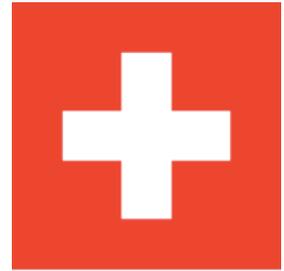


Das schweizerische Gesundheitswesen



– dringend notwendige Reformen stehen an!

Univ.-Prof. Dr.oec. Bernhard Güntert

curafutura, Bern

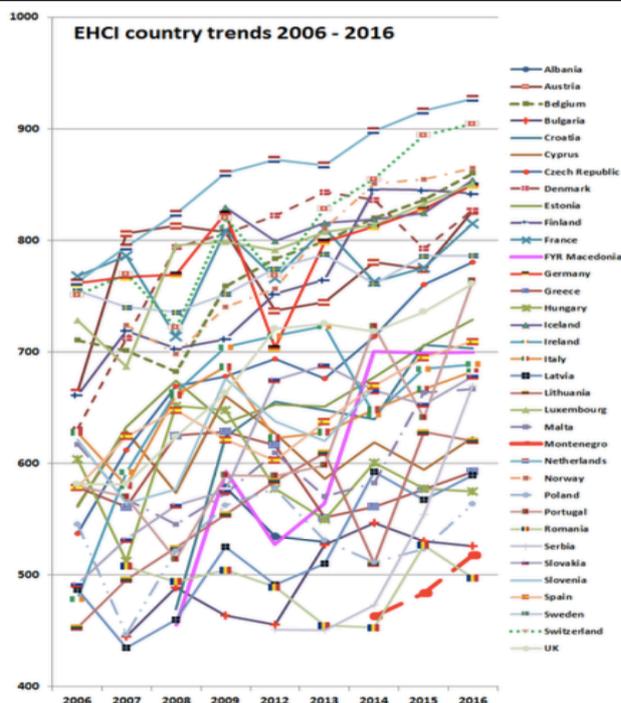
Private Universität im Fürstentum Liechtenstein

Agenda

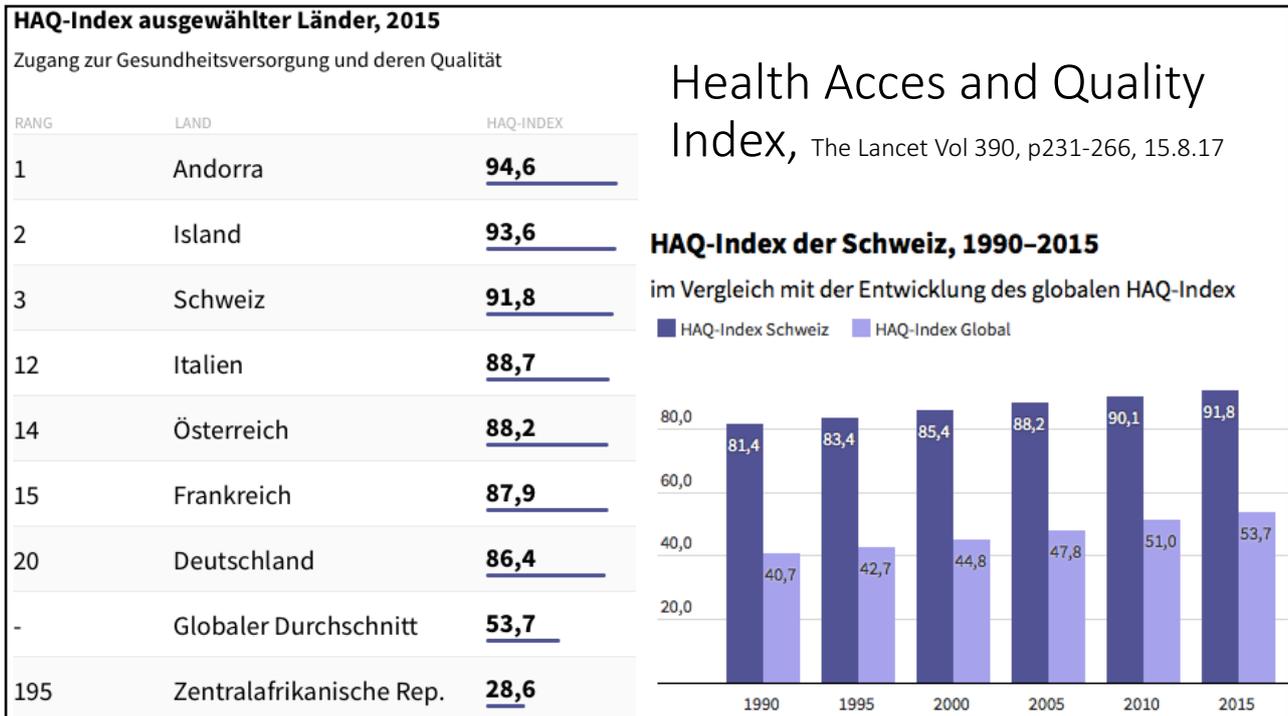
- Gute Nachrichten zuerst
- Kosten als Hauptursache der Kritik
- Kritikpunkte: Factsheet, Kritik, Lösungsansätze
 - Finanzierung und Krankenversicherung
 - Ambulante Versorgung
 - Stationäre Versorgung
 - Prävention und Gesundheitsförderung
 - Managed Care, Integrierte und vernetzte Versorgung
- Expertenbericht zur Kosteneindämmung in der Krankenversicherung
- Fazit

Gute Nachrichten zuerst

- Fremdeinschätzungen
- Selbsteinschätzungen



European Health
Consumer Index 2016
Health Consumer Powerhouse,
Marseille



MULTINATIONAL COMPARISONS OF HEALTH SYSTEMS DATA 2014 (THE COMMONWEALTH FUND)

- Practicing Physicians per 1000 Population: 3. (after NOR, GER)
- Daily Smokers: 4. (after FR, DEN, JPN)
- Diabetes Lower Extremity Amputation Rates per 100'000: 6. (after SWE, AUS, UK, NZ, FR)
- Beds in Long-Term Care Facilities per 100'000: 2. (after SWE)
- Health and Social Care Spending in % GDP: 3. (after FR, SWE)
- Health Care Spending per Capita: 3. (after USA, NOR)
- Health Care Spending as % of GDP: 4. (after USA, NETH, FR)
- Spending on Health Insurance Administration per Capita: 2. (after USA)

OECD Health Policy Overview, July 2017

The Swiss health system achieves good health outcomes but at relatively high cost. Health spending per capita and as share of GDP is the second highest across the OECD.

- Monitor the impact of user payments on low-income groups
- Increase the number of post-graduate training places in general medicine
- Make working conditions in general practice relatively more attractive compared with other specialities
- Expand the role of home-based and community care programmes to reduce delayed hospital discharges
- Introduce financial incentives to encourage day surgery
- Encourage further price reduction for generics
- Introduce further financial incentives for physicians, pharmacists and patients to use generics

Unser Gesundheitswesen ist eine Dunkelkammer

Wer als Patient wissen will, welches Spital gute Qualität liefert, ist aufgeschmissen. Doch nicht nur deshalb schneidet das Schweizer Gesundheitssystem im internationalen Vergleich mittelmässig ab.

Die CVP will ein Gesundheitsw

Das Gesundheitswes

Eskalation im Gesundheitswesen

Im Gesundheitsbereich läuft alles auf eine Eskalation hinaus. Die Politik plant Einschnitte, die Ärzte drohen mit Streik. Mit alten Rezepten wird sich das Problem nicht mehr lösen lassen.

will Ärzte ins Kostenkorsett stecken

Die Ausgaben für Spitäler, Ärzte und Medikamente wachsen unaufhaltsam. Der Gesundheitsminister erklä

Bund gibt zu: «Wir haben die Lage nicht mehr im Griff»

Tödliche Lungenkrankheit breitet sich in der Schweiz au

Berset will Prüfung für ausländische Ärzte

Der Bundesrat hat Pläne, um die Zahl der zugelassenen Ärzte unter Kontrolle zu halten, vorgestellt. Er setzt auf Qualität und Ausbildung.

