

Diagnose: «Stationär» - Therapie: «Ambulant» Eine Frage des Gesundheitssystems? Ein Blick über die Grenzen

CSS Kongress, Bern 4. April 2019

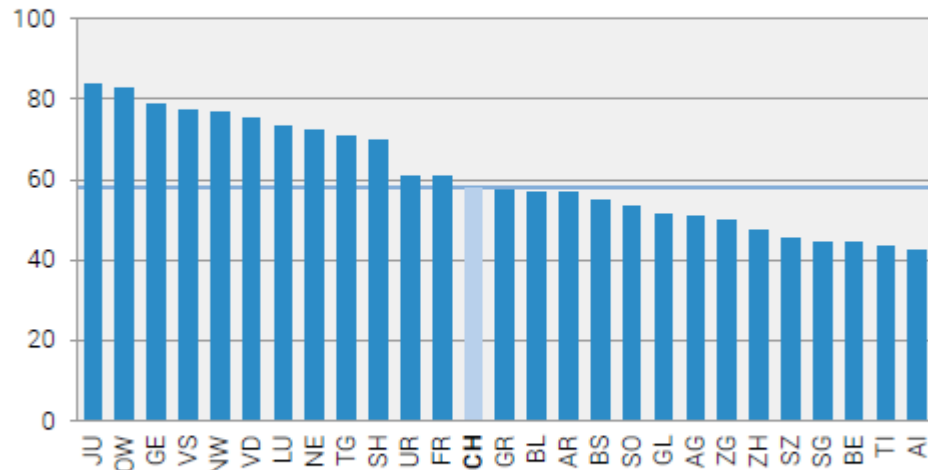


... zuerst aber ein Blick in den Spiegel

Anteil der ambulanten Eingriffe für die ausgewählten sechs Gruppen chirurgischer Leistungen, 2013–2016¹

G1

Anteil ambulanter Eingriffe

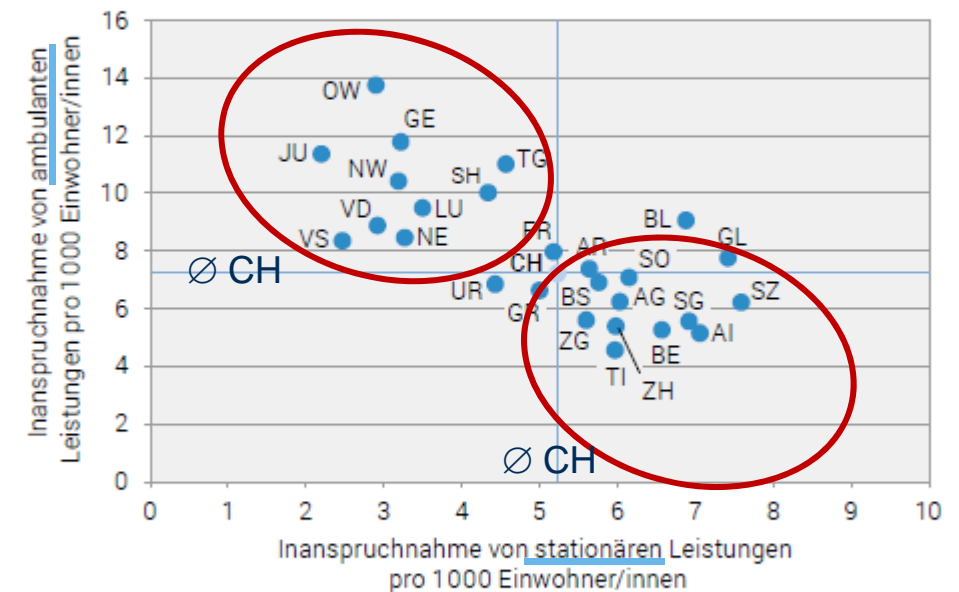


¹ aggregierte Daten 2013–2016 (Jahre und Leistungen), Wohnkanton der Patientinnen und Patienten

