diespitäler.be

Spitäler in einem neuen Gesundheitsmarkt

Inselspital Bern, 28. Mai 2009

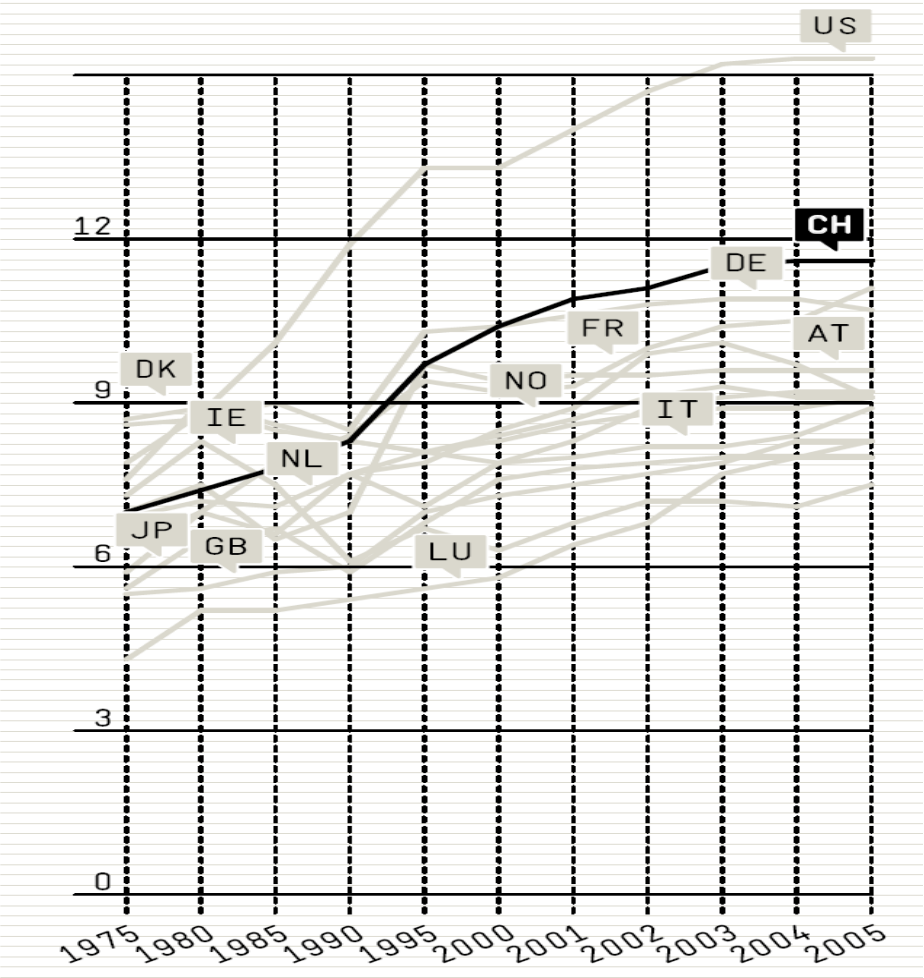
avenir suisse

Gesundheit als «höchstes Gut»

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

WHO 1964

Steigende Ansprüche und finanzielle Konsequenzen



Gesundheitskosten:
Ca. 12% des BIP

Entspricht ungefähr dem BIP-Anteil der Schweizer Banken

Tendenz steigend: Bis 2015 Ausgaben gg. 2005 +66% (OECD)

Optimale Gesundheitsversorgung

«Die ständige Sorge um die Gesundheit

ist auch eine Krankheit.»

Platon
Athen, 427-347 v. Chr.

Wie kann der Trend steigender Kosten gebrochen werden?

