

# 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»

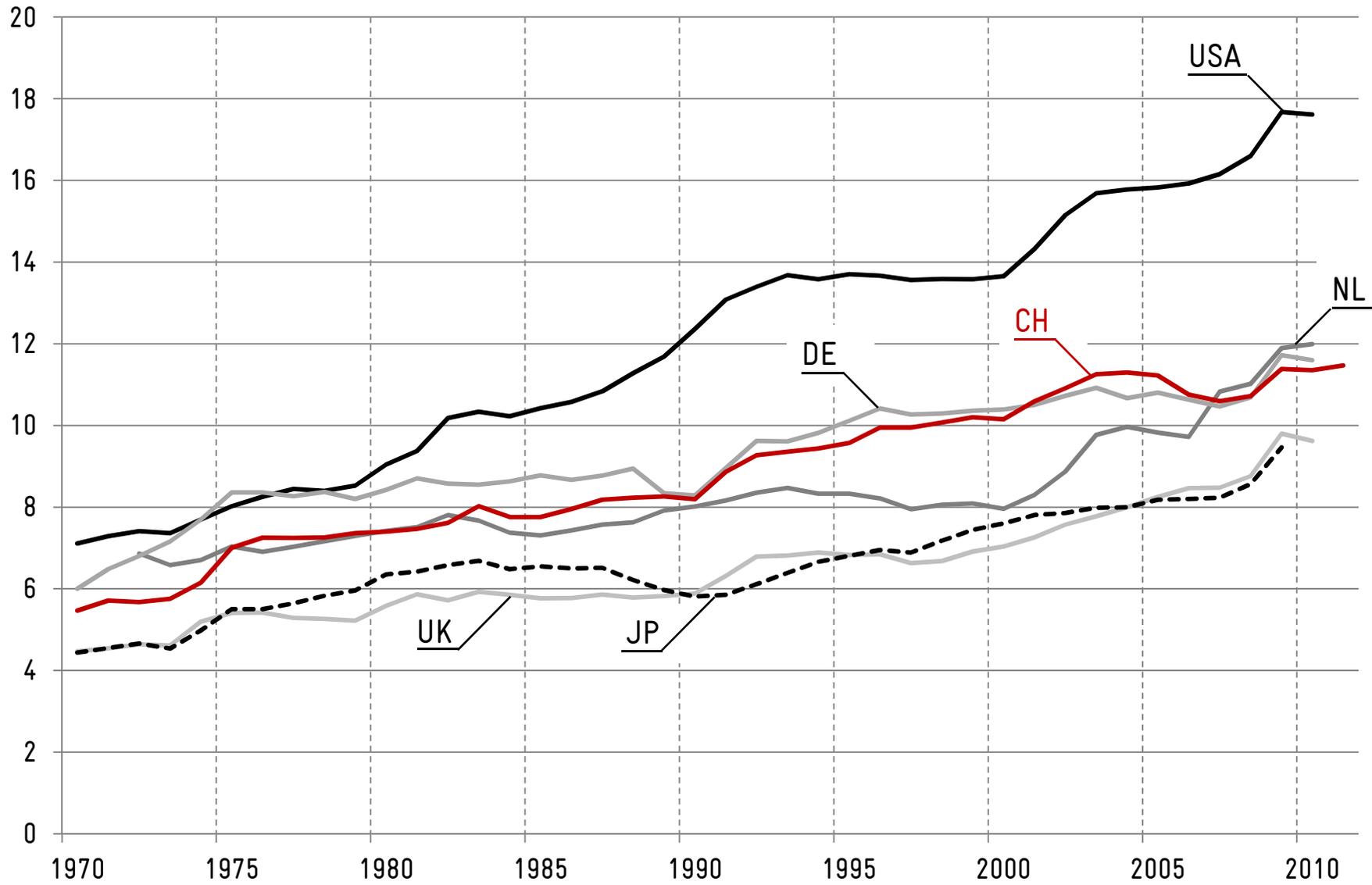
---

### – 