

Managed Care in der Schweiz

Alternative Versicherungsmodelle sind eine Erfolgsgeschichte! Managed Care auch?

Health Insurance Days, Interlaken, 29.04.2022

Oliver Strehle, fmc Geschäftsführer

Das fmc Schweizer Forum für Integrierte Versorgung

Seit 25 Jahren sind wir der unabhängige Schweizer Thinktank zur Förderung der Integrierte Versorgung

Wir wollen...

- als unabhängiges Kompetenzzentrum und Thinktank für die Integrierte Versorgung, Transparenz schaffen, Wissen zur Verfügung stellen, Impulse setzen und Entwicklungen mitgestalten.
- als nationales Forum mit breiter Trägerschaft die Vernetzung aller Akteure der Integrierten Versorgung ermöglichen.

Lernen Sie das fmc am 15. Juni am fmc Symposium kennen und Erfahren Sie etwas über die erfolgreichen Strukturen von Versorgungsmodellen aus Dänemark, Spanien, Südostasien, Südafrika, Irland, USA, Belgien, Finnland und Deutschland.

15. Juni 2022 | Casino Bern

www.fmc.ch

Nationales Symposium integrierte Versorgung

 Schweizer Forum für Integrierte Versorgung
Forum suisse des soins intégrés
Forum svizzero delle cure integrate

Integrated Care around the world –
Was andere Länder besser machen!

AVM sind eine Erfolgsgeschichte! Managed Care auch?

Erkenntnisse

- Die AVMs bieten den Versicherten eine grosse Produktvielfalt zu attraktiven Preisen
- AVMs sind ein erfolgreiches Versicherungs-, aber nicht gleichbedeutend auch ein erfolgreiches Versorgungsprodukt (Managed Care-Produkt)

Damit auch Managed Care eine Erfolgsgeschichte wird, sind förderliche und neue Rahmenbedingungen notwendig

- «Revival» der Budget(mit)verantwortung und mehr höhere Vergütungen für das Versorgungsmanagement
- Kassenübergreifende Kooperation im AVM-Geschäft und Vergrösserung der «Berechnungsbasis»
- Vertraglich definierte Versorgungsleistungen, Leistungsindikatoren und eine versorgungsrelevante Datengrundlage

Unsere derzeitige Gesundheitsversorgung ist...

zu stark...

- ...auf die **kurative Medizin** ausgerichtet
- ...auf **Diagnosen und Indikationen** ausgerichtet
- ...auf die **Akutversorgung** ausgerichtet
- ...auf die **traditionelle Leistungserbringung** ausgerichtet
- ...**fragmentiert und hierarchisch** organisiert
- ...auf **sektorale Vergütungen beschränkt** (z.B. DRG, Tarmed)
- ...auf die **Quantität** ausgerichtet (z.B. Einzelleistungen, Fallzahlen)

