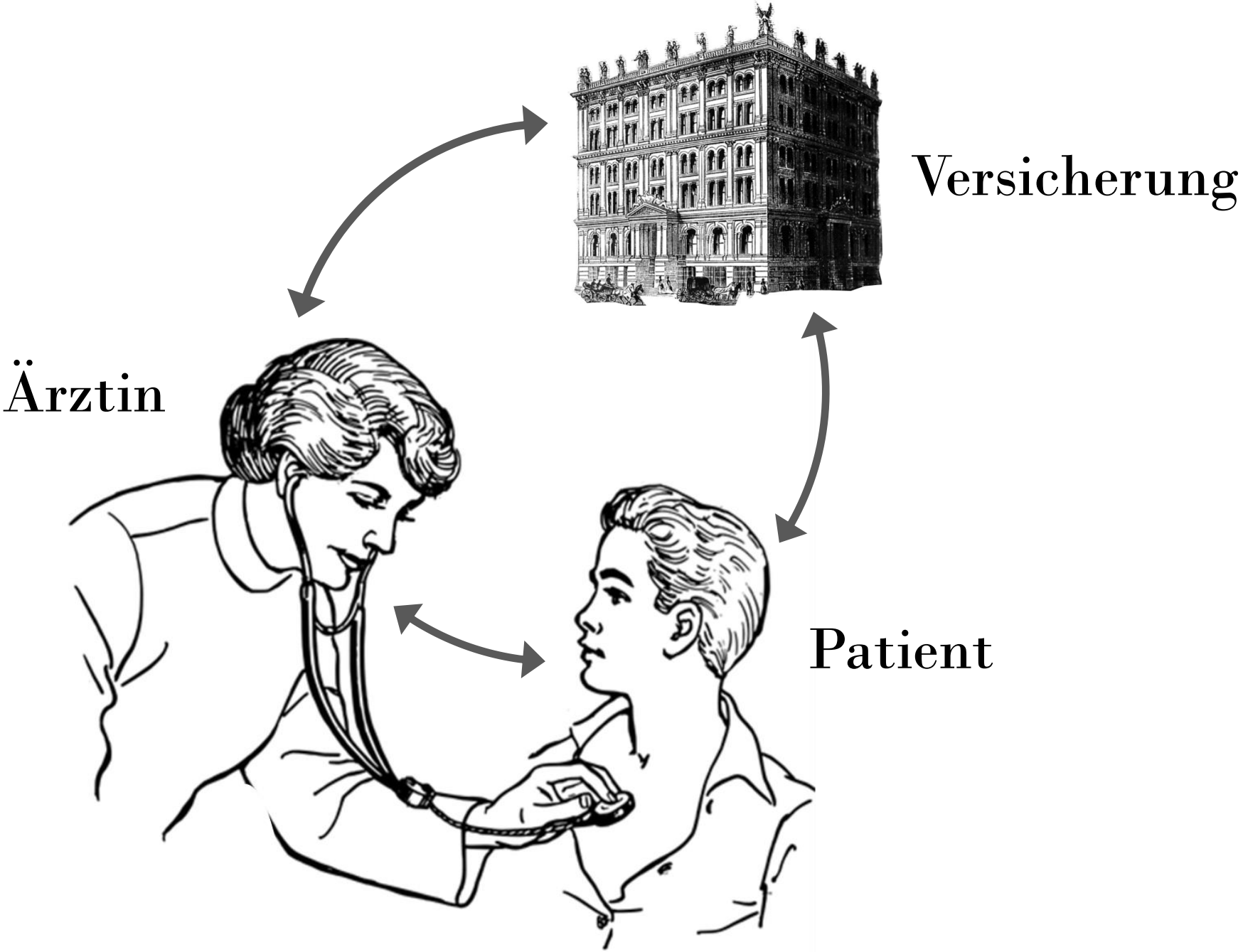
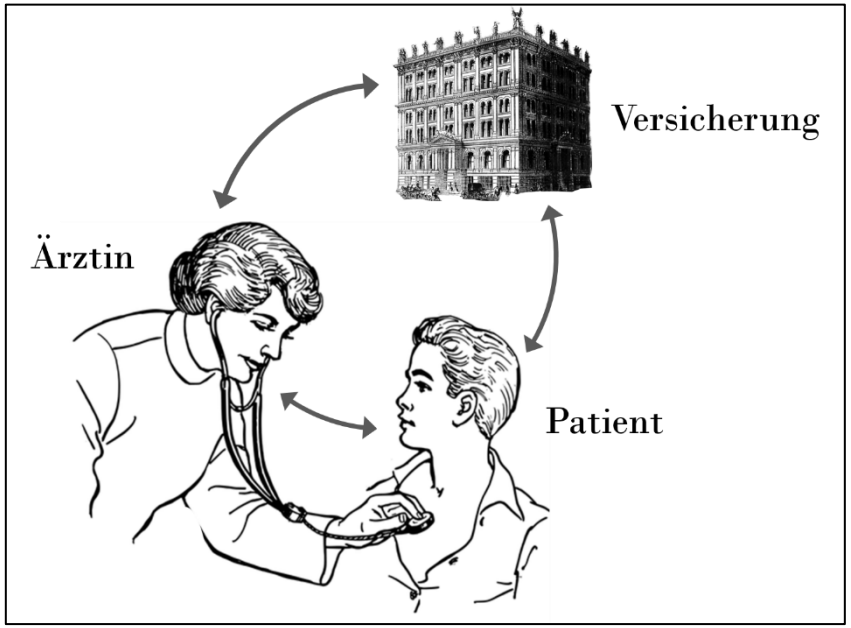
Patient—Arzt—Versicherer: eine schwierige Dreiecksbeziehung

