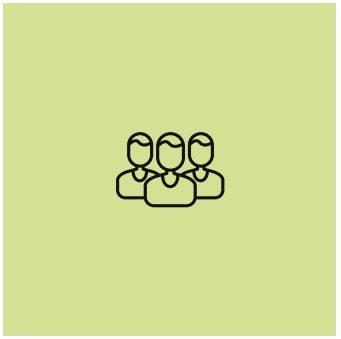
prio.swiss

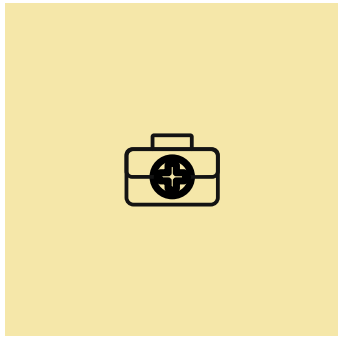
Der Verband
Schweizer Krankenversicherer

Neue Versorgungs- und Versicherungs-modelle und EFAS: Herausforderungen aus Sicht prio.swiss

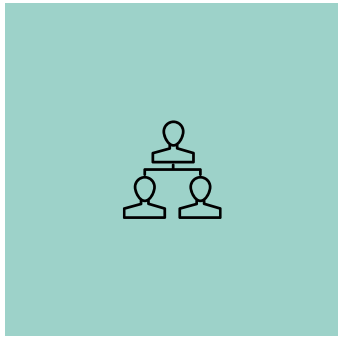
prio.swiss in der Übersicht



11 (+1 kollektiv: 20 KV)
Mitglieder: 100% der Krankenversicherer



100% Prozent der Schweizer Versicherten



30 Mitarbeitende

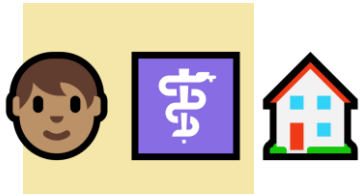
Unsere Mission

Mit einer einzigen Stimme und partnerschaftlich

prio.swiss engagiert sich im politischen und gesellschaftlichen Dialog für ein qualitativ hochstehendes und nachhaltig finanzierbares Schweizer Gesundheitswesen, das die Interessen der Versicherten ins Zentrum stellt.

Alternative Versicherungsmodelle

- Ungefähr 4 von 5 Schweizerinnen und Schweizer haben sich für ein Alternatives Versicherungsmodelle (AVM) entschieden. Sie tauschen die freie Arztwahl für eine Koordination durch eine Erstberatungsstelle ein:



...

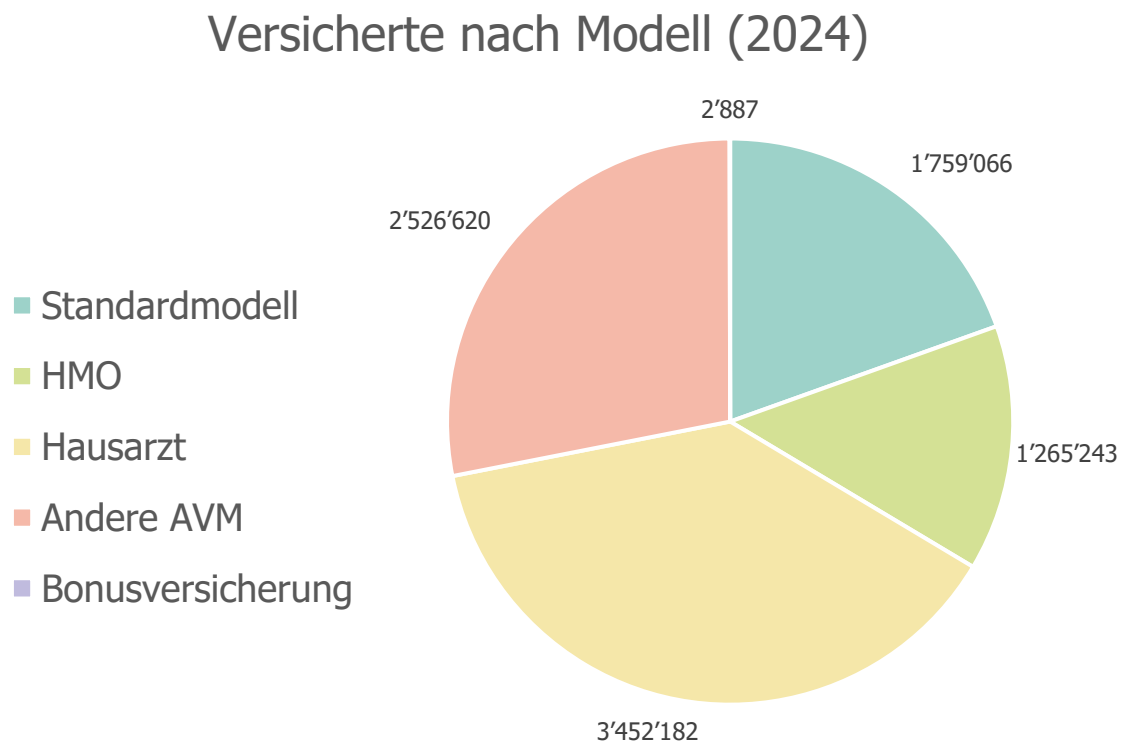
- Es können für bestimmte Beschwerden besondere Anlaufstellen definiert werden.
- Es existiert eine grosse Diversität an AVM, die auf unterschiedliche Bedürfnisse eingehen.
- Die AVM kombinieren höhere Qualität in der Gesundheitsversorgung durch bessere Koordination mit tieferen Kosten und damit Prämienrabatten.
- Das BAG prüft, ob die von den einzelnen Versicherern eingereichten Modelle den gesetzlichen Bedingungen entsprechen.

