



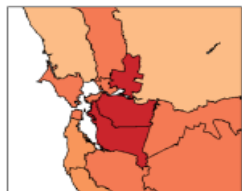
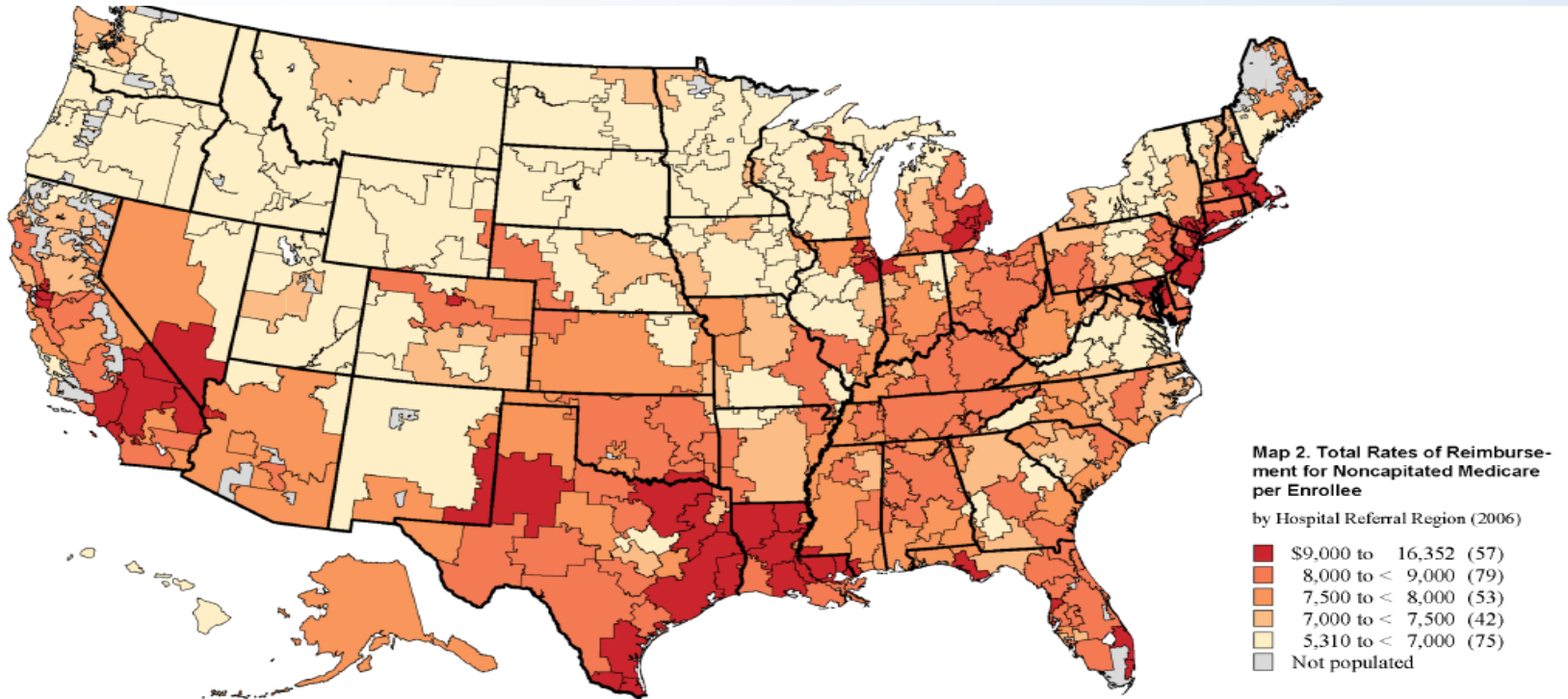
ENGELBERG CENTER for
Health Care Reform
at BROOKINGS

Gesundheitsreform in den USA: Chancen für eine verbesserte Versorgung

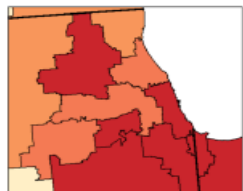
Dr. Joachim Roski, MPH

Managing Director, High Value Healthcare Initiative

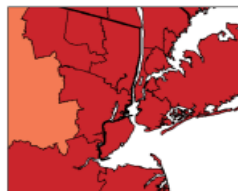
Starke regionale Ausgabenschwankungen (2006)



