

Finanzierung der integrierten Versorgung

Wo stehen die Krankenkassen nach fast 3 Jahren Anschubfinanzierung?

Gesundheitsmarkt Hamburg

Ein Blick hinter die Kulissen der integrierten Versorgung

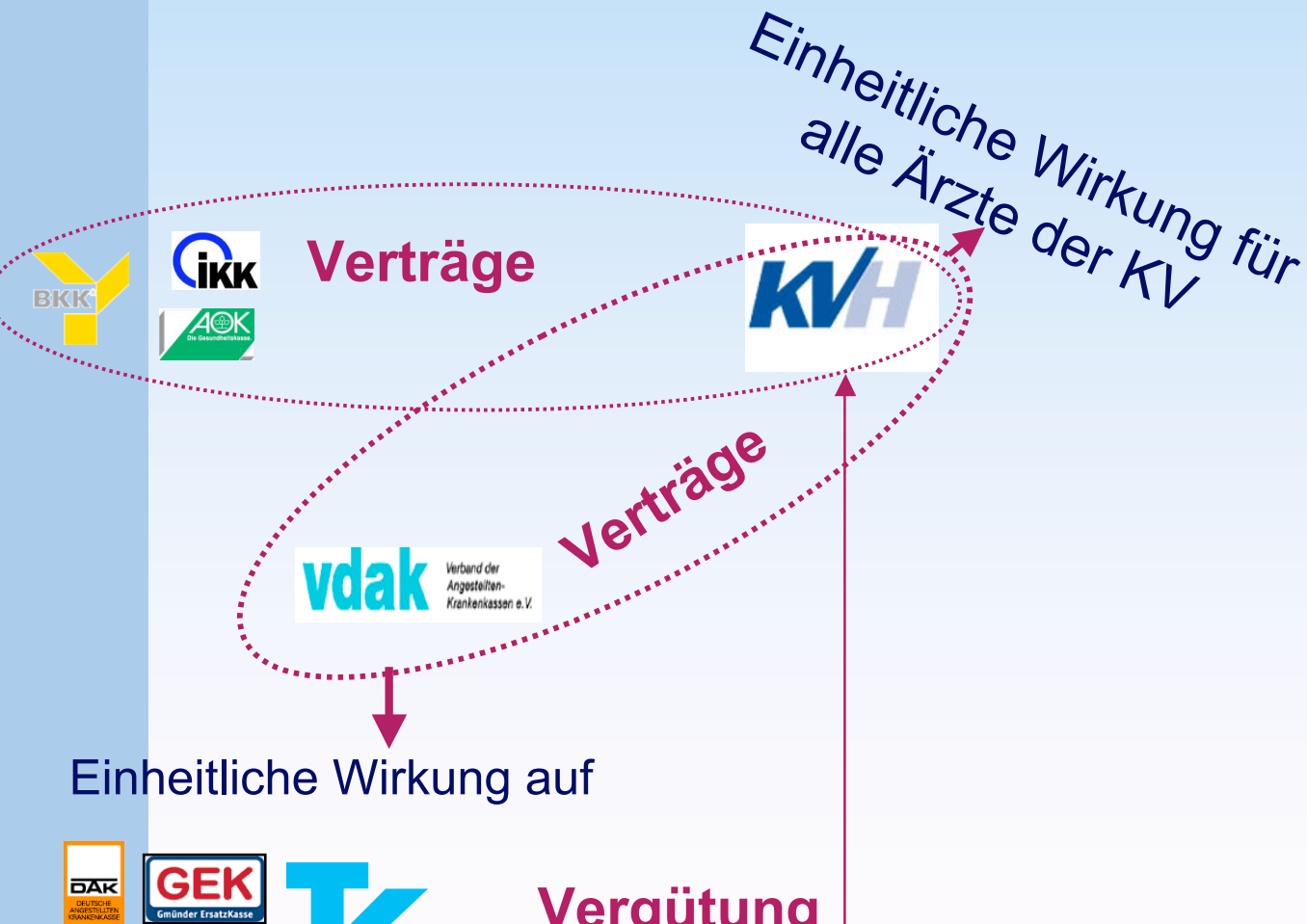
1. Dezember 2006

Angelika Schwabe



Situation im ambulanten ärztlichen Bereich

Die Krankenkasse im Kollektivvertragssystem



Probleme

- Kassenartenübergreifend nahezu identischer Leistungskatalog
- Sektorale Strukturen
- Nicht ausreichend klar de Behandlungsprozesse
- Kaum Qualitätsdifferenzie
- Kaum Preisdifferenzierun
- Produkte und Preise durc