Quellen: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser, Krankenhausstatistik und Tarifpool – SASIS AG, 2013–2016 © Obsan 2019

Inanspruchnahme von stationären und ambulanten Leistungen für die ausgewählten sechs Gruppen chirurgischer Leistungen, 2013–2016¹

G4



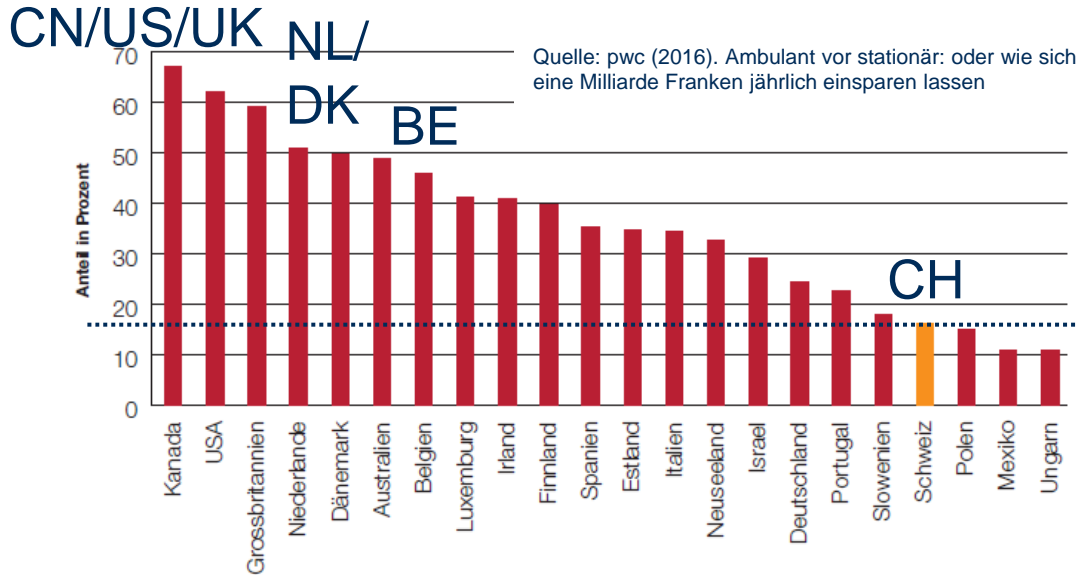
¹ aggregierte Daten 2013–2016 (Jahre und Leistungen), Wohnkanton der Patientinnen und Patienten

Quellen: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser, Krankenhausstatistik und Tarifpool – SASIS AG, 2013–2016 © Obsan 2019

Quelle: Obsan (2019). Die Entwicklung der ambulanten Versorgung in den Kantonen. Obsan Bulletin 1/2019