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.)

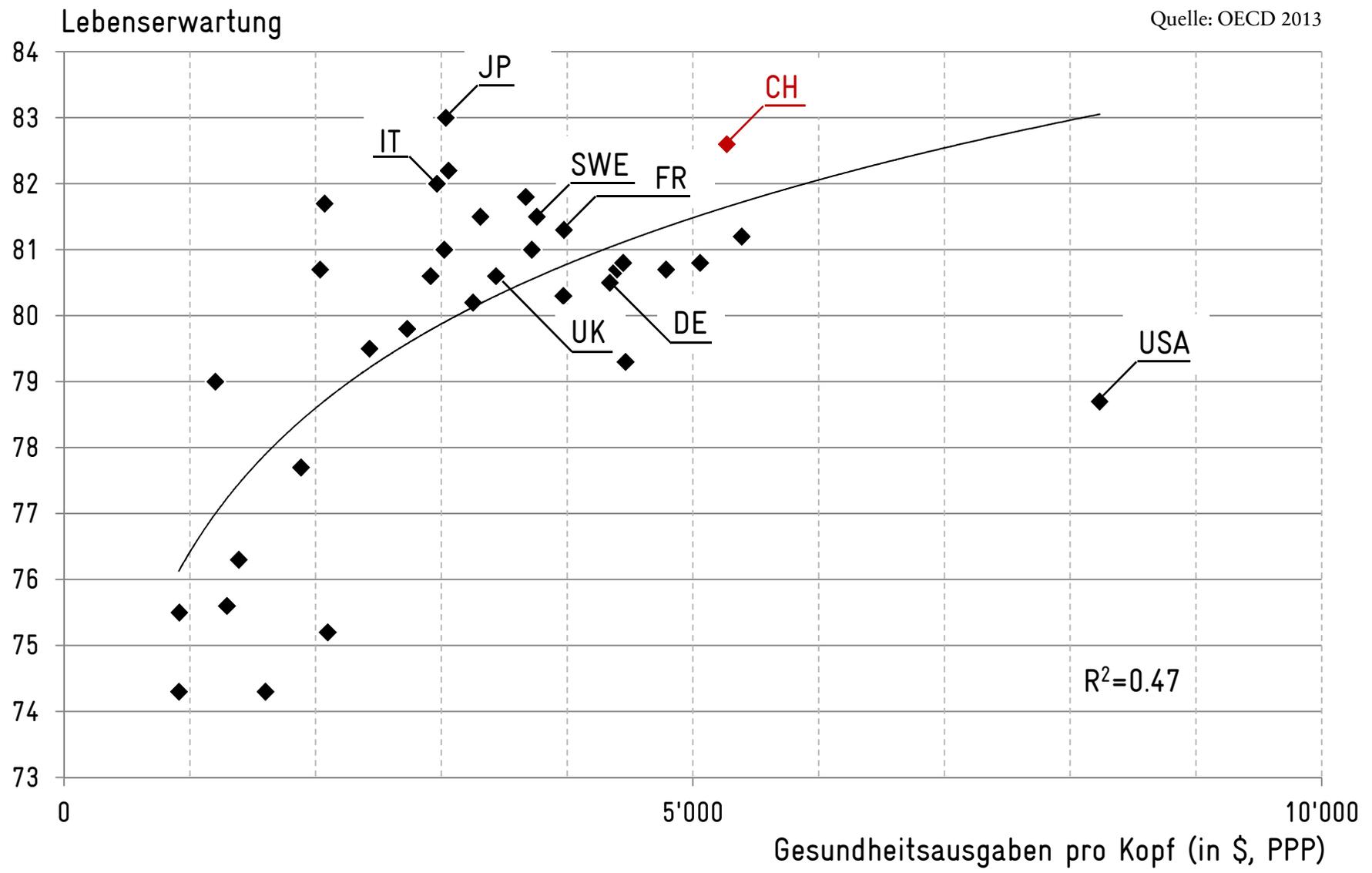
*«Die ständige Sorge um die Gesundheit ist auch eine Krankheit.»*