Situation Arzneimittelversorgung

- Permanente Interventionen notwendig: nur zu Beginn deutliche Einsparungen durch GMG – massive Steigerungen in 2005 (+ 15,9 % Versicherten im Vergleich zum Vorjahr) machten AVWG notwendig
- Umsatzanteil der Generikaverordnungen steigt (2004: 52,2 %), hohe Quote an Analogpräparaten, starkes Wachstum bei Spezialpräparaten
- Preisverhandlungen mit Apothekern im Inland bisher nicht möglich
- Ziel: Arzneimittelmanagement über Anreize beim Patienten und vertragliche Regelungen mit Leistungserbringern

Situation im stationären Bereich

- Kollektive Budgetverhandlungen
- Bisher keine Möglichkeit für individuelle Mengen- / Preisverhandlung zwischen Kassen und Krankenhäusern
- Erhebliches Potenzial für weitere Verlagerung von Leistungen hin zu kurzstationären / ambulanten Erbringung
- 50 Mrd. Euro Investitionsstau der Länder (= 5 Beitragssatzpunkte)
- Weitere finanzielle Belastung: Personalkostensteigerungen durch Tarifrunde 2006 (DKG: ca. 3,3 Mrd. €) sowie Mehrwertsteuererhöhung 2007 (DKG: ca. 500 Mio. €) oberhalb der Veränderungsrate

Richtiger Lösungsansatz: Integrierte Versorgung

Die Neufassung der §§140a ff (GMG) beschleunigte die Entwicklung innovativer Versorgungskonzepte:

- Kassenseitige Einzelverträge möglich (kein Verbandszwang)
 - Keine Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen erforderlich
 - Ressourcen für die Anschubfinanzierung
 - Keine komplizierten Budgetbereinigungsmechanismen
 - 3. Quartal 2006: 3.045 gemeldete Verträge bei der BQS Registrierungsstelle (Finanzvolumen ca. 577 Mio. EUR)
- ➔ **Erster Schritt zu mehr Wettbewerb und Systemveränderung durch gemeinsames Handeln der Akteure**

Anschubfinanzierung

§ 140 d Abs. 1 Satz 1 (27. Oktober 2006 VÄndG)

Zur Förderung der integrierten Versorgung hat jede Krankenkasse in den Jahren 2004 bis 2008 jeweils Mittel bis zu **1 v. H.** von der nach § 85 Abs. 2 an die Kassenärztliche Vereinigung zu entrichtenden **Gesamtvergütung** sowie von den **Rechnungen** der einzelnen **Krankenhäuser** für voll- und teilstationäre Versorgung einzubehalten, **soweit die** einbehaltenen **Mittel** zur Umsetzung von nach § 140 b geschlossenen Verträgen **erforderlich sind**.

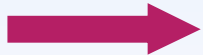
Potential der Anschubfinanzierung nach Leistungsbereichen (2005)

	Krankenhaus		Vertragsarztbereich		Gesamtvolumen	
	GKV	TK	GKV	TK	GKV	TK
Bundesgebiet	383.760.000 €	26.990.000 €	207.990.000 €	19.960.000 €	591.750.000 €	46.950.000 €
Hamburg		1.164.916 €		756.566 €		1.921.482 €

- Verantwortungsbewusste Ermittlung der Abzugsquote
- Kontinuierlicher Prozess der Kosten-Nutzen-Analyse bei der TK
 - Im Focus hierbei ökonomische sowie „weiche“ Elemente
- Verträge leben, gemeinsam Schwachstellen analysieren und nachbessern

Problemstellungen im Kalkulationsverfahren

- Zu optimistische Erwartungen in neue Versorgungsstrukturen
- Falsche Abrechnungswege / Verzögerte Abrechnung
- Mangelhafte Akzeptanz neuer Versorgungsformen bei Zuweisern
- Mangelhafte Steuerung in die Verträge (Kasse und Versorger)
- Mangelhafte Einbindung der „Praktiker“
 - Optimale Abrechnungswege
 - Versichertensteuerung
 - Anpassung der Routineprozesse
 - Zielgerichtete Kommunikation

 Alle Beteiligten müssen an einen Tisch
- Einzelverträge stellen hohe Herausforderung an die Versorger
 - IT (Praxissoftware) kann Lösung bieten kassenindividuelle Prozesse