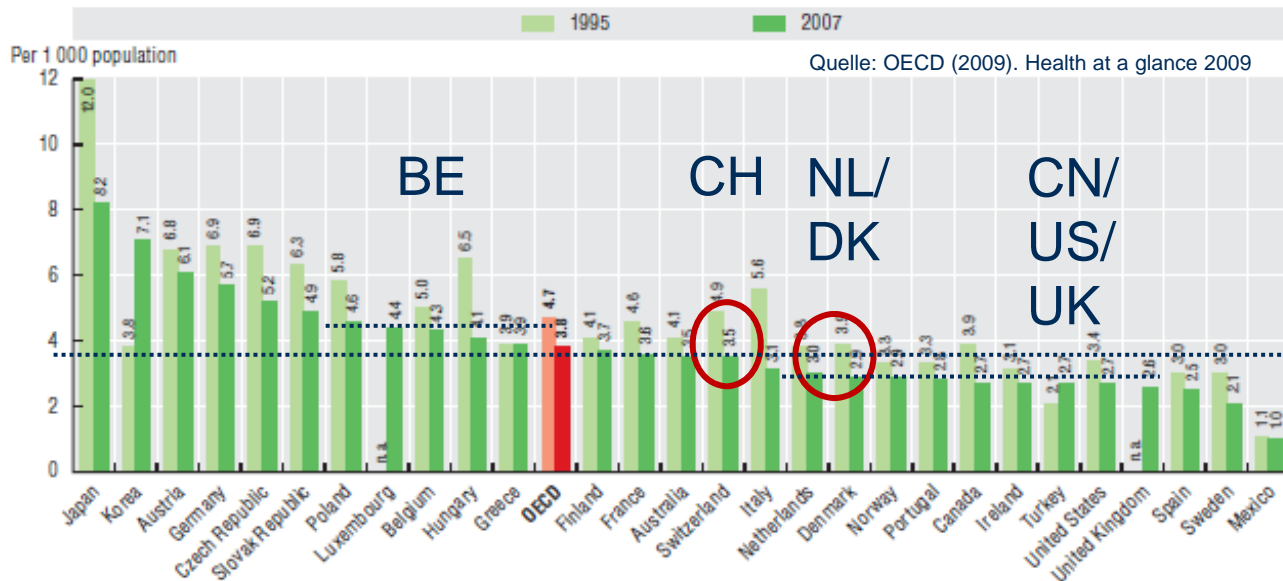
Kontext «Gesundheitssystem» ist zentral

Abbildung 5: Anteil spitalambulanter Eingriffe an allen chirurgischen Eingriffen in Spitälern 2007
(Quelle: OECD)



Quelle: pwc (2016). Ambulant vor stationär: oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich einsparen lassen

4.3.1 Acute care hospital beds per 1 000 population, 1995 and 2007 (or nearest year available)



Stationär ↔ Ambulant:
kommunizierende
Gefässe

Einbettung in einen
grösseren Kontext
«Gesundheitssystem»
notwendig

Kandidaten für gesundheitssystembedingte Treiber der ambulanten Versorgung

Koordination der Versorgung → (Spital-)Infrastrukturen

Sozio-kulturelle DNA der Bevölkerung → Präferenzen

Zugang zu spezialisierten Leistungen → Gatekeeping

Leistungsvergütung → Tarifstrukturen und Tarifhöhe

Finanzierung → Budgets für Bereiche öffentlichen Interesses

Staatsorganisation

bzw.

Governance des
Gesundheits-
systems

Grundsätzliche Ansätze – wofür entscheidet sich eine Gesellschaft?

(Regulierter) Wettbewerb

Referenz: **Niederlande**

- Staat als Regulator und Hüter des Wettbewerbs (keine Kapazitätsplanung)
- Bottom-up: Verhandlungen zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern (Vertragsfreiheit)
- Vergütung überwiegend frei verhandelbar (Tendenz zu Pauschalbetrag für alle Leistungen pro Jahr pro Spital)
- Fokus auf
 - „Good Governance“
 - Marktdynamik (Konsolidierung)

