

H+ Kongress

7. November 2013

Die Grenzen der Ökonomie in der Medizin und für den Patienten

Urs Brügger, Prof. Dr., MSc in HTA

Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) an der
Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW)

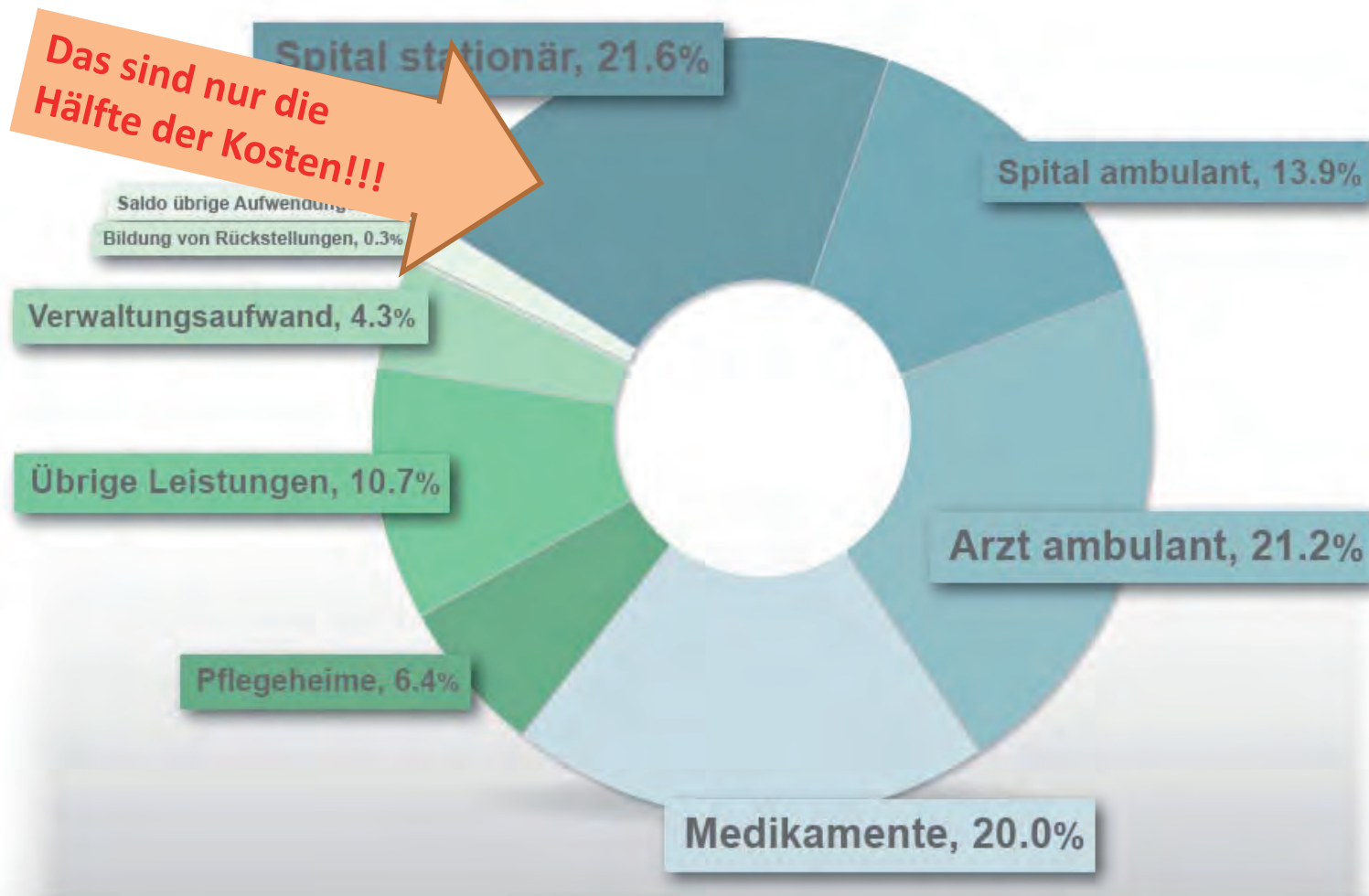
Drei Glaubenssätze

1. „Man kann das Personal nicht mit Geld motivieren.“
2. „Die Ökonomisierung der Medizin stellt das Geld vor den Patienten und vernachlässigt die Gesundheit.“
3. „Die Ökonomisierung der Medizin führt zu ungerechten Resultaten.“