Integrierte Versorgung – Schwerpunkte der TK

- Kardiologie / Kardiochirurgie – Verbindung der ambulanten und stationären iV-Verträge (28 Verträge)
- Orthopädie / Endoprothetik – "multilaterale" Integration (37 Verträge)
- Psychiatrie – Optimierte Diagnose- und Behandlungskette im Verbund von Hausarzt, Facharzt und Klinik (19 Verträge)
- Onkologie – z.B. Darmkrebs (20 Verträge)
- Schmerztherapie (29 Verträge)
- Ambulantes Operieren (53 Verträge)

Integrierte Versorgung

... kann **nicht** primär die Lösung von Vergütungsproblemen zum Ziel haben

Neue Versorgungsformen müssen für „alle“ Beteiligten eine WIN-WIN Konstellation darstellen und beinhaltet auch einen Mehrwert für Versicherte und Krankenkassen. Vergütungssteigerungen müssen durch Effizienzsteigerungen gegenfinanziert werden.

... ist mehr als die Regelversorgung!

Der Gesetzgeber fordert eine „**neue Versorgungsform**“, eine über verschiedene Leistungsstufen übergreifende Versorgung oder eine interdisziplinäre-fachübergreifende Versorgung.

... ist die Steuerung von zusammenhängenden Behandlungsereignissen!

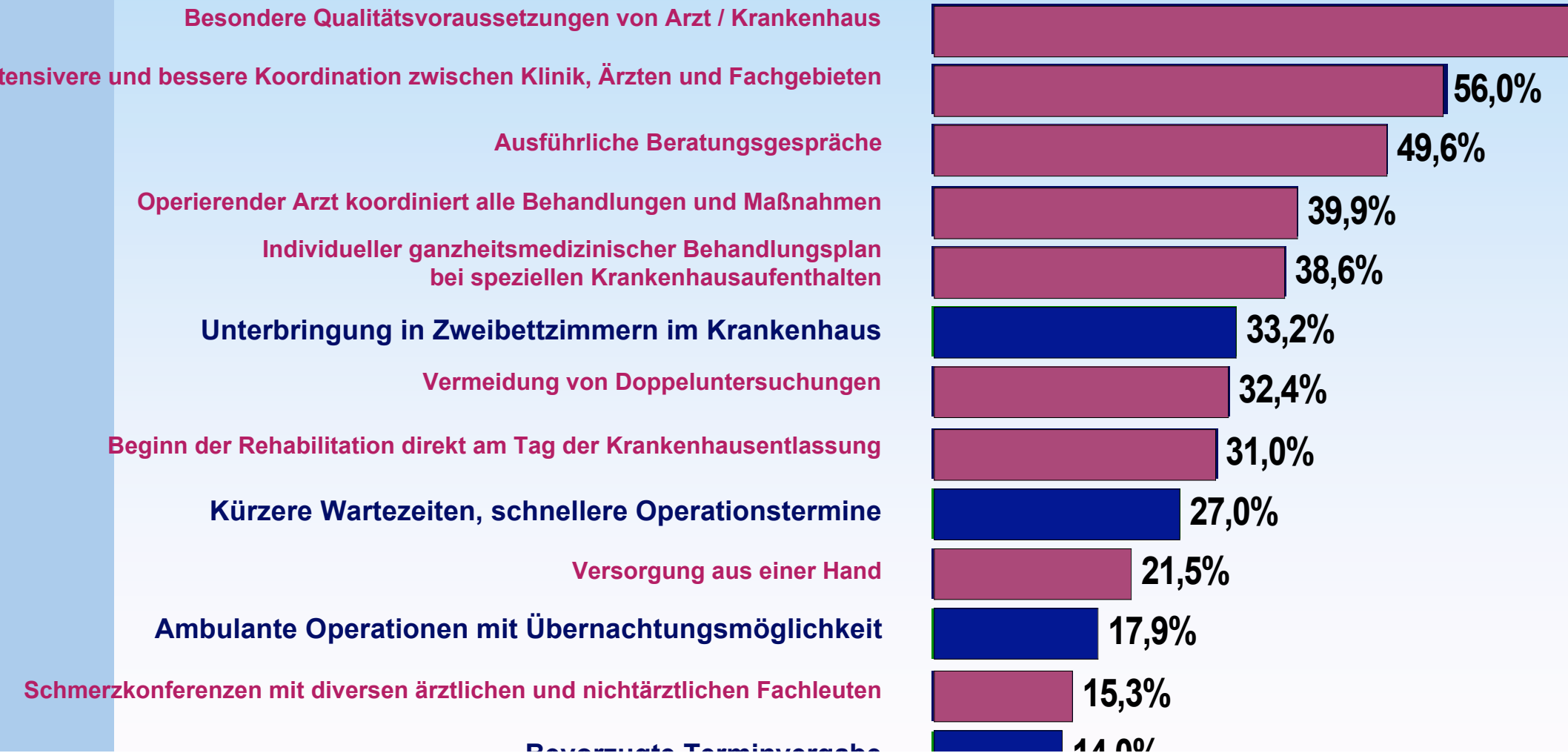
Vertragspartner sollten sich dem Behandlungsfluss entsprechend organisieren und konzentrieren

