

# Expertenbericht des Bundesrates 2017

Zuhanden des Bundesrates!

Zuhanden der Bevölkerung ?

Dr. med. Brida von Castelberg

# Themen

- Auftrag
- Gesundheitssystem CH und Probleme
- D/F/ NL

Jede Umfrage zeigt:

Die Bevölkerung ist mit  
dem CH  
Gesundheitssystem  
zufrieden

# aber

Jede 3. Prämie ist subventioniert  
**4 Milliarden/ Jahr**

ungefähr das Budget von Militär oder  
Landwirtschaftssubventionen

# Welches Spital wird besser beurteilt?



# Welches Spital wird besser beurteilt?



# Welches Spital wird besser beurteilt?



# Auf was würden Sie verzichten?

an Leistungen

an Komfort

an freier Wahl

Wenn dadurch die Prämien  
billiger würden?



# Effizienzsteigerungspotenzial

Gemäss diverser Studien 20%  
ohne Qualitätsverlust

Wer in Spitälern gearbeitet hat, würde diese Schätzung als tief empfinden (*EDV, grosser administrativer Mittelbau*)

# Effizienzsteigerungspotenzial

Ärzte arbeiten 35 % «ärztlich»

Assistenzärzte noch wesentlich weniger

Erstellen aber enorme



**Daten**



**friedhöfe**

# Expertengruppe Kostendämpfung

- **Auftrag:**

Die Expertengruppe soll konkrete Kostendämpfungsmassnahmen erarbeiten, welche in erster Linie von den Tarifpartnern oder subsidiär von den Tarifgenehmigungsbehörden eingesetzt werden können.

- **Fokus:**

Der Fokus der Massnahmen liegt auf der Eindämmung der medizinisch nicht begründbaren Kosten- und Mengenausweitung.

