

Mehr Wettbewerb als Schlüssel zur Effizienz

Die Zukunft des Spitalwesens in der Schweiz

Dr. Urs Meister

Bern, Mittwoch 29. Mai 2013

Agenda

- **Einleitung: Wettbewerb zur Effizienzsteigerung**
- **Wie die Spitalplanung den Wettbewerb verzerrt**

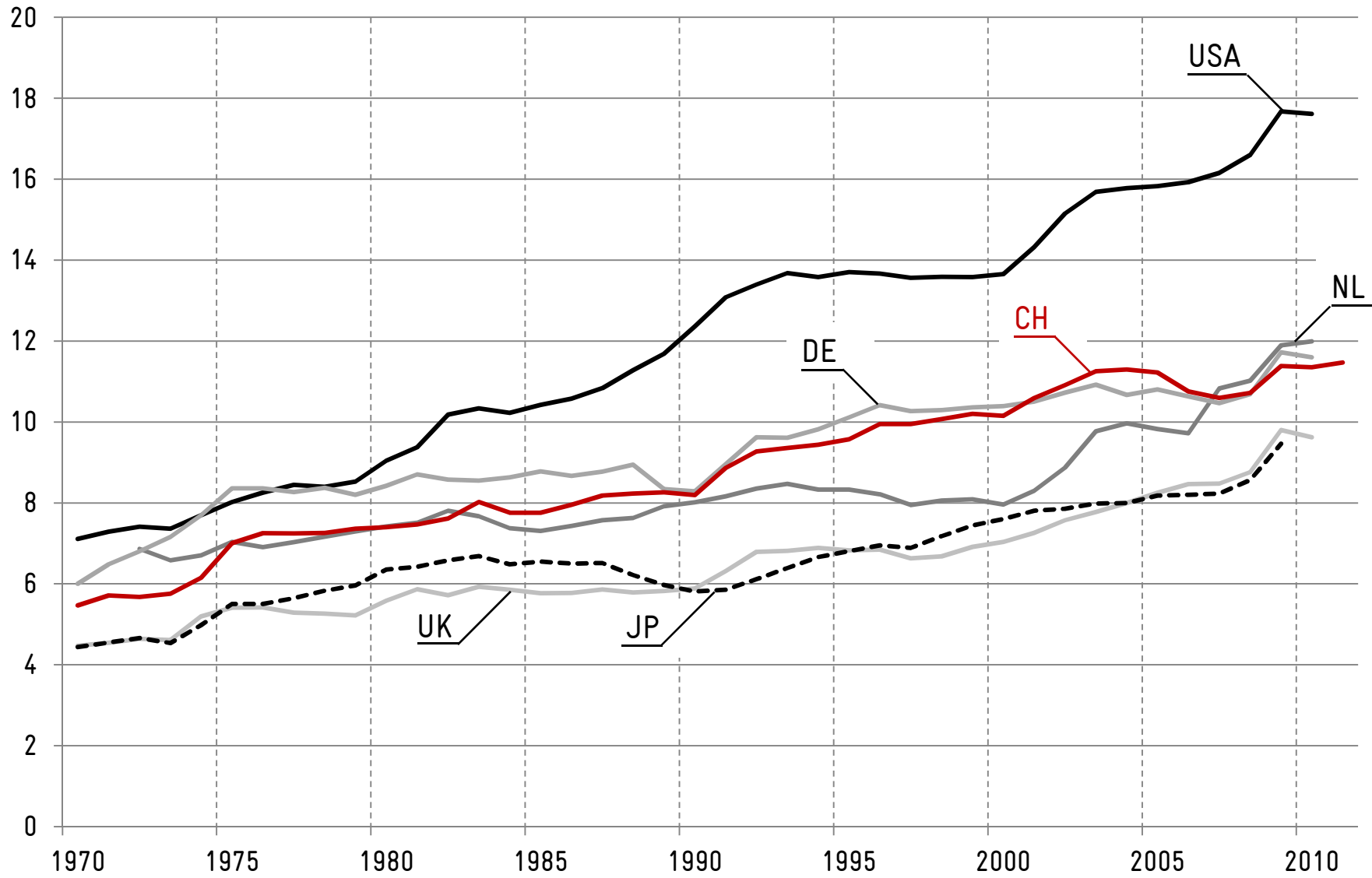
Gesundheit als «höchstes Gut»

– Definition der WHO 1964

«Gesundheit ist der Zustand vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens.»