Zum Beispiel:



Prioritäten der Versicherten / Patienten: Qualität vor Service !

Auswahl der fünf wichtigsten Aspekte für Verträge der IV



TK Anforderung: Neue Vertragsformen müssen einhergehen mit Effizienzsteigerungen



Im Focus der Analysen und Bewertungen stehen insbesondere die

- **Verbesserung der Versorgungsqualität**

z.B.: Gewährleistungsvereinbarungen, Behandlung nach anerkannten Leitlinien, Mindest-OP-Mengen, Qualitätszirkel und Weiterbildungsverpflichtung, Second Opinion, bessere Bezahlung für bessere Qualität etc.

- **Verbesserung der Wirtschaftlichkeit**

z.B.: Komplexpauschalen, Rabattregelungen, Vermeidung von unnötigen Krankenhausaufenthalten, rationale Pharmakotherapie.

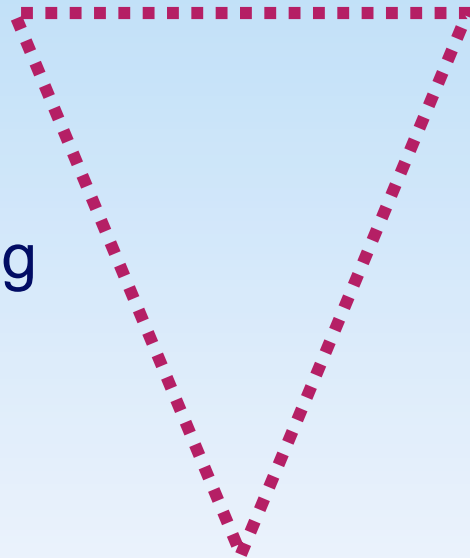
- **Verbesserung des Services**

z.B.: Versorgung aus einer Hand, Präsenzzeiten, verkürzte Wartezeiten

Chancen für alle Beteiligten

Leistungserbringer

- Ertrags-, Einkommenssicherung, Planungssicherheit
- Angemessene Vergütung
- Leistungs- und Qualitätsdifferenzierung



Krankenversicherung

- Individuelle Versorgungsangebote
- Zusammenführung von Finanzverantwortung und Vertragskompetenz
- Differenzierung i. Wettbe

Versicherter / Patient

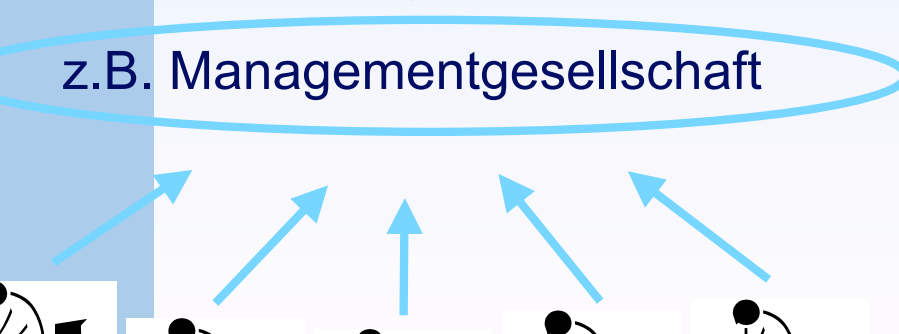
- Bessere Versorgung (Koordination)
- Wahloptionen und Transparenz über Leistungen und Qualität

Starke Vertragspartner

Selektives Kontrahieren mit dem Anspruch einer „flächendeckenden Versorgung“ kann **nicht** heißen, dass Krankenkassen langfristig mit „einzelnen“ der 117.000 Ärzte Verträge schließen und Abrechnungsmodalitäten entwickeln.



z.B. Managementgesellschaft



Ärzteschaft bzw. Leistungserbringer müssen sich organisieren und „unternehmerische“ Strukturen entwickeln.