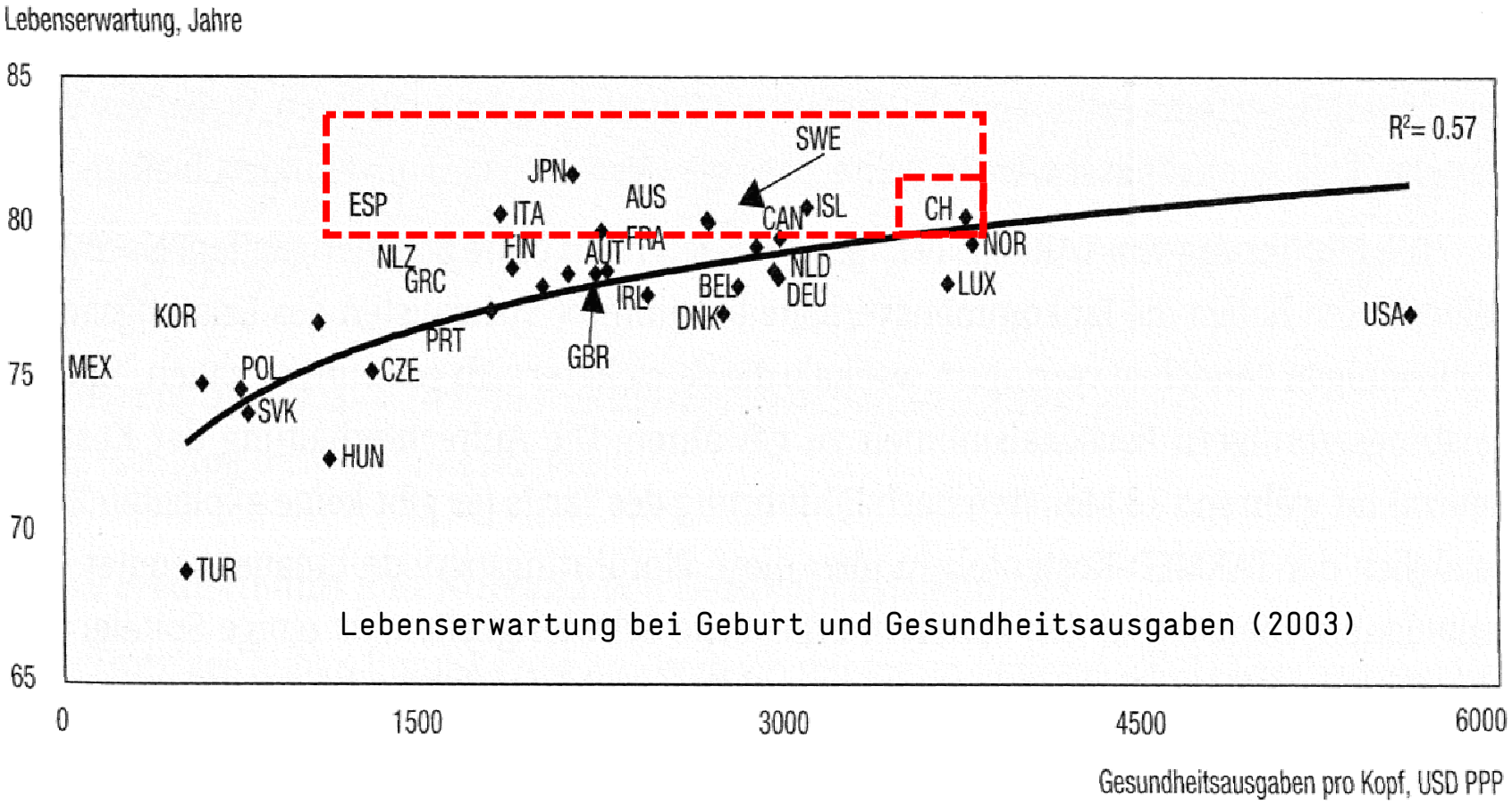
- **Rationierung im Leistungskatalog**

- **Anreizstrukturen bei den Versicherten**
  - *Selbstzahlung mit Selbstbehalt / Franchise*: Bereits heute hat Schweiz Spitzenposition (CH 32%; D 12%)
  - *Risikogerechte Prämien*: vgl. Vorschlag Widmer, Beck, Boos, Steinmann, Zehnder (2007)

- **Effizienz der Leistungserstellung**
  - Gibt es besseres Preis-Leistungsverhältnis?