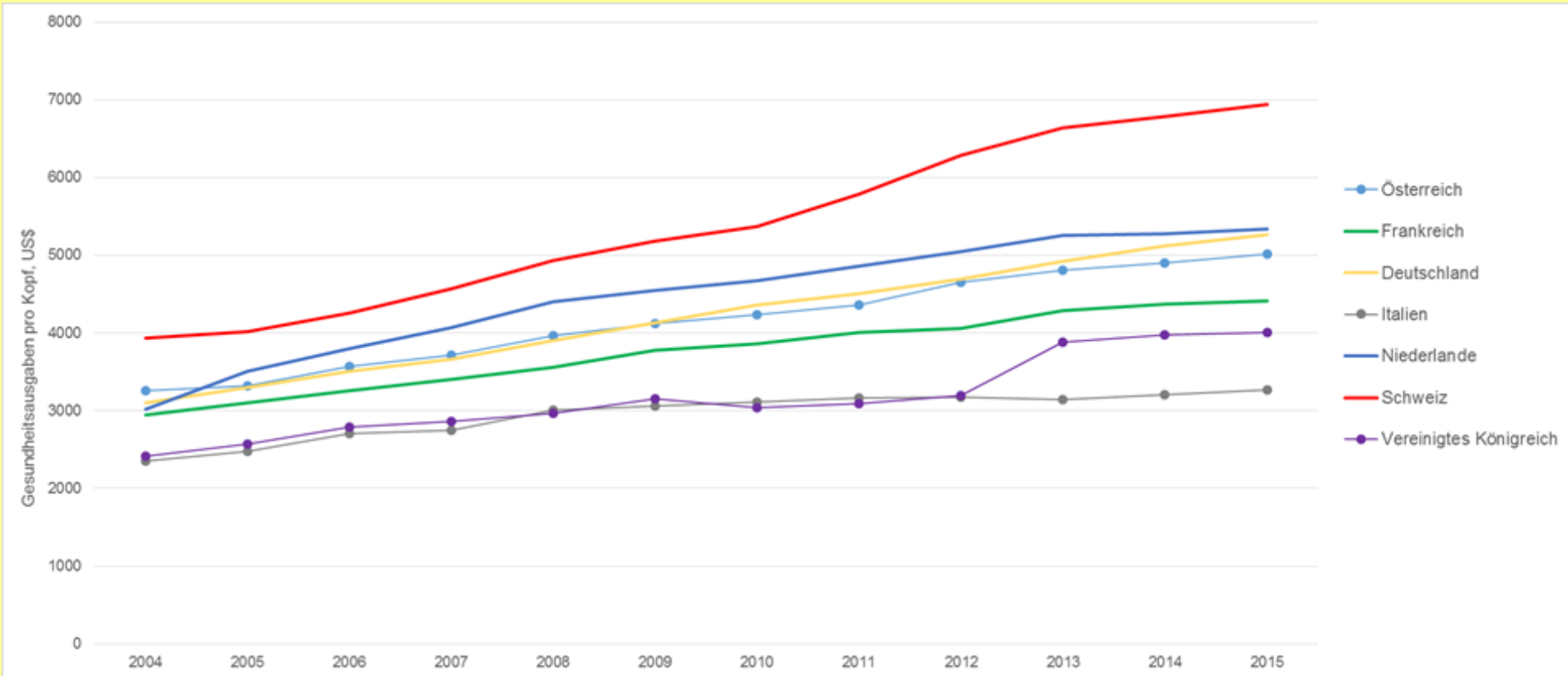
- **Vorgehen:**

Zwischen Februar und August 2017 sechs Workshops zur Kostendämpfungs-Problematik, eingehende Auseinandersetzung mit internationalen Erfahrungen und möglichen Lösungsansätzen.

# Mitglieder der Expertengruppe

- **Verena Diener**, Vorsitz der Expertengruppe
- **Prof. Dr. Reinhard Busse**, Technische Universität Berlin
- **Dr. med. Brida von Castelberg**, Ärztin, Vizepräsidentin SPO
- **Prof. Dr. med. Dieter Conen**, Arzt, Präsident Stiftung für Patientensicherheit
- **Dr. med. Yves Eggli**, CHUV et Université de Lausanne
- **Serge Gaillard**, Direktor Eidgenössische Finanzverwaltung EFV
- **Prof. Dr. Patrick Jeurissen**, Radboud University Medical School (NL)
- **Michael Jordi**, Zentralsekretär GDK
- **Dr. Heinz Locher**, Gesundheitsökonom
- **Stefan Meierhans**, Preisüberwacher PUE
- **Dr. Zeynep Or**, Université Paris Panthéon-Sorbonne (FR)
- **Eric Scheidegger**, Stv. Direktor Staatssekretariat für Wirtschaft SECO
- **Prof. Dr. Tilman Slembeck**, Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften