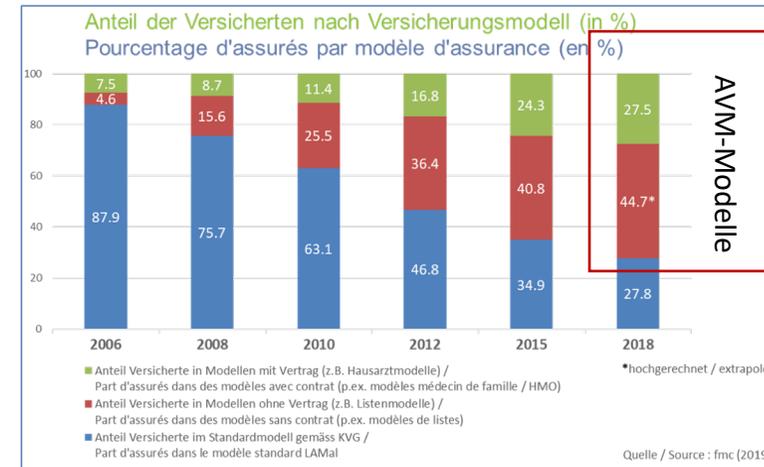
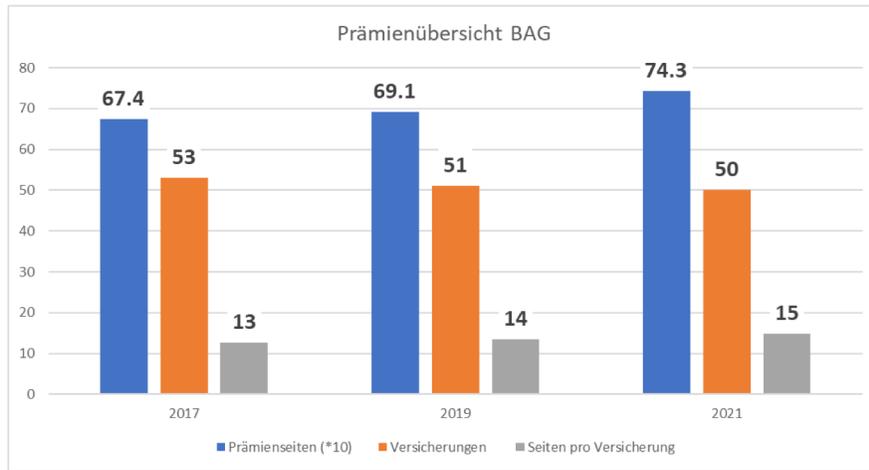
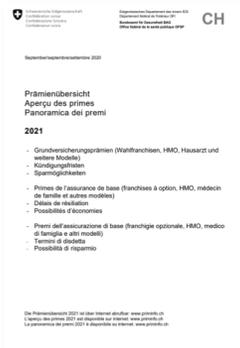
und vernachlässigt...

- ...die **psychosozialen Bedürfnisse** der Menschen sowie die **Gesundheitsförderung und Prävention**.
- ...den **Menschen als Ganzes und sein soziales Umfeld** (Angehörige, Nachbarschaft).
- ...die **dauerhafte Betreuung** von chronisch kranken Menschen
- ...die **Einsatzmöglichkeiten von speziell qualifizierten Fachpersonen** (z.B. Pflegeexpert:innen, Apotheker:innen mit Fachtitel, Medizinische Praxiskoordinator:innen).
- ...bzw. **erschwert die Zusammenarbeit der Fachpersonen und ihrer Einrichtungen** (auch im Sozialberich).
- ...**sektorenübergreifende Vergütungen** (Komplexpauschalen, Capitation)
- ...die **Qualität**, namentlich das Ergebnis über den ganzen Behandlungspfad (Performance).

Mögliche Antwort – **Stärkung der koordinierten und integrierten Versorgung**

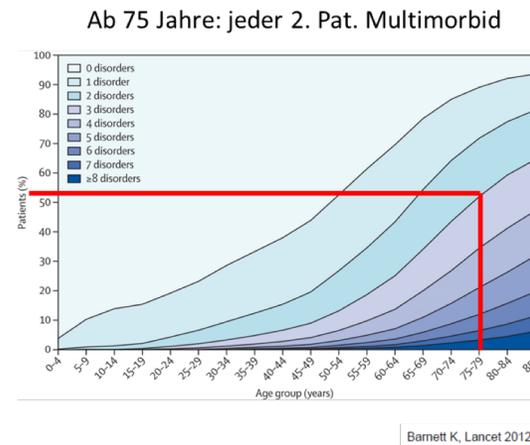
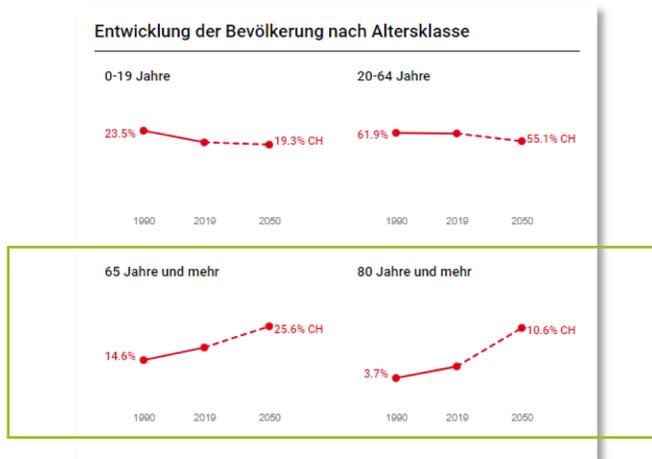
Durch...	Alternative Versicherungsmodelle	Integrierte Versorgung
Definition	<u>KVG Art 41 Abs 4</u> <i>Die Versicherten können ihr Wahlrecht im Einvernehmen mit dem Versicherer auf Leistungserbringer beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt.</i>	Das geplante und verbindliche Zusammenspiel der Versorgungspartner (Leistungserbringer, Kostenträger, Patienten, Dienstleister) über den ganzen Behandlungs- und Betreuungsweg mit dem Ziel, eine bedürfnisgerechte, qualitätsbasierte und kosteneffektive Versorgung zu fördern.
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> • Einschränkung Zugangsmöglichkeiten • Kosteneinsparungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit • Versorgungsoptimierung
Bezugsebene	Versicherung	Versorgung