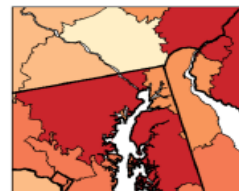
San Francisco



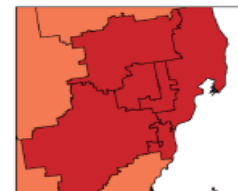
Chicago



New York

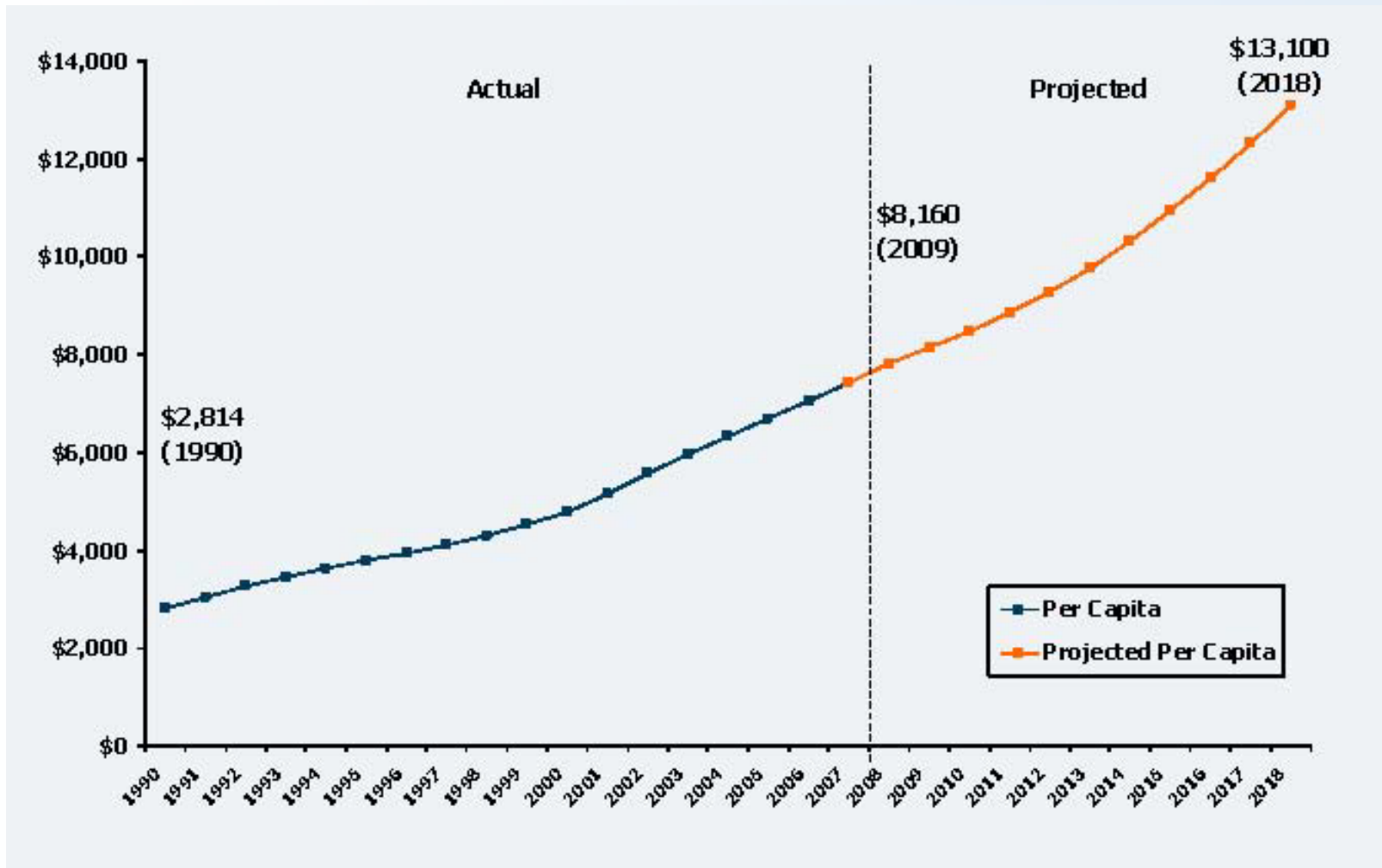


Washington-Baltimore



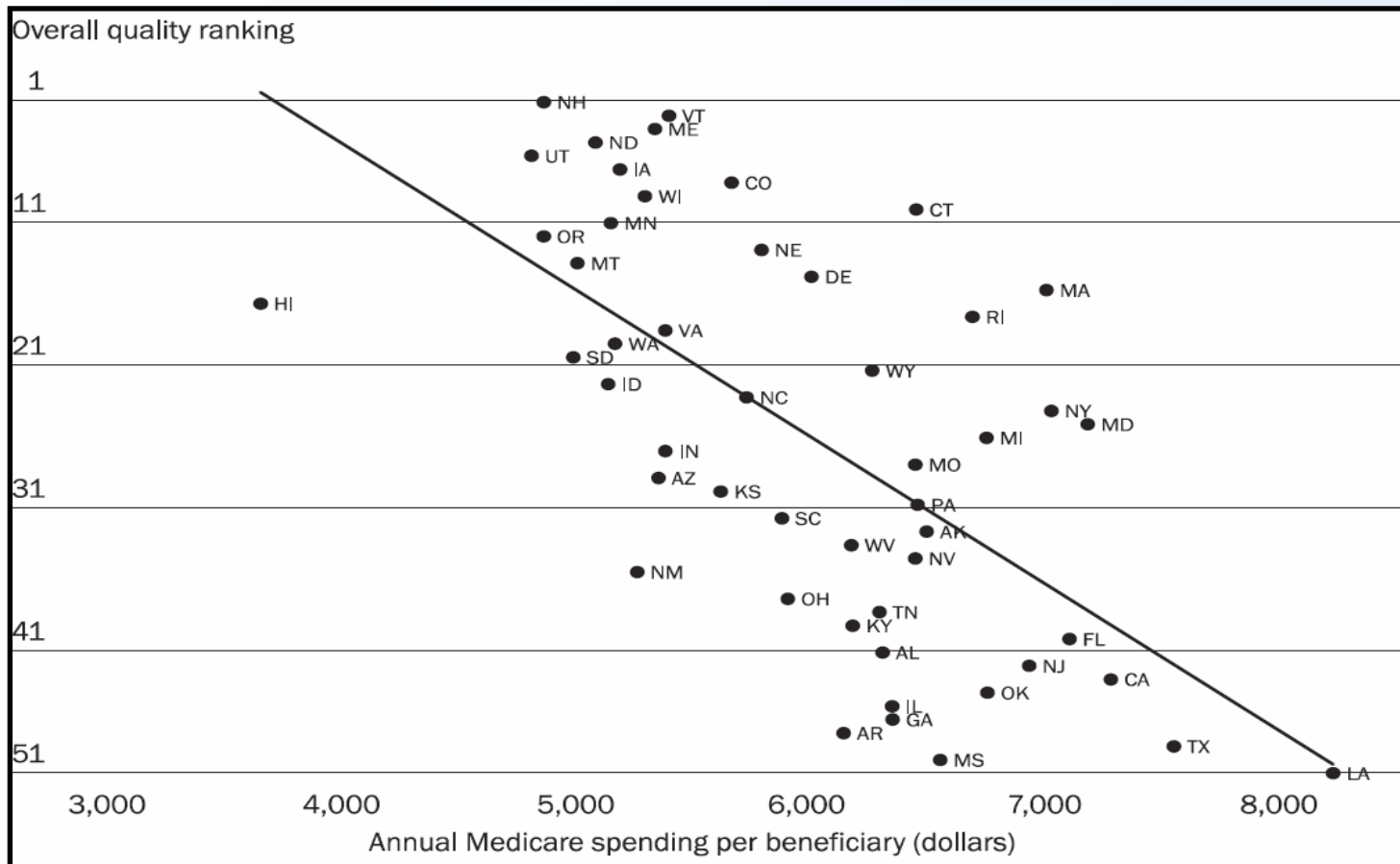
Detroit

Ausgaben, Pro-Kopf, 1990-2018



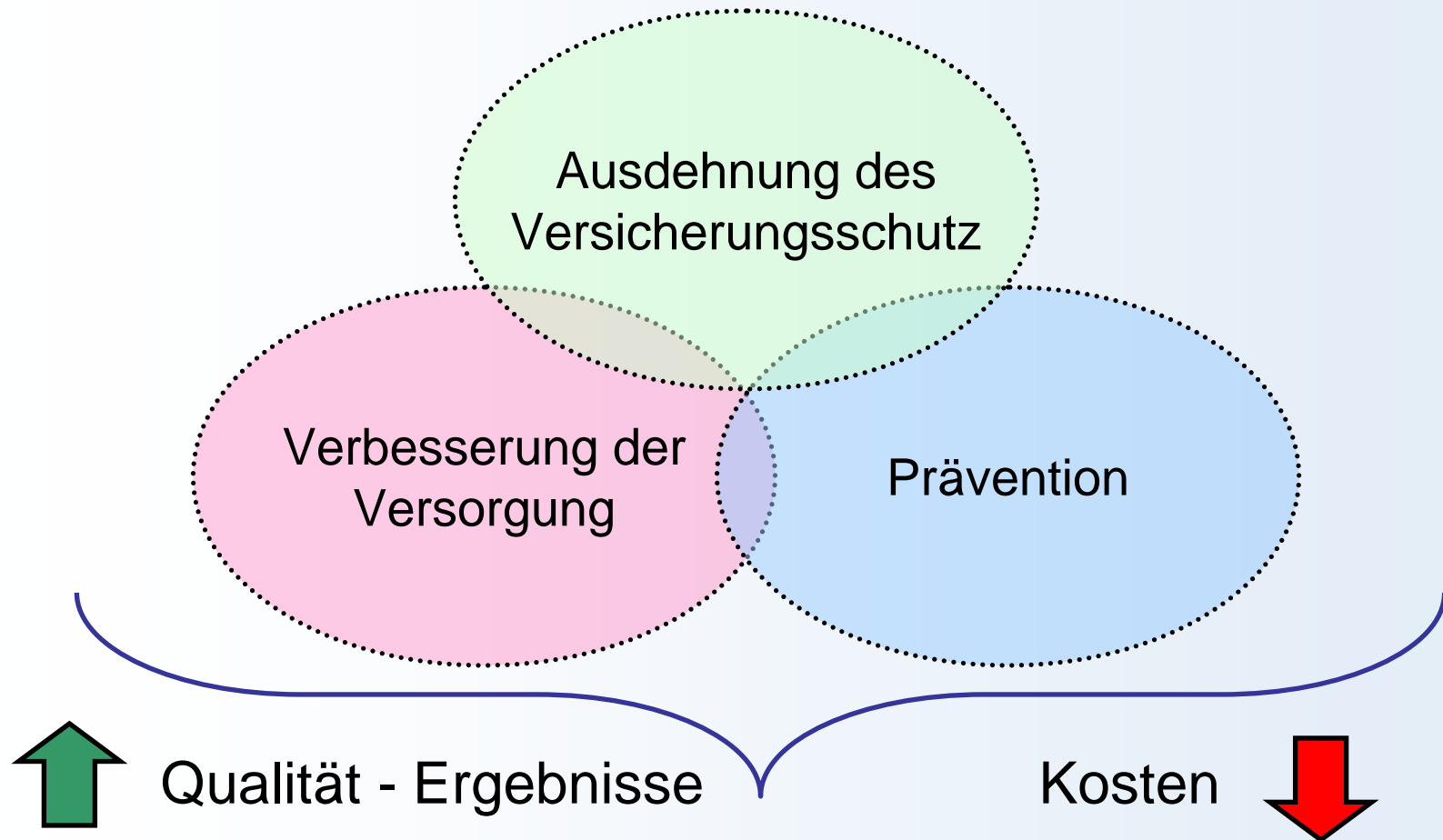
Quelle: Kaiser Family Foundation, Trends in Health Care Costs and Spending, March 2009

Hohe Ausgaben = Hohe Qualität?



Quelle: Baicker K, Chandra A. Health Affairs, April 7, 2004.

“Logik” der Reform



Wie wurde die Reform verabschiedet?

- 14 Monate im Werden
- Zuständig: Senat & Repräsentantenhaus; 5 Ausschüsse
 - » 2 im Senat
 - » 3 im Rep.haus
- Bemühen bis Sommer 2009 um parteiübergreifenden Konsens
- Keine Stimmer der Republikaner
 - » Tea party movement
- Kompromisse auch notwendig innerhalb der Demokraten
- \$940 Milliarden Kosten; erwartet; Kostenersparnisse bis 2019: \$1083 Milliarden