## 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)



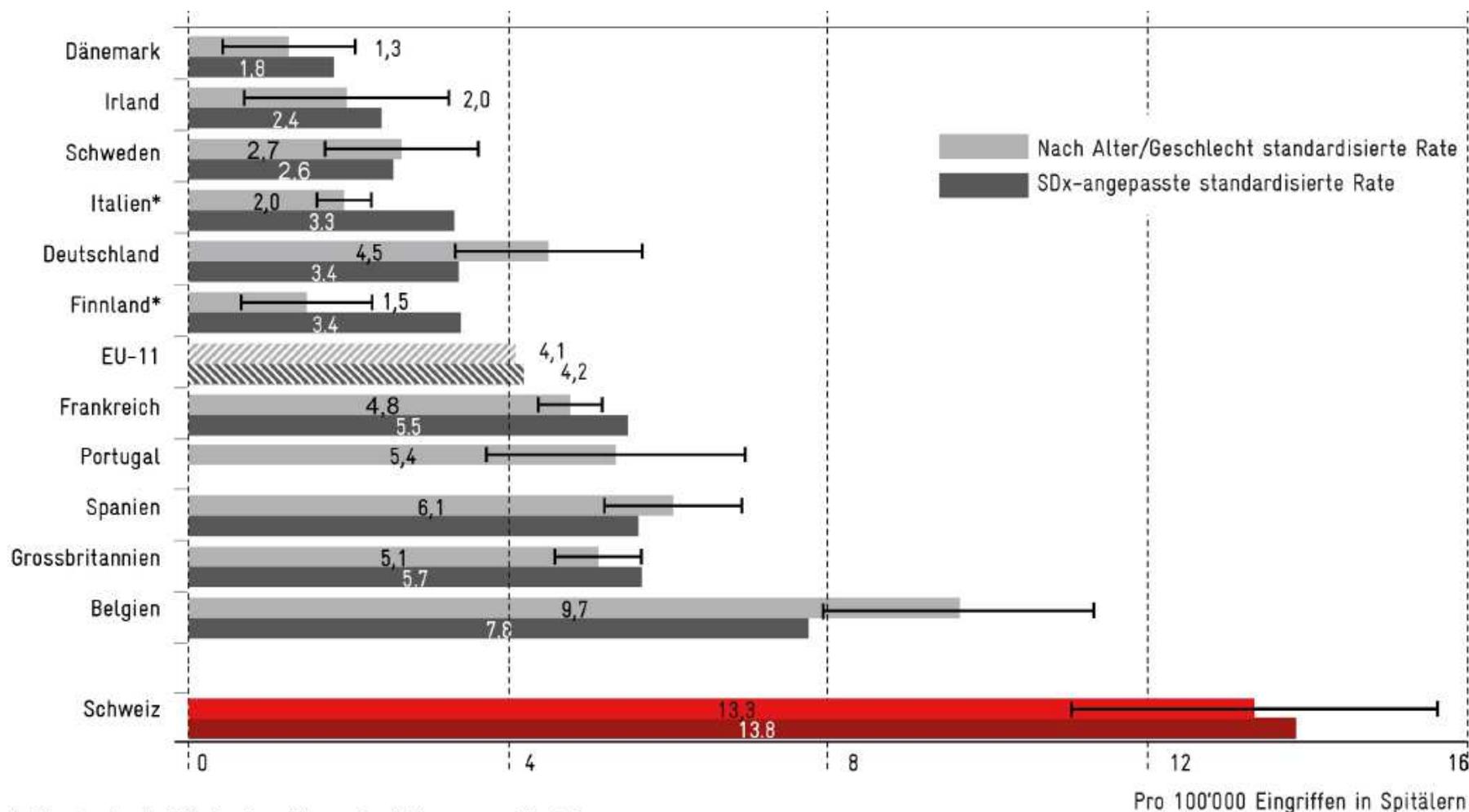
## Ineffizienz bei der Spitalversorgung (I)

---

- **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-Mittelmass*: 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  $\text{---}$  dargestellt.