Gesundheitsausgaben (in % des BIP)

Quelle: OECD 2013



Optimale Gesundheitsversorgung

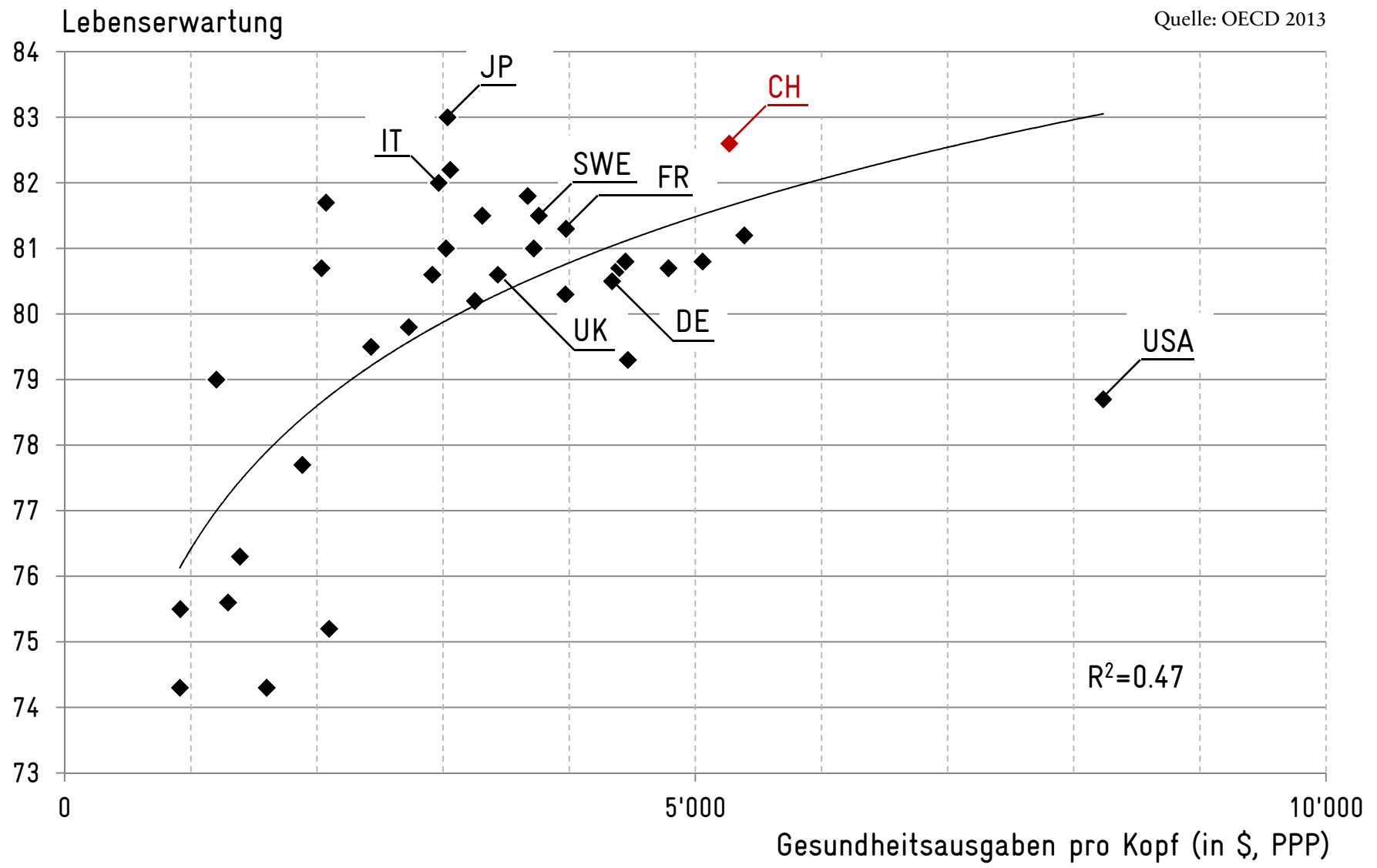
– Platon, Athen, (427-347 v. Chr.)