\$ 40 Milliarden für HIT und CER schon 2009 verabschiedet

Gesetz wurde am 22. März 2010 unterschrieben



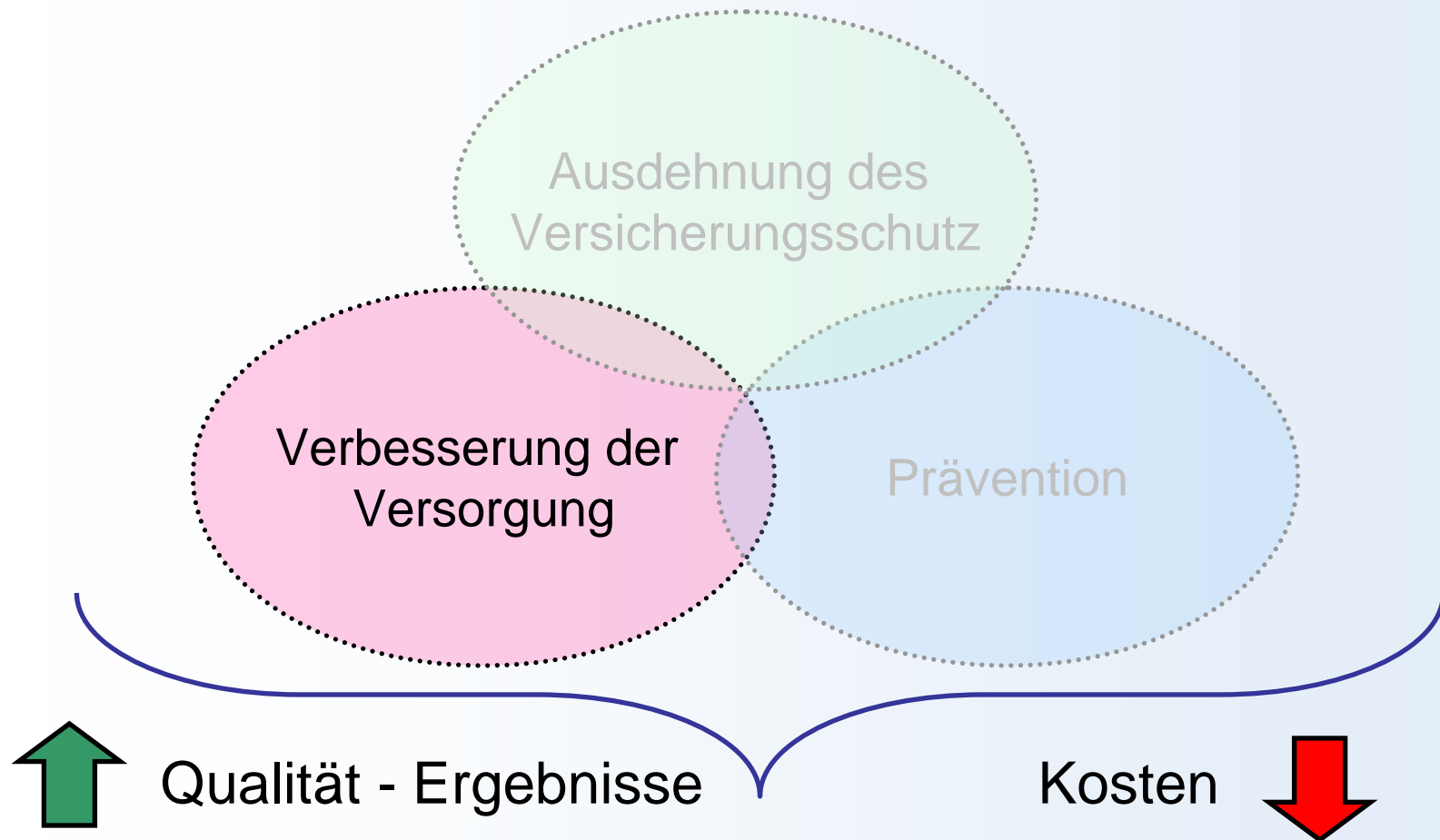
Wichtige Punkte des Gesetz

- **Versicherungsreform**
 - » Versicherungs"märkte" in den Bundesstaaten
 - » Versicherungspflicht des Einzelnen
 - » Neue Vorschriften für Versicherungen
 - » Pflegeversicherung
- **Öffentlicher Versicherungsschutz**
(Medicare, Medicaid)
 - » Ergebnisorientierte Vergütung & andere Reformen
 - » Pharmazeutika
 - » Präventionsleistungen
 - » Bessere Vergütung der hausärztlichen Versorgung
 - » Unabhängige Kommission zur Kostensenkung
- **Steuerrecht**
 - » Versicherung durch Arbeitsgeber
 - Steuerbegünstigung
 - Strafen
 - » Besteuerung "luxuriöser" Versicherungspolicen
- **Qualität/Innovation**
 - » Nationale Strategie
 - Datensammlung
 - Berichterstattung
 - Bereitstellung von Daten
 - » CMS Innovations Zentrum
 - » "Comparative Effectiveness"

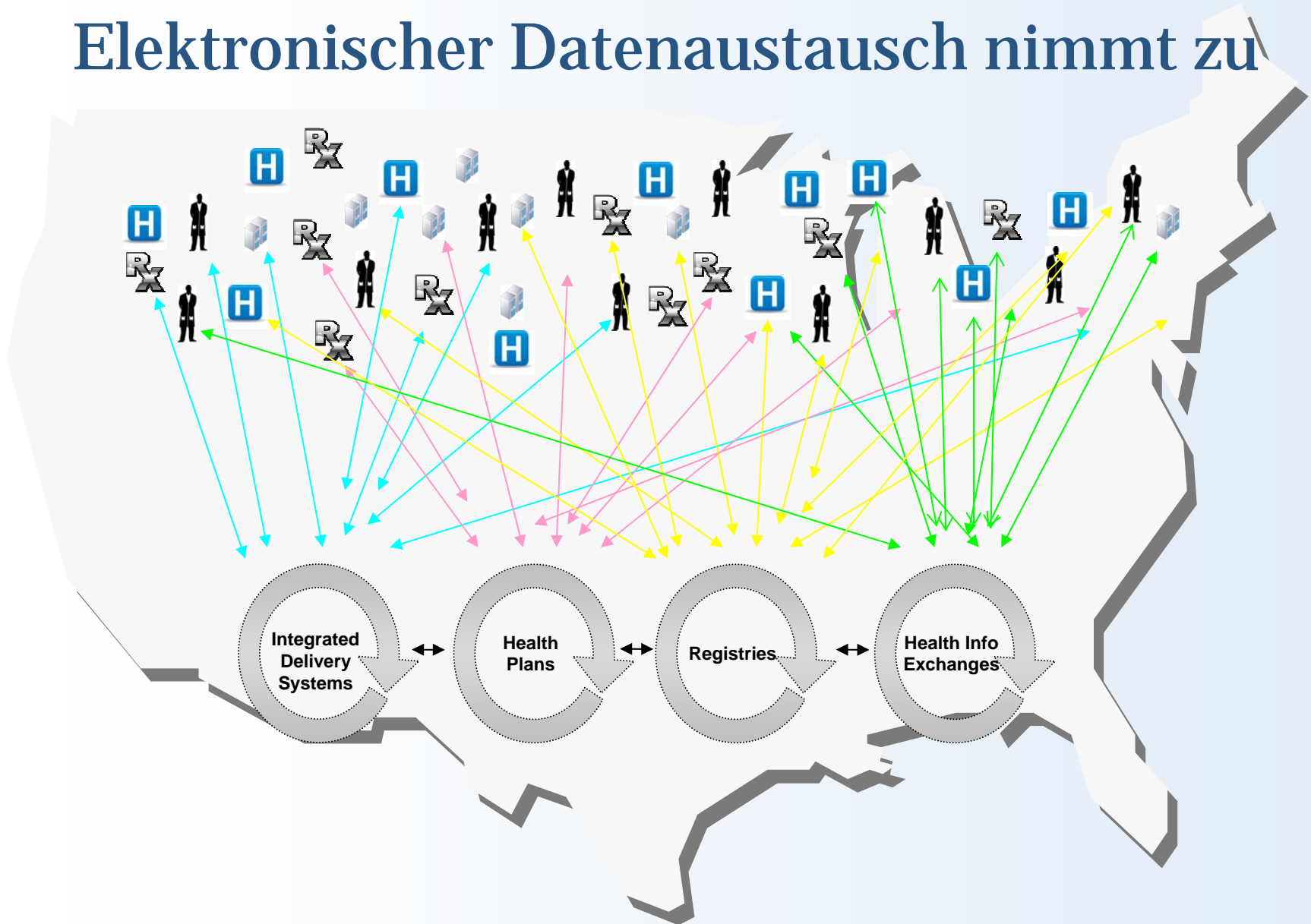
Jetzt gehts an die Implementierung ...

- “Patient Protection and Affordable Health Care Act” (PPACA) ist umfangreich, nimmt Veränderung an vielen Punkten vor, neue “public health” Initiativen, neue Steuern, und Reformierung des Versicherungswesen in allen 50 Bundesstaaten.
- Implementierung erstreckt sich auf 5-8 Jahre
- In einigen Bereichen haben Behörden grossen Ermessensspielraum
- Eine Reihe von Ministerien spielen eine tragende Rolle: Arbeit, Finanzen, Gesundheit
- Die Auswirkungen von Empfehlungen neu einzurichtender Kommissionen und Beiräte ist unsicher