Bürokratie statt Therapie

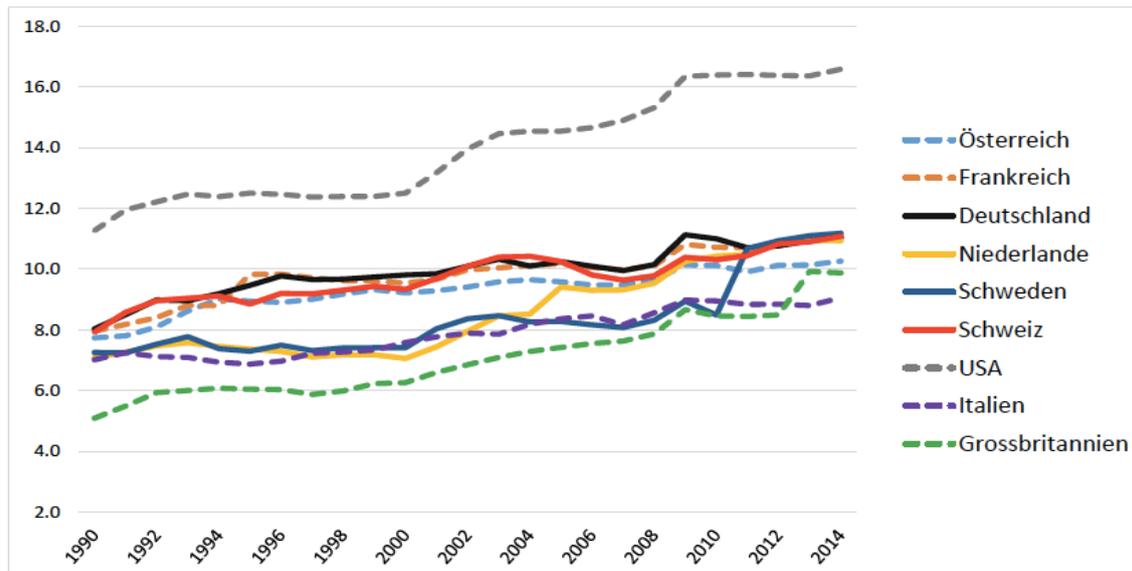
Kolumne Das Abrechnungssystem beschäftigt Tausende und verteu

Ein Gesundheitswesen im Blindflug

«Big Data» könnte mithelfen, die Knackpunkte im Schweizer Gesundheitssystem zu erkennen und zu beheben. Die Krankenkassen stellen sich jedoch quer – zum Missfallen von Innenminister Berset.

undheitskosten

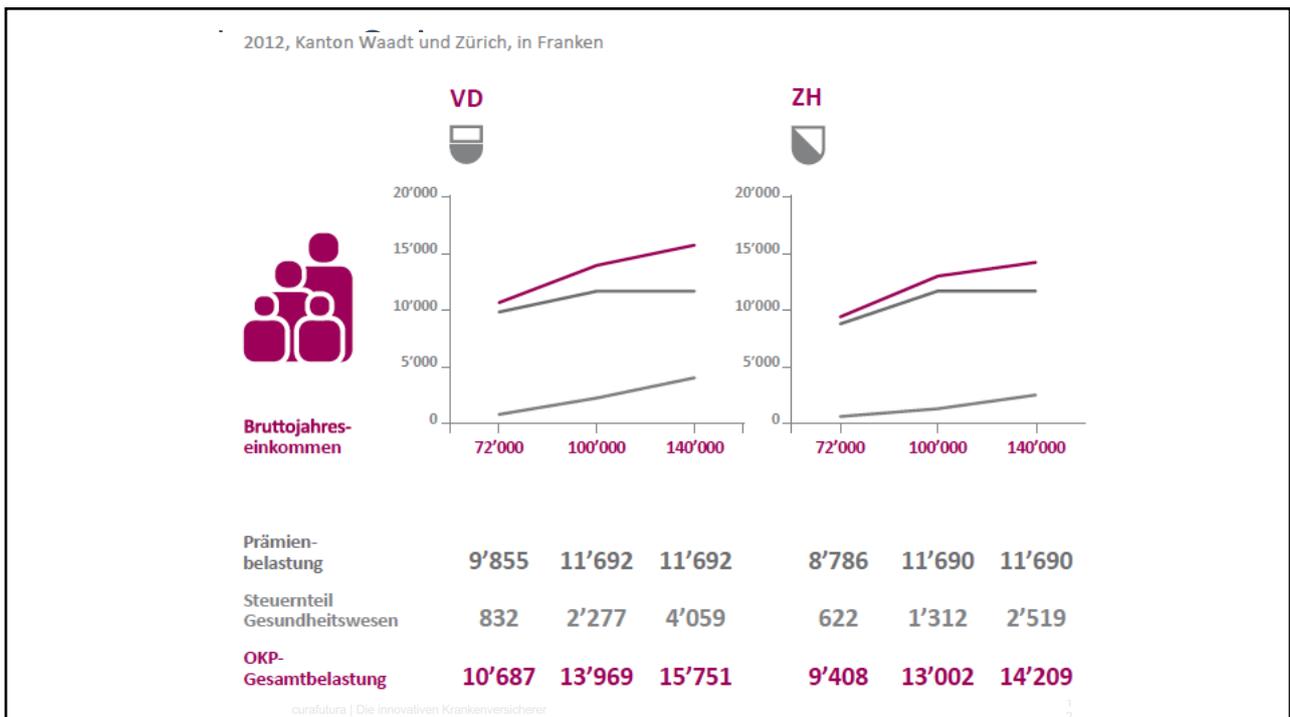
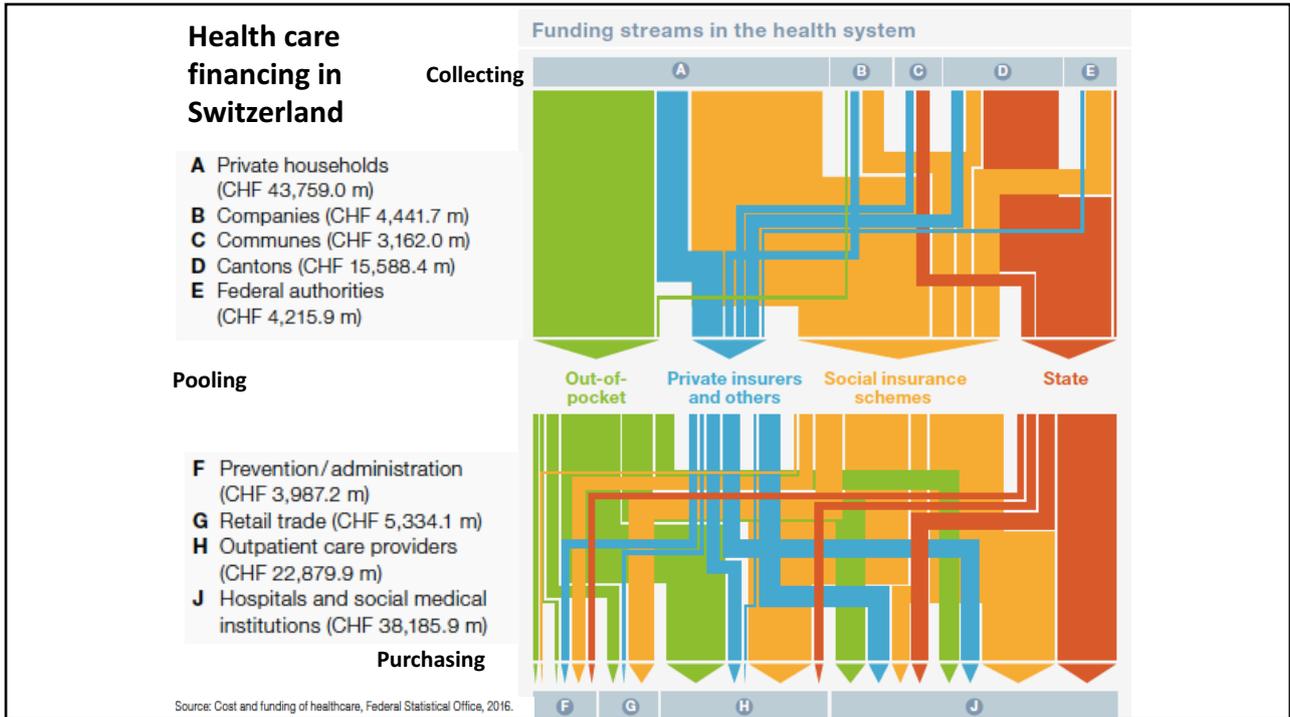
ützt auf die schläge au

Grafik 1: Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich (in BIP-%)

Quelle: OECD und BFS.

