

3. Generika-Forum

12. Januar 2006, Zürich

**Ambulante medizinische
Versorgung – Ziele aus
Sicht von Helsana**

**Referat von Manfred Manser
Vorsitzender der Konzernleitung
Helsana AG**

- 1. Generelle Ziele von Helsana in der Gesundheitsversorgung**
- 2. Arztbild im Wandel**
- 3. Versorgungs- und Kostenentwicklung**
- 4. Zukunft der ambulanten medizinischen Versorgung**

1.

Generelle Ziele von Helsana in der Gesundheitsversorgung

Generelle Ziele von Helsana in der Gesundheitsversorgung

- 1** Qualität der Versorgung verbessern
- 2** Wirtschaftlichkeit der Leistungen erhöhen
- 3** Kosten stabilisieren

**qualitativ hochstehende und zweckmässige
gesundheitliche Versorgung zu möglichst
günstigen Kosten**

Aufgaben von Helsana im “wettbewerblich orientierten Versorgungssystem“

- **Versorgungsprozesse im Interesse und zum Wohle der Versicherten aktiv (mit-)gestalten**
- **Optimale Qualität der Versorgung und der Leistungen sicherstellen**
- **Für Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen sorgen**
- **Für möglichst günstige Kosten sorgen**
- **Qualitativ gute und wirtschaftlich arbeitende Leistungserbringer identifizieren und belohnen**
- **Förderung der Eigenverantwortung bei den Versicherten**

- **Ärzte durch Überwachung und Kontrolle anhalten, wirksam, zweckmässig, wirtschaftlich sowie bedarfs- und bedürfnisgerecht und qualitativ hochstehend zu behandeln**
- **Ärzte, die eine qualitativ gute Medizin weniger behandlungsintensiv und damit kostengünstiger erbringen als andere, identifizieren**
- **Unwirtschaftlich arbeitende Ärzte durch Überwachung und Kontrolle zu wirtschaftlichem Verhalten anreizen**

- **Unzulänglichkeiten in der Versorgung der Patienten erkennen sowie effektive und effiziente Versorgung belohnen**

**Wahlfreiheit und Wettbewerb
in der Gesundheitsversorgung**

2.

Arztbild im Wandel

“Der Arzt der Zukunft“: Trends und langfristige Entwicklungen

1/3

- **Zahl der Ärztinnen / Ärzte**
 - steigende Zahl von Ärztinnen
 - erhöhter Konkurrenzdruck
 - neue Berufsbilder
- **Ausbildung / Spezialisierung der Ärzte**
 - gezieltere Ausbildung, bewusstere Spezialisierung
 - Kommunikationsfähigkeit, Teamfähigkeit
 - Ökonomie- und Managementkenntnisse
 - Kenntnisse über “evidenzbasierte Medizin“, Leitlinien und Therapieprotokolle, Gesundheitsökonomie und Health Technology Assessments

“Der Arzt der Zukunft“: Trends und langfristige Entwicklungen

2/3

- **Vernetzung**

- koordiniertes Vorgehen im Team, im Versorgungsnetz
- elektronischer Datenaustausch
- Telemedizin
- Internet

- **Patient**


- mündiger, aufgeklärter Patient
- holt vermehrt Informationen via Dritte
- Diagnose und Behandlung als Teamwork von Arzt und Patient

“Der Arzt der Zukunft“: Trends und langfristige Entwicklungen

3/3

- **Arzt als “Fachmann“**
 - vermehrt Ärzte / Ärztinnen in alternativen Berufsfeldern
 - postgraduate Weiterbildung notwendig
- **Arzt als “Unternehmer“**
 - “Einzelkämpfer“ werden langsam verschwinden
 - steigende Zahl von Gruppenpraxen, Kompetenzzentren
 - Versorgungs-Netzwerke entstehen
 - Team-Player-Qualitäten sind gefragt

- **Antike** → **Arzt als “Magier“**
 - “Alleskönner“, weit über das medizinische Fachgebiet hinaus
- **Heute** → **Arzt als “Fachmann“**
 - Im Spannungsfeld zwischen Anspruchshaltung des Patienten und den Forderungen des Versicherers

- **Zukunft**  **Arzt als “Behandlungsmanager“ und “Ökonom“**
 - **Kosten-Nutzen-Indikatoren sind im ärztlichen Alltag nicht mehr wegzudenken**
 - **Angemessenheit medizinischer Massnahmen wird auf der Basis medizinischer **und** ökonomischer Fragen entschieden**
 - **Keine “Einzelkämpfer“, Verknüpfung mit anderen “Know-how-Trägern“ ist unabdingbar**