Potential der Leistungseffizienz

Quelle: OECD 2006



Versagen der Planungsmodelle

- **Ambulant: Ärztestopp**
  - *Keine Regeln*: Offener Arbeitsmarkt, Angebotsinduzierte Nachfrage
  - *Ärztestopp*: Rigides Instrument → Mangel an Hausärzten
  - *Kantonale Planung*: Aufwändige Übergangslösung, Schwierigkeiten der Planung (Nachfragedeterminanten, Interessenkonflikte)

- **Stationär: 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**

Neue Spitalfinanzierung (I)

- **Änderungen bei der Spitalfinanzierung**
  - *Kostentransparenz*: Fallpauschalen (DRG) bis Ende 2011
  - *Wahlfreiheit*: Spitalwahlfreiheit über Kantonsgrenzen für Grundversicherte
  - *Konkurrenz*: Gleichstellung öff. und priv. Spitäler auf Spitallisten

- **Initiativen zur Steigerung der Qualitätstransparenz**
  - Initiative von H+ zur Spitalqualität
  - Künftige Veröffentlichung von Qualitätsdaten durch BFS / BAG

- **Allgemeine Entwicklung → Mehr Markt und Wettbewerb**

Neue Spitalfinanzierung (II)

- **Herausforderungen für den kantonalen Spitalplaner**
  - **Öffentliche Qualitätsdaten** → Rechtfertigungsdruck bei Bevorzugung öffentlicher Spitäler
  - **Operative Planung**: Patientenmobilität → Umgang mit Planmengenabweichungen

- **Planung schützt längerfristig kaum vor Wettbewerb**
  - **Direkte Konkurrenz** mit ausserkantonalen und privaten Institutionen
  - **Vergleichbarkeit / Benchmarking**: Schweiz-weite DRG-Tarife?

Konsequenzen für die Spitäler: Dominanz der öffentlichen Hand

- **Dominanz der öffentlichen Hand (öffentlich subventioniert / OKP)**

- **(Zweifelhafte) Mehrfachrolle der öffentlichen Hand; Kantone als…**
  - Spitalplaner (Spitalkapazitäten / Spitallisten)
  - Leistungseinkäufer / -finanzierer
  - Regulatoren / Schiedsrichter bei Tarifgestaltung
  - als Spitaleigner und -betreiber

Konsequenzen für die Spitäler: Analysefokus des Kantonsmonitorings (I)

- **These: In einem zunehmend marktlichen Umfeld benötigen Spitäler Unabhängigkeit von politischen Interessen**

- **Fragestellungen der Studie**
  - Wie unabhängig sind die Spitäler von der Politik und der Verwaltung?
  - Lassen sich Unterschiede zwischen den Kantonen erkennen?

  ➢ *Analyse der kantonalen Spital-Steuerungsstrukturen (Governance) bei 125 öffentlichen bzw. subventionierten somatischen Akutspitälern*

Konsequenzen für die Spitäler: Analysefokus des Kantonsmonitorings (II)

