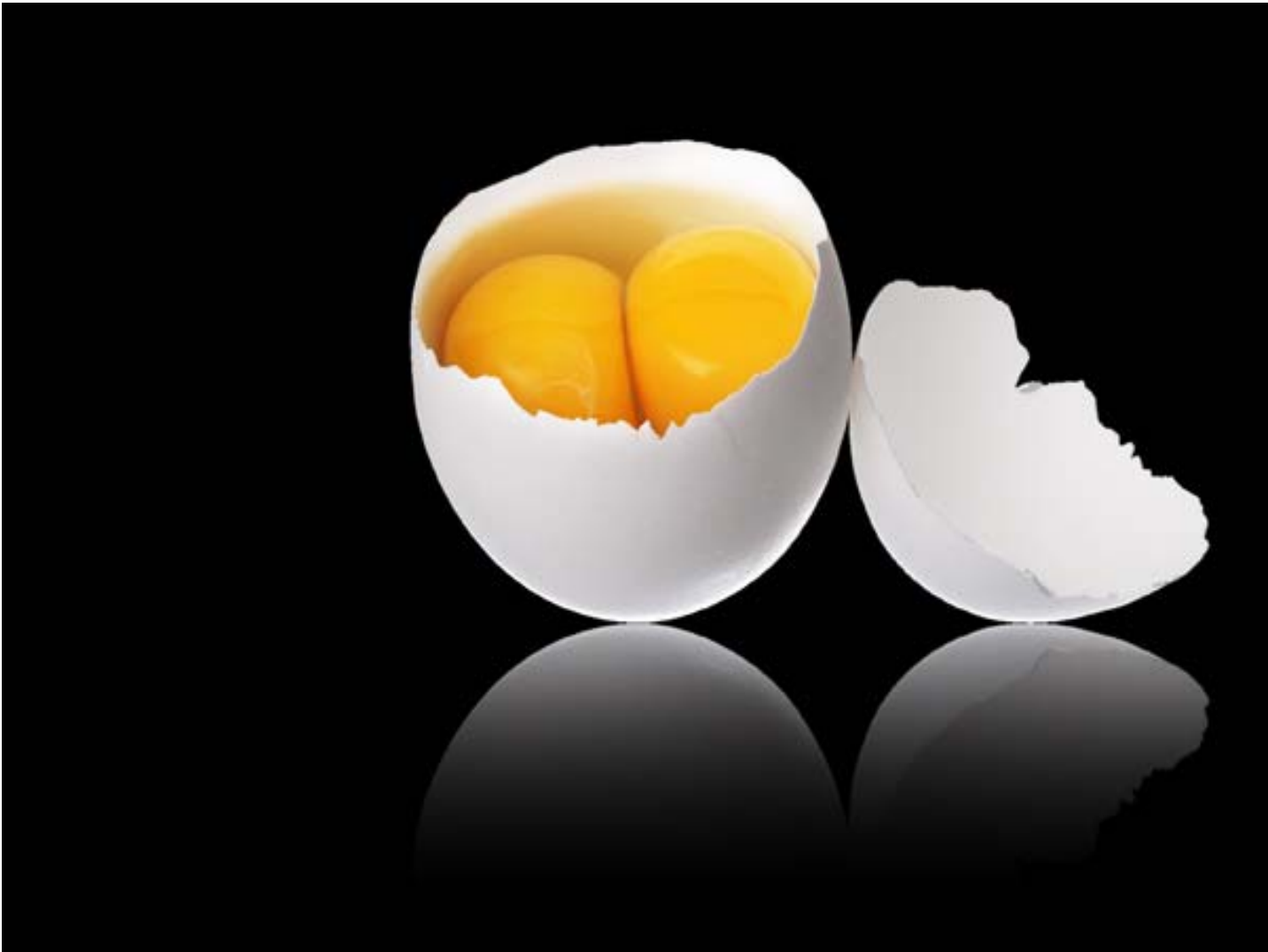
- a. ~~Leistungsangebot und Qualifikation der Leistungserbringer;~~
- b. Qualitätsindikatoren;
- c. Umfang und Art der erbrachten Leistungen;
- d. Kostenentwicklung.

KVV Version 1

Welche Qualität meinen wir?