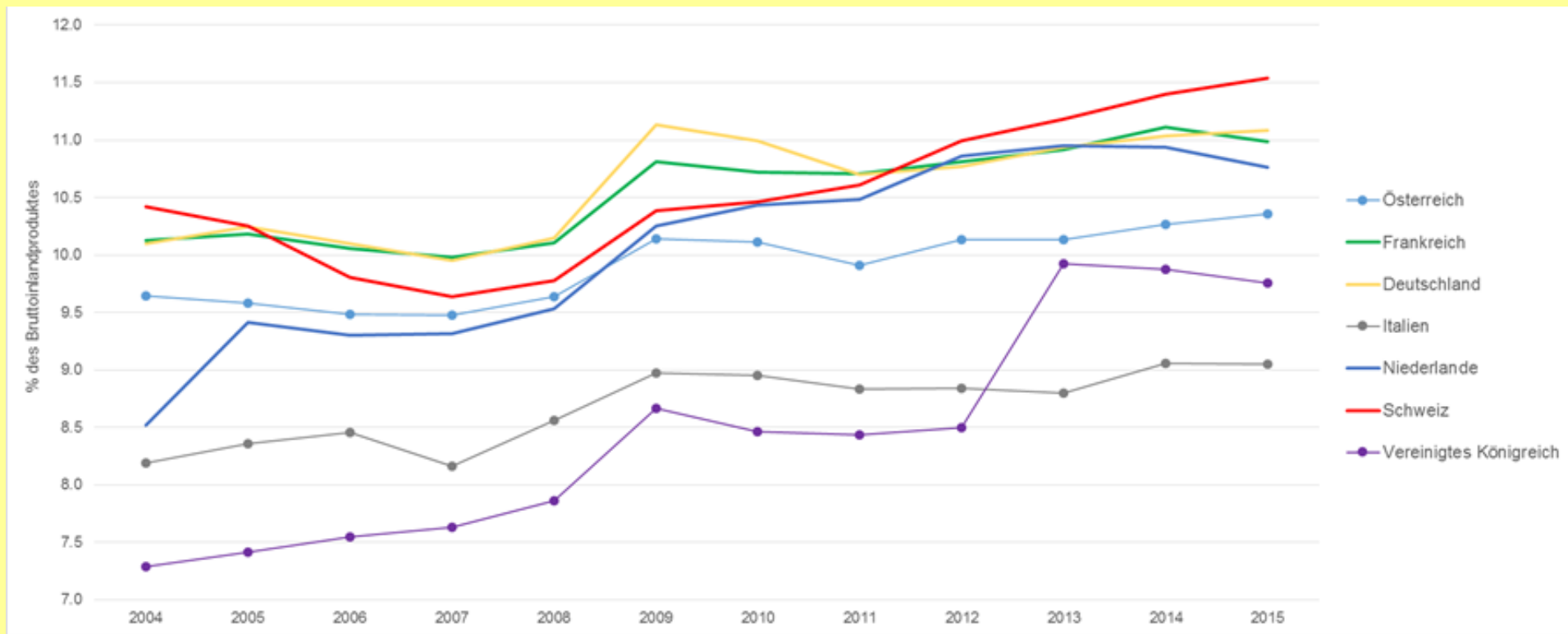
# Gesundheitsausgaben pro Kopf in USD (kaufkraftbereinigt), Entwicklung 2004-2015



Quelle: OECD 2017, aus Expertenbericht 2017

GV amm 24.5.18 bvc

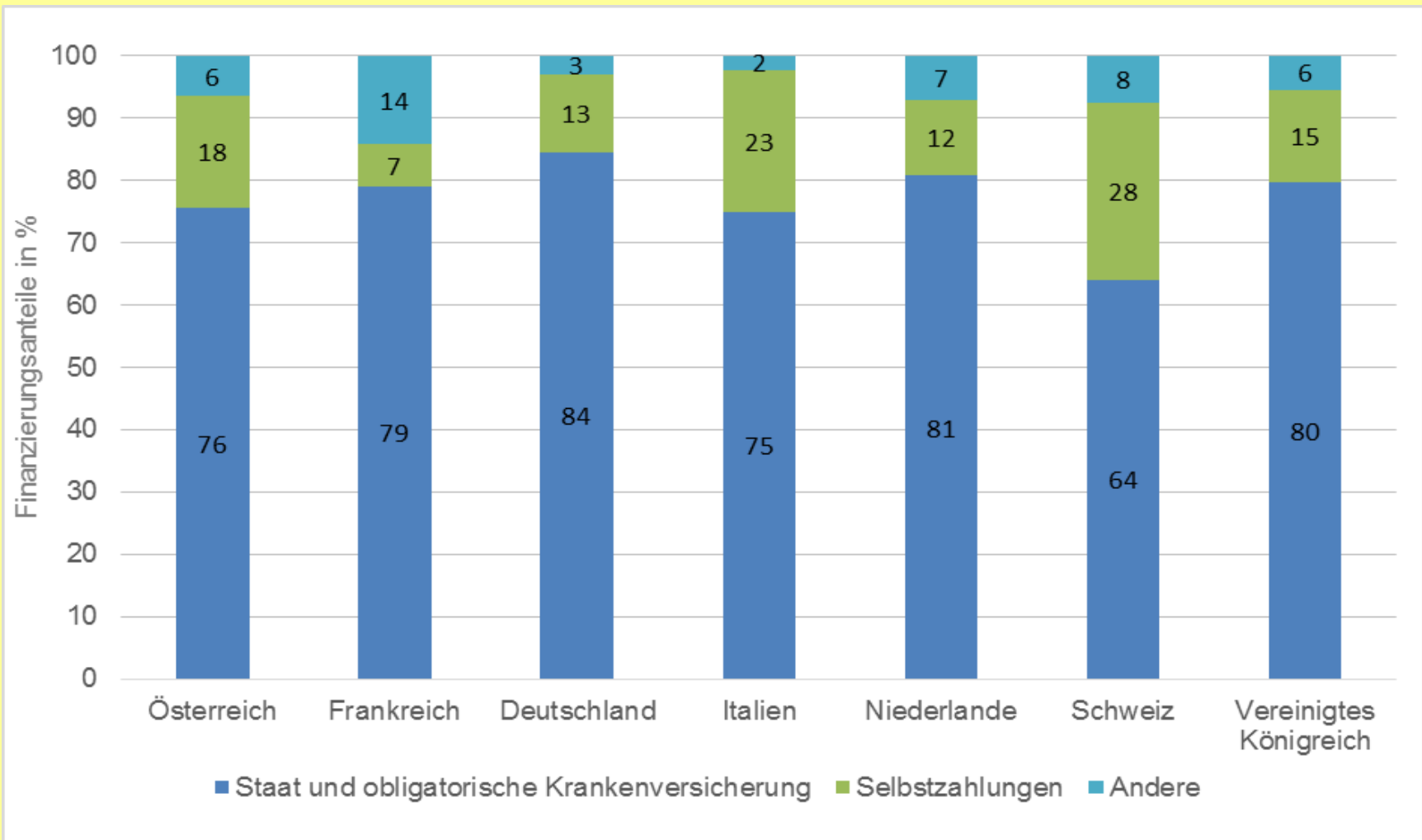
# Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP in Prozent