«Die ständige Sorge um die Gesundheit ist auch eine Krankheit.»

Wie kann der Trend steigender Kosten gebrochen werden?

- **Rationierungen**
 - Einschränkungen der *Wahlfreiheiten beim Leistungsbezug*
 - Einschränkungen im *Leistungskatalog* – mehr Kosten-Nutzen-Fokus
- **Anreizstruktur bei den Versicherten**
 - *Höherer Anteil privater Gesundheitsausgaben* – Kostenbeteiligungen in OKP, Privatversicherungen, Out-of-Pocket
 - Schweiz hat schon heute Spitzenposition: **CH 31%**; D 13%; USA 12%
- **Effizienz der Leistungserstellung**
 - Gibt es ein *besseres Preis-Leistungsverhältnis?*

Lebenserwartung bei Geburt und Gesundheitsausgaben pro Kopf (2010)

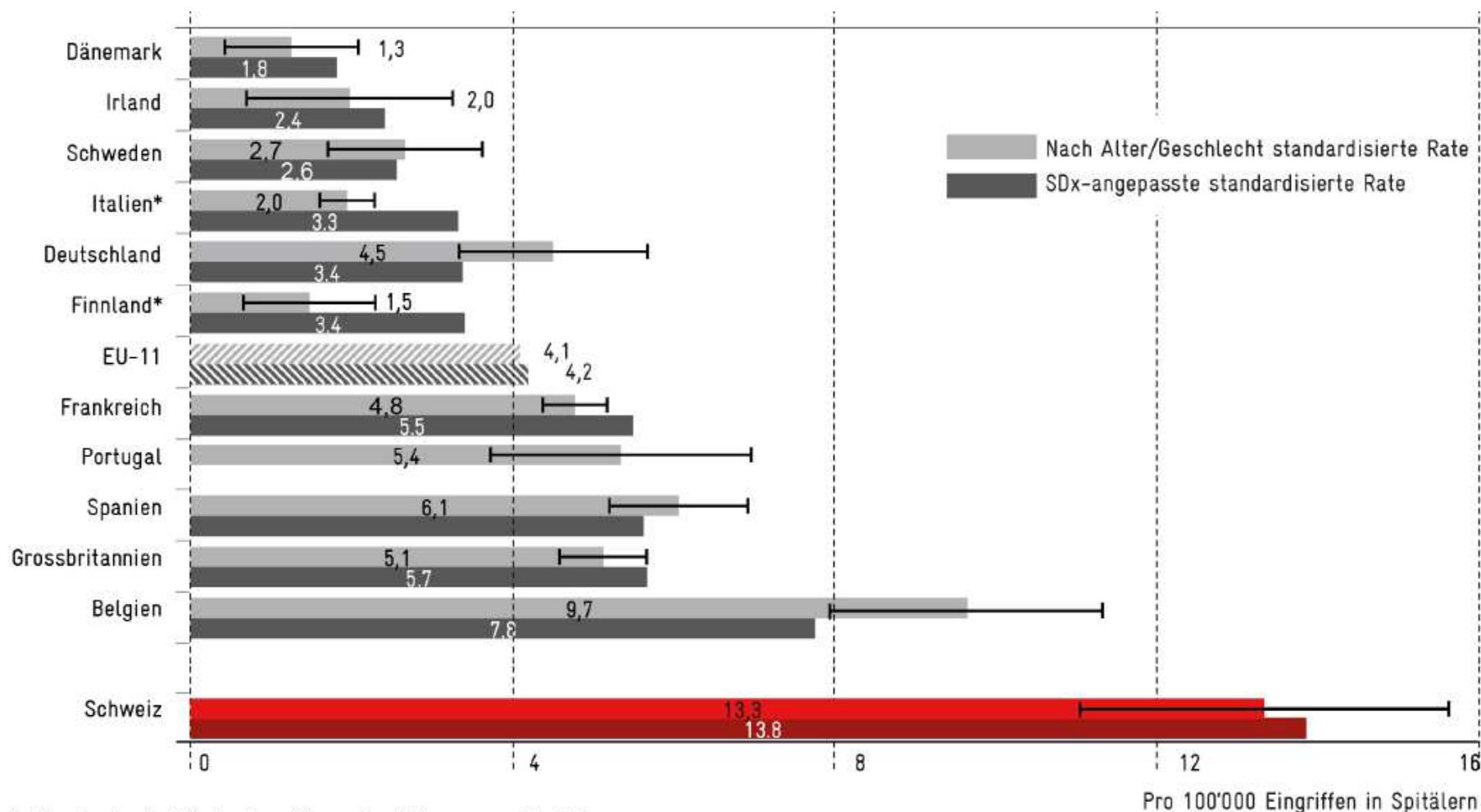


Ineffizienz bei der Spitalversorgung (I)

- **Zweifelhafte Qualität – einige Hinweise**
 - *Fehlende Qualitätstransparenz* verhindert gute Vergleiche
 - *Relativ geringe Fallzahlen* in vielen Spitäler weisen auf potenzielle Qualitätsmängel hin
 - Schweiz ist oft nur *OECD-Mittelmasse*: Mortalität bei einzelnen Krankheitsbildern (z.B. Brustkrebs)
 - Uneinheitliches Bild bei den *Komplikationsraten bei chirurgischen Eingriffen*, z.B.
 - Sehr gute Werte bei postoperativer Sepsis (Entzündungsreaktion auf Infektion)
 - Sehr schlechte Werte bei unbeabsichtigt belassene Fremdkörper im OP-Gebiet



Unbeabsichtigt belassene Fremdkörper im OP-Gebiet



* Die durchschnittliche Anzahl von Zweitdiagnosen ist <1,5.

Ein Teil der Unterschiede zwischen den Ländern ist auf unterschiedliche Klassifikationssysteme und Praktiken zurückzuführen.