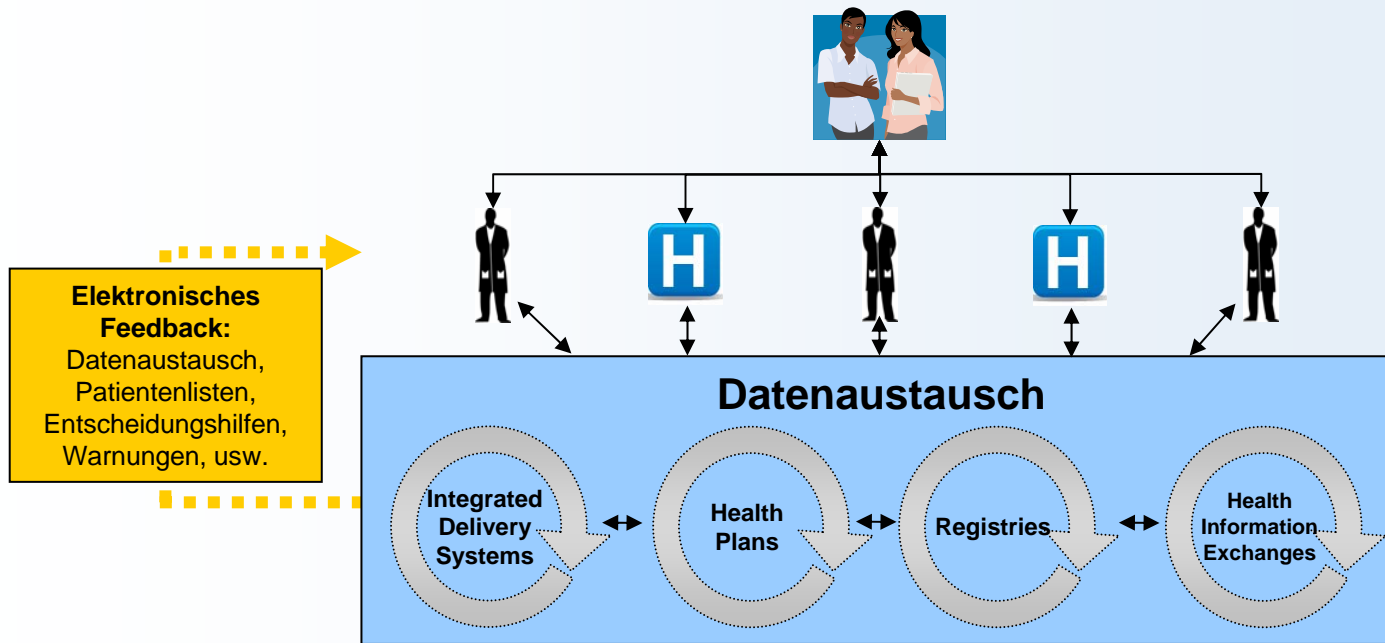
Für die Diskussion heute ...