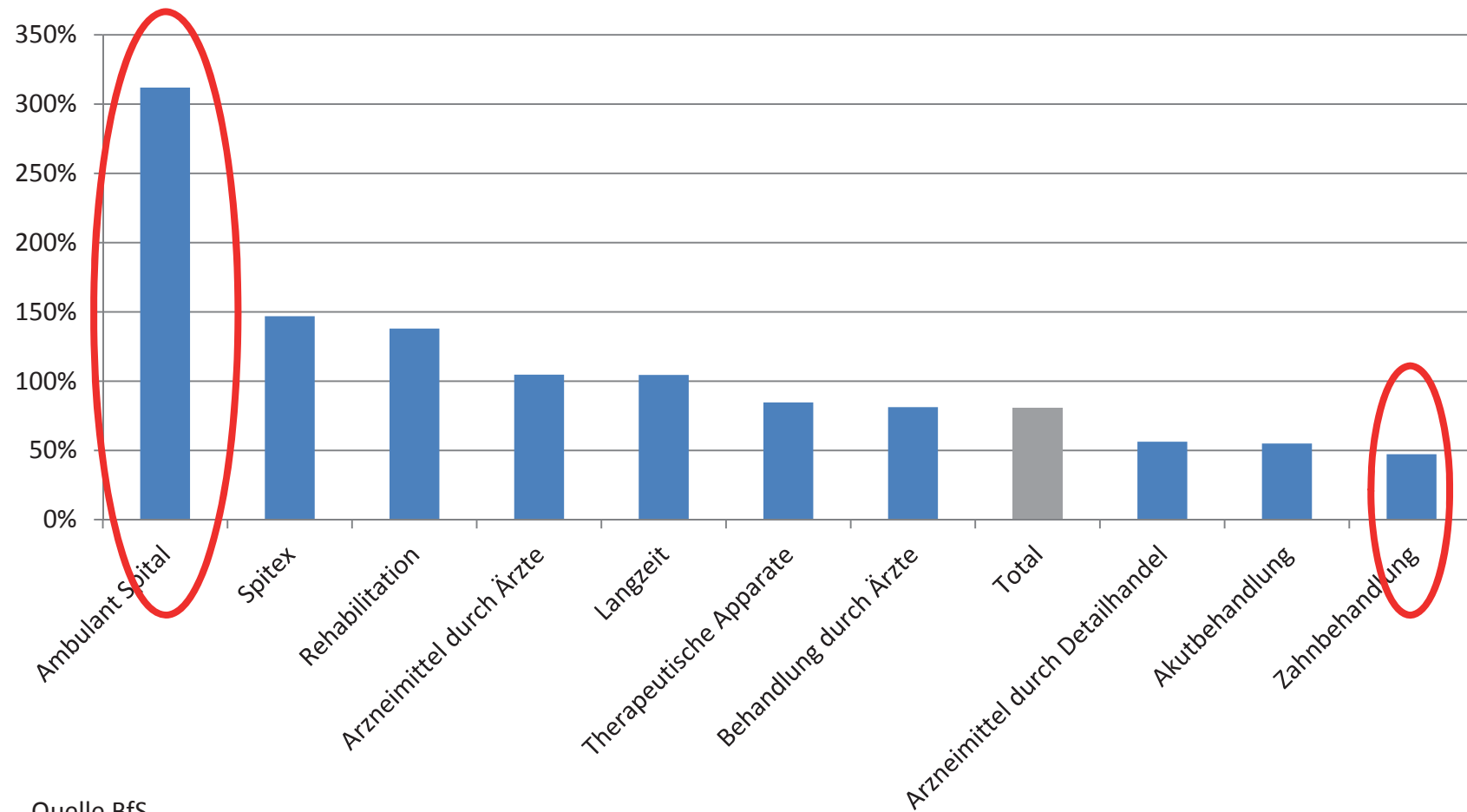
“The OECD and the World Health Organization warn that while the Swiss health system is currently amongst the best in the world, it will need to adapt to deal with increasing costs and rising chronic diseases such as cancer, cardiovascular disease and diabetes.”