Alternative Versicherungsmodelle (AVM) und Integrierte Versorgung (IV) – Eine Erfolgsgeschichte

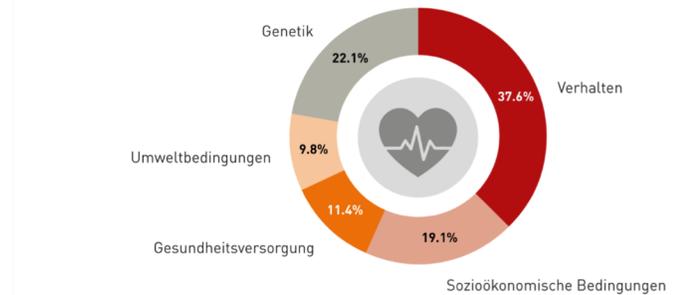


- Entwicklung von neuen «Multi-Access-Modelle» mit Verlagerung zu digitalen und telemedizinischen Eintrittspforten
- AVM sind mittlerweile «Standard»
- AVM sind ein Erfolgsmodell – Grosse Produktvielfalt & attraktive Prämien

Demographischen Entwicklung – Die grosse Herausforderung



Der Einfluss verschiedener Determinanten auf die Gesundheit



Quelle: Synthese aus drei Metastudien
www.economiesuisse.ch

→ steigende Zahl an komplexen Versorgungssituationen:
medizinische + pflegerische + soziale + juristische + finanzielle Bedürfnissen

→ Die ganzheitliche Bio-Psycho-Soziale Versorgung erfordert ein interprofessionelles Versorgungsmanagement

Interprofessionelle Versorgungsteams – keine förderlichen Rahmenbedingungen

Medizin

Medizinische Praxiskoordinatorin (MPK)
FA in klinischer Richtung mit eidg. FA

Modulare Weiterbildung für die Zulassung zur eidgenössischen Berufsprüfung «MPK FA»

Pflichtmodule

- Chronic Care Management I (CCM I)
- Chronic Care Management II (CCM II)
- Qualitätsmanagement in der Arztpraxis
- Beratung von Langzeitpatienten – Diabetes

Wahlpflichtmodule

- Wundbehandlung
- Beratung von Langzeitpatienten – Atemwegserkrankungen
- Beratung von Langzeitpatienten – Koronare Herzkrankheiten / Herzinsuffizienz
- Beratung von Langzeitpatienten – Rheuma
- Hirnleistungsschwäche / Demenz



Swiss Learning Health System

APN in der Hausarztpraxis

Wie kann der Einsatz von Pflegeexpertinnen APN in neuen Modellen der medizinischen Grundversorgung gefördert werden?
Renata Josi, Stefan Gysin, Stefan Essig

MPAs können bisher ihre Tätigkeiten, die sie im Rahmen des CCM verrichten nicht selbst abrechnen. Sie sind in der Praxis angestellt und arbeiten auf Rechnung des Arztes. Die Tarifstruktur TARMED wird aktuell revidiert und wurde dem Bundesrat in neuer Form Mitte 2019 zur Genehmigung vorgelegt. Der revidierte Tarif TARDOC soll nichtärztliche Leistungen im CCM durch MPA mit Zusatzqualifikationen (medizinische Praxiskoordinatorin) abrechenbar machen [31].