Dr. med. Markus Trutmann
Generalsekretär fmCh

3. SWISS Healthcare Day
Bern, 19. Januar 2017

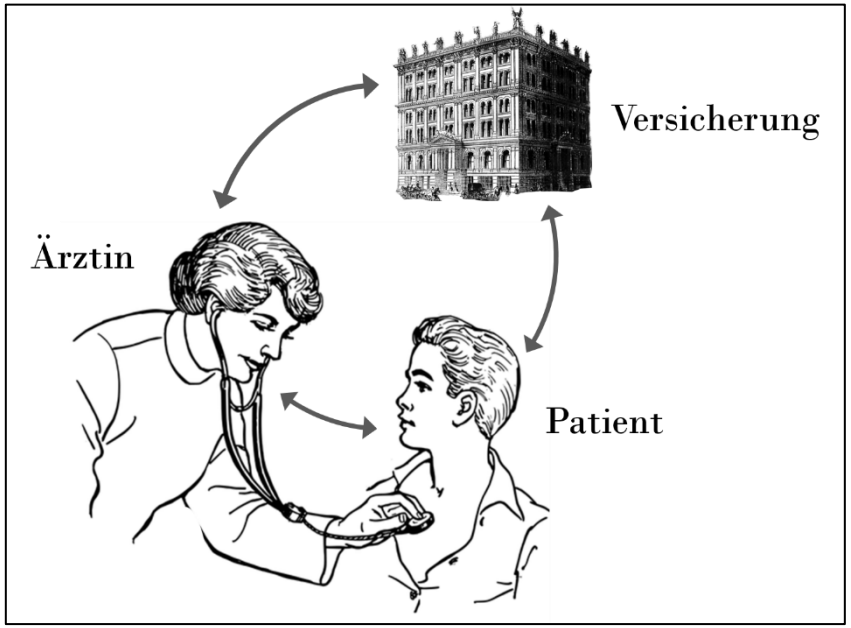

Versicherung
Ärztin
Patient

gewünschter Output



- Solidarität
- gute medizinische Qualität
- tragbare Kosten

gewünschter Output



- Solidarität
- gute medizinische Qualität
- tragbare Kosten

Moral Hazard

<u>Definition</u>:

Das Vorhandensein einer Versicherung verändert das Verhalten des Versicherten:

- Exposition zum versicherten Risiko nimmt zu.