Quelle: www.oecd.org

Leistungen der OKP



Prozentuales Umsatzwachstum 1995-2011

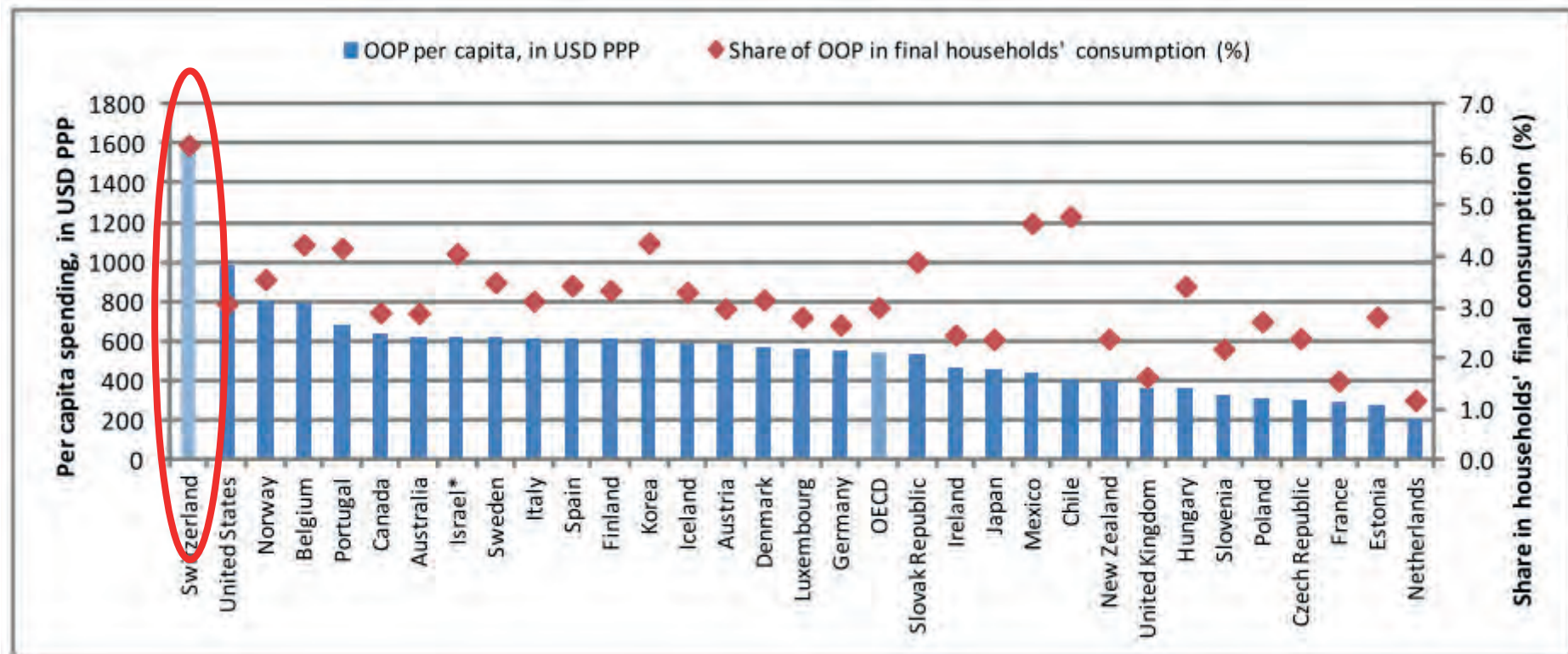


Quelle BfS

Spitäler sind medizinisch top, aber...

- im internationalen Vergleich teuer, treiben Gesundheitskosten und KK-Prämien in gefährliche Höhe!
- Kostenzunahme im ambulanten Bereich muss analysiert werden!
- HTA und Versorgungsforschung für Spitäler werden noch zu wenig angewandt!