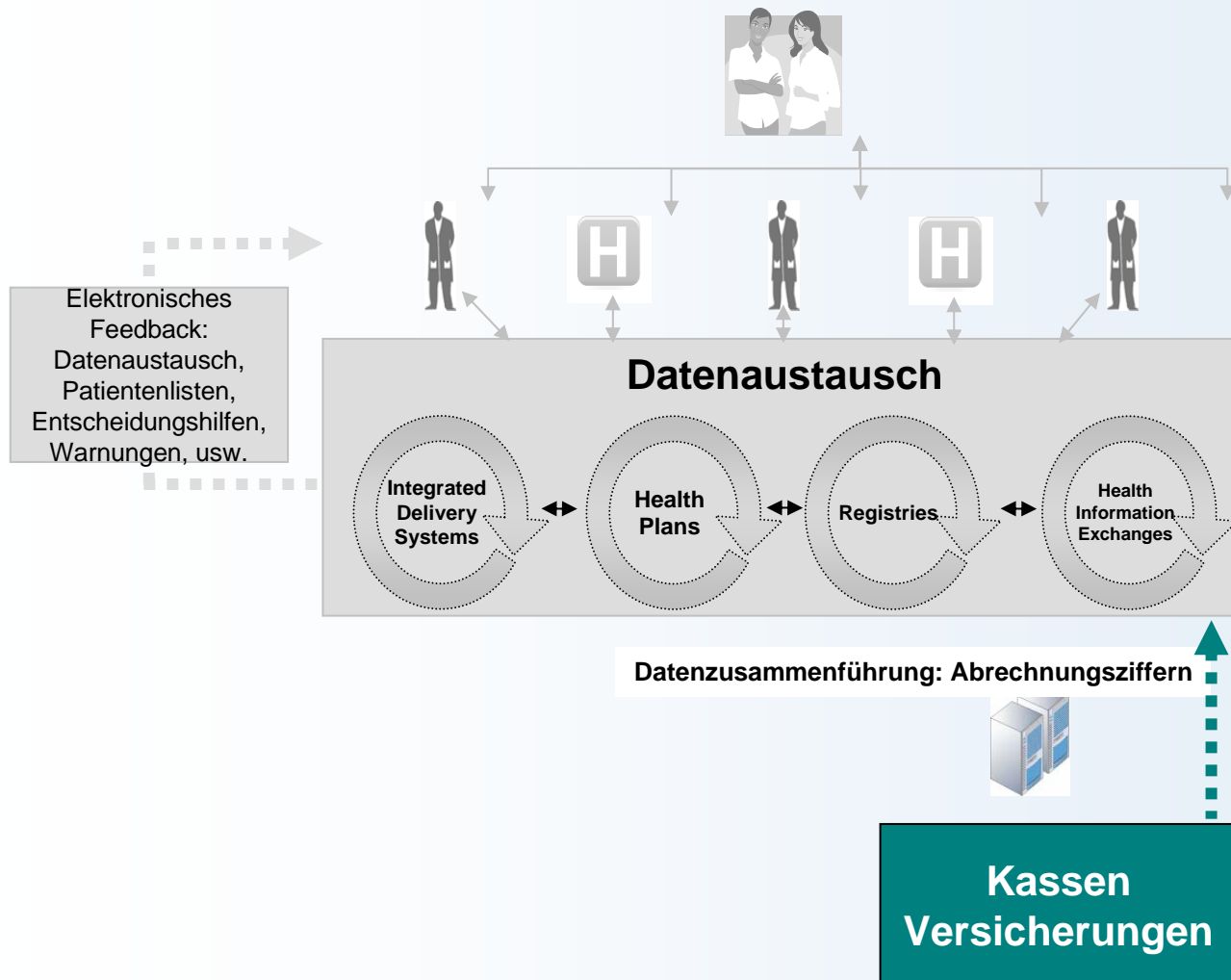
Elektronischer Datenaustausch nimmt zu



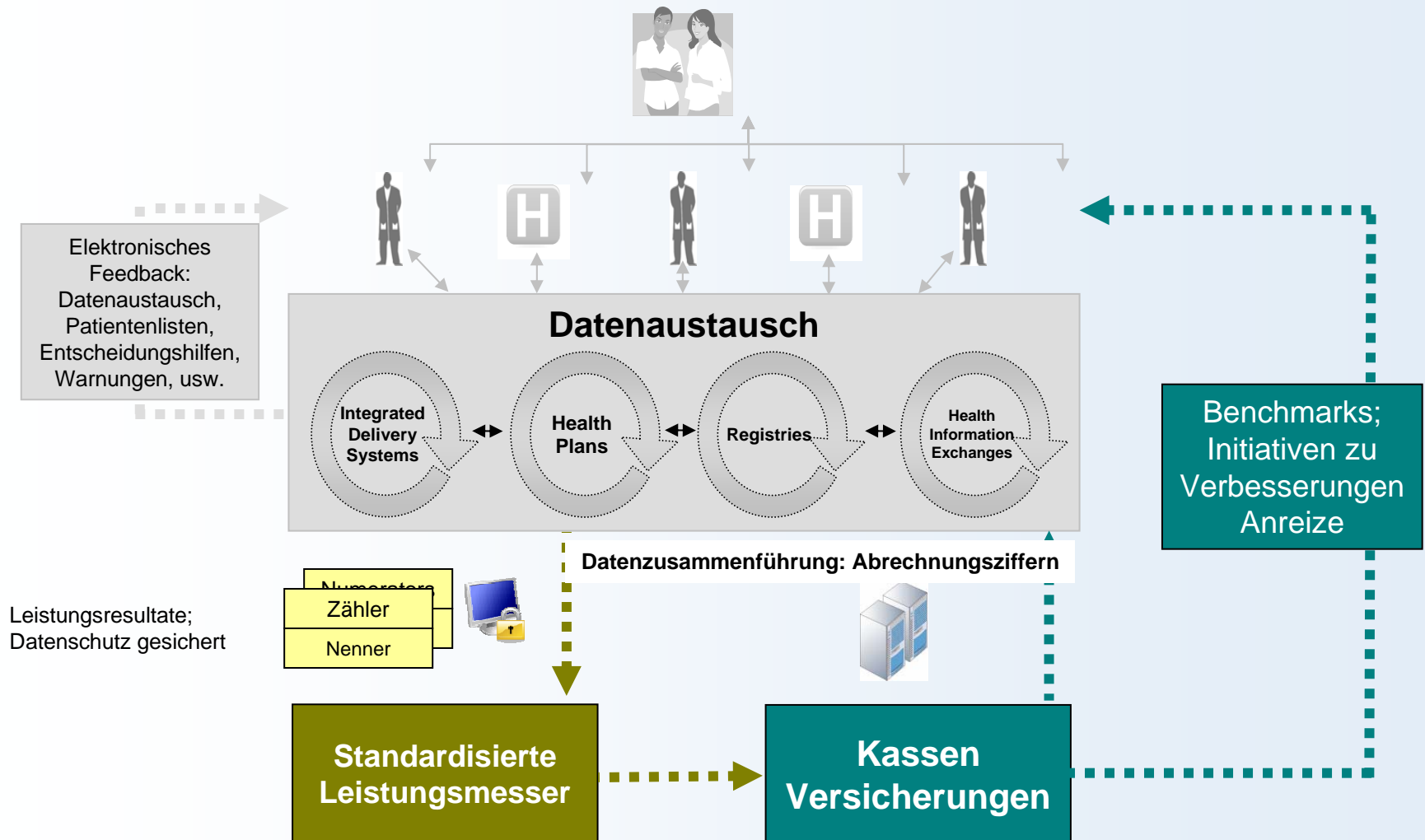
Anbieter: Datenaustausch und Feedback



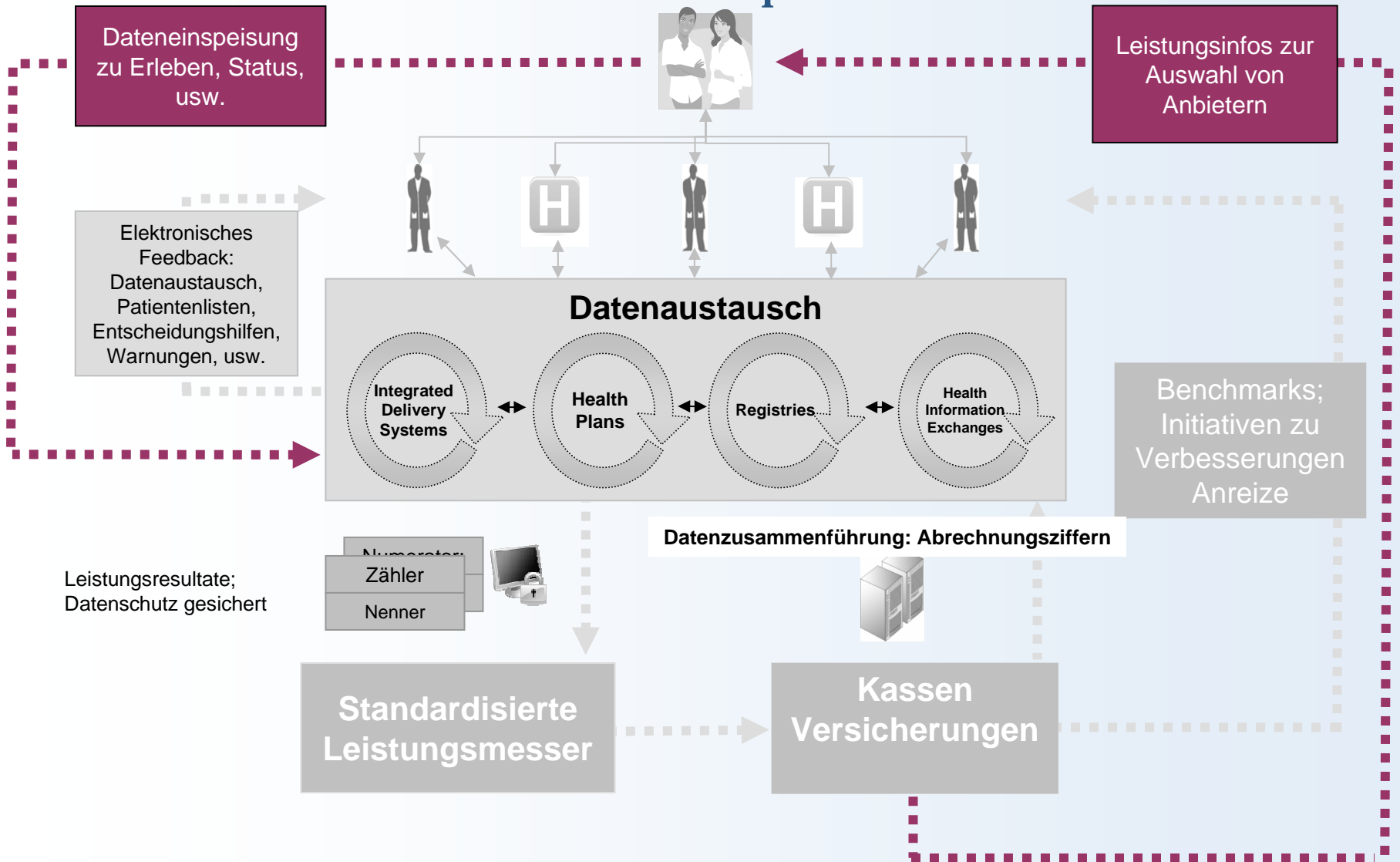
Versicherer: Stellen Abrechnungsdaten zur Verfügung