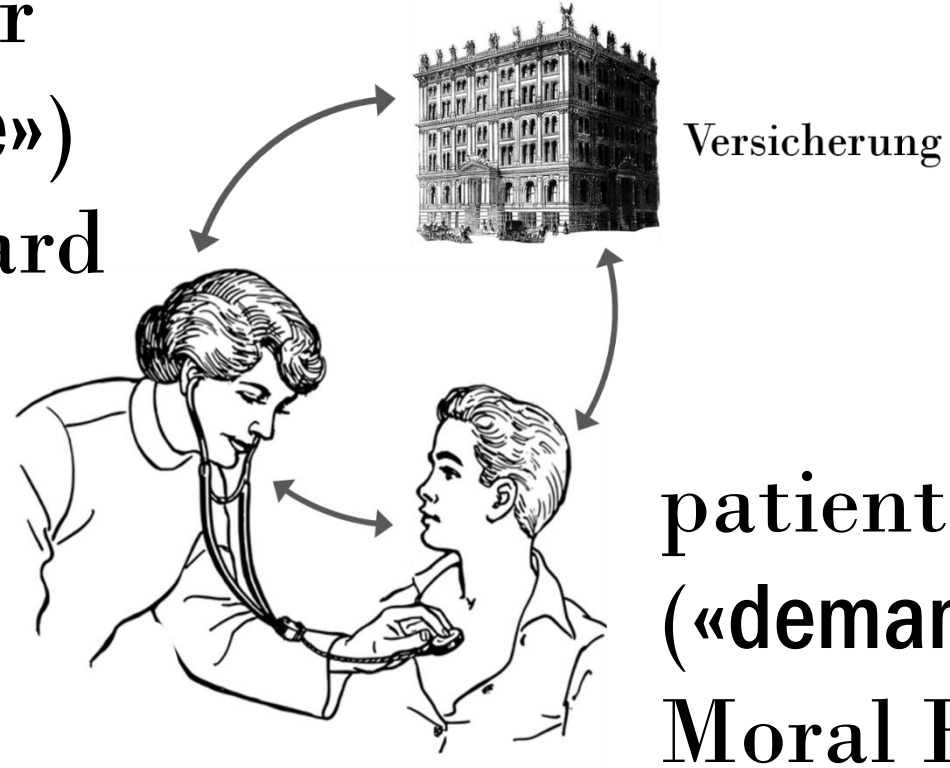
Das Vorhandensein einer Krankenversicherung verändert das Verhalten von Patient und Arzt.

- Je grösser die Versicherungsdeckung, desto höher die Kosten bei Eintreten des versicherten Risikos.

(davon abzugrenzen: Versicherungsbetrug)

Moral Hazard

ärzteseitiger
(«supply side»)
Moral Hazard



patientenseitiger
(«demand side»)
Moral Hazard

Moral Hazard

<u>patientenseitiger Moral Hazard:</u>

- Moral Hazard *ex ante*:
  - Patient betreibt weniger Prävention, geht grössere Risiken ein.
- Moral Hazard *ex post*:
  - «wenn schon, denn schon», gesteigerte Nachfrage
- erwünschter Moral Hazard
- unerwünschter Moral Hazard

Treiber des Kostenwachstums im US-amerik. Gesundheitswesen

medical technology	50%
spread of insurance leading to increased moral hazard	13%
increased incomes leading to heightened demand for services	5%
older population	2%
other factors (administrative expense and rising physi-cian profits)	30%

[1] Technical Review Panel on the Medicare Trustees Reports. Review of the Assumptions and Methods of the Medicare Trustees Financial Projections. Baltimore, Md : Health Care Financing Administration ; 2000. Available at : http ://www.cms.hhs.gov/ReportsTrustFunds/downloads/TechnicalPanelReport2000.pdf

Akademien der Wissenschaften Schweiz
Académies suisses des sciences
Accademie svizzere delle scienze
Academias svizras da las scienzas
Swiss Academies of Arts and Sciences

Effizienz, Nutzung und Finanzierung des Gesundheitswesens

Ineffizienzen	Quantitative empirische Forschung	Ausmass der Ineffizienzen Rein qualitative Schätzungen in Klammern	Grobschätzung der entstehenden Kosten in Mio. CHF pro Jahr
• Angebotsinduzierte Nachfrage	•••	Hoch	1'000 – 2'000
• Mangelnde Koordination	•••	Hoch	3'000
• Moral Hazard	Ex-post: ••• Ex-ante: •	Ex-post:Hoch	Ex post: 2'000

Dipl. Volksw. Judith Trageser [1]
lic. rer. pol. Anna Vettori [1]
Dr. Rolf Iten [1]
Prof. Dr. Luca Crivelli [2,3]