(Nationale) Planung

Referenz: **Dänemark**

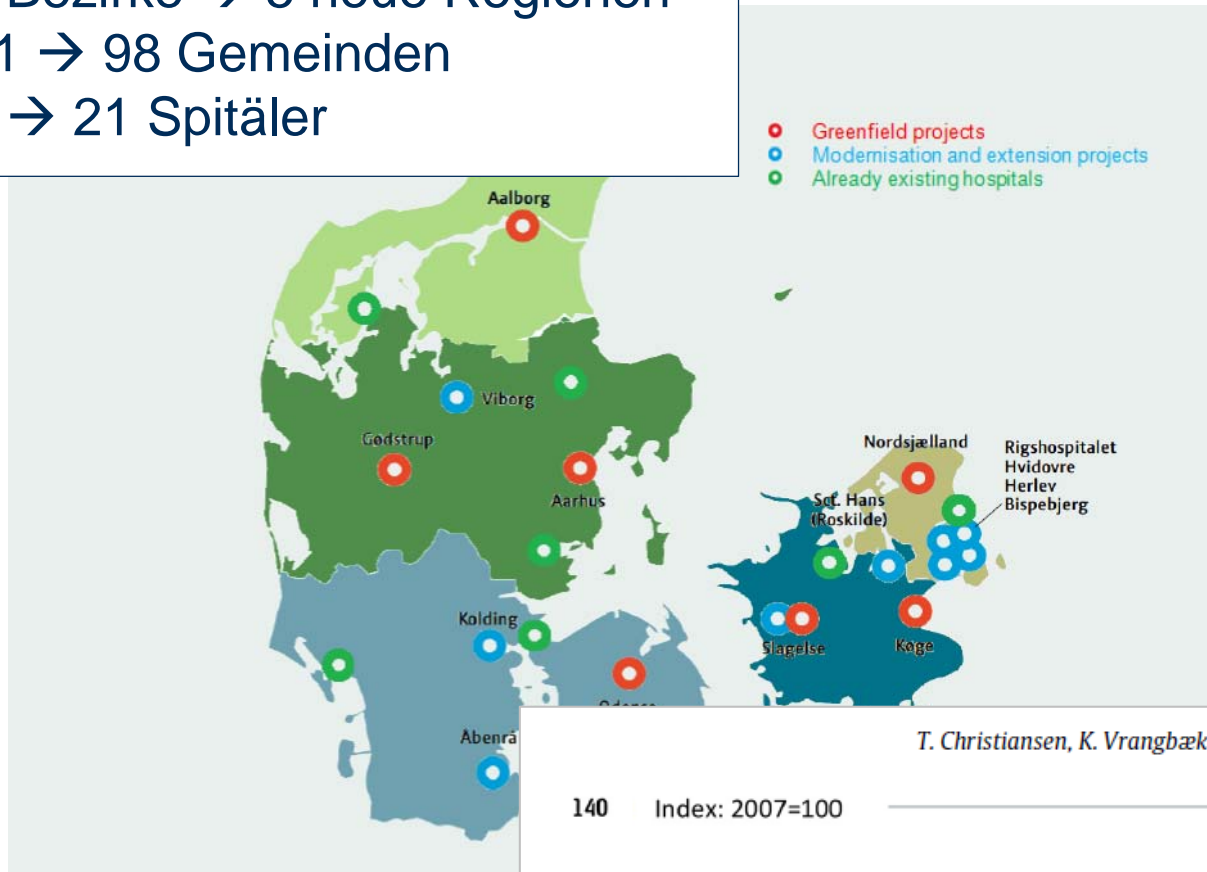
- Top down: Anpassung Staatsebenen an Planungs- und Administrationsanforderungen
- Nationale Spitalplanung trotz regionaler Kompetenz
- Hoher Anteil Globalbudgets sowohl bei Finanzierung als auch Vergütung
- Fokus auf
 - Modernisierung
 - Effizienz
 - Finanz-/Kostenstabilität

Welche Auswirkungen haben die identifizierten Treiber?

	NL 	DK 	CH 
Staatsorganisation	Zentralstaat (nationales Gesundheitswesen)	Zentralstaat (regionales Gesundheitswesen)	Föderaler Staat (26 Gesundheitswesen)
Koordination Versorgung	(regulierter) Wettbewerb	starke (zentrale) Planung	Mix (mit dezentraler Planung) 😞
Sozio-kulturelle DNA der Bevölkerung	konsensorientiert / egalitär (Poldermodell); «Einheitsmedizin»	egalitär; «Einheitsmedizin»	statusorientiert; sicherheitsorientiert; «Hochwertigkeit» 😞
Zugang für Patienten	Gatekeeping	Gatekeeping	effektives Gatekeeping? 😞
Leistungsvergütung	verhandelte Jahresbudgets → Preiswettbewerb unter Spitälern	Globalbudgets (minimal aktivitätsbasiert)	DRG ⇔ TARMED Zusatzversicherung! 😞
Finanzierung	«Makrobudget» (gentlemen's agreement)	Staatsbudget	keine Obergrenzen 😞