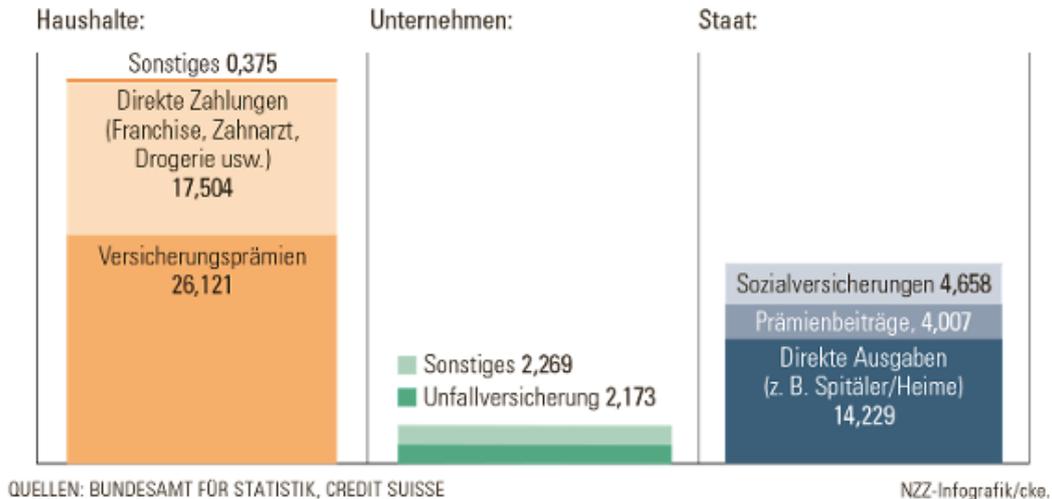
Factsheet: Finanzierung

- insgesamt überdurchschnittlich **teure Gesundheitsversorgung**
- **gemischte Finanzierung:** Krankenversicherung und Staat (Kantone und Bund)
 - Ambulant: Krankenversicherung
 - Stationär: - Krankenversicherung 45%, Kantone 55%
 - Investitionskosten in DRG (seit 2012) enthalten (rund 10%)
 - Heime: - Medizin, Pflege: Krankenversicherer
 - Betreuung: primär Nutzer, sekundär Gemeinde, Kanton
 - Prävention und Gesundheitsförderung: Bund, Kantone, Stiftung (geöffnet durch Krankenversicherungen)
 - Individuelle Prämienverbilligung: Kantone, Bund
- im internationalen Vergleich **hohe Eigenbeteiligung** der Patienten (wählbare Franchise von 300.- bis 2500.-, Selbstbeteiligung 10% bis 400.-, Zahnbehandlung usw.)



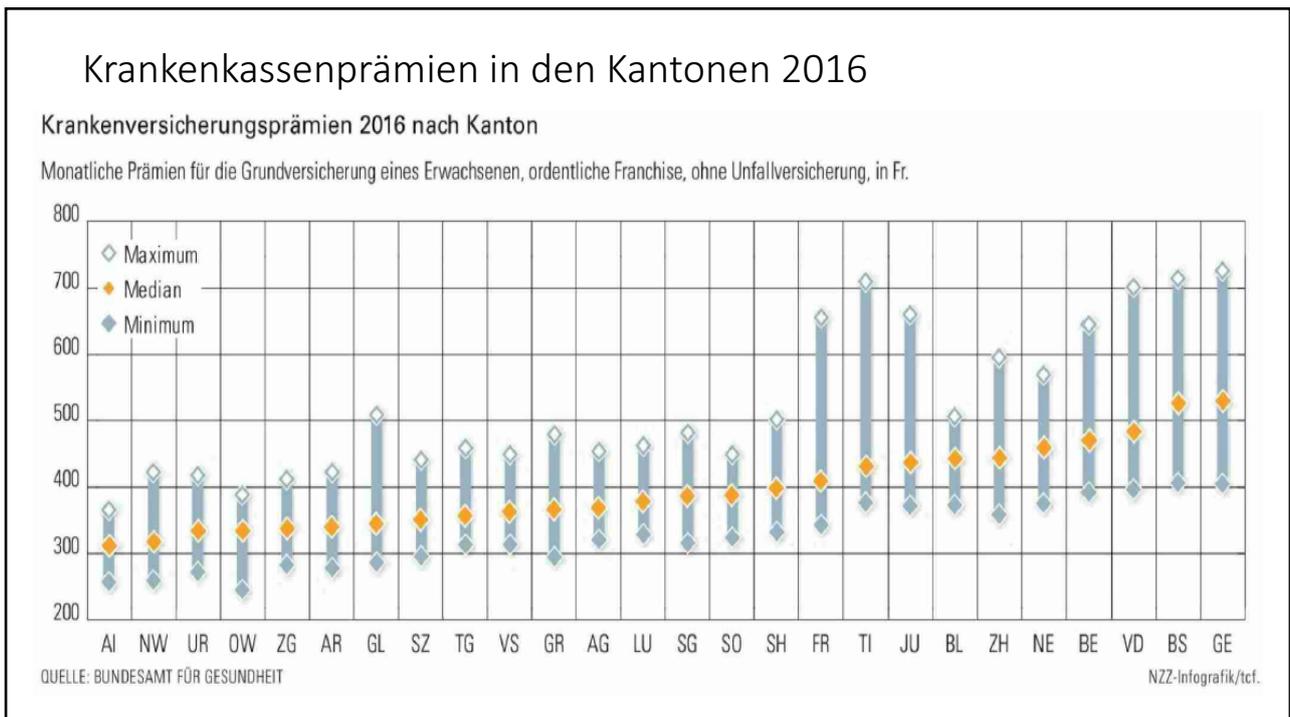
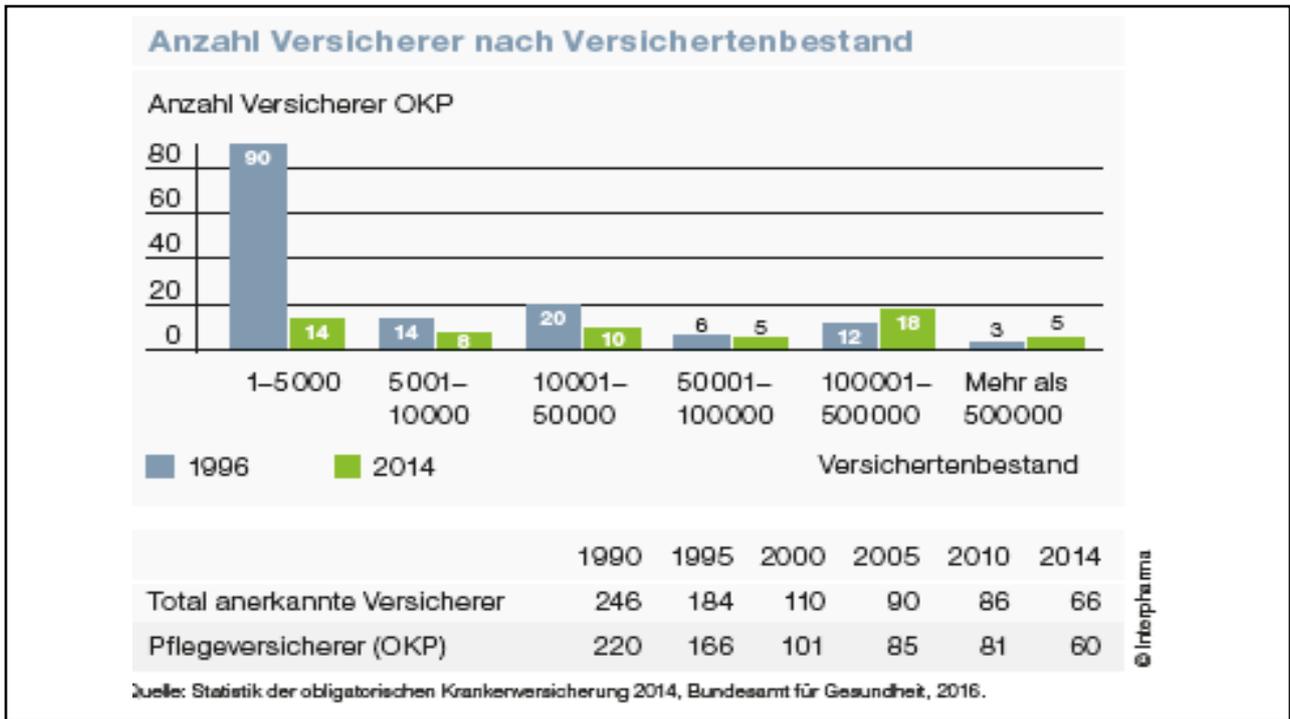
Wer wieviel für die Gesundheit zahlt