In Zukunft wird es *den* Arzt nicht mehr geben, die Rolle des Arztes als “Doktor“ im klassischen Sinne ist eine unter vielen

1/2

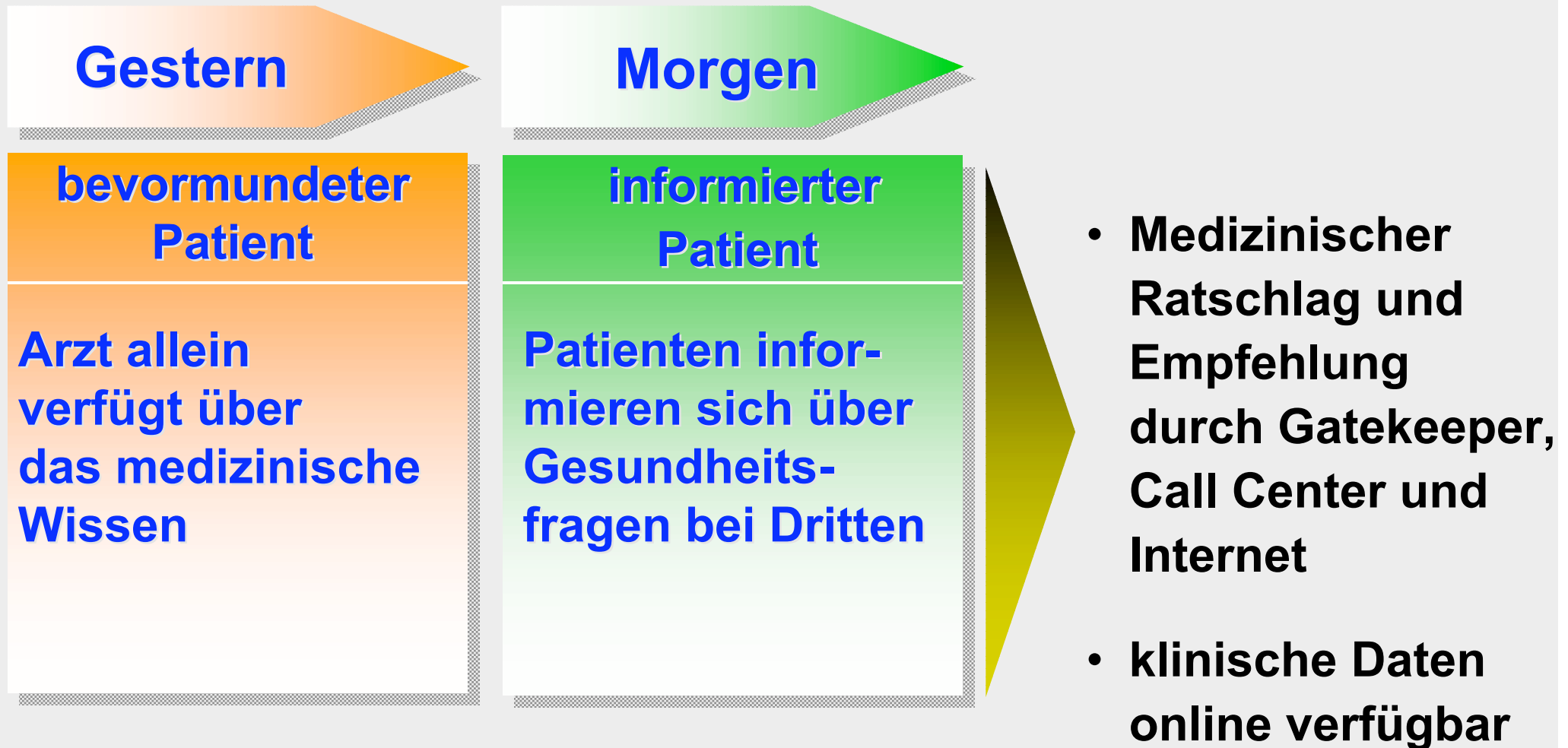
- **Ärztliche Tätigkeit als Grundversorger**
(“Gatekeeping-Funktion“)
- **Ärztliche Tätigkeit als Spezialist**
(zunehmende Spezialisierung, nicht nur “Facharzttitle“)
- **Ärztliche Tätigkeit als Behandlungsmanager**
(“Manager“ für Gesundheitsfragen, “Reiseführer“ durch den Dschungel der spezialisierten Medizin)