Versicherte wählen Hausärzte

Von 9’005’998 Versicherten in der Schweiz wählen

- 20% das Standardmodell (Freie Arztwahl)
- 14% ein HMO
- 38% ein Hausarztmodell*
- 28% ein anderes AVM

*Diese Zahl ist als ein «Mindestens» zu lesen. Denn auch im Standardmodell kann ein Hausarzt praktisch genutzt werden (oft der Fall) und auch andere AVM können mehrheitlich «Hausarztmodelle» sein.



Integrierte Versicherungsmodelle: auch für Chronisch Kranke sind Rabatte möglich!

- Disease-Management-Programme (DMP), auch Chronic Care Management genannt. Sie vernetzen die behandelnden Gesundheitsfachpersonen und beziehen die Patientin bzw. den Patienten aktiv mit ein.
- Heute bieten erst wenige Arztpraxen solche strukturierten Programme an. SWICA zum Beispiel arbeitet mit verschiedenen schweizweit tätigten Gesundheitszentren und Ärztenetzen wie Medbase, Sanacare oder MediX zusammen, damit die Versicherten Zugang zu Programmen bei Diabetes, Bluthochdruck, COPD und koronarer Herzkrankheit haben.
- Ergebnisse der Begleitstudie zeigen, dass die Behandlungsqualität von Diabetespatientinnen und -patienten besser ist und die Kosten dank dem Betreuungsprogramm tiefer sind → Prämienrabatte!
- „Die Teilnehmenden erhielten die notwendigen Leistungen für eine optimale Diabetesbehandlung häufiger, die Hospitalisierungsrate war geringer und die Kosten pro Person und Jahr um 900 Franken tiefer."