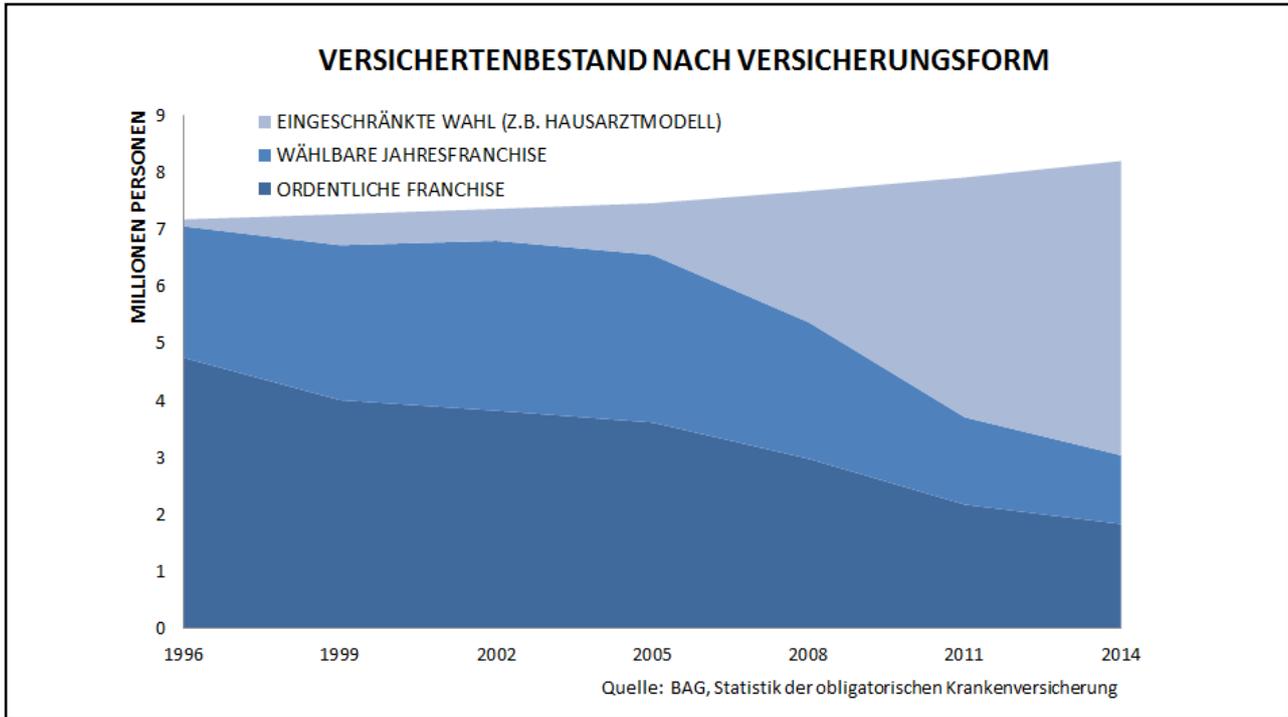
Haushalte tragen den Grossteil der Kosten, aber indirekt
Schweizer Markt in Mrd. Fr.



Factsheet: Krankenversicherung

- **Versicherungspflicht** (nicht Pflichtversicherung), ca. 10-15% Kassenwechsel
- **Aufnahmepflicht** in OKP (KVG)
- noch 52 Krankenversicherer (fünf grösste Gruppen: rund 80% Marktanteil)
- **Kopfprämien**, unterschiedlich für Kinder, Jugendliche, Erwachsene, Kantone
- **Risikoausgleich** zwischen den Krankenversicherer (Alter, Geschlecht, Morbidität)
- gesetzlich vorgegebener Leistungskatalog (ohne Zahnbehandlung)
- Kontrolle des Finanzgebaren der Versicherer durch BAG
- OKP-Versicherer bieten auch **private Zusatzdeckung** an (VVG), viele Modelle
- Krankenversicherer bezahlen 100% ambulante Versorgung (Tarmed (seit 2003 unverändert: Einzelleistung), 45% stationäre Versorgung (DRG, seit 2012)
- Möglichkeit für **alternative Versicherungsmodelle** mit Prämienabschlägen (7-20%) und anderen Tarifsystemen (Managed Care, Case Management, Integrierte Versorgung)





Reformvorschläge Krankenversicherung

Bisher

- Schaffung einer Einheitskasse (zwei Volksinitiativen gescheitert: Kassen, Kantone)
- Managed Care Initiative (gescheitert: Ärzte)

Aktuell:

- Initiative dass Kantone die Möglichkeiten erhalten kantonale Prämien festlegen zu können (Kassen)

Factsheet Ambulante Versorgung

- durch über 18'000 niedergelassene Ärzte (Zulassung durch Kantone, Kontrahierungszwang) und Spitalsambulanzen
- klarer Trend zu Gruppenpraxen, Praxisnetzen
- klarer Trend zu Spezialisten, Hausärzteknappeit (CH bildet ca. 1/3 Ärzte zu wenig aus)
- seit einigen Jahren auch Praxen durch branchenfremde Unternehmen (z.B. Migros) und Investmentgesellschaften
- Spitalsambulanzen wachsen aggressiv (u.a. externe Standorte, Bahnhöfe usw.)
- Tarif TARMED, über 4000 Positionen, gilt auch für Spitalsambulanzen
- Tarmed ist 17 Jahre alt, wurde kaum weiterentwickelt
- kurzfristige Tarifeingriffe des Bundesrates (2014, 2018)