In Zukunft wird es *den* Arzt nicht mehr geben, die Rolle des Arztes als “Doktor“ im klassischen Sinne ist eine unter vielen

2/2

- **Nicht-patientenorientierte Tätigkeit**
(medizinische Informatik, medizinische Ökonomie, Versicherungswesen, Industrie, Beratung, Gutachter, Amtsarzt, Vertrauensarzt)

Die Rolle des Arztes verändert sich, der Patient übernimmt mehr Eigenverantwortung



Krankenversicherer erwarten vom Arzt / von der Ärztin ein partnerschaftliches, offenes und *dienstleistungsorientiertes* Verhalten

- **Gemeinsame Diskussion von möglichen Diagnose- und Therapiealternativen mit dem Patient**
- **Bereitschaft zur Diskussion der relevanten Parameter der Erkrankung mit dem Patient**
- **Bereitschaft, den Patienten zum richtigen “Zeitpunkt“ abzugeben**

**“Der Arzt / die Ärztin in der Zukunft“:
Nicht alle werden ohne Blessuren davon kommen ...**

Bedrohte Spezies

“Einzelkämpfer“

“Qualitäts-Verweigerer“

“Habichimmerschonsogemacht“

“Mengenausweiter“

Chancen für alle Ärzte / Ärztinnen

**Viele Chancen den anstehenden Wandel gut zu
überstehen**

Auch die Rolle des Krankenversicherers wird sich verändern ...

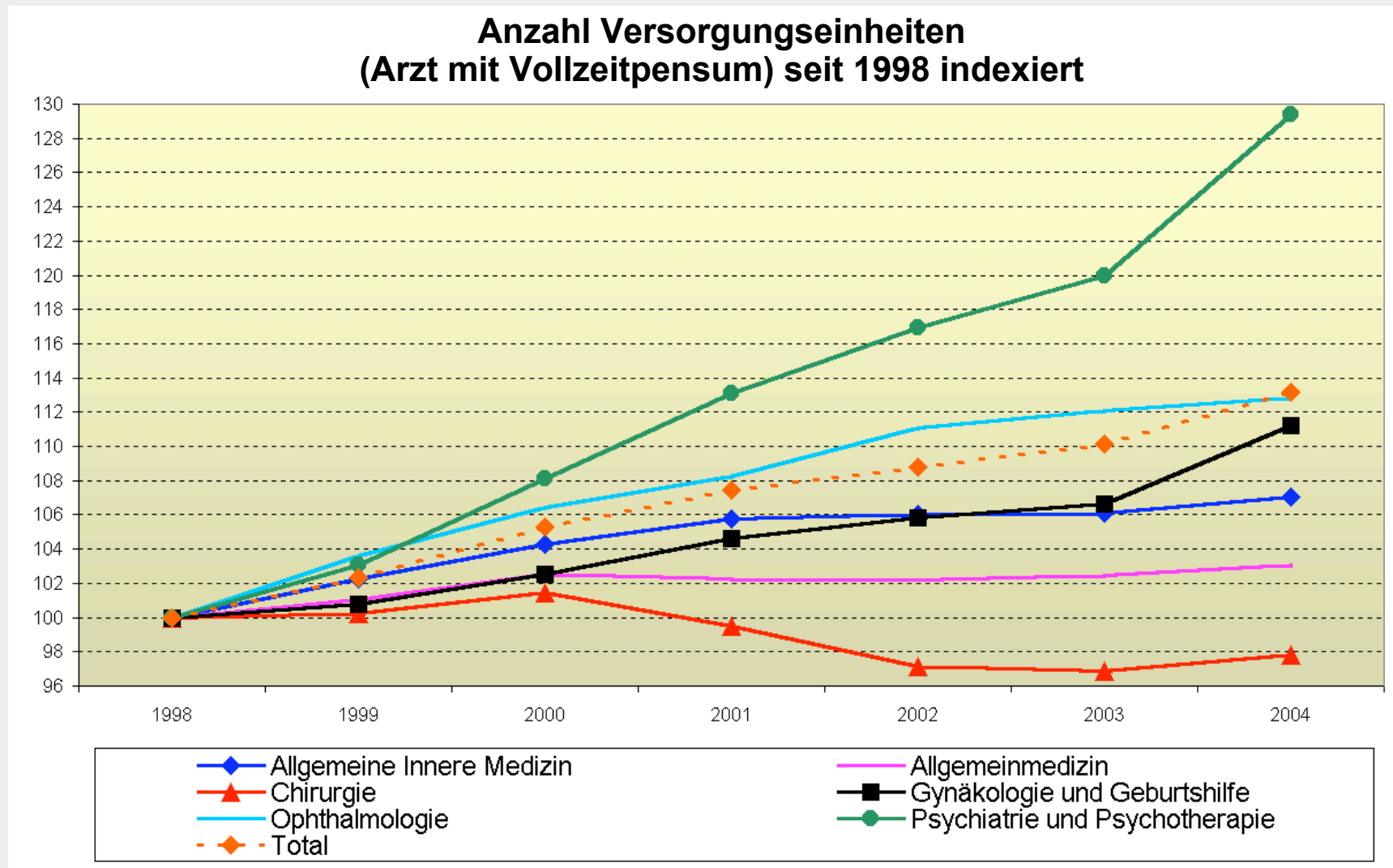
- **Patienteninformation und -aufklärung
(Demand Management)**
- **Leistungs- und Versorgungsmanagement
(Case- und Disease-Management)**