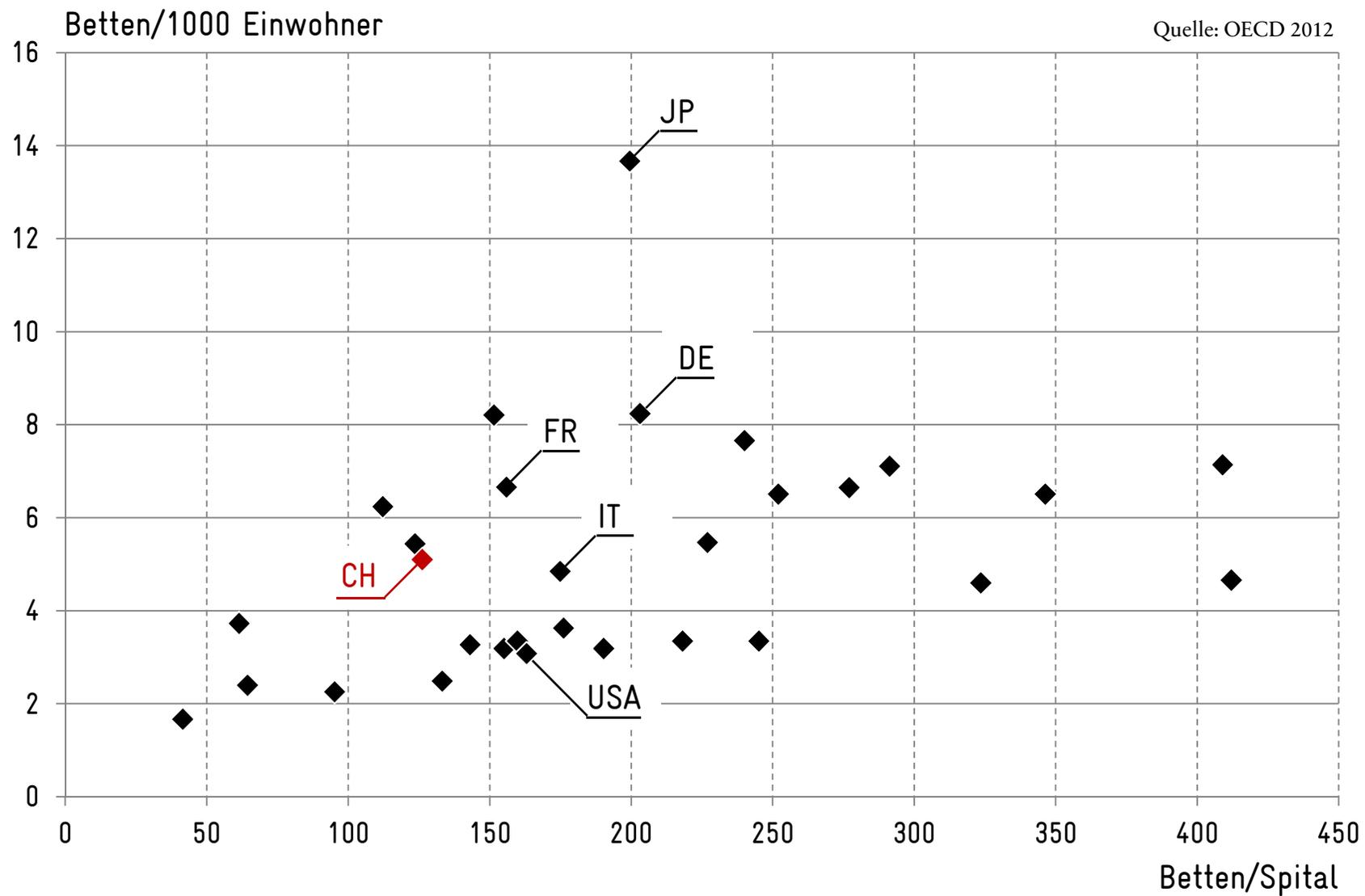
SDx: Secondary diagnoses adjustment (Korrektur um die durchschnittliche Anzahl Nebendiagnosen zur besseren Vergleichbarkeit)

## Ineffizienz bei der Spitalversorgung (II)

---

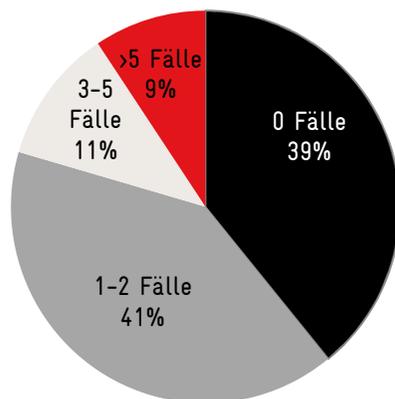
- **Hohe Kosten des Gesundheitssystems – einige Hinweise**
  - Im OECD-Vergleich ausserordentliche *viele Spitäler* pro Einwohner, wenige Betten pro Spital
  - Relativ *lange Verweildauern* im Spital
  - Relativ *geringer Anteil von ambulanten Operationen*
  - Überdurchschnittlich hohe Dichte an *medizinischen 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