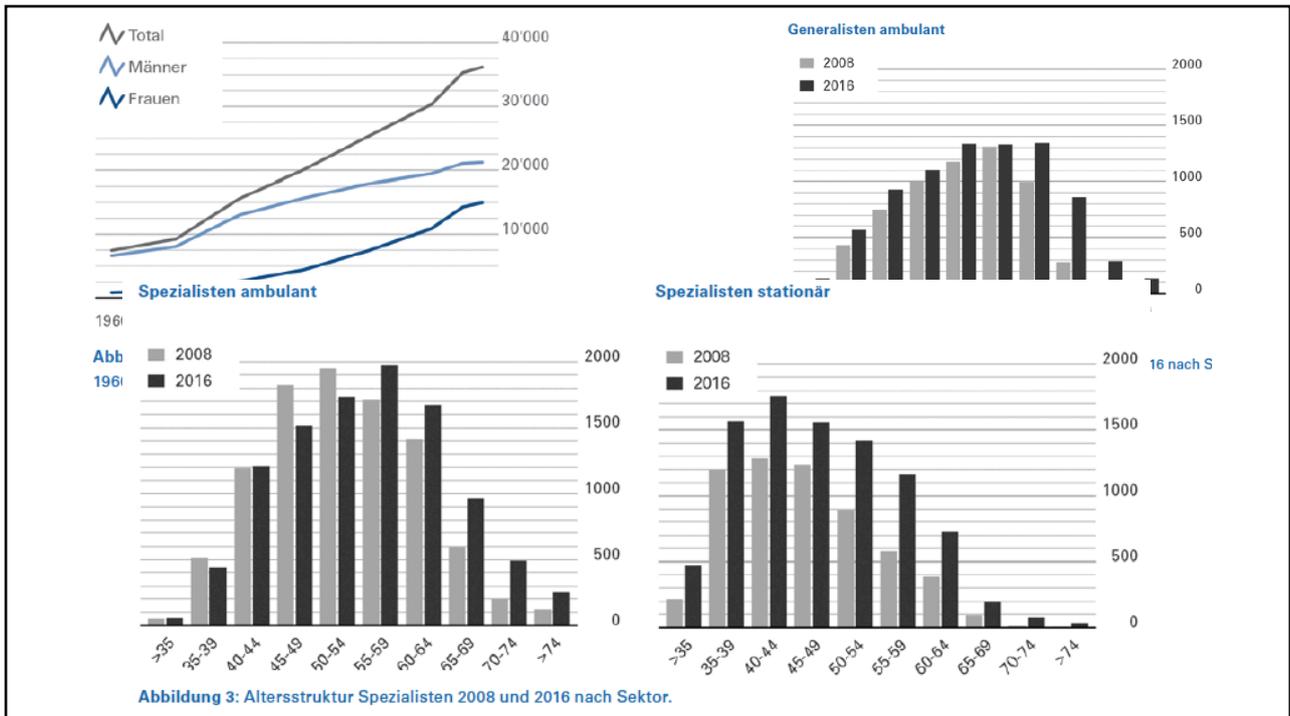
Ärztedichte:

- Schweiz: 4,2 Ärzte pro 1000 Einwohner
- Generalisten ambulant: 0,95 Ärzte pro 1000 Einwohner
- Spezialisten ambulant: 1,22 Ärzte pro 1000 Einwohner

Tabelle 1: Übersicht der berufstätigen Ärzte und Vollzeitäquivalente nach Sektoren (Hauptberufstätigkeit) 2016.

| | Frauen | | Männer | | Total | |
|--------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | Anzahl | VZÄ | Anzahl | VZÄ | Anzahl | VZÄ |
| Ambulanter Sektor | 6864 | 4770 | 11609 | 10320 | 18473 | 15091 |
| Stationärer Sektor | 7910 | 6929 | 9209 | 9338 | 17119 | 16267 |
| Anderer Sektor | 179 | 135 | 404 | 358 | 583 | 493 |
| Total | 14953 | 11835 | 21222 | 20016 | 36175 | 31851 |

VZÄ = Vollzeitäquivalent



Reformvorschläge Ambulanter Bereich

- Studienplätze für Medizin erhöhen, mit Fokus auf hausärztliche Versorgung (SG, LU, TI ...)
- Attraktivere Arbeitsbedingungen für ÄrztInnen (Tarifeingriff 2015, Gruppenpraxen, Vernetzung, Investoren)
- Entlastung der Ärzte durch PraxiskoordinatorInnen (Weiterbildung wird angeboten, Ärzte nicht einig)
- Entlastung der Hausärzte durch aNP: Weiterbildungsmöglichkeiten an FHs (Kritik: Ersatz eines Mangelberufes durch einen zweiten Mangelberuf)
(ähnliche Modelle im Spitalsbereich, aber unter enger ärztlicher Aufsicht)

Factsheet Stationäre Versorgung

- Sehr differenziertes Versorgungssystem mit insgesamt 288 Spitälern, davon:

| | |
|----|----------------------------|
| 5 | Universitätsspitäler |
| 35 | Zentrumsversorgung |
| 17 | erweiterte Grundversorgung |
| 28 | Grundversorgung |
| 21 | Grundversorgung 2 |
| 49 | Psychiatrische Kliniken |
| 50 | Reha-Einrichtungen |
- 58 öffentliche (44% der Pat.), 159 AG, 63 Stiftung/Verein
- DRG seit 2012, unterschiedliche baserate (CMI, allgemeine regionale Kosten- und Gehaltsstruktur, Ausbildung usw..)
- gesteuert durch Kantone über Spitalplanung, Finanzierung (55% der DRG) und Spitalslisten (Kontrahierungszwang der KV)
- Finanzierung der Investitionen knapp, geschätzt ca. CHF 16 Mrd. Investitionsbedarf

Tabelle 4: Bettenzahlen in Allgemein- / Spezialkliniken (stationär, ohne gesunde Neugeborene)⁴

| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|-------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Allgemeinspitäler | 23'952 | 26'116 | 26'064 | 25'864 | 25'065 | 24'903 | 24'588 |
| Spezialkliniken | 15'575 | 12'737 | 12'469 | 12'433 | 12'770 | 12'637 | 13'217 |
| Total | 39'527 | 38'853 | 38'533 | 38'297 | 37'836 | 37'540 | 37'805 |

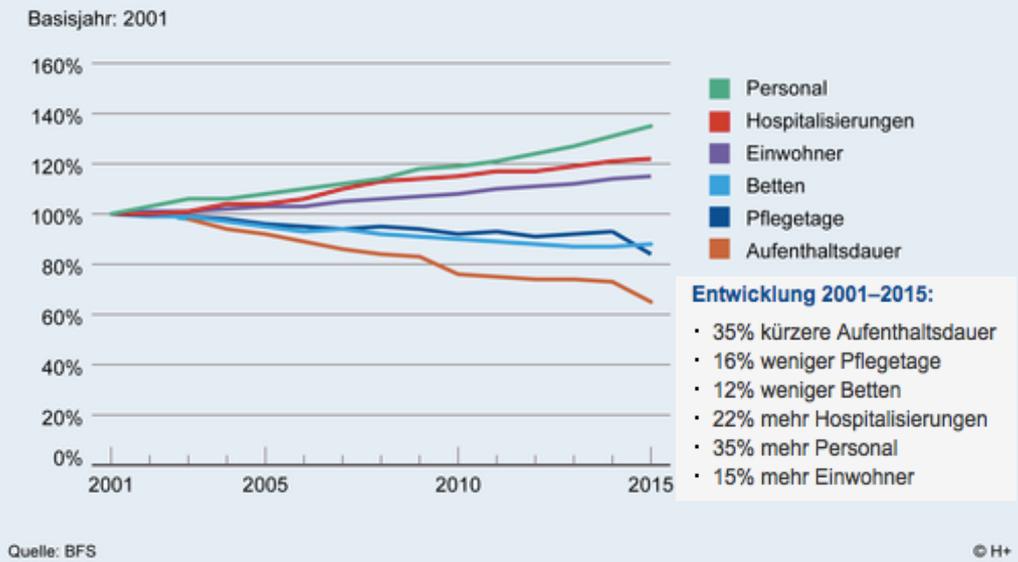
Tabelle 5: Fälle stationär⁴

| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|-------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Allgemeinspitäler | 1'016'381 | 1'142'179 | 1'161'140 | 1'161'026 | 1'173'624 | 1'184'092 | 1'188'565 |
| Spezialkliniken | 220'279 | 188'646 | 188'279 | 193'565 | 202'394 | 211'532 | 216'659 |
| Total | 1'236'660 | 1'330'825 | 1'349'419 | 1'354'591 | 1'376'018 | 1'395'624 | 1'405'224 |