**Ziel: Mehr Souveränität des Patienten
in Fragen der eigenen Gesundheit**

3.

Versorgungs- und Kosten- entwicklung

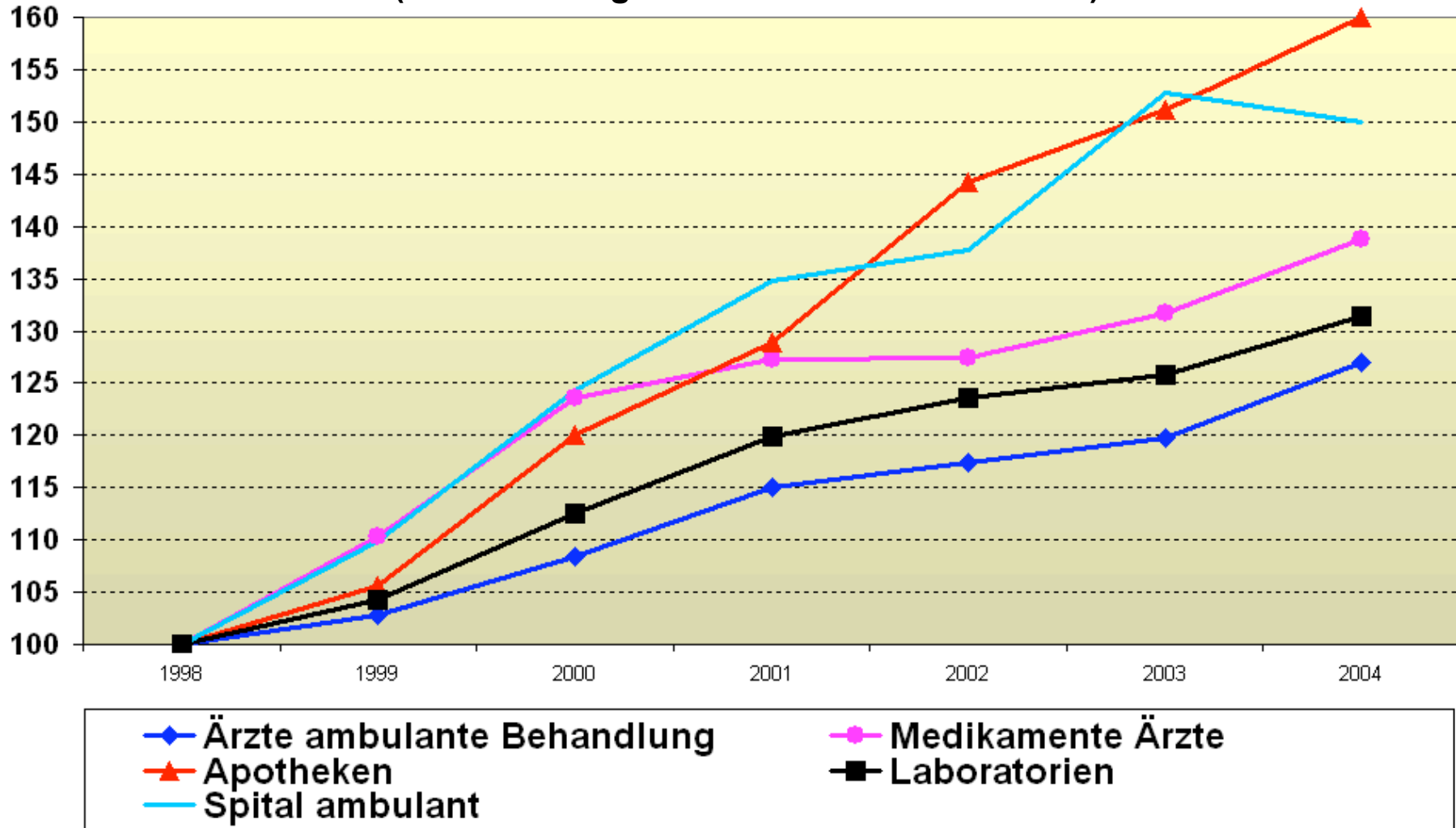
Entwicklung der Anzahl ärztlicher Versorgungseinheiten