GOVERNANCE STRUKTUREN

Unternehmensmodell
→ Rechtsform / → Eigentum / → Spitalgruppen

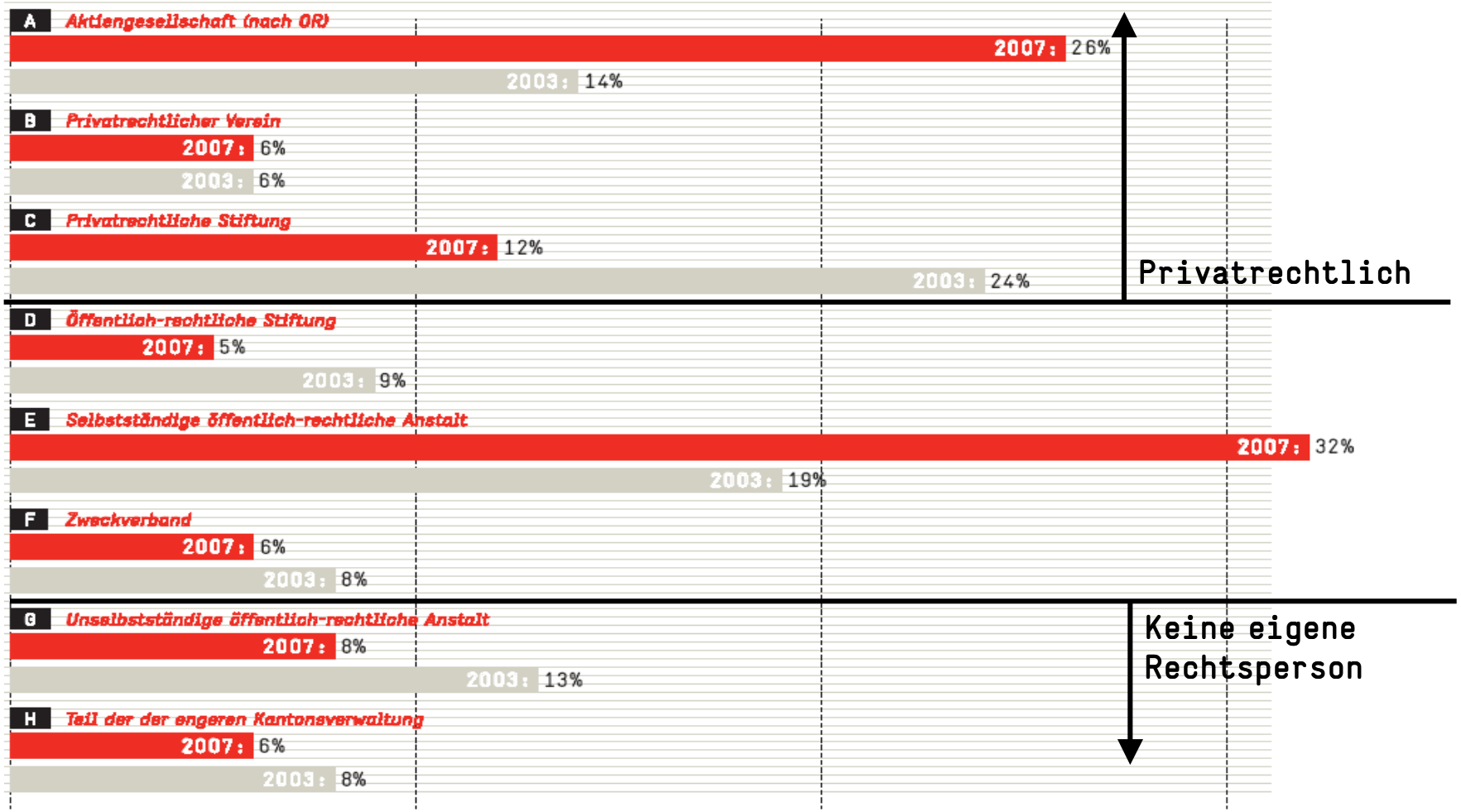
Führungsstruktur
→ Strategische Führung / → operativen Führung

Finanzierung
→ Betriebskosten / → Investitionskosten / → Kreditaufnahme

Personalwesen
→ Anstellungsverträge / → Bonuszahlungen

Immobilien
→ Eigentum an den Spitalgebäuden

Unternehmensmodell: Steigende formelle Autonomie



Unternehmensmodell: Anhaltende Dominanz des Staatseigentums

Rechtsform	Staatsbeteiligung 100%	>50%	<50%	0%			
A	24	2	2	4	32	A	Aktiengesellschaft (nach OR)
B	3	■	1	4	8	B	Privatrechtlicher Verein
C	4	■	■	11	15	C	Privatrechtliche Stiftung
D	6	■	■	■	6	D	Öffentlich-rechtliche Stiftung
E	40	■	■	■	40	E	Selbstständige öffentlich-rechtliche Anstalt
F	7	■	■	■	7	F	Zweckverband
G	10	■	■	■	10	G	Unselbstständige öffentlich-rechtliche Anstalt
H	7	■	■	■	7	H	Teil der der engeren Kantonsverwaltung
	101	2	3	19	125		