Qualität als Mehrnutzen für den Patienten





**Wettbewerb um medizinische
Behandlungsergebnisse und
Behandlungskosten...**

**...führt zu einer Verbesserung
der erbrachten
Gesundheitsdienstleistungen
und zu besserer Gesundheit**

Transparenz



Transparenz



FIXIT

Das Q-Projekt des Bundes für die Spitäler

Statistiken zur Krankenversicherung

Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler 2006

Bericht über die Pilotstudie
Resultate von 29 Spitälern auf freiwilliger Basis



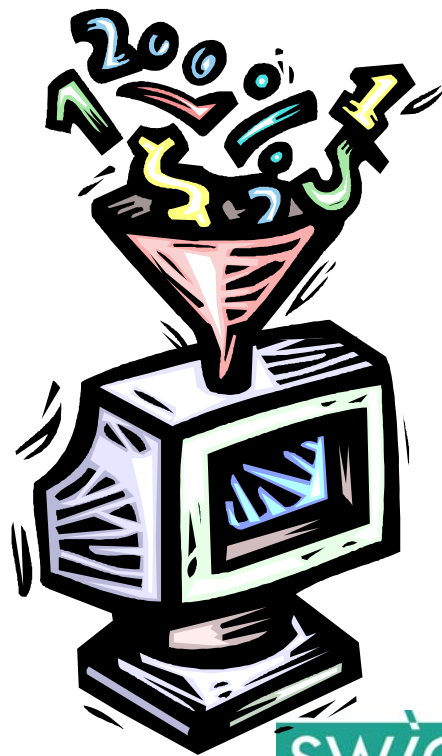
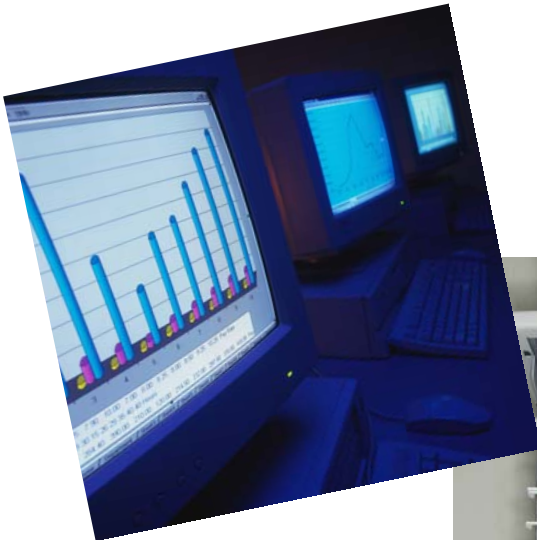
 Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG



Q

Qualitäts-Indikatoren aus Routinedaten



**Die Transparenz von medizinischen
Qualitätsdaten ist ein zentraler
Punkt der Diskussion um das Thema
regulierter Wettbewerb**

*Dr. med. Daniel Herren, MHA,
Mitglied des Zentralvorstandes der FMH,
Verantwortlicher für das Ressort DDQ*

Ja zur Transparenz bei der Qualität!

Die Meinung der FMH

Qualitätstransparenz für Ärzte und Patienten

Qualitätstransparenz als Basis des internen Qualitätsmanagements führt zu Qualitätssteigerung in der medizinischen Behandlung und somit zu verbesserter Patientenversorgung und Patientensicherheit.

Die Veröffentlichung von Qualitätsdaten soll der Vergleichbarkeit ärztlicher Leistungserbringung dienen. Auf diese Weise kann einem reinen Preiswettbewerb ein Qualitätswettbewerb zur Seite gestellt werden.

Schweizerische Ärztezeitung | Bulletin des médecins suisses | Bollettino dei medici svizzeri | 2009;90: 37

...aber...

Die Meinung der FMH

Qualitätstransparenz für Ärzte und Patienten

Die FMH engagiert sich für eine sinnvolle Transparenz in der Qualität ärztlichen Handelns. Sie setzt sich für die Veröffentlichung von aussagekräftigen, korrekt erhobenen und verständlich kommunizierten medizinischen Qualitätsdaten ein.

Qualitätsmessung ist die Voraussetzung für Qualitätstransparenz. Damit Qualitätsindikatoren tatsächlich medizinische Behandlungsqualität repräsentieren, müssen sie gemeinsam mit der Ärzteschaft definiert werden.

Schweizerische Ärztezeitung | Bulletin des médecins suisses | Bollettino dei medici svizzeri | 2009;90: 37

4. Was können die Versicherer beitragen



- Versicherer haben ein eminentes Interesse an einem hohen Qualitätsstandard
- Die Versicherten müssen für Ihre Prämien einen entsprechenden Gegenwert erhalten
- Es geht um eine optimale Versorgung des Patienten
- Verhinderte Qualitätsmängel führen zu Kosteneinsparungen
- Sinkende Qualität bedeutet häufig Über-, Unter- und Fehlversorgung, was mit unnötigen und vermeidbaren Kosten verbunden ist

„Förderung von hoher Qualität, wirtschaftlicher Leistungserbringung und Transparenz, um dadurch die Kosten für die Gesundheitsversorgung zu senken!“



santésuisse

- Im Fokus steht die Ergebnisqualität
- Q-Sicherung muss mess- und vergleichbar sein
- Resultate sind für Patienten verständlich transparent zu machen
- Transparentes Benchmarking der Leistungserbringer
- Entwicklung von Tarifsystemen, die eine hohe Qualität belohnen