[1] INFRAS, Zürich
[2] Institute of Economics, Università della Svizzera italiana, Lugano
[3] Department of Business and Social Sciences, University of Applied Sciences of Southern Switzerland (SUPSI)

	Ineffizienzen	Quantitative empirische Forschung	Ausmass der Ineffizienzen Rein qualitative Schätzungen in Klammern	Grobschätzung der entstehenden Kosten in Mio. CHF pro Jahr
A	• Angebotsinduzierte Nachfrage	•••	Hoch	1'000 – 2'000
	• Mangelnde Koordination	•••	Hoch	3'000
	• Moral Hazard	Ex-post: ••• Ex-ante: •	Ex-post:Hoch	Ex post: 2'000
B	• Nicht ausgeschöpfte Skalenerträge und technische Ineffizienz	••• •••	(Mittel - Hoch) Mittel	- 700
	• Intransparente und unsystematische Überprüfung der WZW-Kriterien	••	(Mittel)	-
	• Preisregulierung Medikamente	••	(Mittel)	-
C	• Versicherungen (Risikoselektion)	••	(Gering - Mittel)	-
	• Überangebot Spitzentechnologie	••	(Gering)	-
D	• Fehlende personelle Ressourcen	••	Keine Einschätzung möglich	-
	• Fehlende Präventionsangebote	••	Keine Einschätzung möglich	-
	• Unterversorgung einzelner Bevölkerungsgruppen	••	Keine Einschätzung möglich	-
	• Mix ambulante/stationäre Versorgung	••	Keine Einschätzung möglich	-
	• Tarife in der ambulanten und stationären Versorgung	•	Keine Einschätzung möglich	-
	• Mangelnde Qualitätsnachweise	•	Keine Einschätzung möglich	-

Zusätzlich nachgefragte Leistungen

		n	%
Patients ayant demandé au moins une prestation ou service	oui	297	34,3
	non	570	65,7
	total	867	100,0
Patients ayant demandé:			
– des examens diagnostiques		137 (*)	15,8
– un rendez-vous chez un autre médecin		104 (*)	12,0
– une ordonnance pour médicaments		101 (*)	11,6
– un approfondissement ou un séjour dans un établissement de soins		38 (*)	4,4
– un certificat de maladie		75 (*)	8,7

Domenighetti G, Pipitone E. Induction de l'offre de prestations médicales par la demande PrimaryCare 2002;2:241–245.

Zusätzlich erbrachte Leistungen

Acceptation		Refus	Pas d'informations
Totale	Partielle		
75,7%	18,7%	3,9%	1,7%

→ Kosten auf rund 2,7 Milliarden Franken
= 17% der OKP-Ausgaben im Jahr 2000

Domenighetti G, Pipitone E. Induction de l'offre de prestations médicales par la demande PrimaryCare 2002;2:241–245.

begünstigende Faktoren

- patientenseitig

Variables potentiellement explicatives	Odds Ratio (OR)	Interval de Confiance (CI)
Facteurs «de risque»		
Mauvais état de santé subjectif	2.343	1.644 – 3.342
Revenu ≤ fr. 3000.–/mois	1.766	1.138 – 2.736
Visite médicales >2 derniers deux mois	1.693	1.089 – 2.626
Facteurs «de protection»		
Religion protestante	0.654	0.473 – 0.901

- ärzteseitig
  - **Einzelleistungstarif**
  - **Wettbewerb unter Ärzten, v.a. bei grosser Ärztedichte**

Domenighetti G, Pipitone E. Induction de l'offre de prestations médicales par la demande PrimaryCare 2002;2:241–245.