Direkte Ausgaben der Haushalte im internationalen Vergleich



Quelle www.oecd.org



Urs Brügger



32

Herausforderungen aus Sicht Bundesrat



Quelle: BAG 2013

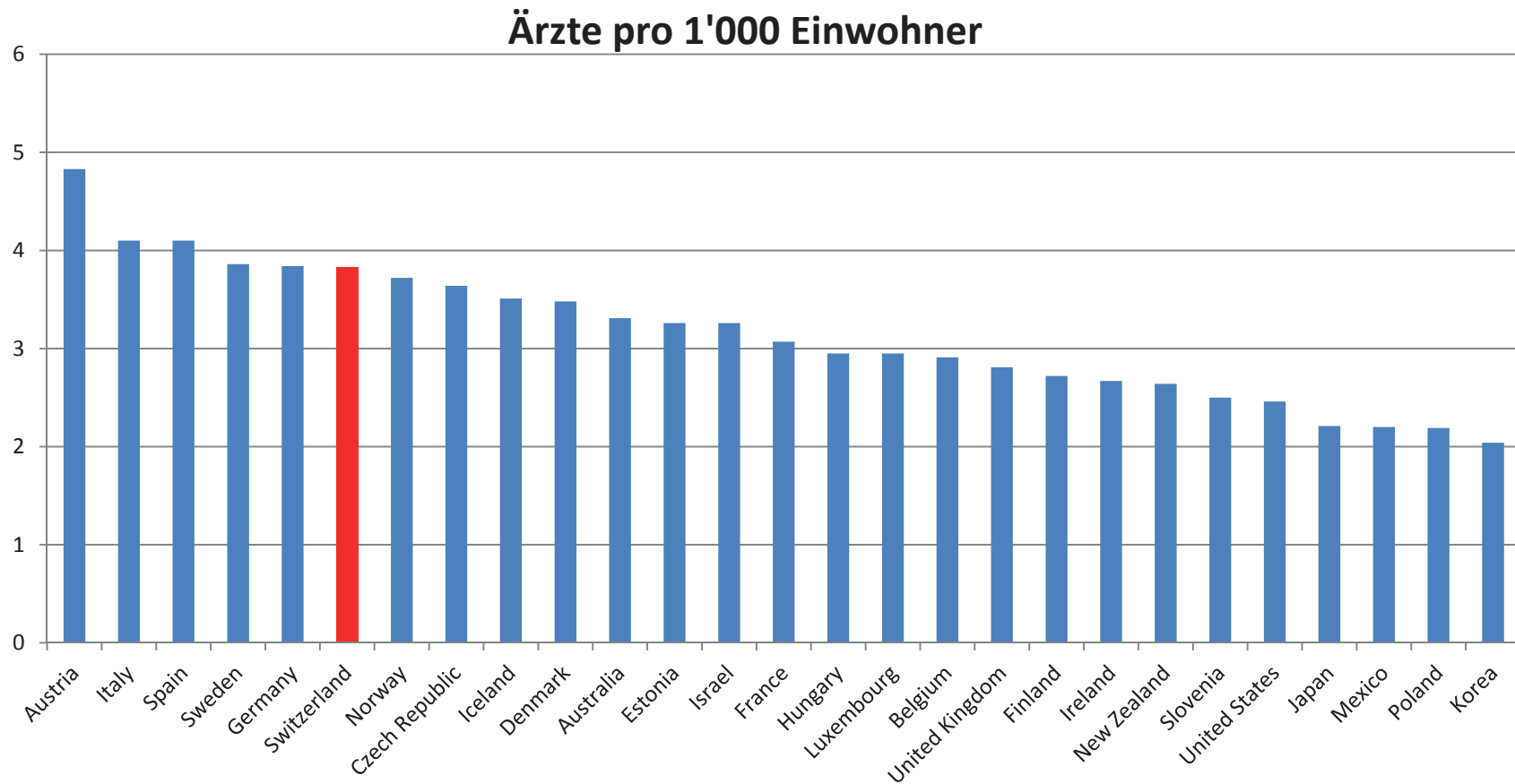
Nachhaltige Medizin

Fünf Problemzonen identifiziert:

1. Nutzen nicht vorhanden
2. Unrealistische Erwartungen
3. Ressourcen an Fachleuten nicht gesichert
4. Finanzielle Ressourcen sind nicht unbegrenzt
5. Falsche Anreize