- Vertragsgemeinschaften (z.B. Berufsverband, Bundesverband)
- Managementgesellschaften
- Abrechnungsmanagement
- Qualitätssicherung

Integrierte Versorgung – Allgemeine Bilanz

Drei Jahre "Integrations-Versorgung neuer Art":

- Dynamischer Lernprozess bei allen Akteuren
 - Integrationsversorgung "beginnt im Kopf" mit dem Abgleich von Erwartungen, Einstellungen, Möglichkeiten
 - Know-How- und Strukturaufbau notwendig
 - **Integration erfordert Evolution nicht Revolution (... und die braucht Zeit)**
- Die Integrationsversorgung ist ein Entwicklungsfeld mit vielen sehr unterschiedlichen Ansätzen und Konzepten
= Kollektiver Suchprozess mit Erfolgen & Misserfolgen

Integrierte Versorgung – Ziele & Perspektiven

- Die (Transaktions-)Kosten für Krankenkassen und Leistungserbringer senken
- Die Integrationstiefe bestehender Verträge erhöhen
- Die Inanspruchnahme der Vertragsangebote steigern
- Die Erfolgsmessung standardisieren / ausbauen
- Gutes weiter optimieren und ausrollen, weniger Erfolgreiches entweder verbessern oder beenden
- Versorgungsangebote zu größeren Einheiten verbinden und flächendeckend anbieten
- Aktives Mitgestalten der politischen Diskussion und somit der Zukunft neuer & besonderer“ Versorgungsformen

Integrierte Versorgung innerhalb der geplanten Gesundheitsreform

- **Wahltarife für integrierte Versorgung (§ 53 Abs. 3)**

Die Krankenkasse hat für Versicherte, die an besonderen Versorgungsformen teilnehmen, Tarife anzubieten. Hierfür **kann** eine Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigung vorgesehen werden.

- **Flächendeckung der integrierten Versorgung**

Flächenversorgung von Volkskrankheiten (??) oder regionale Populationsmodelle

- **Einbeziehung von Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8**

- **Verlängerung der Anschubfinanzierung**

Vereinfachte Finanzierung (bis zu 1 % der KV-Budgets und KH Rechnung) wird um 2 Jahre, bis Ende 2008 verlängert

- **Einbeziehung der Pflegekassen & Pflegeeinrichtung**

Ermöglicht eine bessere Abstimmung von Pflege und medizinischer Versorgung (z.B. Palliativ-Pflege)

- **Keine Rückführung der nicht verwendeten Mittel (§ 140 d) an KH**

Regelung kann innerhalb der integrierten Versorgung kontraproduktiv wirken. Schlecht

Gesundheitsreform – Trendwende?

Beispiel aus den Eckpunkten zur Gesundheitsreform v. 04.07.06 , S.

..... Krankenkassen, die nicht mit den Fondsmitteln auskommen, müssen entsprechende Fehlbeträge ausgleichen. Dafür stehen ihnen die bereits vorhandenen und die neu geschaffenen Möglichkeiten, **die Versorgung ihrer Versicherten so kostengünstig wie möglich zu organisieren**, zur Verfügung. So können sie ihren Versicherten **kostensparende Tarife (Hausarztmodelle, Wahltarife, besondere Versorgungsformen usw.)** anbieten.

→ **"besondere" Versorgungsformen = "Billig-Medizin" ??**

Anlaufinvestitionen & Förderung innovativer Therapien und Diagnostikverfahren sowie Förderung **besserer Qualität** durch einzelne Krankenkassen werden mit hoher Wahrscheinlichkeit unter diesen Bedingungen zum Erliegen kommen

Weiterentwicklung der Versorgung aus Kassensicht

- **Schaffung von mehr **Transparenz über Strukturen, Prozesse und Ergebnisse** für:**

 - **Versicherte und Patienten** – zur Stärkung der Patientensouveränität
 - **Leistungsanbieter** – für eine qualitativ hochwertige Behandlung
 - **Krankenkassen** – zur besseren Patientenberatung sowie Ausgaben- und Leistungssteuerung
 - **Politik** – zur ordnungspolitischen Rahmensetzung und Priorisierung von gesamtgesellschaftlichen Gesundheitszielen

- **Schaffung eines **wettbewerbsfördernden Ordnungsrahmens**:**

 - **Einheitlicher Wettbewerbsrahmen und einheitl. Aufsicht**
 - **Grundsätzliche Vertragsfreiheiten**



Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit