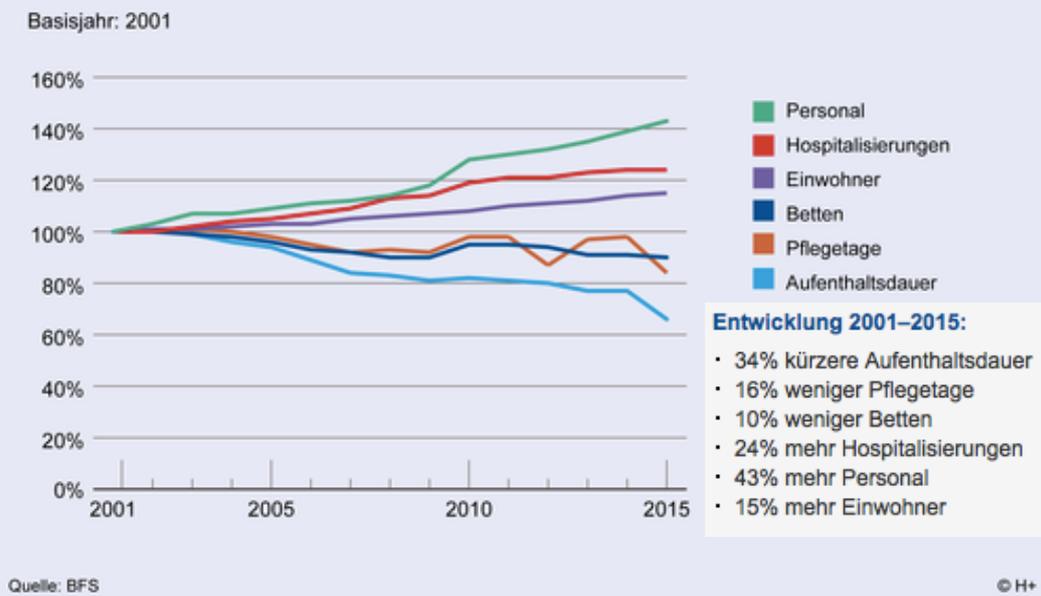
Tabelle 6: Beschäftigte in Vollzeitäquivalenten⁴

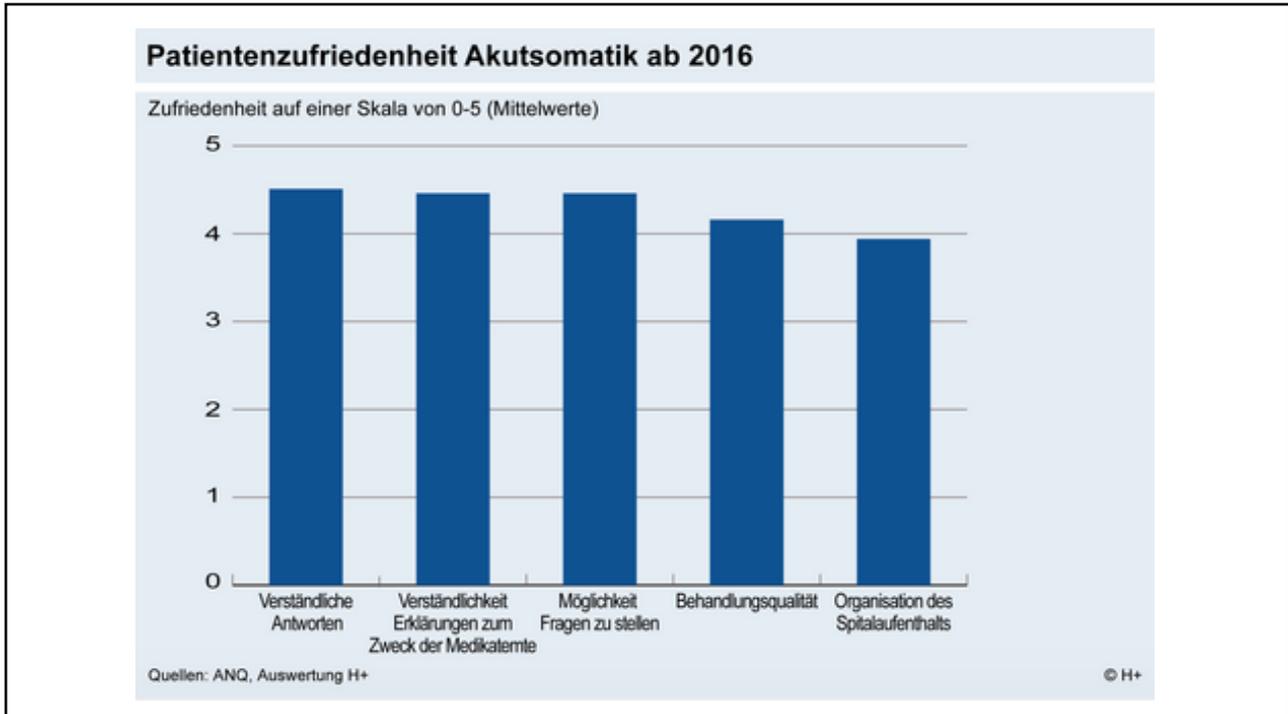
| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|-------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Allgemeinspitäler | 101'402 | 110'303 | 111'933 | 114'249 | 116'508 | 119'786 | 122'781 |
| Spezialkliniken | 35'799 | 28'949 | 29'379 | 29'817 | 31'855 | 32'649 | 34'164 |
| Total | 137'201 | 139'252 | 141'311 | 144'066 | 148'363 | 152'435 | 156'945 |

Die grossen Tendenzen in der Gesamtbranche



Die grossen Tendenzen in der Akutsomatik





Reformvorschläge im Spitalsbereich

- Zusammenlegung und Schliessung von Spitälern scheiterte in verschiedenen Kantonen aus politischen Gründen
- Überkantonale Spitalsplanung meist auch gescheitert. Erfolgreiche Modelle: LU/OW, aktuell: BS/BL
- im den politischen Prozessen legt die Bevölkerung grossen Wert auf wohnortsnahe Spitalsversorgung
- Koordination im Bereiche der Hochspezialisierten Medizin (HSM) erfolgt auf freiwilliger Basis
- Liste für ambulante chirurgische Eingriffe (Widerstand der Spitäler, Health Professionals, Krankenkassen)
- Mindestfallzahlen um Qualität zu heben und Versorgungsstruktur zu konzentrieren

| SPLG | MFZ | Universitätsspital Zürich | Kantonsspital Winterthur | Stadtspital Triemli | Klinik Hirslanden | See-Spital Standort Horgen | See-Spital Standort Kilchberg | Spital Uster | GZO AG Spital Weizikon | Spital Limmatthal | Spital Bülach | Spital Zollikerberg | Stadtspital Waid |
|------------|-----------------|------------------------------|-----------------------------|---------------------|-------------------|-------------------------------|----------------------------------|--------------|---------------------------|-------------------|---------------|---------------------|------------------|
| DER1.1 | 10 | 261 | 20 | 15 | 9 | 0 | 0 | 5 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| NCH1.1 | 10 | 72 | 2 | 0 | 41 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| NCH1.1.1 | 10 | 236 | 1 | 0 | 78 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| NCH1.1.1.1 | 10 | 38 | 0 | 0 | 16 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| NEU4 | 10 | 4 | 0 | 0 | 27 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| NEU4.1 | 10 | 36 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| VIS1.1 | 10 | 37 | 39 | 42 | 41 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| VIS1.2 | 10 | 61 | 44 | 33 | 33 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| VIS1.3 | 10 | 31 | 11 | 15 | 33 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| VIS1.4 | 25 | 169 | 5 | 27 | 88 | 4 | 0 | 0 | 126 | 187 | 2 | 0 | 20 |
| VIS1.4.1 | 50 ² | 23 | 0 | 2 | 130 | 2 | 0 | 1 | 16 | 77 | 3 | 0 | 1 |
| VIS1.5 | 10 | 28 | 45 | 30 | 23 | 0 | 0 | 10 | 0 | 13 | 5 | 1 | 10 |
| HAE1.1 | 10 | 82 | 0 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| HAE4 | 10 | 28 | 0 | 8 | 15 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| GEF1 | 10 | 192 | 195 | 95 | 102 | 5 | 0 | 1 | 0 | 35 | 1 | 2 | 8 |
| GEF2 | 10 | 76 | 77 | 64 | 67 | 2 | 0 | 7 | 4 | 9 | 4 | 2 | 3 |
| ANG2 | 10 | 358 | 174 | 87 | 200 | 0 | 0 | 0 | 2 | 7 | 1 | 1 | 11 |
| GEF3 | 10 | 79 | 24 | 40 | 69 | 0 | 1 | 2 | 1 | 17 | 1 | 1 | 1 |
| ANG3 | 10 | 134 | 19 | 18 | 26 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| HER1.1.1 | 100 | 504 | 0 | 299 | 422 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Monitoring
Mindestfallzahlen
in Spitälern des
Kantons Zürich
2017
(Auszug)

Factsheet Prävention und Gesundheitsförderung

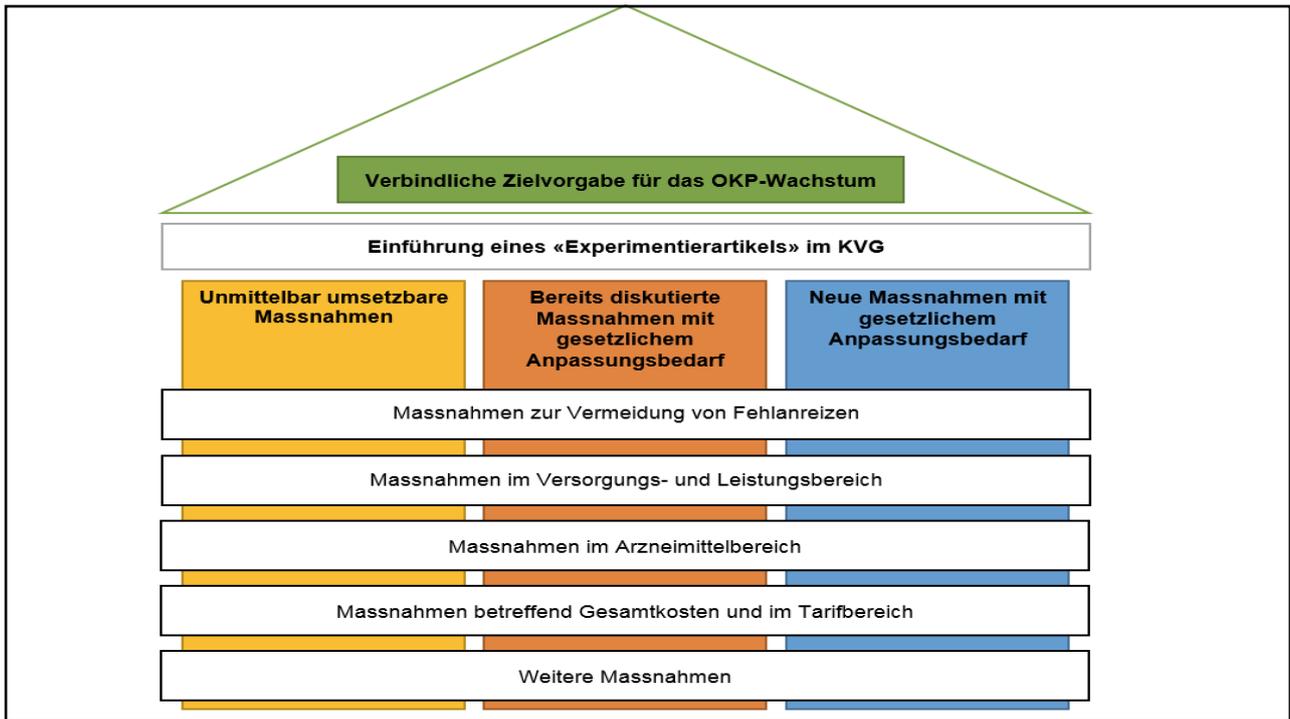
- Insgesamt nur ca. 2% der Gesundheitsausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung
- Prävention und Gesundheitsförderung ist nicht im KVG oder Leistungskatalog der OKP, keine gesetzliche Grundlage
- Stiftung „Gesundheitsförderung Schweiz“, durch Krankenversicherer pro Kopf Versicherte finanziert, setzt GF-Programme um. Wenig sichtbar → Beitrag ab 2018 verdoppelt
- Präventionsgesetz 2011 im Parlament durchgefallen
- Bund übernimmt Federführung mit Nationalen Programmen, u.a.
 - Ernährung und Bewegung
 - NCD-Strategie
 - Strategie NOSO
 - Demenzstrategie
 - Krebsstrategie
 - Strategie Antibiotikaresistenz

Factsheet Managed Care

- durch Krankenversicherung HMO/MC lanciert, erste Erfahrungen seit 1990 (Ausnahmeartikel im KVG)
- Widerstand der Ärzte, später Bildung von Ärztenetzen, eigene MC-Modelle
- Volksinitiative für MC (KV zu Angebot verpflichtet) ist 2012 durchgefallen
- heute: ca. 60% der Versicherten in MC-Modellen
- Wirksamkeit bezüglich Qualität und Wirtschaftlichkeit erst jetzt für CH wissenschaftlich bewiesen (bei chronischen Krankheiten)
- heute neue Impulse aus Accountable Care und Primary Care und Digitalisierung

Expertenbericht: Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

- hohe Belastung der privaten Haushalte führt zu viel Kritik
- Bundesrat beauftragte international zusammengesetzte Expertengruppe
- Bericht Ende November 2017 erschienen
- 38 Massnahmen, z.T. bestehende vertieft, z.T. neue
- Fokus: Entlastung der OKP