Unternehmensmodell: Gruppenbildung reduziert Leistungsangebot

Führungsstruktur: Unabhängige strategische Führungsorgane

Strategisches Führungsorgan	Handlungsfreiheit tief	Handlungsfreiheit hoch	
A	5 (2)	58 (4)	63 (6)
B	6 (5)	14 (6)	20 (11)
C	1	24 (6)	25 (6)
D	16		16
		Total:	124*

A = VR / Spitalrat / Stiftungsrat: Unterschiedliche Fachbereiche

B = VR / Spitalrat / Stiftungsrat: Vertreter Gesundheitsbereiche

C = VR / Spitalrat / Stiftungsrat: Vertreter Politik

D = Regierungsrat

In Klammer: Ein Vertreter des Kantons muss Einsitz nehmen

Handlungsfreiheit bez. Joint Ventures / Outsourcing / Beteiligungen

Führungsstruktur: Implizites Dreibein in der Geschäftsleitung

Geschäftsleitung	GL-Vorsitzender: Chefarzt 1	CEO (MED) 2	CEO (BW) 3	
A	■	■	12	12
B	1	5 (1)	85 (4)	91 (5)
C	■	■	5	5
D	1	■	4	5
	2	5 (1)	106 (4)	113

A = Verwaltung, Pflege und Medizin nicht gleichzeitig in GL

B = GL mit mehr als 4 Personen: Medizin, Pflege und Verwaltung vertreten

C = GL mit 4 Personen: Vorsitzender + 3 Personen Medizin, Pflege und Verwaltung

D = GL mit 3 Personen: Medizin, Pflege und Verwaltung

In Klammer: Gesetz verlangt «Dreibein»

Finanzierung Betriebskosten: Trend zur Fallpauschalen

	2003	2007
A *Die Finanzierung basiert auf Fallpauschalen gemäss APDRG/DRG/MIPP bzw. auf einem Globalbudget, welches auf Basis von Fallpauschalen berechnet wird*	VD, ZH	AG,[1] BE, GR, SZ, TI, UR, VD, VS, ZG, ZH
B *Die Finanzierung erfolgt auf Basis von Spital- oder Abteilungsfallpauschalen ohne Tageselement bzw. auf einem Globalbudget, welches auf Basis dieser Pauschalen berechnet wurde*	UR, VS	
C *Die Finanzierung erfolgt auf Basis von Spital- oder Abteilungsfallpauschalen mit einem Tageselement bzw. auf einem Globalbudget, welches auf Basis dieser Pauschalen berechnet wurde*	GL, SG, TG	GL, SG, SH, TG
D *Die Finanzierung erfolgt auf Basis eines Globalbudgets, das aufgrund einer allgemeinen Kostenschätzung (z.B. auf Basis der Kostenrechnung) erstellt wurde*	AR, FR, JU, NW, OW	AR, FR, JU, NE, NW, OW
E *Die Finanzierung erfolgt auf Basis von Tagespauschalen bzw. von einem Globalbudget, welches auf Basis dieser Pauschalen berechnet wurde*	BS,[3] LU, SO, TI, ZG	BS,[3] LU, SO
F *Finanzierung erfolgt als reine Defizitdeckung (Subventionierung gemäss Aufwand bzw. Defizit; kein Globalbudget)*	AG, AI, BE, BL,[2] GE, GR, NE, SH, SZ	AI, BL,[2] GE

1) Kantonsspital Baden: Fachbereichspauschalen (B), Kantonsspital Aargau: MIPP (A), ab 2008 wechseln auch diese beiden auf AP-DRG
2) Universitäts-Kinderspital beider Basel: Tagespauschalen (E)
3) Trifft zu für die Privatspitäler. Universitätsspital: Defizitdeckung (F). Gemeindespital Riehen: Globalbudget (D) der Gemeinde

