

## **Eckwerte für die Integrierte Versorgung (ManagedCare-Modelle) aus Sicht der Konferenz der Kantonalen AergteGesellschaften**

### **Definition von Gesundheitszielen unter Einbezug der Kostenziele und einer qualitätskonzentrierten Ausrichtung**

#### **Vorbemerkung**

Sämtliche im Jahr 2009 geplanten Notmassnahmen im Rahmen der dringlichen KVG-Revision wurden vom Parlament abgelehnt. Nun findet im Rahmen der ordentlichen KVG-Revision die gesundheitspolitische Debatte zu Lösungen im Hinblick auf integrierte Versorgungsmodelle (ManagedCare-Modelle) statt. Analog zur nationalrätlichen Gesundheitskommission halten wir nachfolgend die aus Sicht der KKA notwendigen Eckwerte zur Optimierung der integrierten Versorgung fest.

#### **Zielformulierungen**

Aus Sicht der kantonalen Ärztesgesellschaften sind für die Förderung von integrierten Versorgungsformen und Ärztenetzwerken folgende notwendigen Rahmenbedingungen und Anreize zu schaffen:

- Grundvoraussetzung für funktionierende ManagedCare-Modelle (MC-Modelle) ist ein **morbidityorientierter, verfeinerter Risikoausgleich**.
- **Optimierung der Versorgung als Anreiz:** Für den Versicherten soll beim Anschluss an ein MC-Modell ein Mehrwert entstehen, speziell für polymorbide und chronisch kranke Patienten.
- MC-Modelle müssen auch für **Leistungserbringer und Versicherer Anreize** schaffen, polymorbide und kostenintensive Patienten zu betreuen.
- Es braucht ein **ärztliches Disease Management im Netzwerk** über die ganze Behandlungskette hinweg und damit eine **Optimierung der Behandlungsqualität**. Durch die Optimierung der Behandlung kann eine **Kostenminderung** erzielt werden.
- Die anzustrebenden Lösungen müssen unter dem Aspekt der **volkswirtschaftlichen Gesamtkosten** betrachtet werden: Kostenbasis bilden die volkswirtschaftlichen Gesamtkosten unter Berücksichtigung von Nutzen und Mehrwert durch die Behandlung. Dies erfordert vorwiegend eine gründliche **Analyse der Kostenblöcke und der kostenintensiven Krankheiten** bzw. deren Behandlung auf Basis einer validierten Datengrundlage – denn 20% der schwer und/oder chronisch kranken Versicherten verursachen über 80% der Kosten im Gesundheitswesen.
- Die **Wahlfreiheit/Freiwilligkeit** für die Teilnahme an MC-Modellen muss für Versicherte, Leistungserbringer und Versicherer gewährleistet sein.
- Die **Budgetmitverantwortung** der Leistungserbringer muss **freiwillig** sein.

- Integrierte Versorgungsnetze müssen rechtlich und bezüglich Trägerschaft **von den Versicherern unabhängig** sein, und sie müssen die **ärztliche Behandlungsfreiheit** garantieren.
- Die **Anreize bei einer allfälligen Budgetmitverantwortung** müssen korrekt und ethisch vertretbar sein. Eine Budgetmitverantwortung kann nur beim Netzwerk, nicht beim einzelnen Arzt liegen. Zielführend wären beispielsweise morbiditätsgesteuerte Patientenpauschalen.
- **Rechtsfragen** wie das Verhältnis zum Tarifrecht (Genehmigung, Geltung der Tarifgrundsätze), das Ausmass einer finanziellen Risikoübernahme oder Sanierungsmöglichkeiten von finanziell notleidenden Netzwerken müssen **vorgängig geklärt** werden, ebenso die **Mitsprachemöglichkeiten bei der Prämiengestaltung**.
- Duale Modelle dürfen nur mit **identischen Prämien** und allenfalls **differenzierter Kostenbeteiligung** eingeführt werden, wobei der differenzierte Selbstbehalt bei den 20% schwer oder/und chronisch kranken Versicherten nicht zielführend ist.
- **Auch Spezialisten** können in einem MC-Modell die Rolle des **Diseasemanagers** wahrnehmen.

Wir bitten Sie, unseren Anliegen die nötige Aufmerksamkeit zu schenken.

Freundliche Grüsse



Urs Stoffel, Co-Präsident KKA



Marc-Henri Gauchat, Co-Präsident CCM