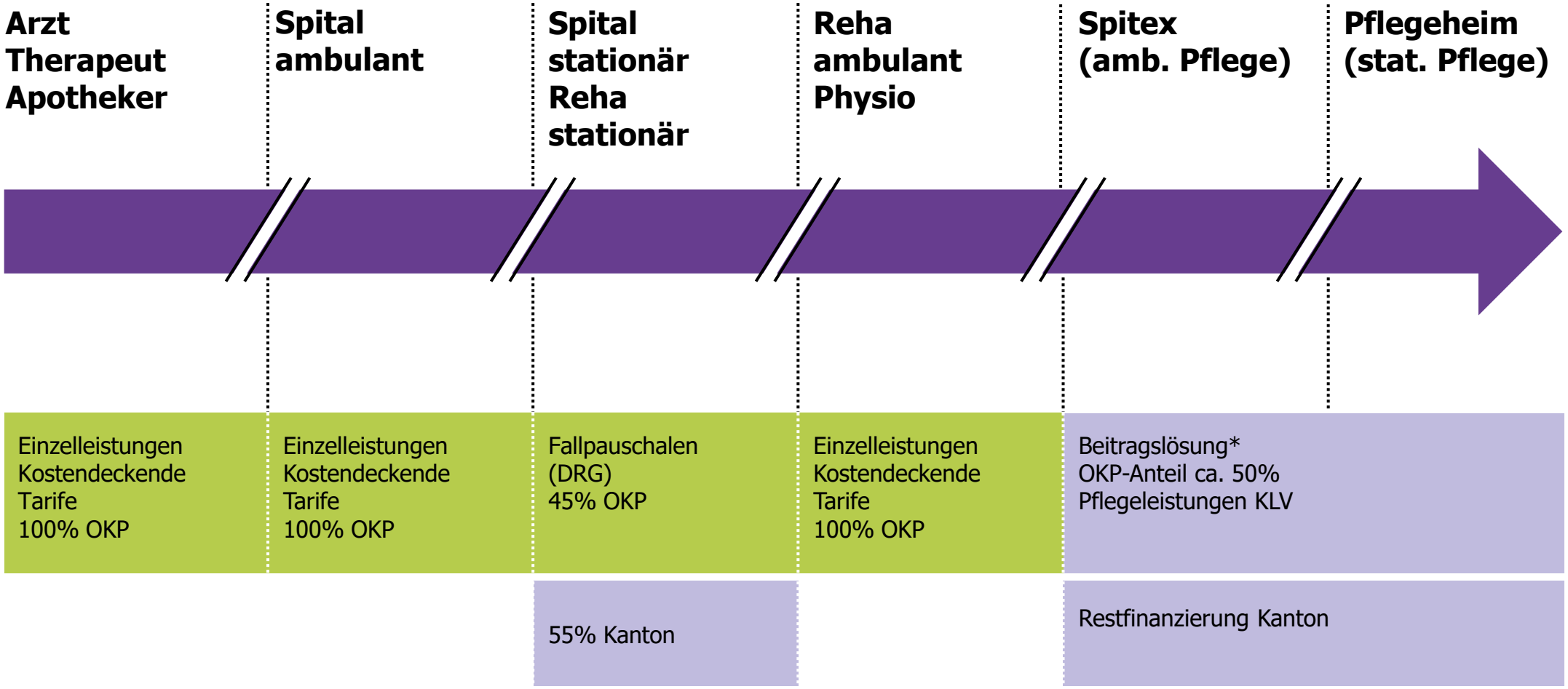
https://www.swica.ch/de/magazin/themen/gesundheit/integrierte-versorgung

Ungleiche Finanzierung: Verhindert zusätzlichen Prämienrabatt auf Versicherungsmodelle mit InV

- Integrierte Versorgung verhindert bereits heute unnötige Behandlungen, darunter auch nicht notwendige Spitalbehandlungen (stationär und ambulant).*
- Reduktion von Spitalbehandlungen spart schon heute Geld.
- Eingespartes Geld entlastet jedoch heute primär die Kantone und Versicherte in Standardmodell (mehr stationäre Aufenthalte).
- Kostenwahrheit bei den Prämienrabatten fehlt (Rabatte für Versicherte in InV-Modellen sind zu tief).
- Steigerung der Marktattraktivität von Versicherungsmodellen mit Integrierter Versorgung wird behindert.
- Qualitätssteigernder Wettbewerb innerhalb dieses Markts, Erhöhung der Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit werden behindert.