Finanzierung Investitionen med. Geräte: Pauschale Abgeltungen dominieren

Finanzierungs-modell	Freie Kreditaufnahme: Nein 1	Freie Kreditaufnahme: Ja 2	
A	21	5	26
B	10	45	55
C	24	19	43
	55	69	124

A = Investitionszuschlag auf Tages-/Abteilungs-/Fallpauschalen

B = Globalbudget

C = Objektkredit / Kreditantrag

Anstellungsbedingungen: Private Verträge, geringe Bonuszahlungen

Arbeitsverträge	Bonuszahlungen: Nein 1	Bonuszahlungen: <10000 CHF 2	Bonuszahlungen: >10000 CHF 3	
A	18	30	17	65
B	1	2	1	4
C	13	25	17	55
	32	57	35	124

A = Privatrechtliche Arbeitsverträge

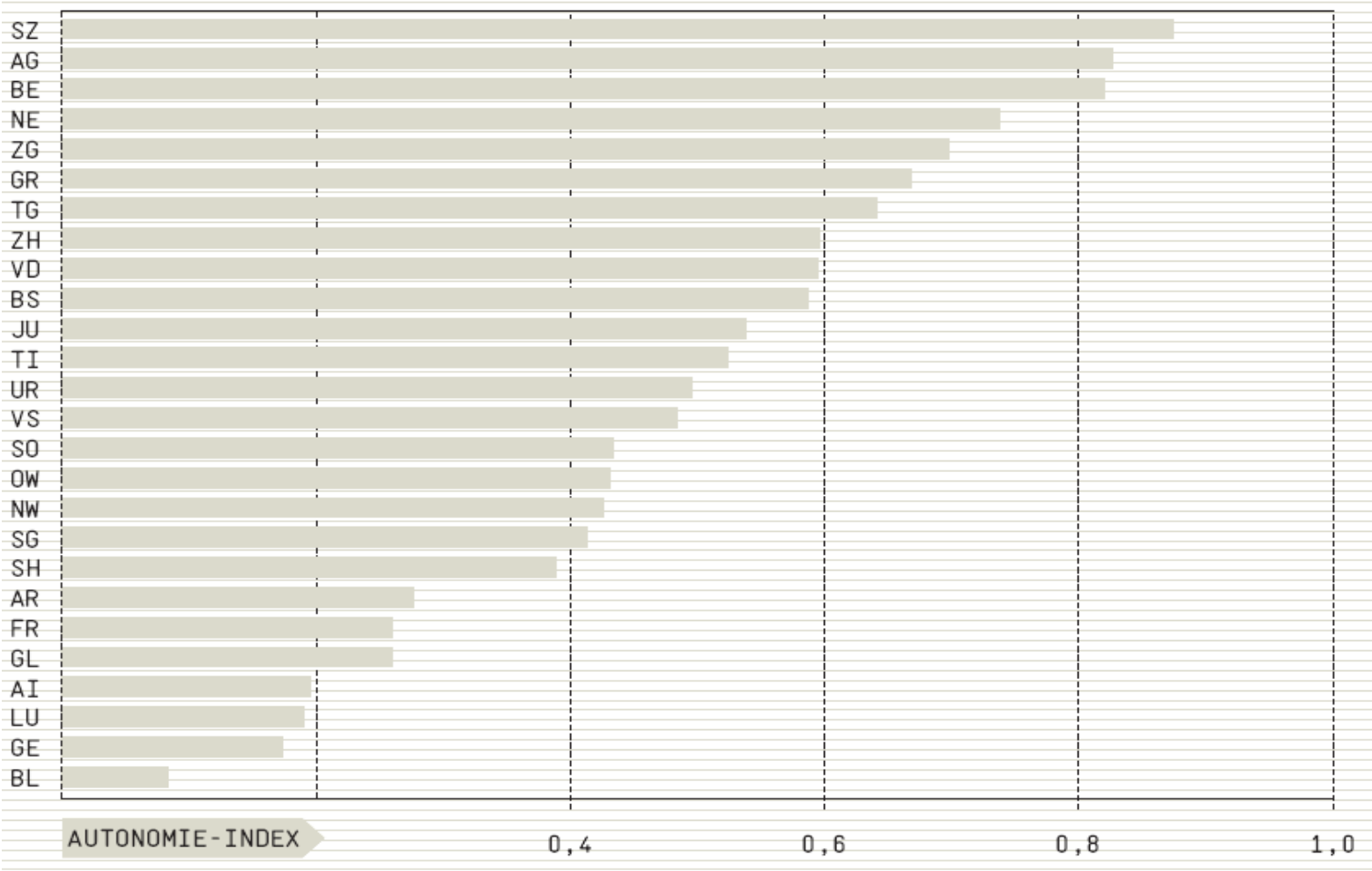
B = gemischt

C = öffentlich-rechtliche Anstellungsverträge

Immobilien
Öffentliche Hand als Vermieterin

	Eigentum an Spitalimmobilien		
	öff. Hand	Spitalbetrieb	
Zentrumsversorgung	21	6	27
Grundversorgung	40	47	87
Spezialkliniken	1	10	11
	62	63	125

Autonomie-Index: Grosse Unterschiede zwischen den Kantonen



Kanton Basel-Landschaft: Ohne formelle keine faktische Autonomie

GOVERNANCE STRUKTUREN

Unternehmensmodell
→ Rechtsform / → Eigentum / → Spitalgruppen

3 Spitäler Teil der Verwaltung (+1 selbst. Anstalt → Uni-Kinderspital beider Basel)

Führungsstruktur
→ Strategische Führung / → operativen Führung

Strategische Steuerung durch Regierungsrat

Finanzierung
→ Betriebskosten / → Investitionskosten / → Kreditaufnahme

Defizitdeckung

Personalwesen
→ Anstellungsverträge / → Bonuszahlungen