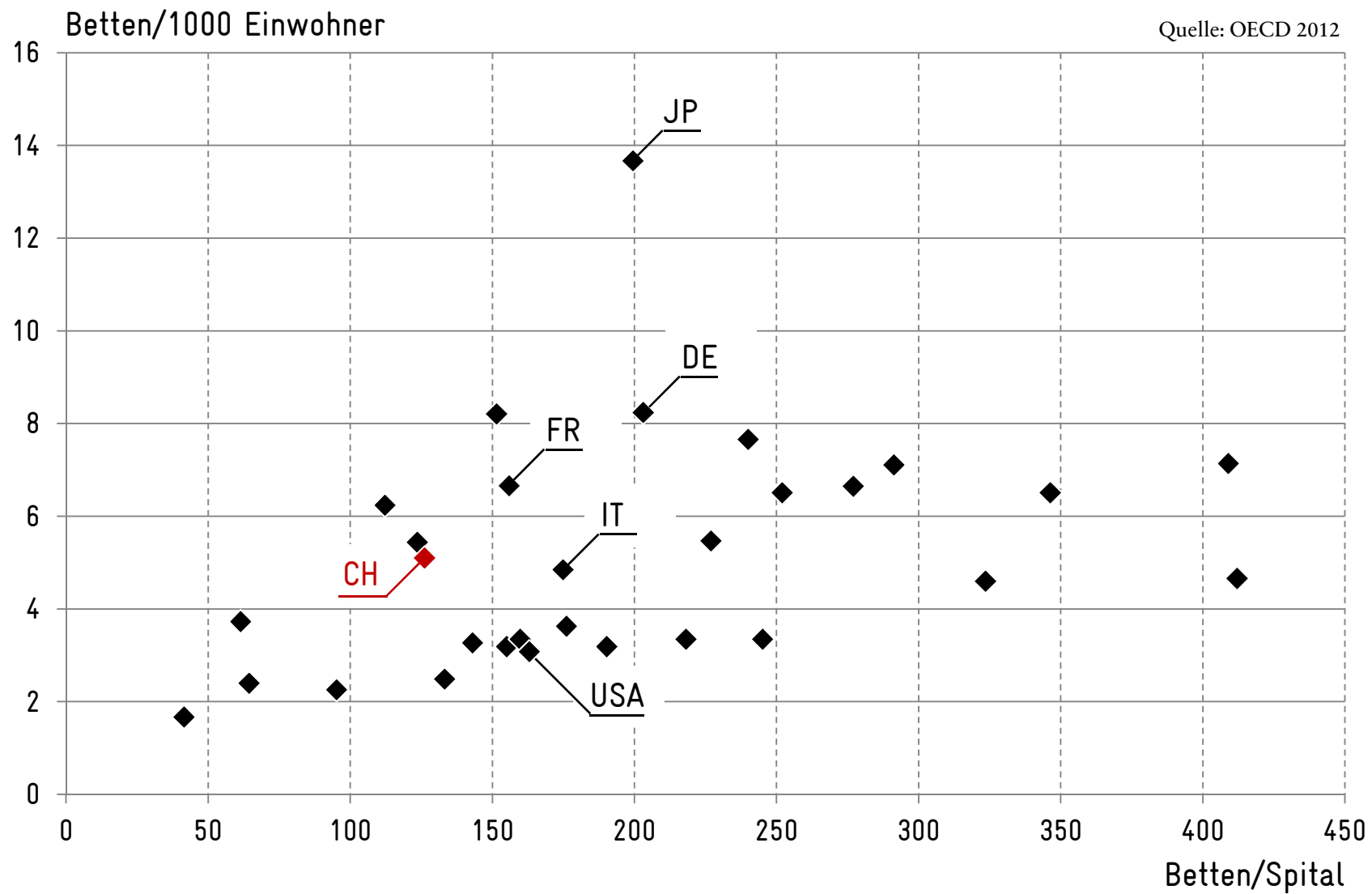
95%-Konfidenzintervall durch ---|--- dargestellt.

SDx: Secondary diagnoses adjustment (Korrektur um die durchschnittliche Anzahl Nebendiagnosen zur besseren Vergleichbarkeit)

Ineffizienz bei der Spitalversorgung (II)

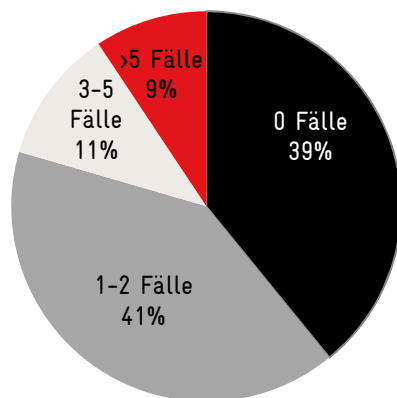
- **Hohe Kosten des Gesundheitssystems – einige Hinweise**
 - Im OECD-Vergleich ausserordentliche *viele Spitäler* pro Einwohner, wenige Betten pro Spital
 - Relativ *lange Verweildauern* im Spital
 - Relativ *geringer Anteil von ambulanten Operationen*
 - Überdurchschnittlich hohe Dichte an *medizinischen Gerätschaften* wie CT Scanners und MRI
 - Überdurchschnittlich *viele (teure) Eingriffe*, beispielsweise Knie- und Hüftoperationen als möglicher Hinweis auf angebotsinduzierte Nachfrage

Mittlere Bettenzahl pro Einwohner, aber wenige Betten pro Spital

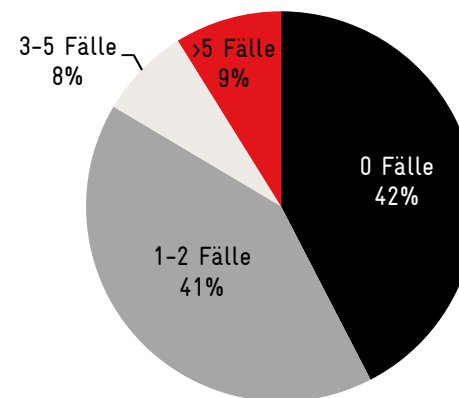


Geringe Fallzahlen pro Woche (in % der Spitäler)