5. Wie setzt SWICA seine Q-Strategie um?





Qualität wie sie SWICA versteht



**SWICA will für ihre
Versicherten:**

**Die beste Medizin
und
finanzielle Sicherheit**



Der Tatbeweis: Managed Care by SWICA

Die integrierten Modelle sind bei SWICA umgesetzt; die Kunden profitieren von der Behandlungs- und Betreuungskette rund um die Uhr, rund um die Welt



Care Management by SWICA



- Orientierung am Patientenbedürfnis
- Orientierung an Qualität
- Fokussierung
- Wahlfreiheit
- Profit für Leistungserbringer an guten Behandlungsergebnissen
- Gesundheitsleistungen aus einer Hand
- Autonomie und Budgetmitverantwortung
- Verbesserung des Risikoausgleichs

Fakten zu gesundheitspolitischen Themen und die Position der Pharmaindustrie

INTEGRIERTE VERSORGUNG

Managed Care muss auf Qualität setzen

Managed Care im Sinne von integrierter Versorgung der Patienten hat in der gesundheitspolitischen Diskussion in der Schweiz stark an Bedeutung gewonnen. Das Konzept wird oft als Schlüssel zur Gesundheitsreform gehandelt. Die neue Einigkeit ist jedoch trügerisch: Managed Care steht für vielerlei Modelle. Ausserdem sind die mit Managed Care bereits gemachten Erfahrungen nur selten Erfolgsgeschichten. Hinter dem Begriff stehen aber gute Ansätze. Das vorliegende Themendossier versucht, diejenigen Modelle zu zeigen, die Unterstützung verdienen.

Den Patienten integriert statt fragmentiert zu versorgen ist der Kerngedanke, der hinter dem Begriff Managed Care steht. Fragmentiert heisst, dass die einzelnen Therapieschritte nicht aufeinander abgestimmt, nicht koordiniert sind. Der mehrdeutige Begriff «Managed Care» wird daher zunehmend durch den besser zutreffenden Begriff «integrierte Versorgung» ersetzt. Die renommierte amerikanische Ökonomin Elizabeth Teisberg formuliert es so: «Die Gesundheitsversorgung ist in der Schweiz, wie fast überall, nach ärztlicher Sicht relevanten medizinischen Spezialgebieten organisiert – statt nach den für Patienten entscheidenden Diagnosen. In einer fragmentierten Gesundheitsversorgung werden effektive Behandlungsansätze kaum erkannt. Die fehlende Integration über den gesamten Behandlungszyklus hinweg verringert die Behandlungseffizienz, behindert Lerneffekte und hemmt die Verbesserung der medizinischen Ergebnisse.»¹

Managed Care – wozu?

Die Praxis bestätigt den Befund, wonach sowohl die Qualität wie auch die Effizienz der Gesundheitsversorgung verbessert werden müssten. Eine ungenügende Versorgung gefährdet nicht nur die Gesundheit der Bevölkerung, sondern ist auch Ursache für unzählige vermeidbare Komplikationen und Todesfälle. Das zeigt eine Studie über die amerikanische Gesundheits-

versorgung 2005.² Sie ergab, dass beispielsweise die Blutzuckerwerte bei 40 Prozent der Diabetespatientinnen und -patienten innerhalb von zwei Jahren nicht ein einziges Mal gemessen wurden (siehe Tabelle I). Ein Viertel der Messungen, die >

² «U.S. Health Care: Facts about Cost, Access and Quality», Dana P. Goldmann und Elizabeth McGlynn, 2005.

Position der Industrie

Die forschende pharmazeutische Industrie unterstützt eine Gesundheitsversorgung, die auf Qualität und Effizienzsteigerung ausgerichtet ist.

Die Bereitstellung von und der Zugang zu qualitativ hochwertigen und innovativen Leistungen in der Gesundheitsversorgung ist für Patientinnen und Patienten zentral und gleichzeitig wirtschaftlich.

Neue Versorgungsmodelle, welche Anreize für eine optimale Zusammenarbeit der Leistungserbringer zur Qualitätsverbesserung sowie Anreize für eine effiziente Versorgung setzen, verdienen Unterstützung.

Die Rahmenbedingungen solcher Modelle sind sorgfältig zu bestimmen. Entscheidend ist, dass sie auf das Patientenwohl ausgerichtet sind und Wahlfreiheit gewährleisten.

¹ «Nutzenorientierter Wettbewerb im schweizerischen Gesundheitswesen: Möglichkeiten und Chancen», Elizabeth Olmsted Teisberg. Herausgeber: economisuisse, Klinik Hirslanden AG, Interpharma, Schweizerischer Versicherungsverband und Swisscom IT Services, Juli 2008.



Danke für Ihre Aufmerksamkeit!