Neue Massnahmen der Expertengruppe

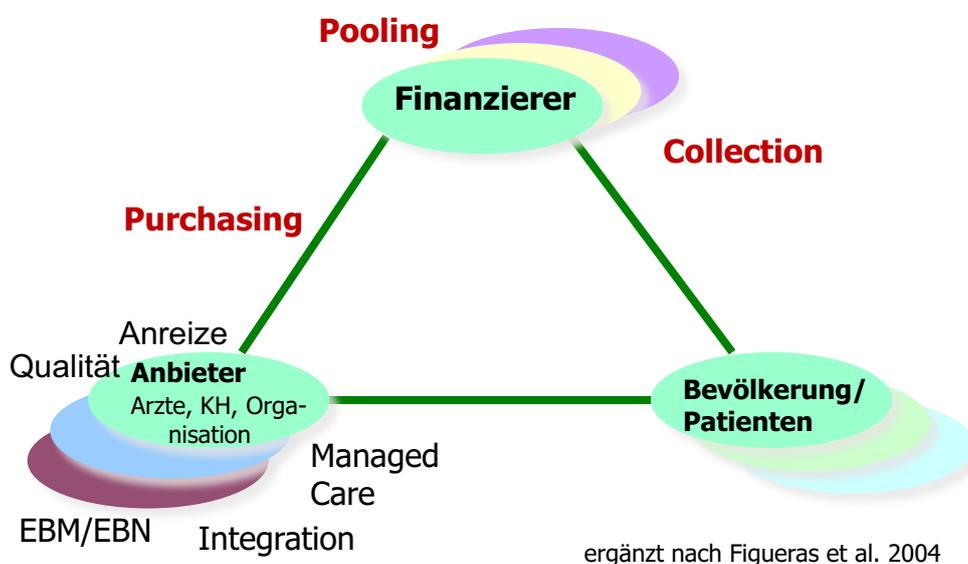
| | |
|--|--|
| Grundsätzliche Massnahmen | |
| M01 Verbindliche Zielvorgabe für das OKP-Wachstum | |
| M02 Einführung eines ("Experimentierartikels" im KVG | |
| Weitere neue Massnahmen | |
| M03 Aufnahme von Spitälern auf die Spitalliste in Abhängigkeit von der Entschädigung interner und externer Fachkräfte (mengenbezogene Boni, Kickbacks) | |
| M04 Schaffung notwendiger Transparenz | |
| M05 Leerläufe durch doppelte und fehlerhafte Datenerfassung verhindern | |
| M06 Stärkung der Gesundheitskompetenz und Informiertheit der Patientinnen und Patienten | |
| M09 Rechnungskontrolle stärken | |
| M11 Medizinische Boards / Indikationsboards | |
| M12 Förderung von Behandlungsleitlinien | |
| M14 Regionale Spitalversorgungsplanung | |
| M15 Pauschalen im ambulanten Bereich fördern | |
| M16 Berücksichtigung von Skaleneffekten in der Tarifstruktur | |
| M17 Parallelimporte von medizinischen Geräten und Implantaten erleichtern | |
| M18 Differenzierter Kontrahierungszwang | |
| M24 Verpflichtung der Apotheker, und der selbstdispensierenden Ärzte Generika abzugeben | |
| M26 Einheitliche Finanzierung pauschalisierter Leistungen im spitalambulanten Bereich | |
| M27 Verpflichtung zu Gatekeeping | |
| M28 Missbräuchliche Zusatzversicherungstarife verhindern | |
| M29 Einführung des Kostengünstigkeitsprinzips | |
| M30 Jährliche Überprüfung der Preise und Sicherstellung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit der vergüteten Arzneimittel | |
| M31 Abschaffung Innovationszuschlag zugelassene Arzneimittel | |
| M32 Gesetzliche Förderung der Parallelimporte von Arzneimitteln | |
| M33 Einführung eines Beschwerderechts | |
| M35 Schaffung einer unabhängigen Rechnungskontrollbehörde | |
| M36 Governance-Konflikt der Kantone reduzieren | |
| M37 Festsetzung einer Budgetvorgabe im ambulanten Bereich | |
| M38 Keine doppelte Freiwilligkeit beim elektronischen Patientendossier | |

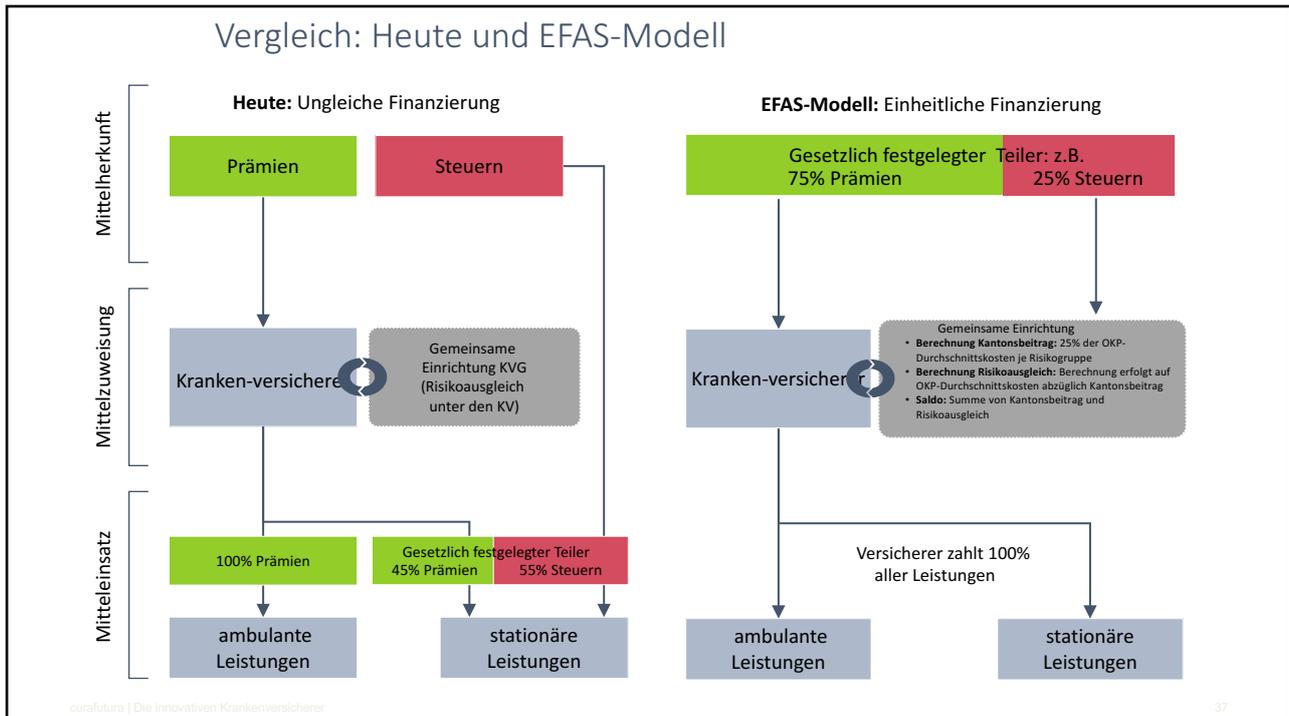
34

Beispiele aus Expertenbericht

- M01: Verbindliche Zielvorgaben für das OKP-Wachstum
 - Einführung Globalziel mit Sanktionsmöglichkeiten
 - setzt Steuerungskompetenz und gesellschaftlichen Konsens voraus
 - wäre völlige Abkehr vom bisherigen System, viel Widerstände zu erwarten
- M02: Einführung eines Experimentierartikels im KVG
 - Rechtliche Grundlage für innovative Pilotprojekte
 - Erfahrung in 90er Jahren: IGAK
 - CH-tauglicher Vorschlag
- M07: Verlagerung von stationär zu ambulant
 - mit Ambulanzlisten bereits angestrebt, allgemeiner Konsens
 - erfordert Umbau des Finanzierungssystems --> EFAS
- M08: Stärkung HTA
 - Nachholbedarf in CH, seit 1996 Swiss Medical Board, seit 2017 BAG
 - Qualität des Leistungskataloges
 - Kompetenz- und Abgrenzungsprobleme

Ansatzpunkte auf der Makro-Ebene





Beispiele aus Expertenbericht (II)

- M14: Regionale Spitalplanung
 - Überkantonale Koordination und Planung bei Kleinkantonen und in Sattelzonen
 - politisch grossen Widerstand (ev. indirekt über MFZ)
- M19: Qualität stärken (insbesondere Q-Transparenz um Qualitätswettbewerb zu ermöglichen)
- M21: Aufhebung des Territorialprinzips
- M29: Einführung des Kostengünstigkeitsprinzips bei Arzneimitteln
- M36: Governance-Konflikt der Kantone reduzieren
- M38: keine doppelte Freiwilligkeit beim elektronischen Patientendossier

Fazit:

- Probleme sind in verschiedenen Ländern ähnlich.
- Lösungsansätze unterscheiden sich aufgrund geografischer, politischer und gesellschaftlicher Voraussetzung z.T. erheblich.
 - Finanzielle Belastung in CH sehr hoch
 - Auslandsabhängigkeit bei Personal gross
 - Ansprüche der Bevölkerung sind hoch
- Föderalismus erschwert Problemlösung in der ambulanten und stationären Versorgung und bei Digitalisierung
- Aktuelle politische Konstellation wird Marktmechanismen und Kommerzialisierung des Gesundheitswesens fördern.
- Ziel: „Gesundheitszustand der Bevölkerung verbessern“ !!
Zielerreichung fraglich?