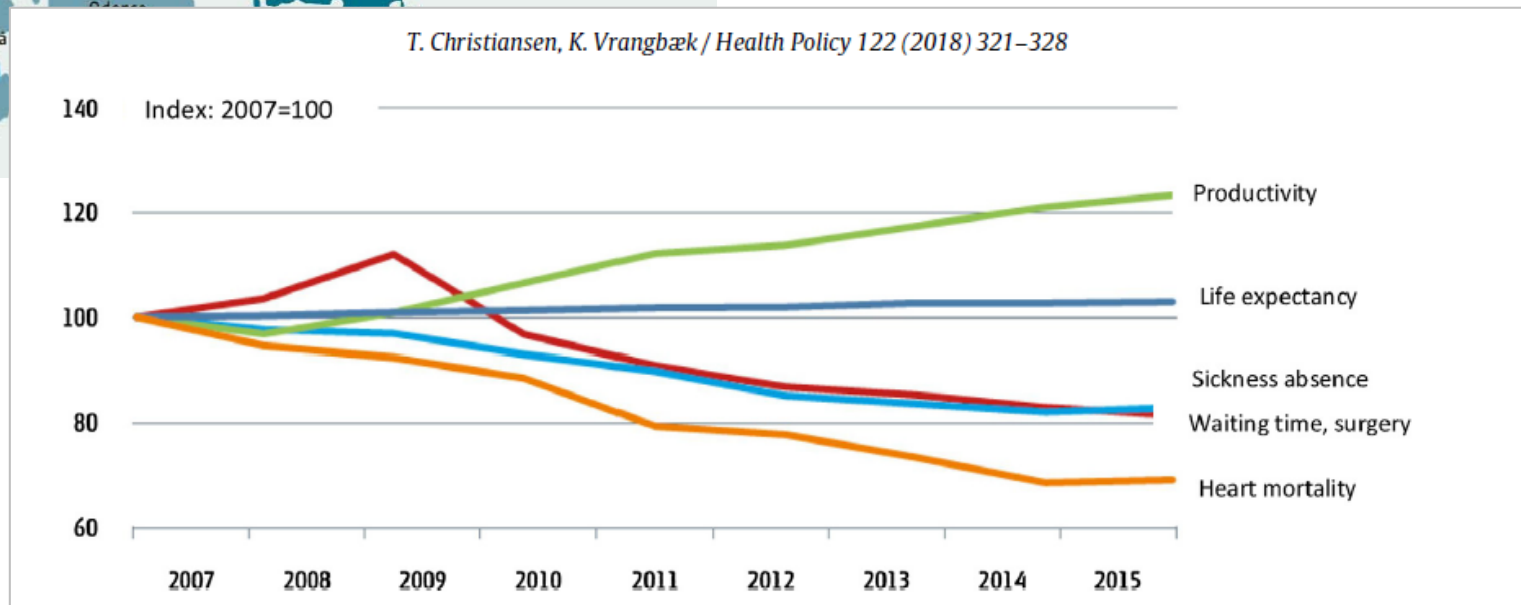
2007: Reform Staatsstruktur

- 13 Bezirke → 5 neue Regionen
- 271 → 98 Gemeinden
- 40 → 21 Spitäler



Quelle: Ministry of Health (2017).
Healthcare in Denmark – an
overview

T. Christiansen, K. Vrangbæk / Health Policy 122 (2018) 321–328



Fazit – worauf sollte die Schweiz achten?

1. Versorgungsgerechte stationäre Strukturen
2. Neue Spital-Zusatzversicherungen mit echten Mehrleistungen
3. Andere bzw. überarbeitete Finanzierungs- und Vergütungssysteme in der OKP mit weniger Fehlanreizwirkung



Kontaktaten

Matthias Maurer, lic.oec. HSG, MHA
Dozent, Stv. Institutsleiter WIG

ZHAW School of Management and Law
WIG Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie
Tel. +41 58 934 6274
Fax. +41 58 935 6274
matthias.maurer@zhaw.ch
www.zhaw.ch/wig
<https://blog.zhaw.ch/gesundheitsoekonomie/>

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften
School of Management and Law
Gertrudstrasse 15
Postfach
8401 Winterthur
Switzerland