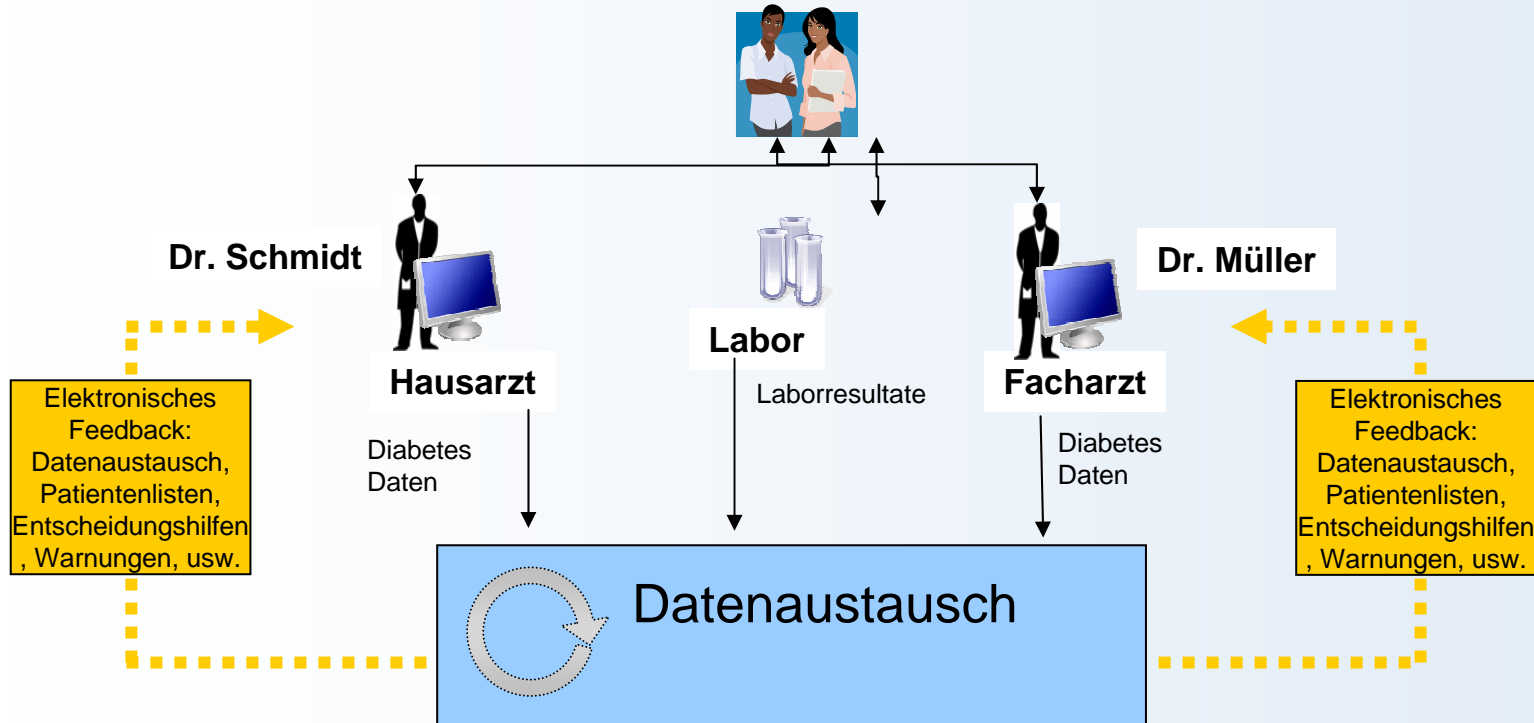
Datenzusammenführung von Messgrößen



Patienten: Nutzen Informationen, haben Möglichkeiten eigene Daten einzuspeisen

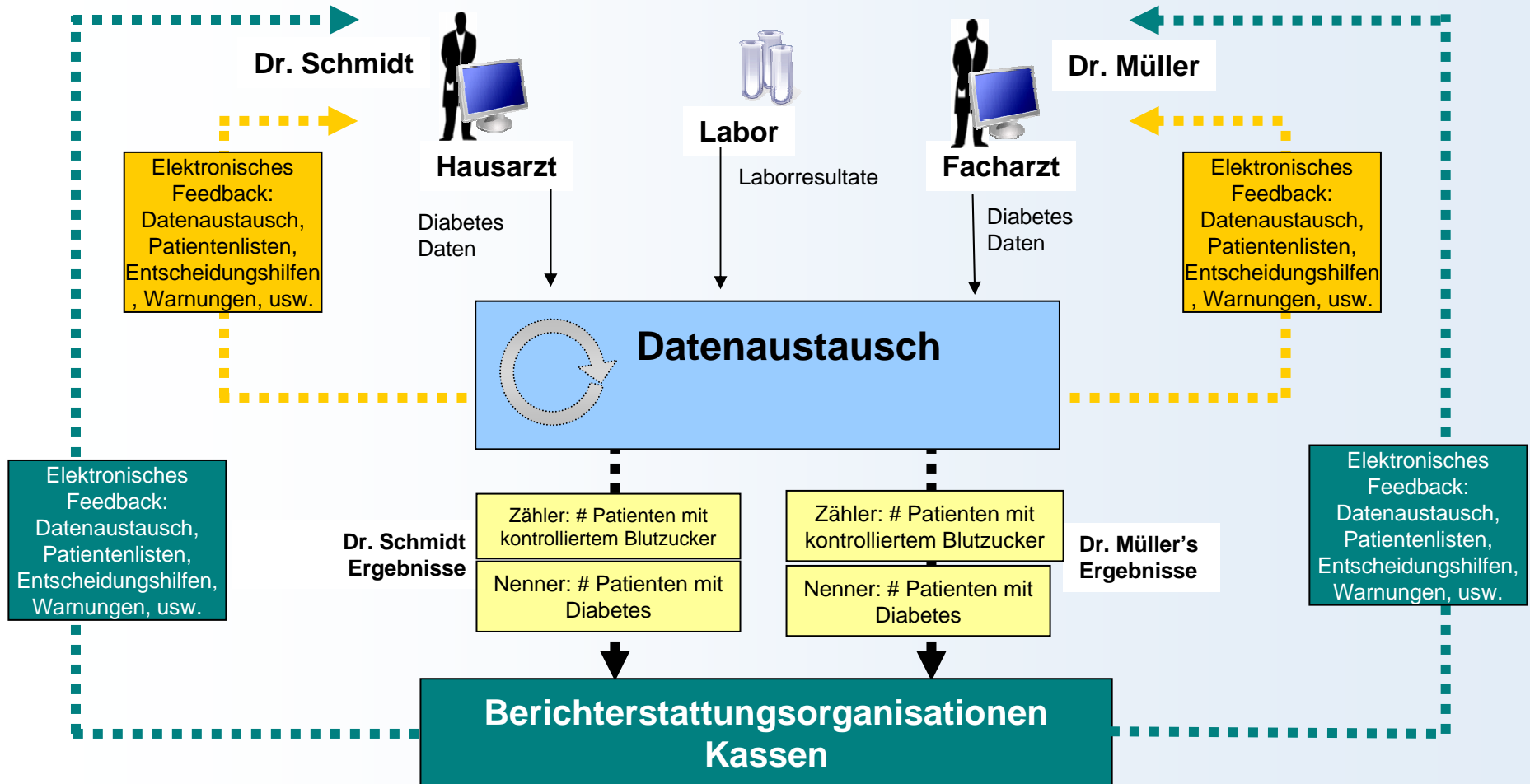


Beispiel: Datenaustausch zur Verbesserung in der Diabetesversorgung

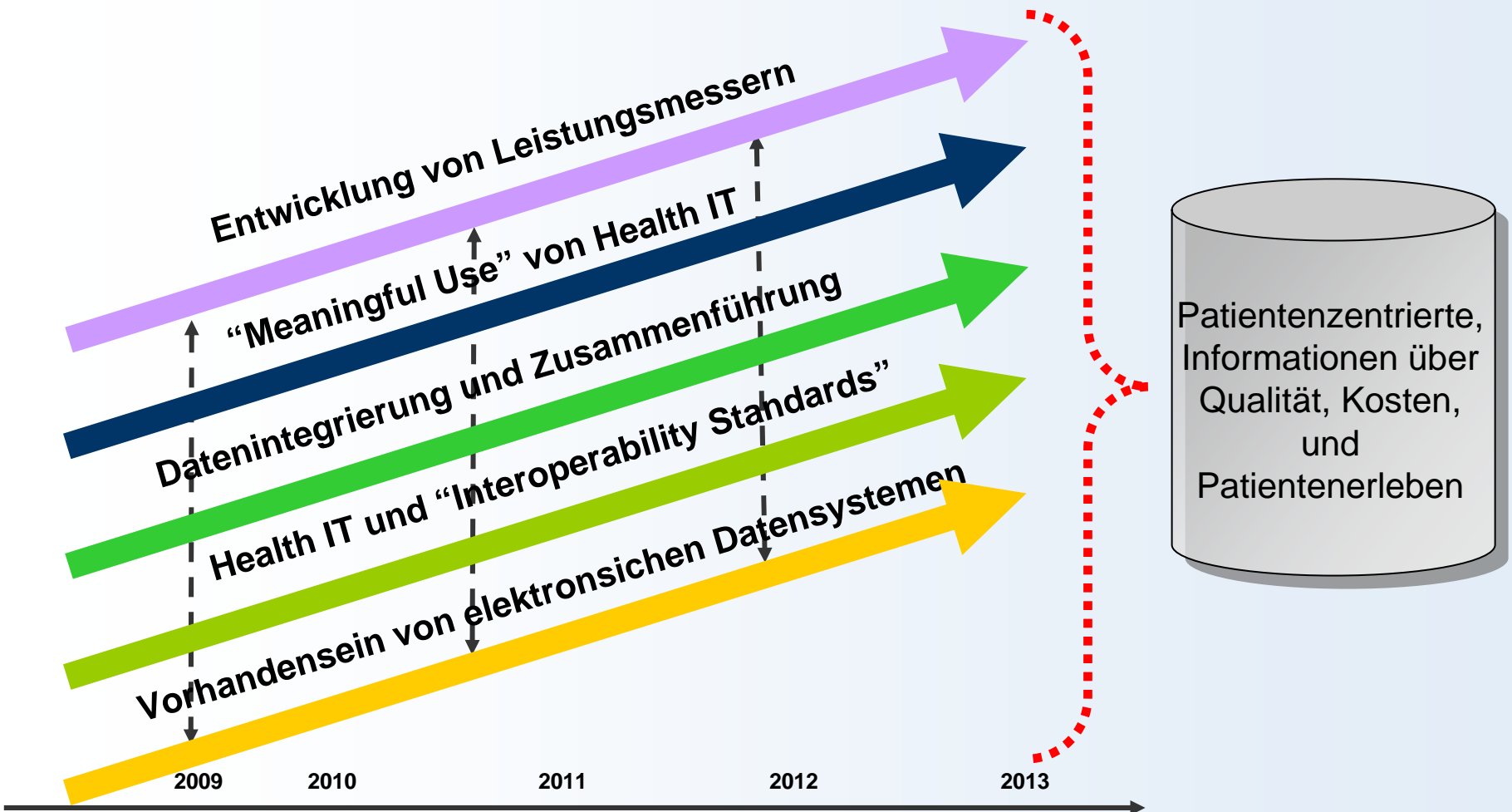


Beispiel: Datenaustausch und Zusammenführung zur Verbesserung der Diabetikerversorgung

(Leistungsmesser: Blutzuckerkontrolle)



Messen und HIT “Evolution” gehen Hand-in-Hand



Anzahl von regionalen Initiativen zur Leistungsmessung wächst



Voraussetzung: Zusammenarbeit von privatem und öffentlichem Sektor

Planung

- **“Public/Private Partnership”**
- Zusammenarbeit um Vision, Methoden, und Zeitpläne zu erstellen zur Entwicklung von Leistungsmessern, Datensammlung und Zusammenführung



Implementierung

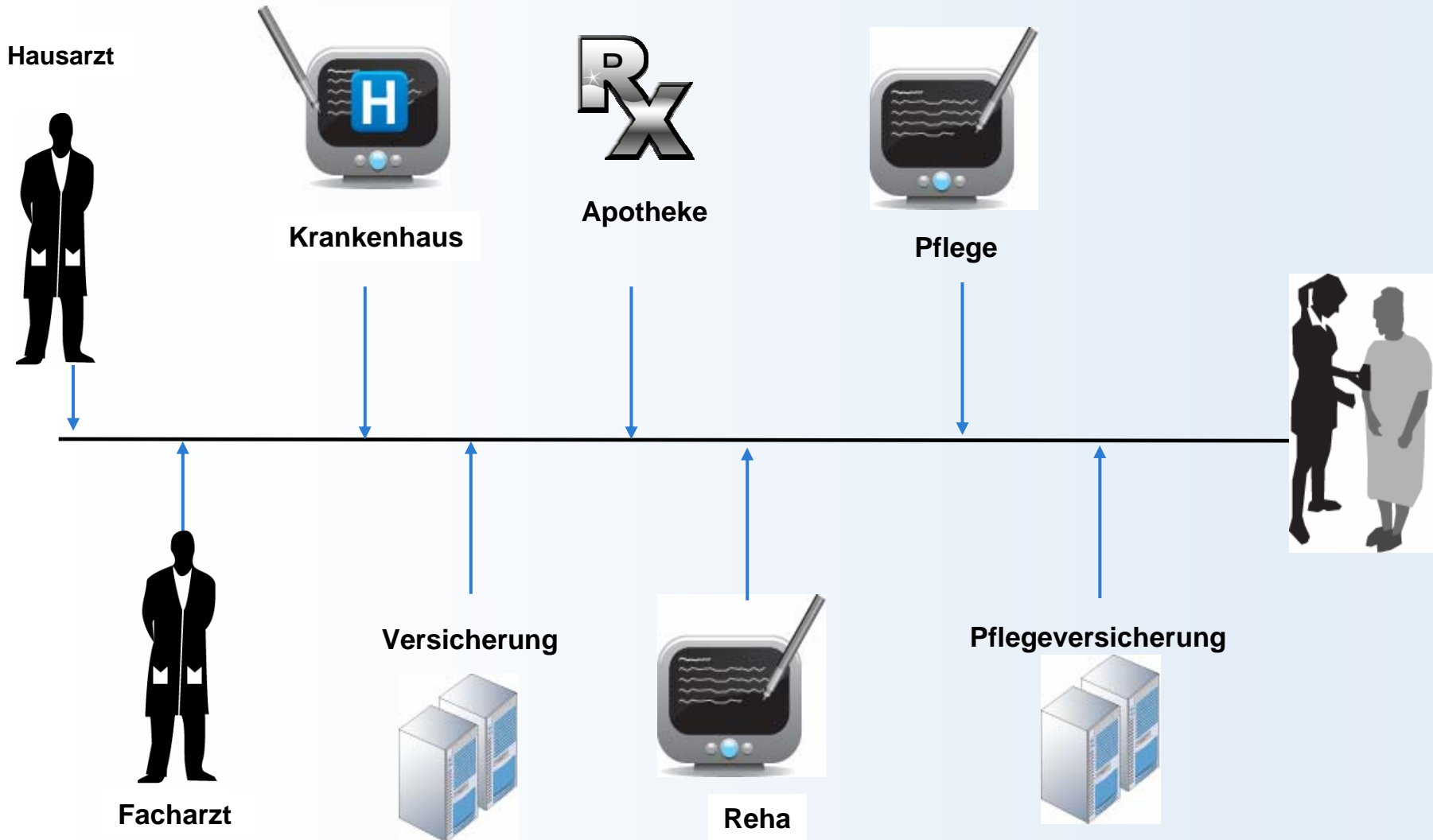
Staatliche Aufgaben

- Fördert Entwicklung von Leistungsmessern
- Implementierung von konsistenter Messung, HIT, und Vergütungssystemen die sich gegenseitig verstärken
- Daten zur besseren Koordinierung von Versorgungsleistungen werden zur Verfügung gestellt
- Finanzielle Mittel

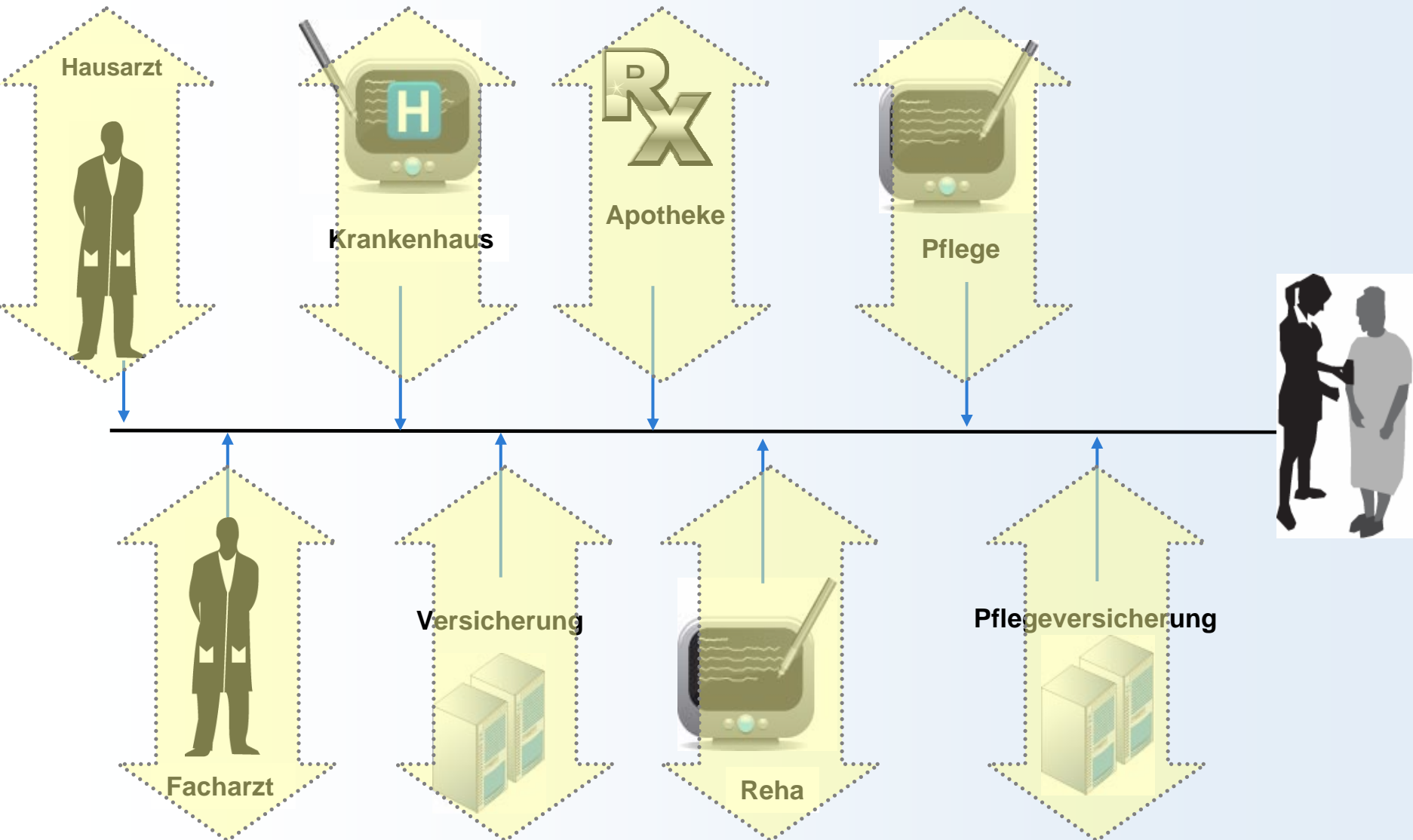
Private Versicherer und Anbieter

- Beteiligen sich an der Entwicklung von Leistungsmessern
- Nehmen teil an elektronischem Datenaustausch um Koordinierung von Leistungen zu verbessern
- Unterstützen Pilotprojekte zur Generierung von Leistungsdaten.
- Steuern Expertise und Daten bei, um erfolgreiche und nachhaltige Methoden zu entwickeln

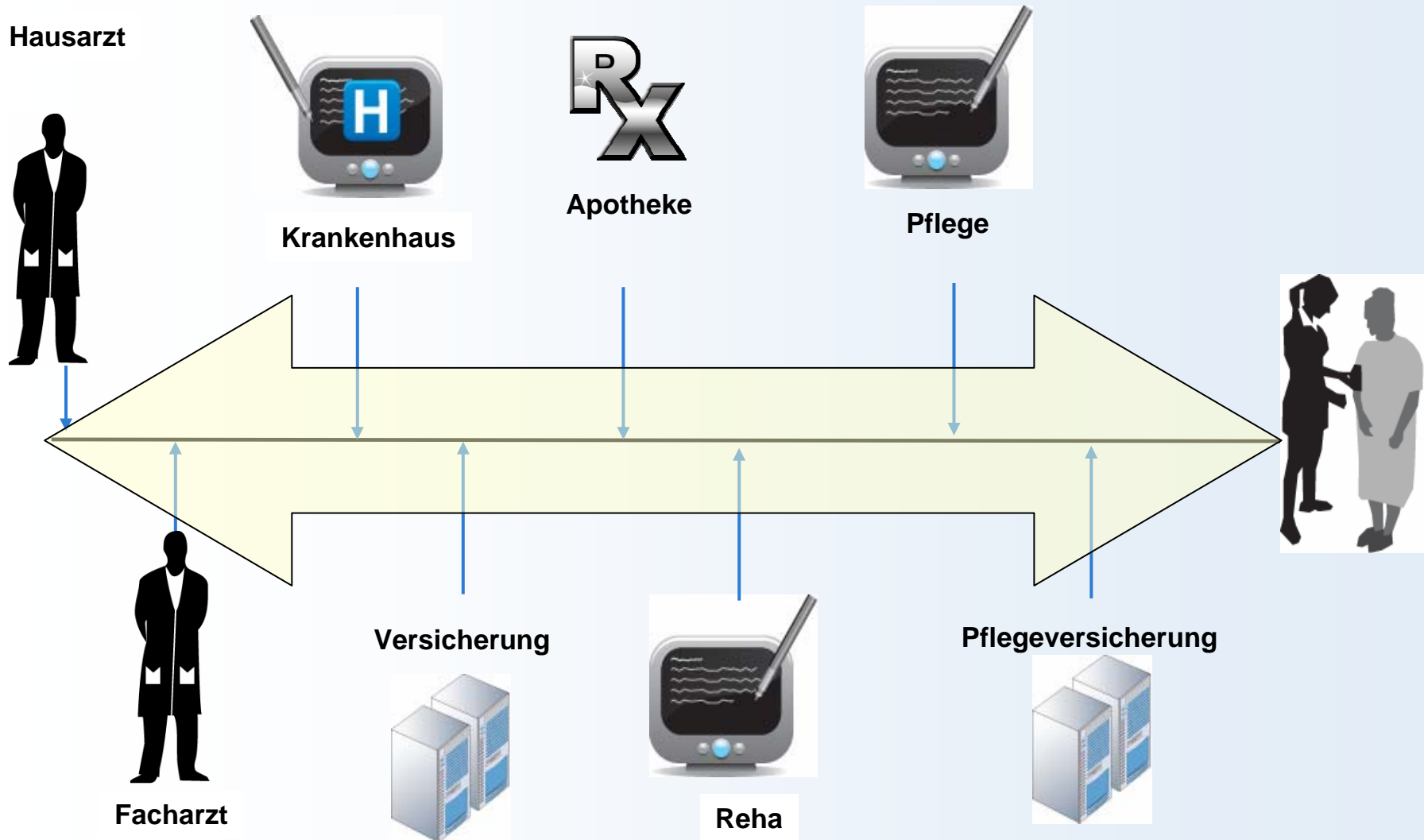
Viele Anbieter entlang des Pflegespektrums