Quelle: OECD 2017, aus Expertenbericht 2017

GV amm 24.5.18 bvc

# Finanzierungsanteile der Gesundheitsausgaben in %, 2015



# Massnahmen

- Übergeordnet: Kostendach  
Experimentierartikel
- unmittelbar umsetzbar
- bereits diskutiert mit gesetzlichem Bedarf
- Neue mit gesetzlichem Bedarf

amm : Wo sich engagieren?



# Überblick Kostendämpfungsmaßnahmen



# Grösste Kostenblöcke

- Stationäre Medizin
  - Spital ambulant
  - Ärzte ambulant
    - Arzneimittel
- Nicht behandelt: Pflege u.ä

OKP :  
1996-2015 jährlich 4 %  
mehr für Vergütungen

# Praxisärzte

- 2009-2015: Kosten/ Kopf  
+ 28 %
- Anzahl Konsultationen stabil

## stationär

- 2009-2015 :+ 17 %/ Kopf

*Aber:* Zunahme der ü 70 jährigen

- Fallpauschalen zeigen bisher keinen günstigen Effekt

# Spital ambulant

- 2009-2015 + **34 %** / Kopf  
*(v.a. mehr Konsultationen)*
- Mengenausweitung UND  
Verlagerung stationär zu  
ambulant

# Arzneimittel

**Seit 2009 Kosten/ Kopf stabil**

bei 1500 Präparaten Preise gesenkt

*aber*

Verschreibung neuer, teurere  
Medikamente

auch «me too» Präparate

# Tendenz demographische Entwicklung

- mehr alte Menschen (*auch dank gutem Gesundheitssystem*)
- aber auch mehr Junge durch Migration



KVG seit 1996

# Zugang Aller zu Allem

# CH: Angebotsmarkt

- Anbieter können die Nachfrage beeinflussen
- Leistungsnehmer (Pat) können sich bezgl. Art/Qualität/Preis keine Marktübersicht beschaffen
- Kosten werden in der Sozialversicherung umverteilt

# CH

Gesundheitswesen sehr dezentralisiert

## 26 verschiedenen Gesundheitssysteme

2013: 293 Spitäler mit Investitionsbedarf

2009: 313 Spitäler

# CH

- Die Pflicht der Versicherungen zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit wird von der Ärzteschaft blockiert
- Keine Daten, keine Wirtschaftlichkeitsprüfung