Quelle: SAMW

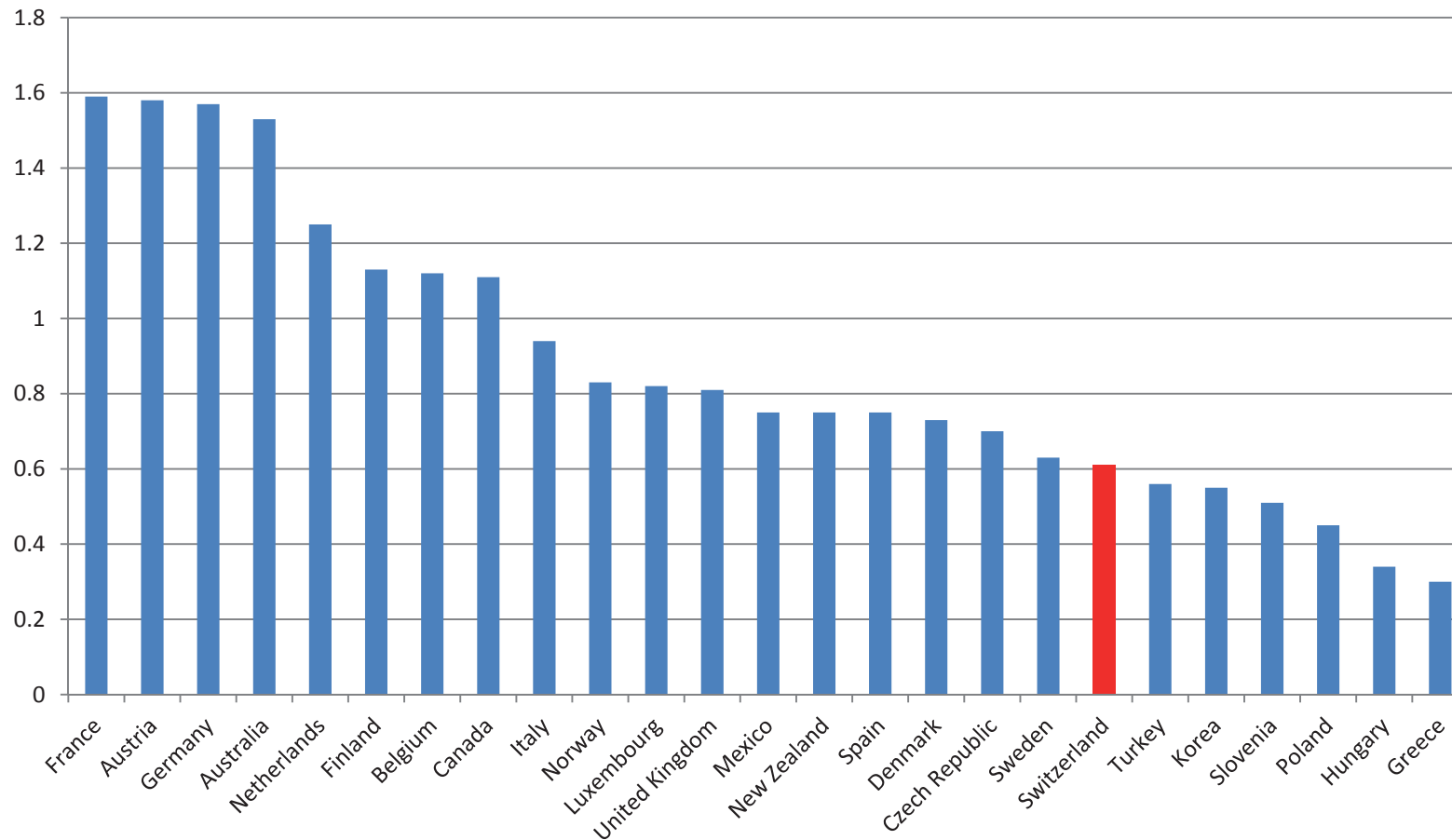
Haben wir einen Ärztemangel?



Quelle OECD Health Data 2011 (2010)

Haben wir einen Hausärztemangel?