Q: Untersuchung ärztlicher Versorgung. Schlussbericht. Michael Bertschi. FMH, BAG santésuisse, GDK, Obsan, 27. Oktober 2005, S. 25

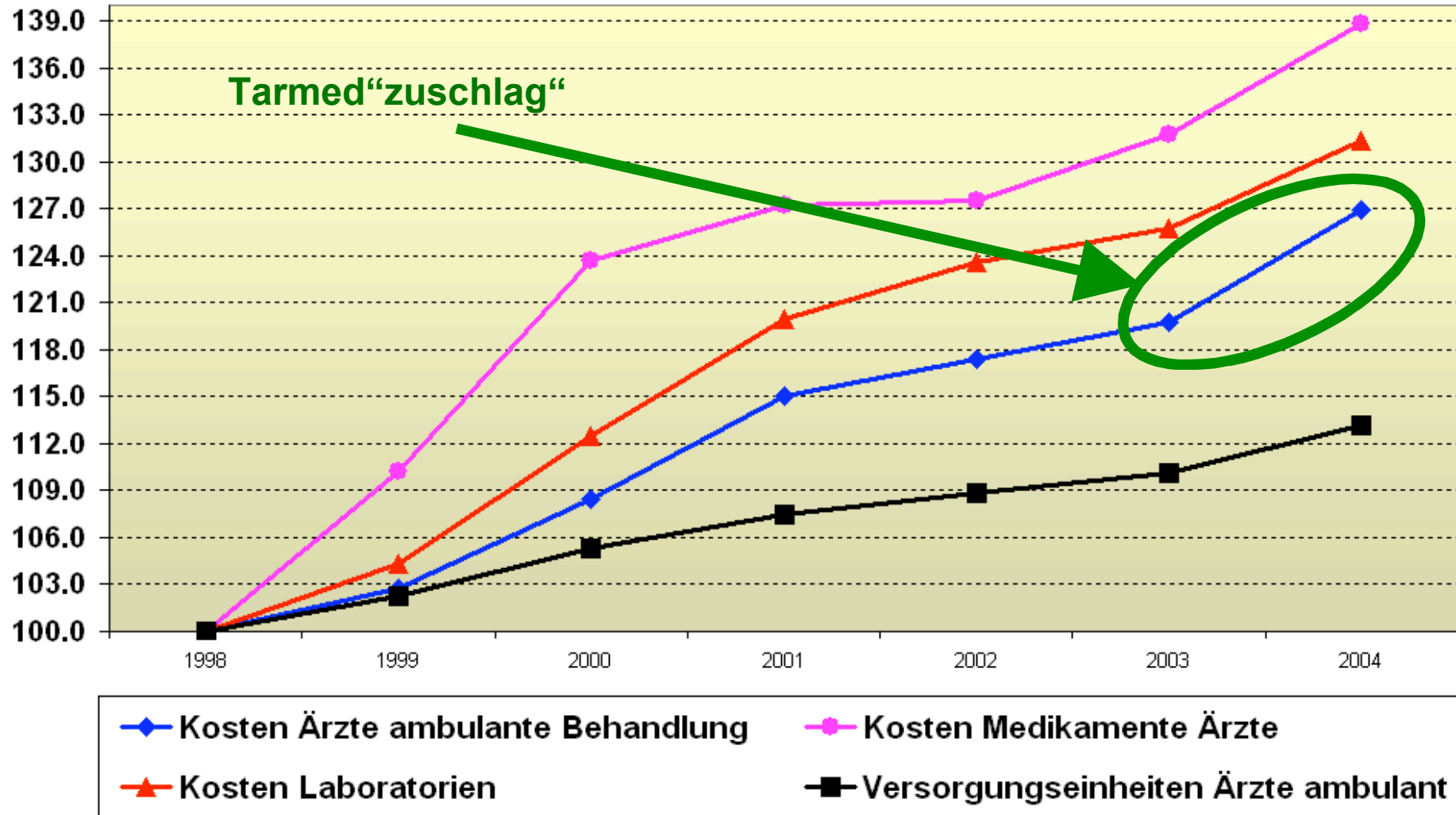
Kostenentwicklung in der ambulanten Versorgung

Kosten zulasten der Grundversicherung seit 1998 indexiert
(Q: Rechnungsstellerstatistik santésuisse)



Entwicklung der Kosten und Versorgung in der ambulanten Versorgung

Kosten und ärztliche Versorgungseinheiten seit 1998 indexiert



4.