Gegenwärtige Messung ... sektorenspezifisch



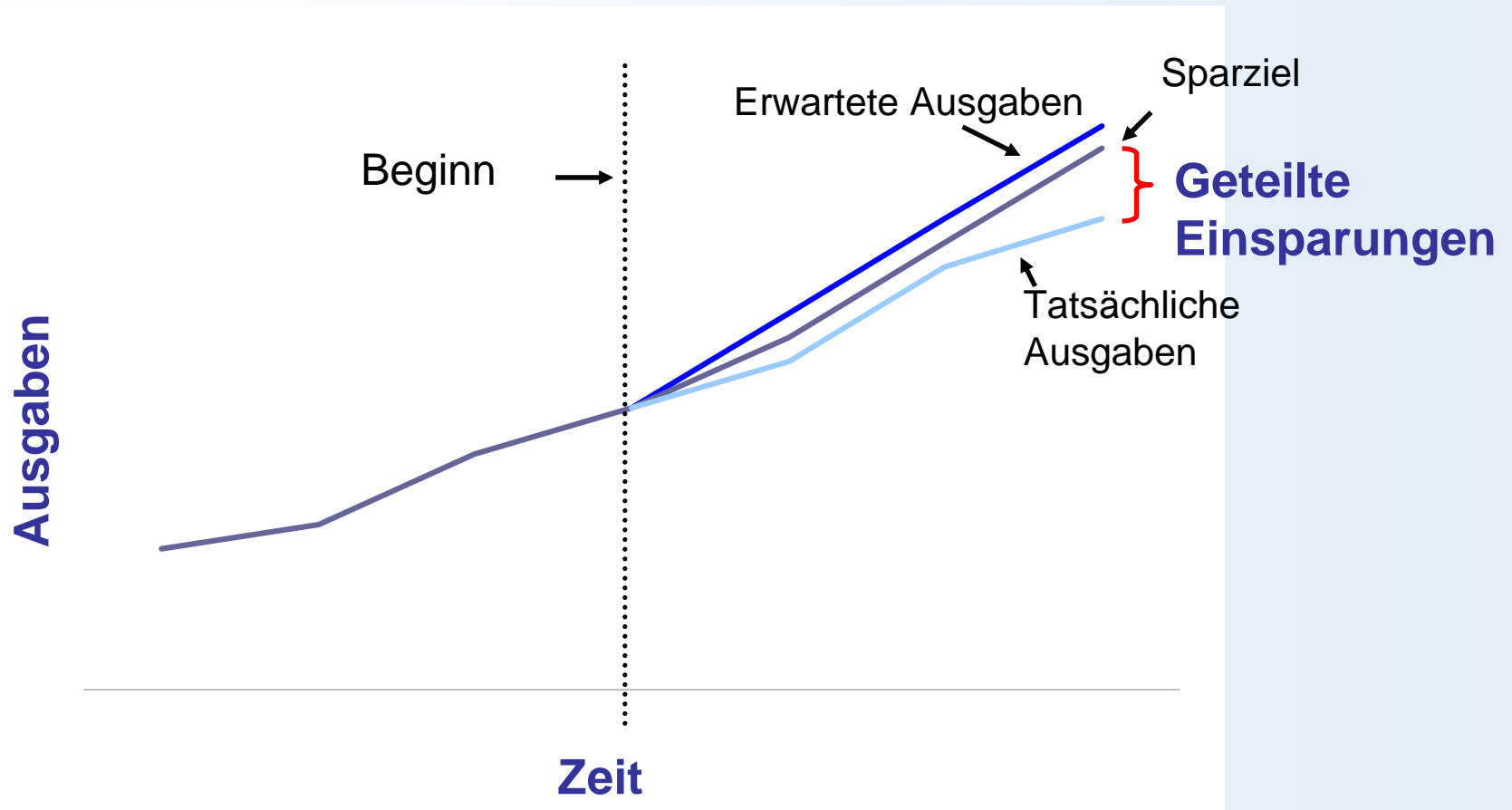
... notwendig ist sektorenübergreifende Messung



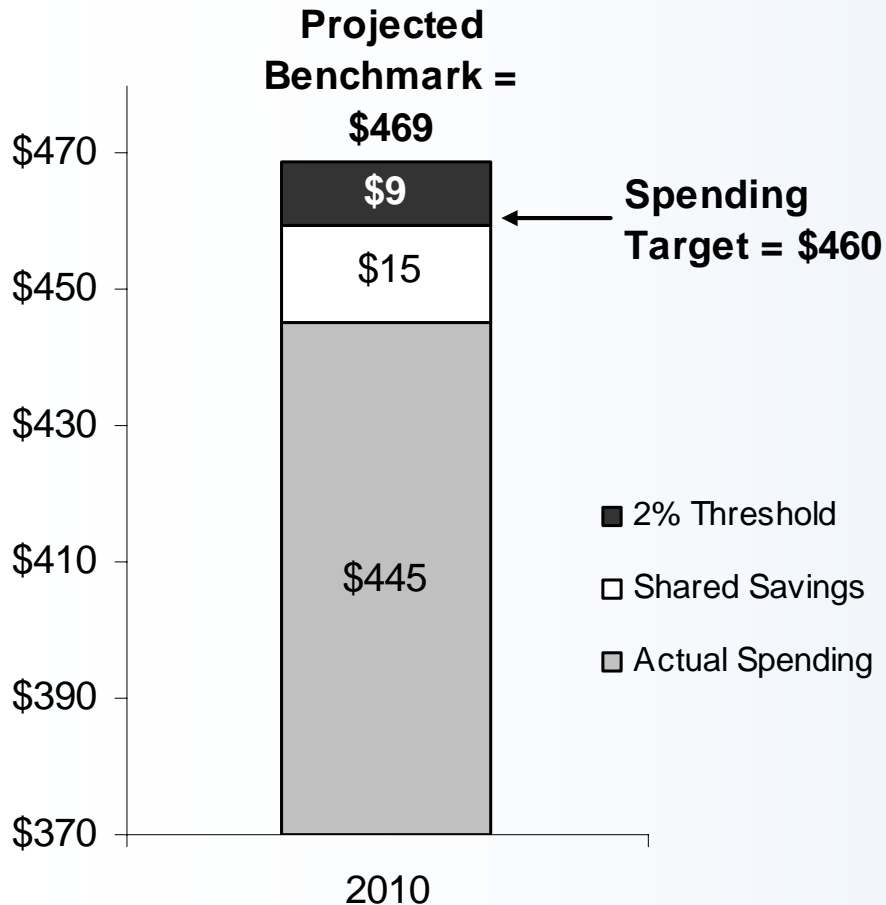
Neue Formen der Vergütung können unterstützen

- ACO = Accountable Care Organization
- Einschätzung von Ausgabentrends während der Messperiode aufgrund “historischer” baseline Ausgaben
- Einführung einer Sparschwelle (z.B., 2%), um die Ausgabengrenze zu bestimmen ab der geteilte Einsparungen ausgezahlt werden (um Zufallsergebnisse zu vermeiden)
- Wenn tatsächliche Ausgaben unter der Ausgabengrenze liegen, hat die ACO Anspruch auf einen Teil der Einsparungen.
- Auszahlung nur wenn Qualitätsvorgaben erfüllt sind.

Wie funktioniert es?



Beispiel



- In diesem Beispiel, hat die ACO die Ausgaben um 5% (\$24 PMPM) gegenüber der Zielvorgabe gesenkt
- Das Sparziel wurde von 2% (\$9) unterboten und die ACO hat damit Anspruch auf \$15 in geteilten Einsparungen
- In diesem "Anfangsmodell" kein negatives Risiko falls die tatsächlichen Ausgaben die Zielvorgaben übertreffen