# Fehlende Konsensbereitschaft

Gefordert sind:

Leistungserbringer

Bundesrat

Patienten

# Bisherige Erfahrungen <sup>1</sup>

## **Spitalplanung:**

Unterversorgung

Überversorgung

Koordination

Hochspezialisiert:

Kantone planen gesamtschweizerisch

# Bisherige Erfahrungen <sup>2</sup>

Kantone können Globalbudgets für Spitäler festlegen

Kantone dürfen Mengen im akutsomatischen Bereich steuern (*müssen aber nicht*)

(*Genf, Waadt, Tessin*)

ohne Ausweichen der Patienten in Nachbarkantone

# Bisherige Erfahrungen <sup>3</sup>

Ambulant:

## Zulassungsbeschränkung von Ärzten

als ausserordentliche Massnahme (*sowohl  
Praxis als auch Spital*)



# Bisherige Erfahrungen <sup>4</sup>

## HTA

- Rechtliche Grundlage WZW Kriterien
- Überprüfung obsoleter OKP Leistungen, Eliminierung aus dem Leistungskatalog

# Bisherige Erfahrungen <sup>5</sup>

## Arzneimittel

Sporadisch alle 3 Jahre

2012-2014 800 Mio Einsparung

Aber:

Kosten treibende neue Medikamente

# Bisherige Massnahmen

Anpassung des  
Einzelleistungskatalogs (Tarmed)  
durch den Bundesrat

Die Preissenkung wurde durch  
Mengenausweitung kompensiert

# Bereits eingeleitete Massnahmen

- Verlagerung stationär zu ambulant
- Zulassung über Fallzahlen
- Verbesserung koordinierte Versorgung
- Förderung 2. Meinung
- Massnahmen ohne genügenden Nutzen vermeiden
- Fehlermeldesystem

# Ausland

D / F / NL

haben ein ähnliches Versicherungssystem

Bei allen:

- Preiskontrolle nicht effektiv, da durch Mengenausweitung kompensiert
- alle 3 Länder haben **allgemeine Zielvorgaben**
- v.a. wirksam, wenn mit Sanktionen verbunden

# Massnahmen sind erfolgreich, wenn sie auf der Angebotsseite ansetzen

- Verlagerung stationär zu ambulant
- Integrierte Versorgung

# Internationaler Vergleich

- D/F/CH : Starke finanzielle Anreize Leistungen stationär zu erbringen
- F: Pauschalen in der ambulanten Chirurgie

# Leistungserbringer

- Einbezug der Leistungserbringer ist wichtig ,auch zur Qualitätserhaltung
- Leistungserbringer sind in der Kostenersparnis beteiligt, tragen aber auch das Risiko bei Kostenüberschreitung
- Dies sollte Sektor übergreifend sein: Krankheitsbilder, teure Krankheiten, Multimorbidität