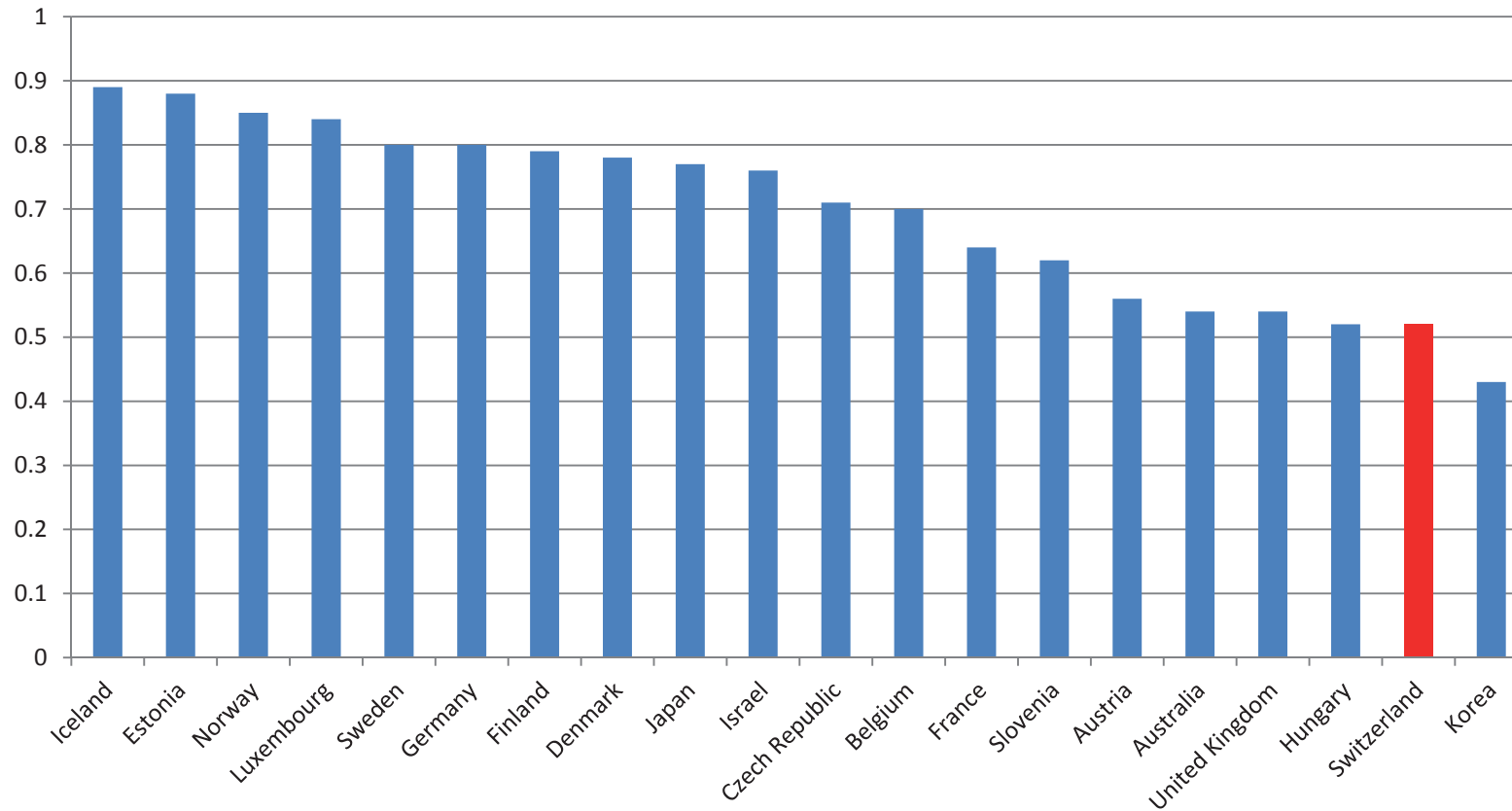
Anzahl Hausärzte pro 1'000 Einwohner



Quelle OECD Health Data 2010 (2009)

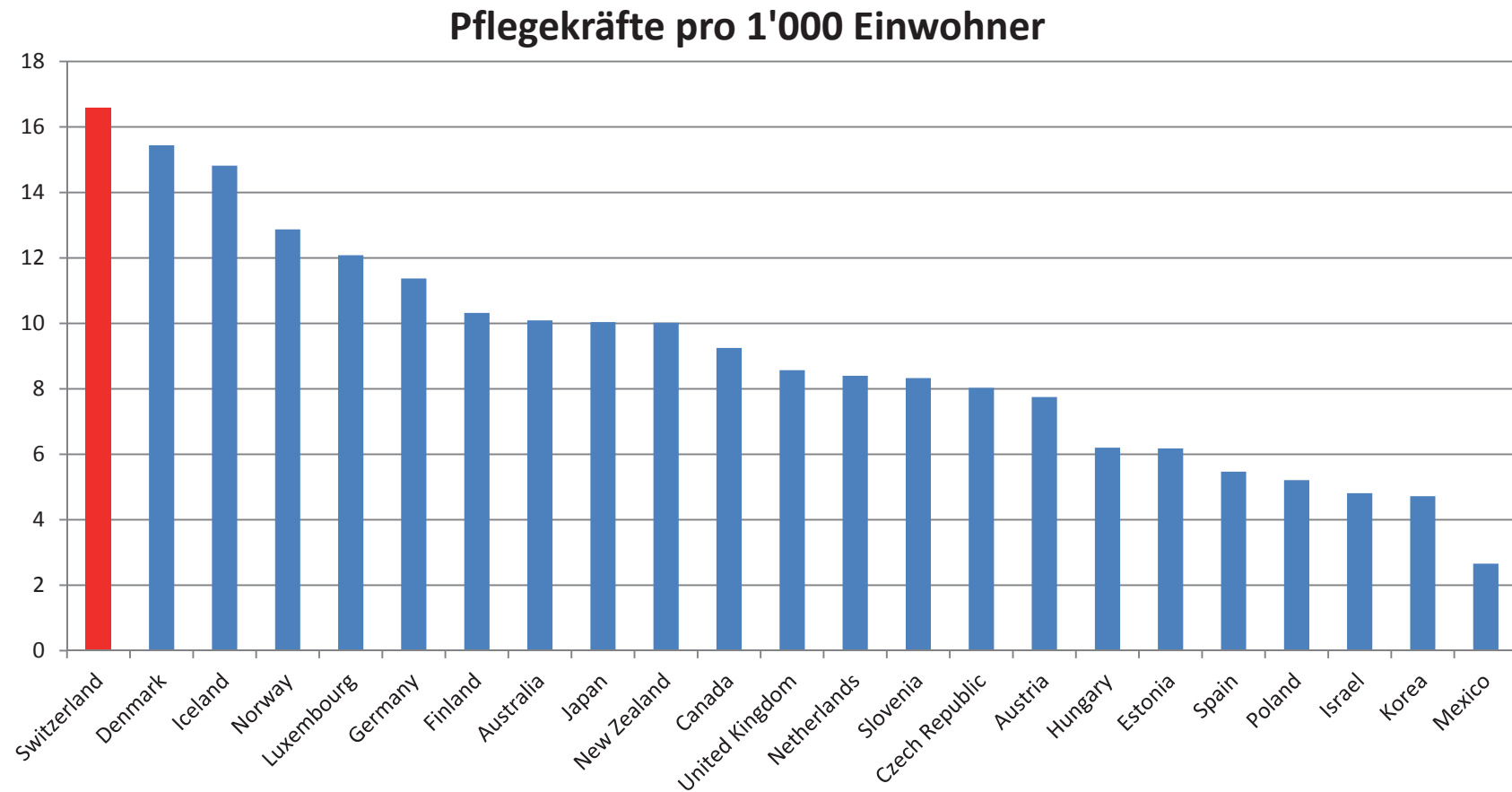
Haben wir einen Zahnärztemangel?