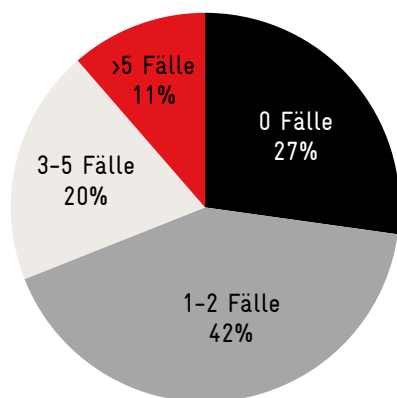
Herzinfarkt



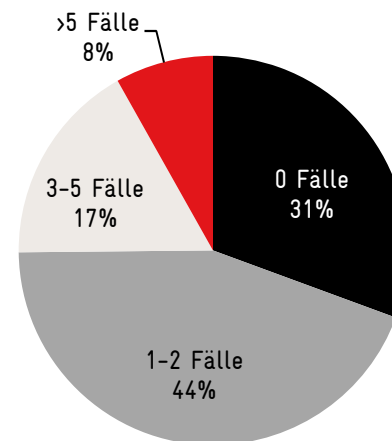
Schlaganfall



Lungenentzündung

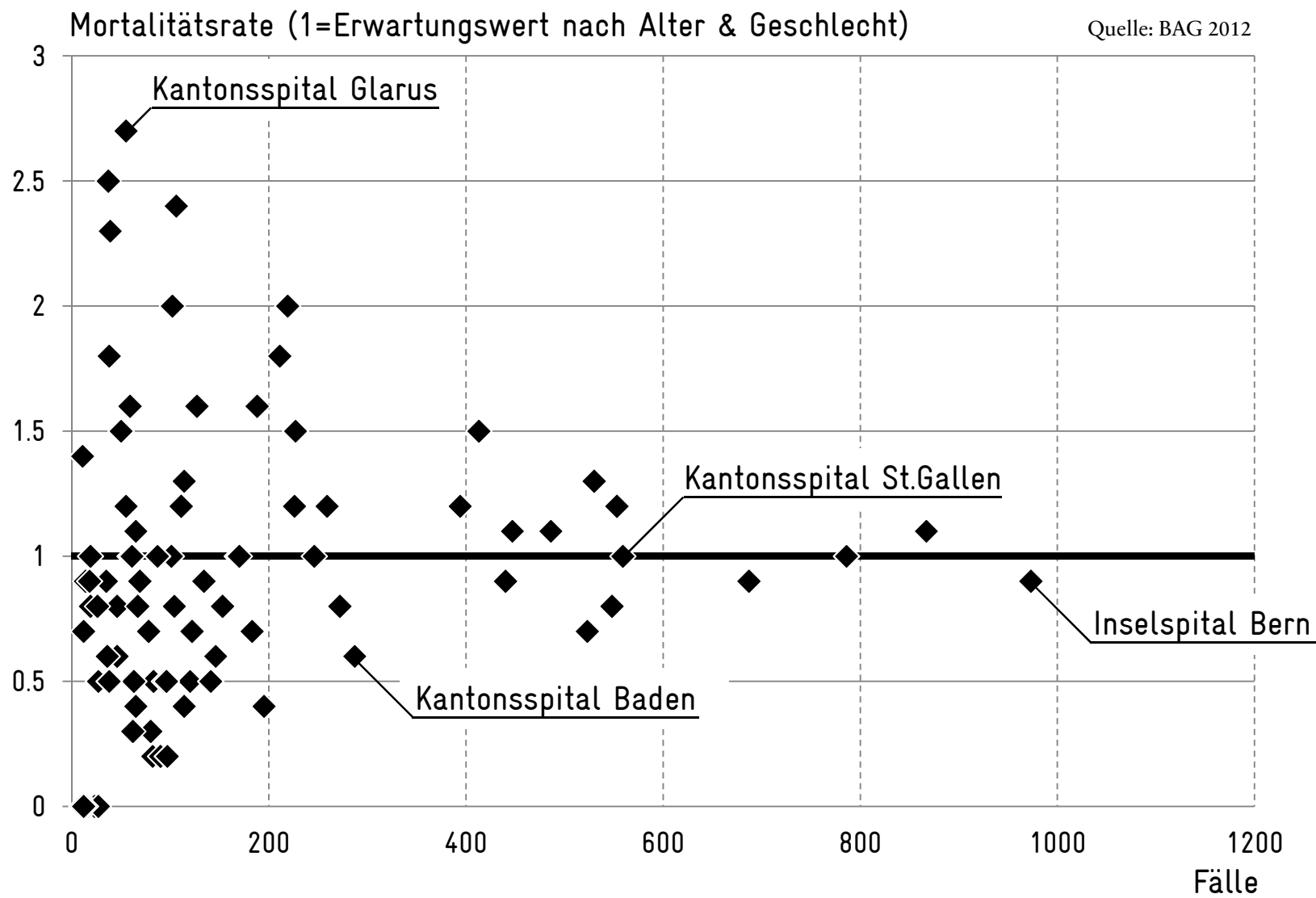


Hüftgelenk-OP



Quelle: BAG 2012

Fallzahlen und Qualität (Herzinfarkt, 2010)



Mehr Effizienz durch Planung...?

- **Begrenzter Nutzen der Spitalplanung**
 - Strukturveränderungen nicht wegen, sondern trotz Planung
 - 1979 – 2003: Abbau 99% des Bettenabbaus in nur 13 Kantonen
 - Spitallisten bildeten Veränderungen im Nachhinein ab
- *Neue Spitalfinanzierung als Herausforderung für Kantone und Spitäler*

Wettbewerb als Alternative

- **Neue Spitalfinanzierung als Schritt zu mehr Markt**
 - *Vereinheitlichung der Finanzierung* auf Basis von Fallpauschalen
 - *Investitions-Finanzierung* durch Zuschlag auf den Fallpauschalen
 - Höhere *Qualitätstransparenz* durch Veröffentlichung von Fallzahlen, Anteilswerte (z. B. Kaiserschnittrate), Mortalität bei bestimmten Krankheitsbildern und Eingriffen
 - Höhere *Patientenmobilität* in der Grundversicherung über die Kantons Grenzen hinaus

- Mehr *Wettbewerb* als Mittel für Strukturbereinigungen, Erhöhung der Effizienz, Optimierung der Behandlungsprozesse

Agenda

- Einleitung: Wettbewerb zur Effizienzsteigerung