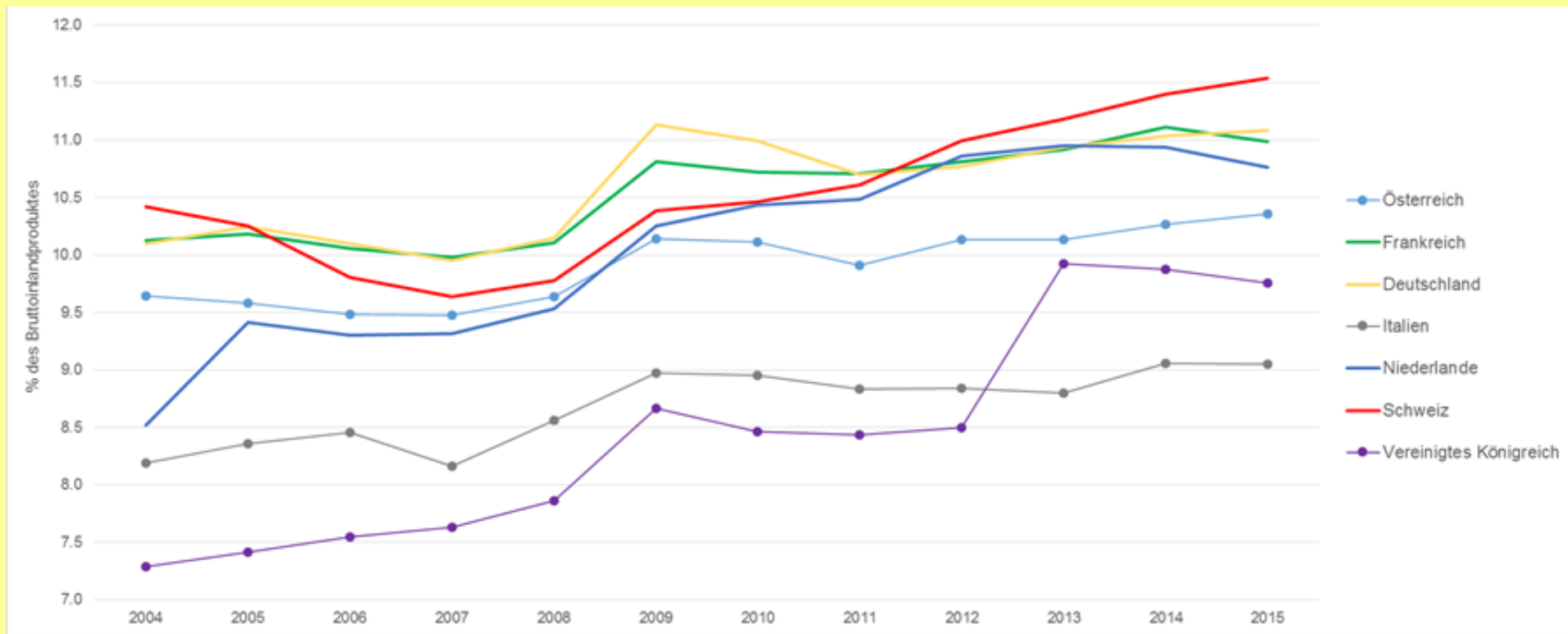
# Zielgrösse

Besagt,

dass für das Gesundheitswesen nicht  
unbeschränkt Mittel zur Verfügung stehen

dass zwischen den verschiedenen staatlichen  
Aufgaben ein Abwägen des Ressourcen Einsatzes  
stattfinden muss

# Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP in Prozent



Quelle: OECD 2017, aus Expertenbericht 2017

GV amm 24.5.18 bvc

# Frankreich

Versicherungen sind in der  
Verantwortung für Budget  
Einhaltung.

**Erfolgreich!**

# Datengrundlage für die Versicherungen

zu Kosten und Qualität:  
In der Schweiz mangelhaft,  
v.a ambulant (Datenschutz)

# Einführung von Globalzielen

- gibt politischen Druck und Verbindlichkeit
- benötigt keine Umgestaltung des Systems

# Globalziele für OKP

## Finanzplan 2018-2020

- Inflationsbereinigter BIP: Wachstum 1,7 %  
(aus: Produktivitätsfortschritt 1,2 % und Wachstum Erwerbsbevölkerung 0,5 %)
- Inflation 1 %  
ergibt eine **Wachstumsrate von 2,7 %**

# Mögliche Forderungen

- Wachstum Gesundheitskosten 2,7 %  
*(statt wie bisher 4 %)*
- Schrittweise Reduktion von 4 auf 3,3  
auf 2,7 %

wie

- Periodizität alle 5 Jahre
- Gesetzliche Grundlagen schaffen
- Massnahmen nicht zu Lasten der Patienten, sondern durch Effizienzsteigerung
- Globalziele für alle 4 grossen Kostenblöcke separat



# wie

- BR gibt Richtwerte
- Kantone Vorgaben für Spital stationär
- Kantone und Tarifpartner für ambulante Medizin
- **BR als Damoklesschwert wenn keine Einigung**

# Experimentierartikel

Kostendämpfende Massnahmen  
sollten im kleinen Rahmen  
getestet werden können.