Zahnärzte pro 1'000 Einwohner



Quelle OECD Health Data 2011 (2010)

Haben wir einen Pflegemangel?

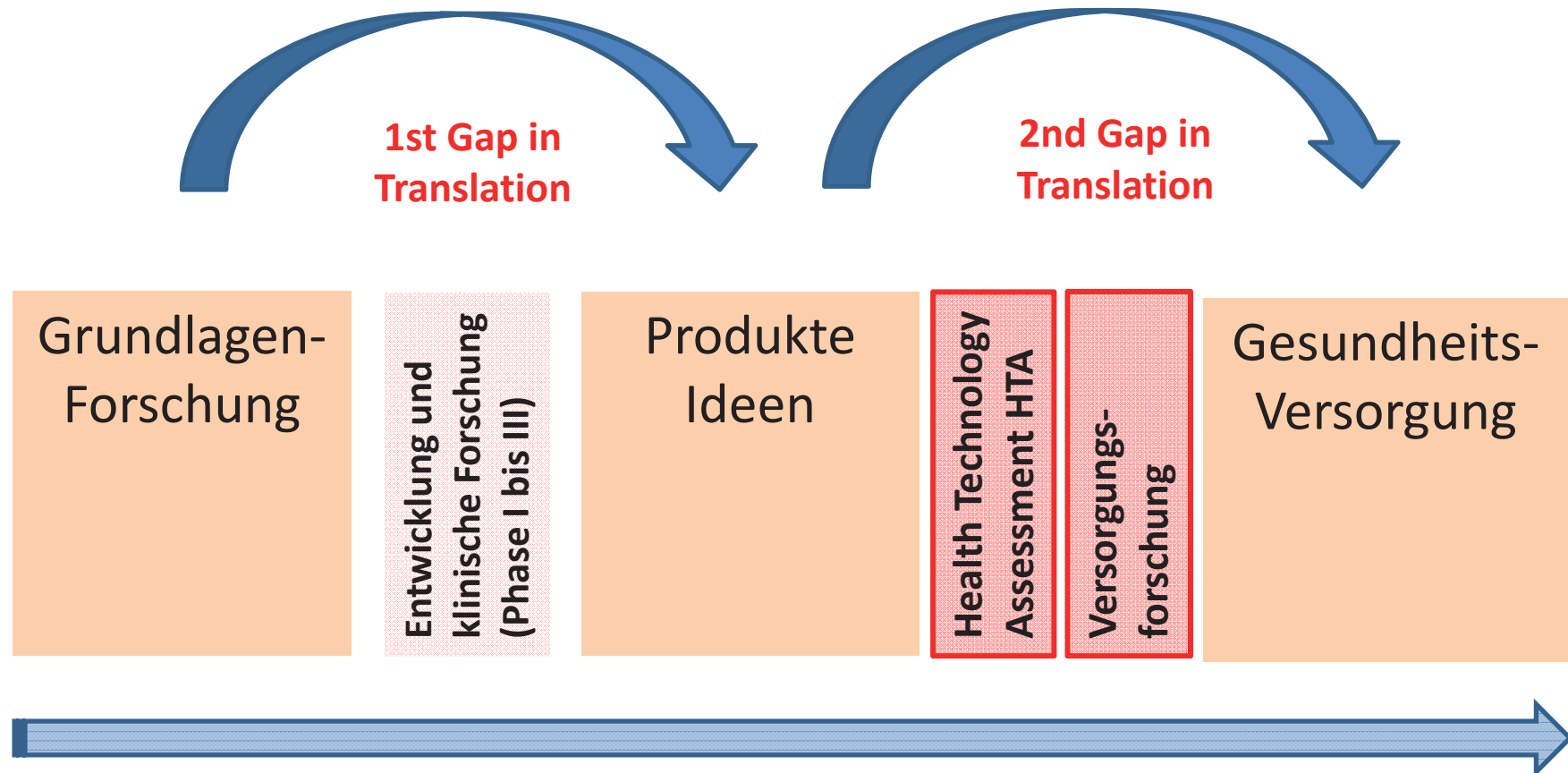


Quelle OECD Health Data 2011 (2010)

«Costly physician time may be employed at specific tasks for which only a small fraction of their training is needed, and which could be performed by others less well trained and therefore less expensive.»