- **Wie die Spitalplanung den Wettbewerb verzerrt**

Marktdesign: Preis- versus Mengensteuerung (I)

- Spitalplanung als Fremdkörper in diesem Markt
 - Die Spitalversorgung kann entweder über *Preise oder Mengen* gesteuert werden – nicht aber über beides
 - Neue Spitalfinanzierung *setzt Preise (bzw. Fallpauschalen) ins Zentrum*
 - Dennoch verlangt das KVG von den Kantonen weiterhin eine *Spitalplanung nach den Kriterien Qualität und Wirtschaftlichkeit*

Marktdesign: Preis- versus Mengensteuerung (II)

- **Herausforderungen für den kantonalen Spitalplaner**
 - *Höhere Patientenmobilität zwischen Kantonen*: Wie entwickeln sich Patientenströme / Nachfrage? Welchen Einfluss hat die Qualität?
 - *Operative Umsetzung*: Umgang mit Planmengenabweichungen?
- **Welchen Zweck hat die Spitalplanung?**
 - Kann der Kanton überhaupt noch planen?
 - *Spitalplanung als Mittel zur Verhinderung des Wettbewerbs?*

Umsetzung in den Kantonen - Übersicht

- **Unterschiedliche Interpretationen durch die Kantone**
 - Zum Teil *extensive Planung* mit detaillierter Mengensteuerung
 - Definition *zusätzlicher Kriterien für die Aufnahme* auf Spitalliste
 - *Zusätzliche Subventionen* für öffentliche Spitäler