*(in allen drei Ländern nicht möglich)*

# Experimentierartikel

## Bisherige Möglichkeiten **der Kantone:**

- Globalbudget
- Tarifstopp
- Zulassungsbeschränkung

## **der Versicherer:**

- Gatekeeping
- HMO Modelle

# Neue Möglichkeiten

- Aufhebung Kontrahierungszwang
- Zulassungsbeschränkung
- Keine doppelte Freiwilligkeit EPD

## Aber

- **Keine Einschränkung der Rechte der Patienten**
- Gute Qualität
- Versorgungssicherheit muss gewährleistet sein

# Verlagerung stationär zu ambulant

Entlastet den Staat

*(Finanzierung stationär: Kantone und Prämien je 50 %*

*Ambulant wird 100% über Prämien finanziert,  
zusätzlich Selbstbehalt, aber tiefere Tarife*

Und keine Privatmedizin möglich

medizinisch : nicht zu Lasten der Patienten

# Stationär zu ambulant

in Frankreich :

**gleiche Tarife stationär und ambulant**

Gleiche Tarife UND gleiche Finanzierung wäre  
nötig in der Schweiz (*möglich durch  
Experimentierartikel*)

# Regionale Spitalversorgung

## 5 Spitalregionen in der Schweiz

- keine gesetzliche Massnahme nötig
- Konzentration des stationären Angebots
- Keine Überkapazitäten

# Finanzierung - Tarifierung

- Pauschalen im ambulanten Bereich fördern
- Einheitliche Finanzierung stationär ambulant
- Missbräuchliche Zusatztarife verhindern (*Übertarifierung, Überbehandlung, Tarifhöhe beschränken, Quersubventionierung allg---priv)*



# Qualität stärken

- Nationale Programme
- Standards
- Transparenz der Ergebnisse
- Programm Medikamentensicherheit
- Choosing wisely , smarter medicine

# Weitere Massnahme

- EPD (elektronisches Patientendossier)  
keine doppelte Freiwilligkeit

# Weitere Massnahmen

- Arzneimittelbereich und Tarife

# Für amm relevante Massnahmen

Aufnahme von Spitälern in Spitalliste ,  
abhängig von Entschädigung interner  
und externer Fachkräfte.

**amm Gruppe 3 Kaderarztsaläre.**

Kickback Zahlungen  
(Mengenausweitung)

# Stärkung der Gesundheitskompetenz

Sorgsamer Umgang mit Gesundheit

Fähigkeit Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken

Kein undifferenzierter Umgang mit medizinischen Leistungen

Nutzenbewertung medizinischer Leistungen

(vgl. G. Gigerenzer: relativer gegen absoluter Nutzen)

amm: Café Med

# Sorgsamer Umgang mit Gesundheit

Auch Aufklärung über das Wesen des Menschen, einen normalen Alterungsprozess, leben mit Einschränkungen

amm Gruppe 2 «medical humanities»

# Koordinierte Versorgung stärken

Fokus: spezifische Patientengruppen, welche viele Dienstleistungen in Anspruch nehmen

---Netzwerke

Disease Management

**amm**: Aufklärung??

# Förderung von Behandlungsleitlinien

vgl. choosing wisely. smarter medicine  
auch multidisziplinär bereichsübergreifend

Einbezug aller Disziplinen und der Patienten  
bei Erstellung der Empfehlungen bereits in Aus-  
- und Fortbildung

amm Gruppe 5 Interprofessionalität



# Förderung 2. Meinung

Vermeiden von Leistungen ohne relevanten Nutzen (low value care)

Verbesserte Indikationsqualität

Alternative zu Indikationsboards

Problem: schwierig den richtigen Arzt zu finden

Auch hier: **amm Café Med**

# Indikationsboards

v.a. da wo geographisch eine Überversorgung vermutet wird

*Bereits eingeführt in:*

- Onkologie
- Bariatrischer Chirurgie

*Neu:* Hüft und Kniegelenkersatz, Prostata  
Elektive Arthroskopie u.a.

*Benötigt ein Register* für die Indikation und outcome

**amm: Aufklärung in Medien**

Danke für die Aufmerksamkeit

Diskussion

