

# Qualität vor Kosten

Begrüßung und Einstieg

Integrierte Versorgung im Spannungsfeld zwischen Qualität und Wirtschaftlichkeit: einige Überlegungen und Thesen

---

24. Juni 2011

Dr. Willy Oggier, Dr.oec.HSG, Gesundheitsökonom, Küssnacht

## Ausgangslage

- Gesundheitspolitisches Sofortmassnahmen-Paket als Auslöser
- Fazit: Die Problemfelder werden ignoriert.
- Aufruf zur Reform
  - Stopp Sofortmassnahmen-Paket
  - Morbiditätsorientierter Risikoausgleich
  - Monistische Finanzierung
- Organisation Workshop «Nutzen statt Kosten», Juni 2010
- Medienkonferenz November 2010
- Organisation Workshop «Ausgangslage in der Schweiz – internationale Modelle»

## Die Qualitätsallianz

- Konferenz Kantonalen Ärztegesellschaften
- H+ Die Spitäler der Schweiz
- Schweizerische Diabetes-Gesellschaft
- OsteoSwiss
- Ärzte mit Patientenapotheke
- ZurichHeart House
- Interpharma
- MSD
- Privatpersonen

## Unser Ansatz I

- Was brauchen Kranke wirklich?
- Versorgungsqualität
- Evidenzen und Daten
- Epidemiologische und volkswirtschaftliche Bedeutung haben: Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Depressionen, Brustkrebs

## Unser Ansatz II

- Richtige Anreize?
  - Verbesserung des Risikoausgleichs
  - monistische Finanzierung
- Vorbilder:
  - Wer macht es gut?
  - Warum funktioniert es?
- Eine fällige und nötige Diskussion
- Experten, die Lösungen definieren
- Spezialisten tragen zur Entwicklung der Allianz bei

## Unsere Botschaften I

- Ausweg aus der Kostenfixierung, die den gesundheitspolitischen Fortschritt heute blockiert
- Qualität kann langfristig kostensenkend wirken
- Qualität heisst, dass sich die Leistungserbringer und Kassen koordiniert auf die Bedürfnisse ihrer Patienten ausrichten
- Was hat es genützt – und was hat es gekostet

## Unsere Botschaften II

- Heutige Modelle integrierter Versorgung sind auf Kosten ausgerichtet
  - Schlechtere Behandlung für chronisch Kranke
  - Negative Folgen für chronisch Kranke, was schliesslich zu höheren Kosten führt.
  
- Ein morbiditätsorientierter Risikoausgleich und eine monistische Finanzierung:
  - Gleichstellung der ambulanten und stationären Versorgung
  - Optimale Betreuung und weniger Arztbesuche für chronisch Kranke

# Einige provokative Thesen gegen den Mainstream (I)

- Integrierte Versorgung muss sich an ihrer Wirkung auf folgende Menschen messen lassen:
  - Ältere Menschen
  - Sozial Schwache
  - Kostenintensive Patienten



## Einige provokative Thesen gegen den Mainstream (II)

- Integrierte Versorgung bedeutet somit auch den Abbau der Ausländer-Skepsis
  - bzgl. der Patienten als auch des Gesundheitspersonals und ausländischer Leistungserbringer
  - Netzwerke über Landesgrenzen hinweg, Beispiel Seltene Erkrankungen

## Einige provokative Thesen gegen den Mainstream (III)

- Integrierte Versorgung sollte nicht auf einer romantischen Vorstellung von Medizin und auf der aussterbenden Spezies Hausarzt aufbauen.
- Nutzen-Potentiale zwischen Leistungserbringern durch e-Health

## Einige provokative Thesen gegen den Mainstream (IV)

- Integrierte Versorgung sollte durch wettbewerbliche Philosophie gefördert werden (und nicht durch staatliche Überregulierung).
  - Keine fixen Vorschriften zur Kostenbeteiligung
  - Keine Monopol-Stellungen (z.B. für Allgemeinpraktiker)
  - Kein Angebotszwang

## Einige provokative Thesen gegen den Mainstream (V)

- Integrierte Versorgung sollte nicht missbraucht werden für Machtpolitik einzelner Ärztegruppen.
- Stärkung der aktuellen integrierten Versorgung durch jene, welche sie heute schon fördern (und nicht indem man diese knechtet):
  - Belegärzte
  - Selbstdispensierende Ärzte (mit den entsprechenden pharmakologischen Kenntnissen)

## Einige provokative Thesen gegen den Mainstream (VI)

- Integrierte Versorgung durch hoch spezialisierte Universitätsklinika
- Denn Qualität kommt vor Kosten.

## Fazit

- Es gibt viel zu diskutieren.
- Es gibt viel zu vertiefen.
- Dafür sind die beiden Workshop-Tage da.
- Viel Vergnügen!