- *Wettbewerbsbehindernde Effekte*
 - *Markteintrittsbarrieren*: Aufnahme auf die Spitalliste und Leistungserbringung in der Grundversicherung werden für private Anbieter erschwert
 - *Marktverzerrungen*: Zusätzliche Subventionen begünstigen die Position öffentlicher Spitäler

Umsetzung in den Kantonen – einige Beispiele (I)

- **Definition von maximalen Leistungsmengen**
 - Maximale Fallzahlen, Pflegetage oder (Betten-) Kapazitäten
 - Vergabe von Kontingenten, bei Überschreitung Reduktion der Fallpauschale

- *Wettbewerbsbehindernde Effekte*
 - *Fallzahlen korrelieren positiv mit Qualität*
 - *Grössere Mengen schaffen Skaleneffekte und damit Kostensenkungen*
 - *Verhinderung einer Konsolidierung im Markt*
 - *Behinderung der freien Spitalwahl*

Umsetzung in den Kantonen – einige Beispiele (II)

– Definition von minimalen Leistungsmengen

- Die Anforderung minimaler Fallzahlen kann aus Gründen der Qualität sinnvoll sein
- Doch hohe Fallzahlen alleine garantieren noch keine Qualität

➤ *Wettbewerbsbehindernde Effekte*

- *Die Regel schafft faktische Markteintrittsbarriere*
- *Verhinderung von Strukturwandel durch faktisches Verbot für Spitäler, ihr Leistungsspektrum auszubauen*

Umsetzung in den Kantonen – einige Beispiele (III)

- **Subventionen für gemeinwirtschaftliche Leistungen**
 - Abgeltung gemeinwirtschaftlicher Leistungen ist grundsätzlich sinnvoll, falls diese im freien Markt nicht erbracht würden bzw. nicht durch die Fallpauschalen bereits finanziert werden
 - Beispielsweise: Lehre und Forschung, Führen eines Krebsregisters etc.

- *Wettbewerbsbehindernde Effekte*
 - *Breite Auslegung ermöglicht jede Art von Subvention*
 - *Abgeltungen z.T. nur für öffentliche Spitäler (z.B. GR)*
 - *Einseitige Begünstigung öffentlicher Spitäler verzerren Wettbewerb*
 - *Schweiz kennt kein Beihilferecht (im Gegensatz zur EU)*

Umsetzung in den Kantonen – einige Beispiele (IV)

- **Weitere problematische Kriterien**
 - *Vergabe von Leistungsaufträgen in der hochspezialisierten Medizin:* Gesamtschweizerische Planung, Beschluss- und Fachorgan mit Vertretern der Kantone besetzt
 - *Stützungsfonds für (ineffiziente) Spitäler:* Listenspitäler mit vielen zusatzversicherten Patienten zahlen in einen Fonds ein
 - *Begrenzung der Anteil Zusatzversicherter pro Spital:* Faktische Einschränkung der Wahlfreiheit bei den Zusatzversicherten
 - *Genehmigung der Investitionen durch Gesundheitsdirektion*

Schlussfolgerungen

- **Begrenzung des Kostenwachstums durch höhere Effizienz**
 - Die hohen Kosten im Schweizer Gesundheitswesen können *nicht alleine durch hohe Qualität* begründet werden
- **Wettbewerb als Mittel zur Effizienzsteigerung**
 - *(Mehrfach-) Rolle der Kantone* behindert Konkurrenz & Strukturbereinigungen
 - *Abbau der (unnötigen) Spitalplanung* durch Kantone
 - Anpassungen bei der Finanzierung nötig: *monistische Spitalfinanzierung, keine Sprungstellen ambulant / stationär*
 - *Entfall Kontrahierungszwang*

Mehr Markt für den Service public

Warum die Schweizer Infrastrukturversorgung weniger Staat und mehr Wettbewerb braucht

Urs Meister Mit Beiträgen von Helmut Dietl, René L. Frey und Robert Leu