Neue Wege in der Grundversorgung

Erfahrungen und Erkenntnisse aus dem Projekt CASE
Coordinated APN-Support for the Elderly

EINBLICK IN DIE PRAXIS

Pflegeexpertin APN: Bestens ausgebildetes Bindeglied zwischen Hausarztpraxis und Spitex

Eine Pflegeexpertin APN bringt eine weitere Expertensicht auf eine Patientensituation ein. Das hilft den Hausärztinnen und Hausärzten, aber vor allem den Patientinnen und Patienten: **Auch bei komplexen Situationen können sie länger zu Hause leben.** Das im Projekt erprobte Rollenmodell hat sich bewährt, bei der Finanzierung muss nachgebessert werden.



Soziale Arbeit in der Arztpraxis

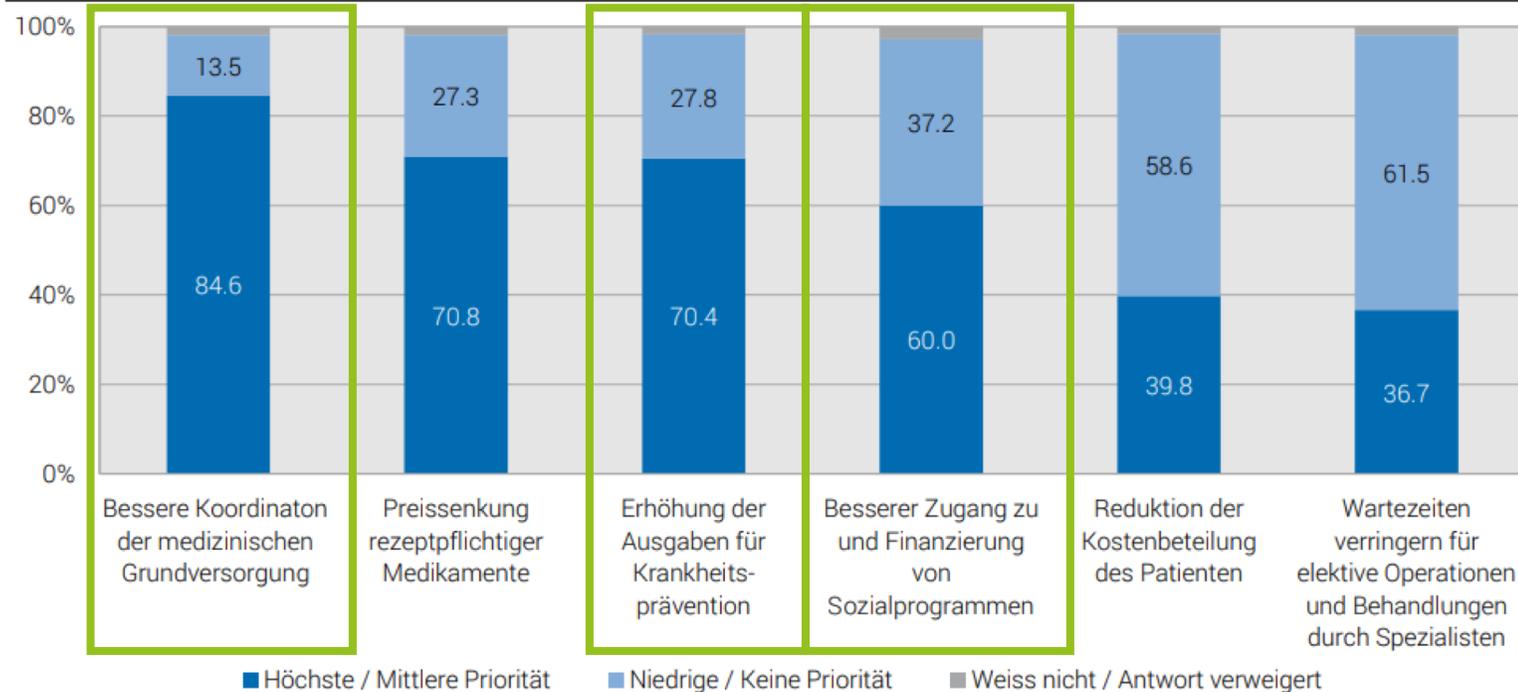
Ärzt*innen wünschen sich Unterstützung bei sozialen Problemstellungen in den Sprechstunden. Eine integrierte oder angegliederte Sozialberatung kann die Versorgungsqualität verbessern. Dies zeigen erste Ergebnisse einer Studie der BFH, die von der Schweizerischen Agentur für Innovationsförderung (Innosuisse) gefördert wurde.