Öffentlich-rechtliche Arbeitsverträge, keine Bonuszahlungen

Immobilien
→ Eigentum an den Spitalgebäuden

Gebäude im Kantonseigentum

Kanton Bern: Hohe Autonomie und Fallpauschalen

Konsolidierungsprozess Anfang 2007, Schaffung von Aktiengesellschaften in Kantonseigentum

Betriebskosten über AP-DRG

Investitionen über pauschale Zuschläge

Privatrechtliche Arbeitsverträge

Gebäude im Spitaleigentum

Ein Blick in die Zukunft (I)

- **Ineffizienzen und Überkapazitäten**
  - *Ärztedichte zw. 1980 und 2002* von **2.4 auf 3.6 / 1000 Einw.** (OECD: ca. 2.7)
  - *Akutbettenquote zw. 1980 und 2003* von **7.3 auf 3.9 / 1000 Einw.** (OECD: ca. 3.6, Niederlande ca. 3.2)

- **Versagen der Planmodelle**
  - Verlängerung Ärztestopp nur als Übergangslösung tauglich
  - Spitalplanung wird zunehmend ineffizienter…

Ein Blick in die Zukunft (II)

- **Konsequentere Reformen: mehr Markt als Alternative**
  - Entfall des ***Kontrahierungszwangs*** (vgl. Ansatz NL)
  - ***Qualitätstransparenz***
  - Entkoppelung der Spitäler von politischen Interessen (→ ***Autonomie, monistische Spitalfinanzierung***)
  - Zulassung von ***Parallelimporten*** bei Arzneimitteln

- **Wie werden Spitäler fit für den Markt?**
  - Neue Relevanz von Qualität und Kosten
  - Anpassung der Governance Strukturen → Autonomie
  - Spitalgruppen → Spezialisierung
  - Neue Formen: PPP, Zusammenlegungen, Schliessungen