Quelle: Arrow (1963) Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care

Two Gaps in Translation



Quelle: Cooksey Report (2006) angepasst durch UB
für Präsentation am H+ Kongress 2013

HTA und Versorgungsforschung



Beispiel: PSA Test

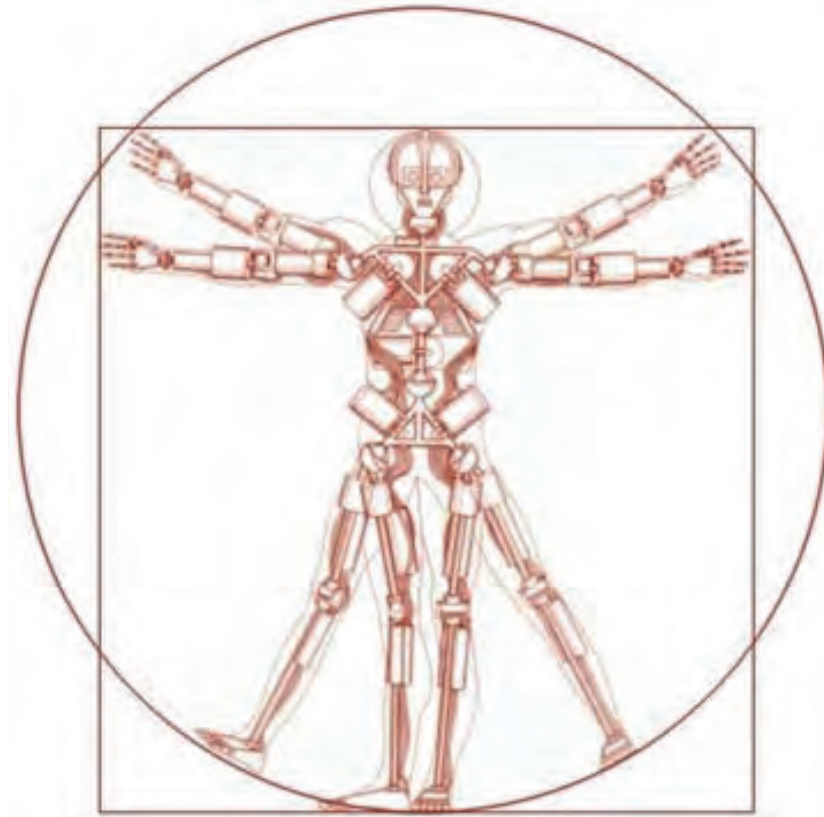
Stellenwert des PSA-Wertes bei der
Früherkennung des Prostatakarzinoms



Bericht vom 31. Oktober 2011

swiss medical board

Beispiel: DaVinci Roboter



Quelle: Springer




DRG-Begleitforschung in Deutschland 2004 - 2010

- ↓ Anzahl Spitäler, Anzahl Betten
- ↓ Stationäre Verweildauer
- ↑ Fallzahlen
- ↑ Ambulante Leistungen
- ↑ Arbeitsbelastung der Pflege
- ↑ Leistungsspezialisierung und -diversifikation
- ↑ Gesamtkosten der Krankenhäuser
- ↑ Stationäre Rehabilitationen
- ↑ Notfallaufnahmen
- ↓ Poststationäre Mortalität

→ ***„Ein direkter Effekt des G-DRG-Systems auf diese Veränderungen kann nicht festgestellt werden!“***

Quelle: Fürstenberg et al. (März 2013) G-DRG Begleitforschung Endbericht des dritten Forschungszyklus 2008-2010

Drei Glaubenssätze

1. „Man kann das Personal nicht mit Geld motivieren.“ 
2. „Die Ökonomisierung der Medizin stellt das Geld vor den Patienten und vernachlässigt die Gesundheit.“ 
3. „Die Ökonomisierung der Medizin führt zu ungerechten Resultaten.“ 

Schlussfolgerung

Wir müssen den «2nd Gap in Translation» schliessen

→ mehr HTA und Versorgungsforschung!!!

Für folgende Fragen:

- *Welche Gesundheitsleistungen lohnen sich?*
- *Wo gibt es Überversorgung/Unterversorgung?*
- *Welche Professionals brauchen wir und wie viele?*
- *Wie wirken finanzielle Anreize?*