Finanzierungsformen

Weil die **Praxissozialarbeit** – zumindest in der Hausarztpraxis – derzeit **nicht über die Grundversicherung** der Krankenkasse **vergütet werden kann**, müssen sich Arztpraxen heute mit anderen Finanzierungsformen behelfen. Gerade für Gruppenpraxen kann sich eine

Die „Praktiker:innen“ wissen was zu tun wäre!

G 3.6 Zu priorisierende Strategien, um die Qualität und den Zugang zu Behandlungen für Patientinnen und Patienten zu verbessern, Schweiz, 2019



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2019

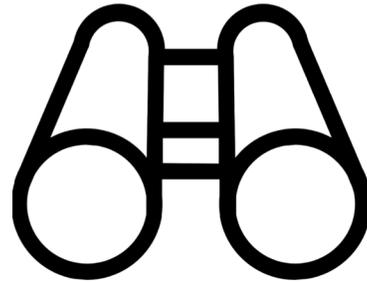
© Obsan 2019



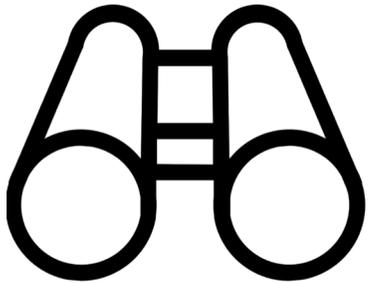
Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich

Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2019 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Fund (CWF) im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)

Accountable Care – Erfahrungen in Amerika



Accountable Care – Erfahrungen in Amerika



Herausforderungen USA um 2010:

- Geringe Behandlungscoordination, Zunahme chronischer Erkrankungen, Mengen- anstatt Leistungsvergütung, steigende Gesundheitskosten
- Obama Care 2012: Anreize zur Förderung der koordinierten Gesundheitsversorgung für Medicare-Patienten (+65 oder mit einer Behinderung): Medicare Shares Savings Programm (MSSP)

Neues Instrument des MSSP:

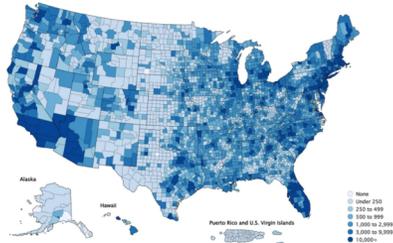
- Accountable Care Organization (ACO) ist ein **freiwilliger Zusammenschluss von Ärzt:innen, Spitälern und Gesundheits- und Sozialdienstleistern, die sich formal verpflichten, die Gesundheitsversorgung einer definierten Population durch eine koordinierte Leistungserbringern zu verbessern und die Kostenentwicklung positiv zu beeinflussen.**
- Die populationsorientierte Vergütung ist an Effektivitäts- und Effizienzzielen geknüpft, deren Erreichung mittels eines Sets von Leistungskennzahlen geprüft wird.