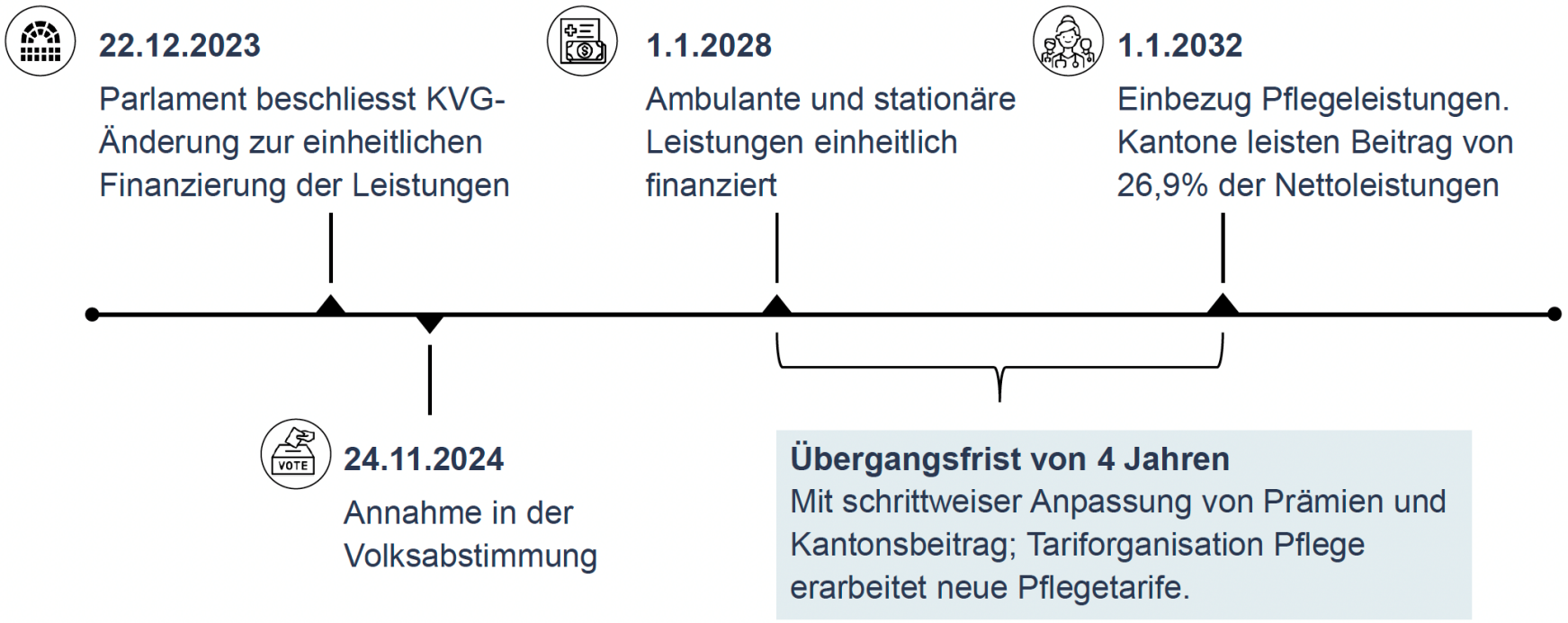
- Vgl. u. a. Huber, C. A., O. Reich, et al. (2016). «Effects of Integrated Care on Disease-Related Hospitalisation and Healthcare Costs in Patients with Diabetes, Cardiovascular Diseases and Respiratory Illnesses: A Propensity-Matched Cohort Study in Switzerland.» International Journal of Integrated Care, 16(1): 1-18. → **8 bis 13 Prozent weniger Spitalaufenthalte bei Diabetikern und Herzpatienten.**