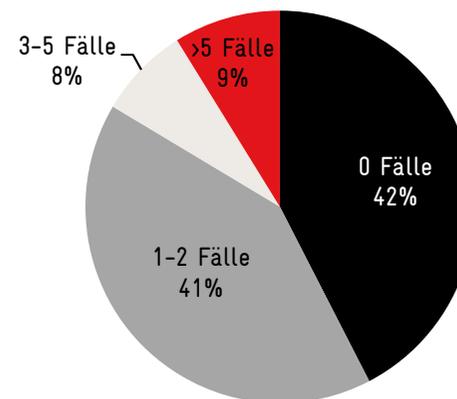


## *Geringe Fallzahlen pro Woche (in % der Spitäler)*

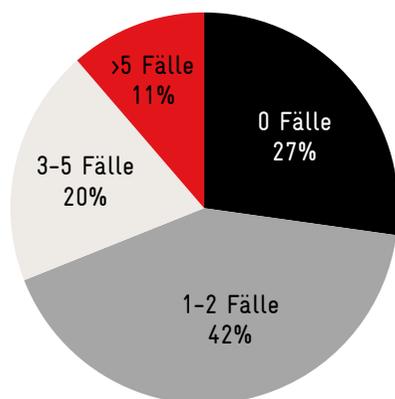
### Herzinfarkt



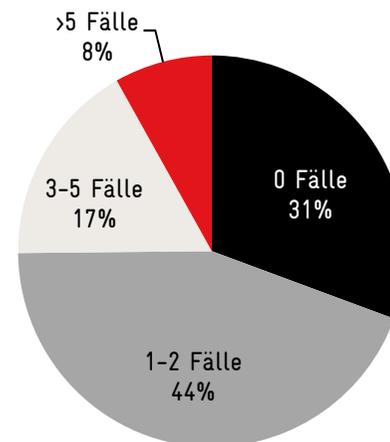
### Schlaganfall



### Lungenentzündung

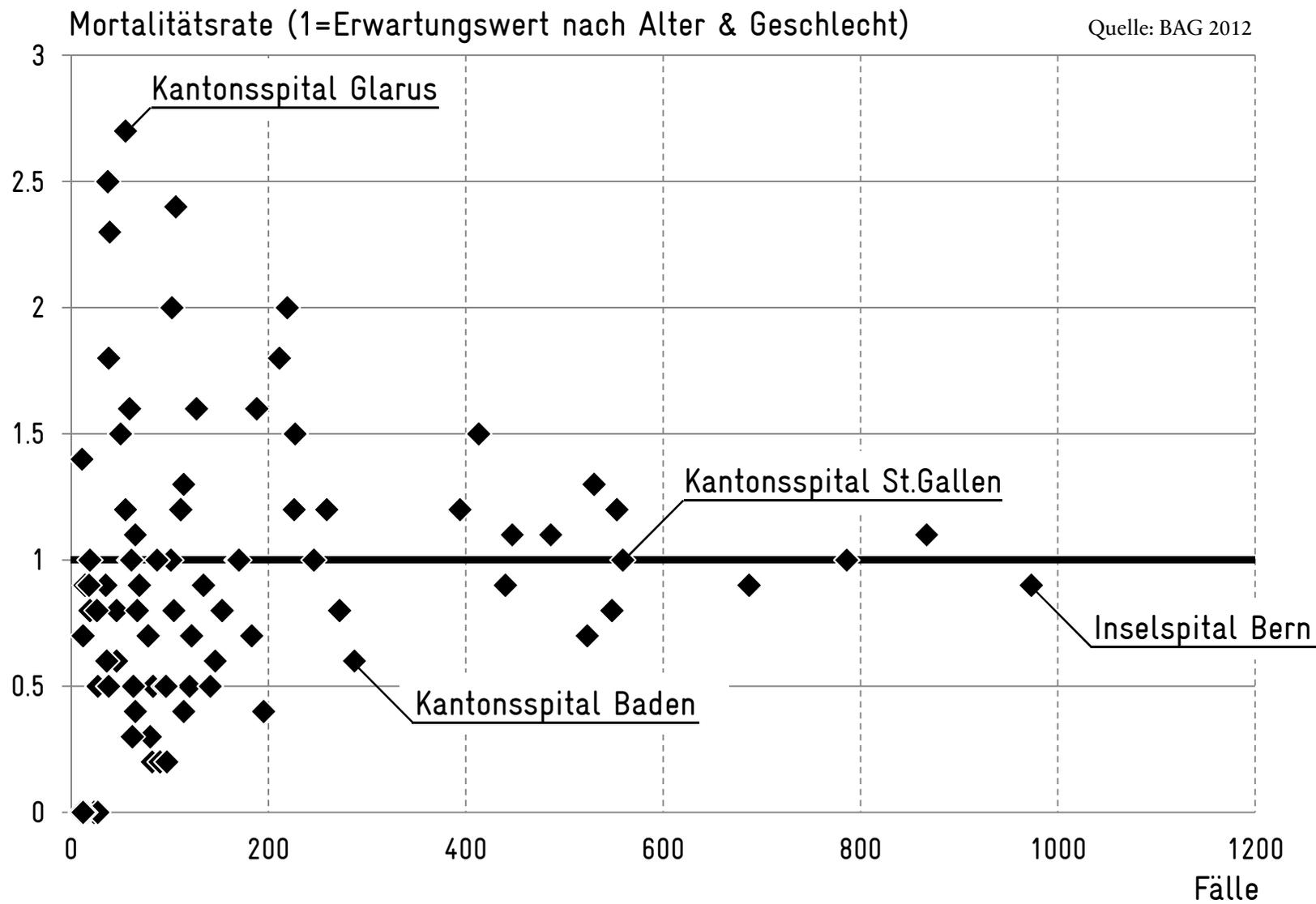


### Hüftgelenk-OP



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, Pflagestage 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*