Accountable Care – Erfahrungen in Amerika

Ergebnisse ACOs



Medicare Shared Savings Program ACO Assigned Beneficiary Population by County



Jahr	ACO's	Versicherte	Versicherte pro ACO	Einsparungen	Einsparung pro Versicherter	Qualitäts-Score
2022	483	11'000'000	22'774			
2021	477	10'700'000	22'432			
2020	517	11'200'000	21'663			97%
2019	487	10'400'000	21'355	2'646'000'000	254	92%
2018	561	10'500'000	18'717	1'706'000'000	162	93%
2017	480	9'000'000	18'750	1'095'000'000	122	92%
2016	433	7'700'000	17'783	652'000'000	85	95%
2015	404	7'300'000	18'069	429'000'000	59	91%
2014	338	4'900'000	14'497	292'000'000	60	83%

Quellen

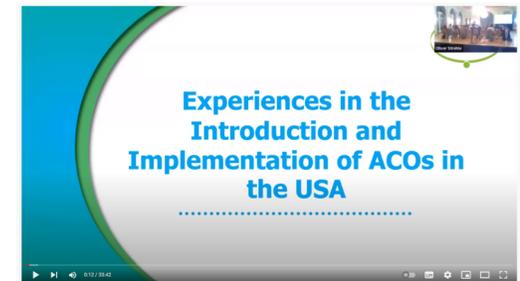
- Simon, Amelung (2022): 10 Jahre Accountable Care Organizations in den USA: Impulse für Reformen in Deutschland?
- https://www.cms.gov/sites/default/files/2022-01/2022_Shared_Savings_Program_Fast_Facts.pdf

Accountable Care – Erfahrungen in Amerika

Gesundheitsregionen: fmc Event zur Förderung von Gesundheitsregionen

Keys to Success

- 1) Keep and open mind
- 2) Create actionable plans



Massnahmen zur Kostenreduktion

- Optimierung der Versorgungskoordination
- Optimierung der Patientenpfade
- Reduzierung von Leistungen mit niedrigem medizinischen Wert

Massnahmen zur Qualitätssteigerung

- Verbesserung der hausärztlichen Versorgung
- Verbesserung des Versorgungsmanagements
- Befähigung der Patienten zum Selbstmanagement
- Populationsspezifische Versorgungsprogramme für chronisch Kranke

- 3) Use data to find opportunity for improvements

Datenbasiertes Population Health Management



Accountable Care – Erfahrungen in Amerika

The real «Game Changer»

Übertragung des finanziellen Risikos auf die ACOs verbunden mit höheren Freiheitsgraden

Amelung, 2019

	Ausgabenreduktion Vereinbarung, dass Ausgaben mind. ...% Richtwert liegen	Shared Savings Rate Einsparung bis zu ...%, sofern Leistungsqualität eingehalten wird	Shared Loss Rate
Level A	10 %	40 %	Kein Risiko
Level B	10 %	40 %	Kein Risiko
Level C	10 %	50 %	30 %, < 2% der Medicare Erträge, < 1 % des Richtwertes
Level D	10 %	50 %	30 %, < 4% der Medicare Erträge, < 2 % des Richtwertes
Level E	10 %	50 %	30 %, < 8 % der Medicare Erträge, < 4 % des Richtwertes
Enhanced	20 %	75 %	40-75 %, < 15 % des Richtwertes

Die Weiterentwicklung von Managed Care in der Schweiz

«Revival» der Budget(mit)verantwortung und mehr höhere Vergütungen für das Versorgungsmanagement

Kassenübergreifende Kooperation im AVM-Geschäft und Vergrößerung der «Berechnungsbasis»

Vertraglich definierte Versorgungsleistungen und Leistungsindikatoren

«Revival» der Budget(mit)verantwortung und mehr höhere Vergütungen für das Versorgungsmanagement

Aktuelle AVM-Verträge

- **Erfolgsbeteiligungen**
 - 10% - CHF 1 pmpm
 - 11% - CHF 2 pmpm
 - ...
- **Erfolgsausschüttungen**
 - An die 40% Besten
 - 60% erhalten keine Vergütung

Effekte

- **Einzelleistungsvergütung** & retrospektive Erfolgsvergütung
- **Kaum Anreize** für eine **prospektive Versorgungsplanung**, da **keine Freiheitsgrade**

Budget(mit)verantwortung / Capitation

- **Finanzielle (Mit)verantwortung** für ein definiertes Kollektiv

Effekte

- **Prospektive Versorgungsplanung – Was und Wer** ist für die Erhaltung der Gesundheit notwendig
- Fokus aus Langfristigkeit und nicht Menge
- Förderung der Kooperation und Integration der gesamten Versorgungskette