Gesamtsystem Finanzierung Akut und Pflege



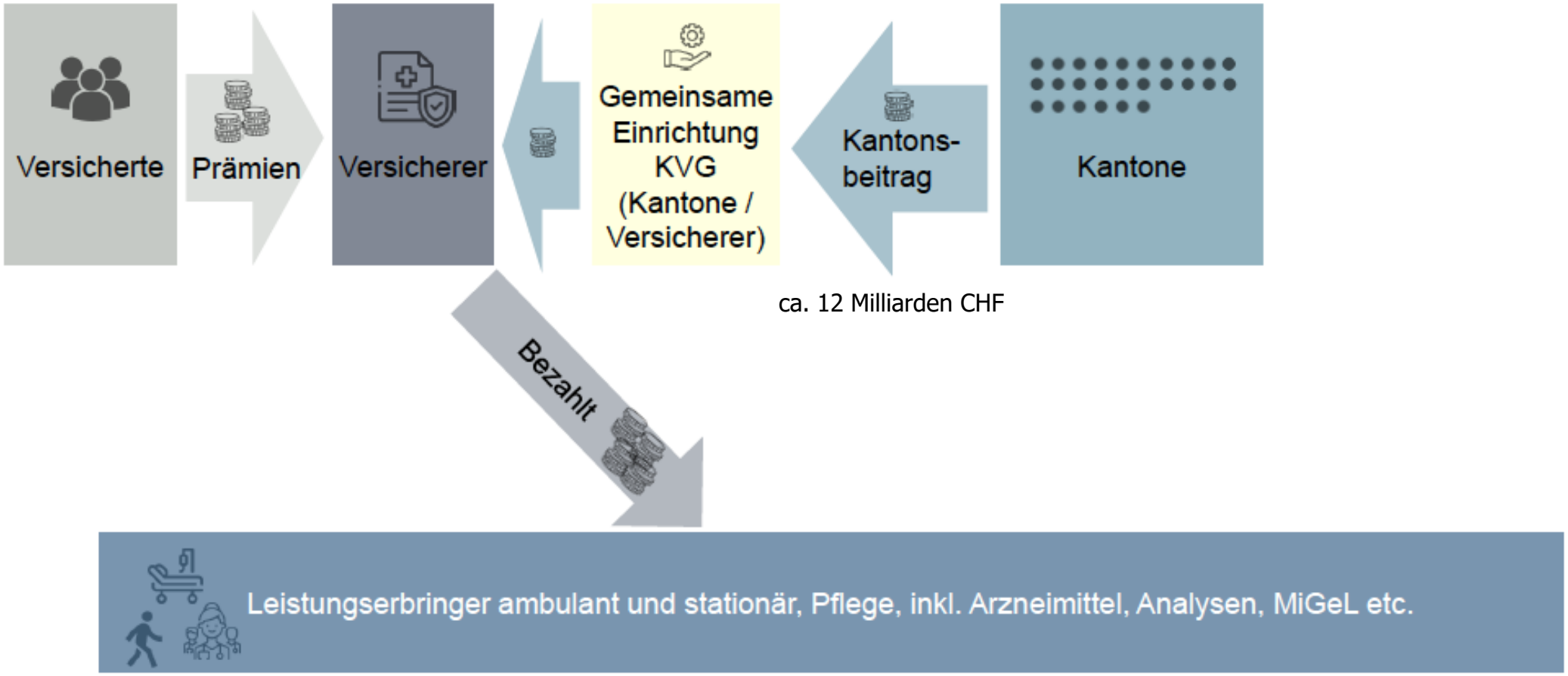
Zeitplan Umsetzung EFAS

Umsetzungsbedarf und Verantwortlichkeiten

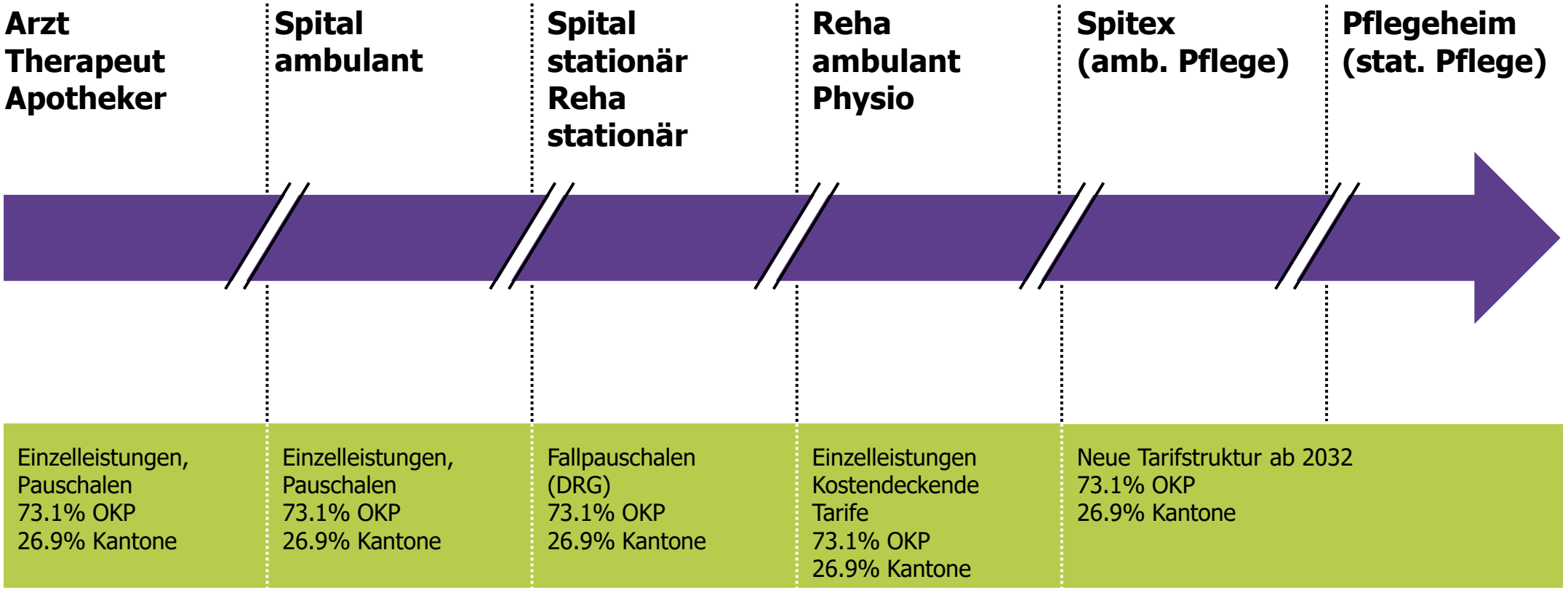


Images: Flaticon.com

Funktionsweise der einheitlichen Finanzierung (EFAS)



EFAS ermöglicht das Denken in Behandlungsketten



Neue Versorgungs- und Versicherungsmodelle: EFAS fördert die Integrierte Versorgung

- Prämienrabatte auf InV-Modelle können erhöht werden (Einmal-Effekt)
- Marktattraktivität InV-Modelle steigt
- Anzahl Versicherte InV-Modelle steigt
- Wettbewerb innerhalb InV-Markt steigt
- Qualität Integrierte Versorgung steigt
- Innovation InV-Modelle steigt
- Modelle mit hoher Effizienz und hohen Rabatten werden sich durchsetzen.

* Vgl. Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften. Effizienzsteigernde Auswirkungen «einheitliche Finanzierung ambulant/stationär (EFAS)»: Wirkungsmodell (2016).

Die Herausforderungen bei EFAS sind technischer Natur: Regelung im KVG des Daten- und Finanzflusses

- Datenfluss (Art. 21 KVG)

Die Versicherer sind verpflichtet, dem BAG und den Kantonen regelmässig die für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben nach diesem Gesetz erforderlichen Daten weiterzugeben. Die Daten sind aggregiert weiterzugeben. Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind.

- Finanzfluss (Art. 18 Abs. 2sexies KVG)