Zukunft der ambulanten medizinischen Versorgung

Voraussetzung für die erfolgreiche Zukunft der ambulanten medizinischen Versorgung ...

- **qualitativ hochstehend**
- **kostengünstig**
- **transparent**
- **mit stationärer Versorgung gut vernetzt**

- Verantwortung bei der Umsetzung der Substitution von Originalpräparaten durch Generika wahrnehmen
- Vergünstigungen der Industrie weitergeben
- Leistungen transparent und nachvollziehbar machen, statt sich zu verstecken
- Herausforderung “Wirtschaftlichkeitsverfahren“ annehmen statt sich zu wehren oder schlechte Risiken abzuschieben

- Elektronischer Datenaustausch umsetzen statt Trust-Center Finanzierung durch Versicherer erzwingen
- Vernetzung mit anderen Leistungserbringern vorantreiben
- Die Patienten zum "Mitentscheid" befähigen
- Korrekturbereitschaft, falls Kosten 2006 "verreisen"

Exkurs Tiers Garant / Tiers Payant

- **Ca. 10% der Ärzte rechnen je nach Gutdünken mal im “Tiers Garant“ mal im “Tiers Payant“ ab**
- **Die Wahl dürfte abhängig sein von der Einschätzung des Arztes über das Risiko des Debitorenverlustes**
- **Viele Ärzte wären zum freiwilligen “Tiers Payant“ bereit. Das wäre effizienzfördernd und kundenfreundlich**
- **Die Hetze der kantonalen Ärztesgesellschaften gegen die “Tiers Payant - willigen Ärzte“ verhindert die Realisierung einfacher, rein administrativer Prozessverbesserungen**

Qualität der ambulanten ärztlichen Versorgung: kurzfristige Erwartungen der Helsana

- **Bereitschaft, Qualität messen zu lassen**
- **Leistungs- und Qualitätstransparenz vorantreiben**
- **Bei Qualitätszirkeln mitarbeiten**
- **Herausforderung “DiseaseManagement“ annehmen**
- **Bei Benchmarkingverfahren mitmachen**
- **Qualitätsdifferenzierte Tarifierung zulassen**
- **Optimale Behandlung durch verstärkte Evidenzbasierung anstreben**

- Durch das **Versicherungsobligatorium** (gesetzlich vorgegebene Nachfrage) ist die *Sicherheit und Finanzierung der Versorgung* gewährleistet
- Bei **Vertragsfreiheit** Leistungserbringer / Krankenversicherer wird sich der Preis bei knappem Angebot erhöhen. Bei **Vertragszwang** ist das nicht der Fall. Das Risiko der “Unterversorgung“ ist deshalb gering. Als “**lender of last resort**“ ist der Kanton zuständig

- Mit einer Verfeinerung des Risikoausgleich können sich Krankenversicherer verstärkt auf die Unterstützung der optimalen Behandlung konzentrieren statt auf die Selektion guter Risiken
- Voraussetzung für die Verhinderung negativer Versorgungsaspekte ist eine *Verfeinerung des Risikoausgleichs*

- Lockerung des Vertragszwanges
statt zentrale Kostensteuerung
- Managed Care Ansätze fördern
statt Praxiszentrierung begünstigen
- Qualitätsdifferenzierte Tarifierung explizit vorsehen (KVV)
statt Einheitsbrei aufrechterhalten

- **“Tiers Payant“ gesetzlich verankern
*statt “Fünfer und Weggli Verhalten“ begünstigen***
- **Risikoausgleich in der OKP verbessern
*statt Risikoselektion begünstigen***
- **Evaluation ambulanter medizinischer Leistungen
gesetzlich verankern**

**Leistungs- und Vertragswettbewerb
zwischen Leistungserbringern
und den Krankenversicherern**

**“Vernünftige Medizin
von und für
vernünftige Partner“**