Verteilung der Einsparungen AVM-Leistungserbringer

- D-Kosten CH: CHF 3'800
- D-Einsparungen: 14%
- D-Einsparungen: CHF 532

- **D-Vergütung AVM: CHF 36**
- **Beteiligung: 7%**
- **Beteiligung ACO 50% & mehr**

AVM-Versicherte

- D-Prämie Erw. CH: CHF 5'830
- Prämienrabatt AVM: 14%
- **Prämienrabatt: CHF 800**

Kassenübergreifende Kooperation im AVM-Geschäft und Vergrößerung der «Berechnungsbasis»

Einkaufskooperationen

EINKAUFSGEMEINSCHAFT
COMMUNAUTÉ D'ACHAT
COOPERATIVA DI ACQUISTI



Innovationskooperationen



AVM-Verträge

- Werden **kassenindividuell verhandelt**

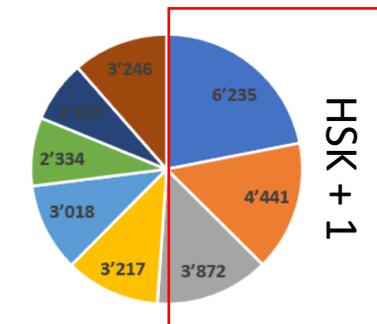
AVM-Vertragskriterien

- **Spielen beim «Verkauf» der Produkte keine Rolle** – Werden im Versichertenmarketing kaum (nicht) kommuniziert
- **Unterschiedliche Vertragskriterien erschweren Umsetzung in der Praxis** – Beispiel CCM-Versorgungsdetaildaten
- **Patientenbehandlung unterscheidet sich nicht nach AVM-Kriterien**

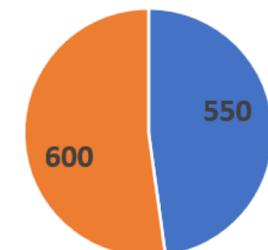
Capitation-Finanzierung

- **Gesetz der grossen Zahlen**

Beispiel Ärztenetz 28'000 Versicherte



Berechnung auch mit nicht AVM-Patienten



■ AVM Versicherte pro GV ■ Nicht AVM Versicherte

rum für Integrierte Versorgung
des soins intégrés
ro delle cure integrate

Vertraglich definierte Versorgungsleistungen, Leistungsindikatoren und eine versorgungsrelevante Datengrundlage

ACO-Qualitäts-Score

- 33 Leistungskennzahlen
 - 7 Zufriedenheit Patient:innen und LERB
 - 6 Versorgungskoordination & Patientensicherheit
 - 8 Gesundheitsförderung
 - 12 klinische Indikatoren

Versorgungs- und Qualitätskonzepte

- Leistungen mit einem niedrigen med. Wert
- Strukturierte Patientenpfade
- Interprofessionelle Versorgungsteams und CCM-Programme
- Förderung des Selbstmanagement der Patient:innen

Versorgungs- und Leistungsdaten

- Definition und Erarbeitung der notwendigen Datengrundlage
 - «Gemeinsame Struktur & Codierung»
- Austausch der vorhandenen Daten
- Gemeinsame Nutzung der vorhandenen Daten

Ziel:

Gemeinsamens Population Health Management

Investitionen in die koordinierte und integrierte Versorgung

Sind die Alternative zu staatlich verordneten
Kostendämpfungsmaßnahmen

Kostendämpfung



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Um das Kostenwachstum im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zu dämpfen, setzt der Bundesrat ein Kostendämpfungsprogramm basierend auf einem Expertenbericht um. Damit sollen insbesondere die Prämien- und Steuerzahlenden entlastet werden.

Kostendämpfungsprogramm zur Entlastung der OKP

Alternative Versicherungsmodelle und Managed Care bieten eine Lösung, wenn das «**Versorgungsmanagement**» im Fokus steht

fmc

Schweizer Forum für integrierte

Versorgung, Vernetzen,

Vordenken, Anstossen, Publizieren