Sie [die Gemeinsame Einrichtung KVG; GE KVG] berechnet und erhebt den Kantonsbeitrag und den Bundesbeitrag nach Artikel 60 und teilt ihn nach Artikel 60a auf die Versicherer auf. Sie bildet zu diesem Zweck einen spezialisierten, autonomen Ausschuss, an dem die Kantone angemessen zu beteiligen sind.

Herausforderungen für die Versicherer: partnerschaftlich mit den Kantonen

Für 2028 (ambulant und stationär)

- neue Rolle der Kantone
- Finanzfluss
- Datenfluss
- Rechnungskontrolle
- Wohnsitzkontrolle

Herausforderungen im Bereich Pflege

Für 2032 (Pflege)

- Einsetzung, Organisation und Finanzierung der Tariforganisation Pflege
- Vertretung Kantone in der Tariforganisation
- Erarbeitung Tarife der Pflege
- Grundsatzfrage, ob drei Tariforganisationen SwissDRG, OAAT und Pflege oder sogenanntes „Tarifhaus“

Finanzierung versus Tarifierung

Wie wird die Leistung finanziert?

Wie wird die Leistung tarifiert?

Laufende Arbeit der Tarifpartner

- Anreizsetzung
- Neuer ambulanter Arzttarif – lernendes System analog SwissDRG
- Schnittstellen zwischen SwissDRG und amb. Arzttarif
- Neue Tariforganisation Pflege

Tarifpartnerschaft – konstruktive Zusammenarbeit

Wir sitzen im selben Boot – wir entwickeln die Versorgungsmodelle gemeinsam weiter!

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

prio.swiss
Waisenhausplatz 25
3011 Bern
058 521 26 26

www.prio.swiss
info@prio.swiss