RAND Health Insurance Experiment

Plan	Likelihood of Any Use (%)	Outpatient Expenditures (1991 $)	Face-to-Face Visits	One or More Admissions (%)	Total Expenditures (1991 $)
Free	86.8	$446	4.55	10.3	$982
25%	78.7	341	3.33	8.4	831
50%	77.2	294	3.03	7.2	884
95%	67.7	266	2.73	7.9	679

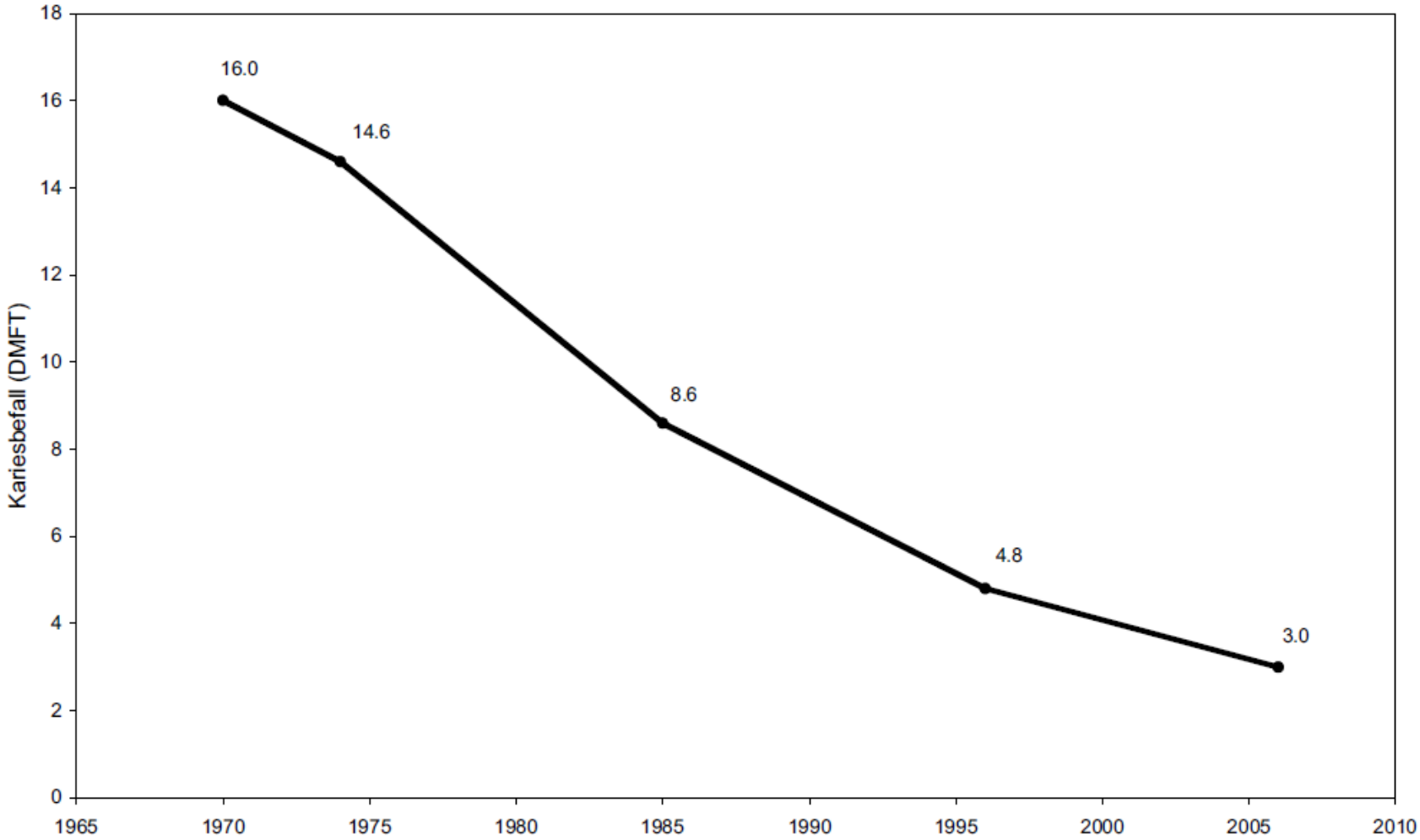
Newhouse, Joseph P., and The Insurance Experiment Group. 1993. *Free for All? Lessons from the Rand Health Insurance Experiment.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

zitiert in: Pauly, Mark V., "The Truth about Moral Hazard and Adverse Selection." (2007). *Center for Policy Research.* Paper 7. http://surface.syr.edu/cpr/7

«Kontrollgruppe» in der Schweiz?

- Zahnmedizin Schweiz
  - Die Ausgaben für zahnmedizinische Behandlungen betragen in der Schweiz rund CHF 400.00 pro Kopf und Jahr.
  - Kostenträger ist zu 94% der Patient.

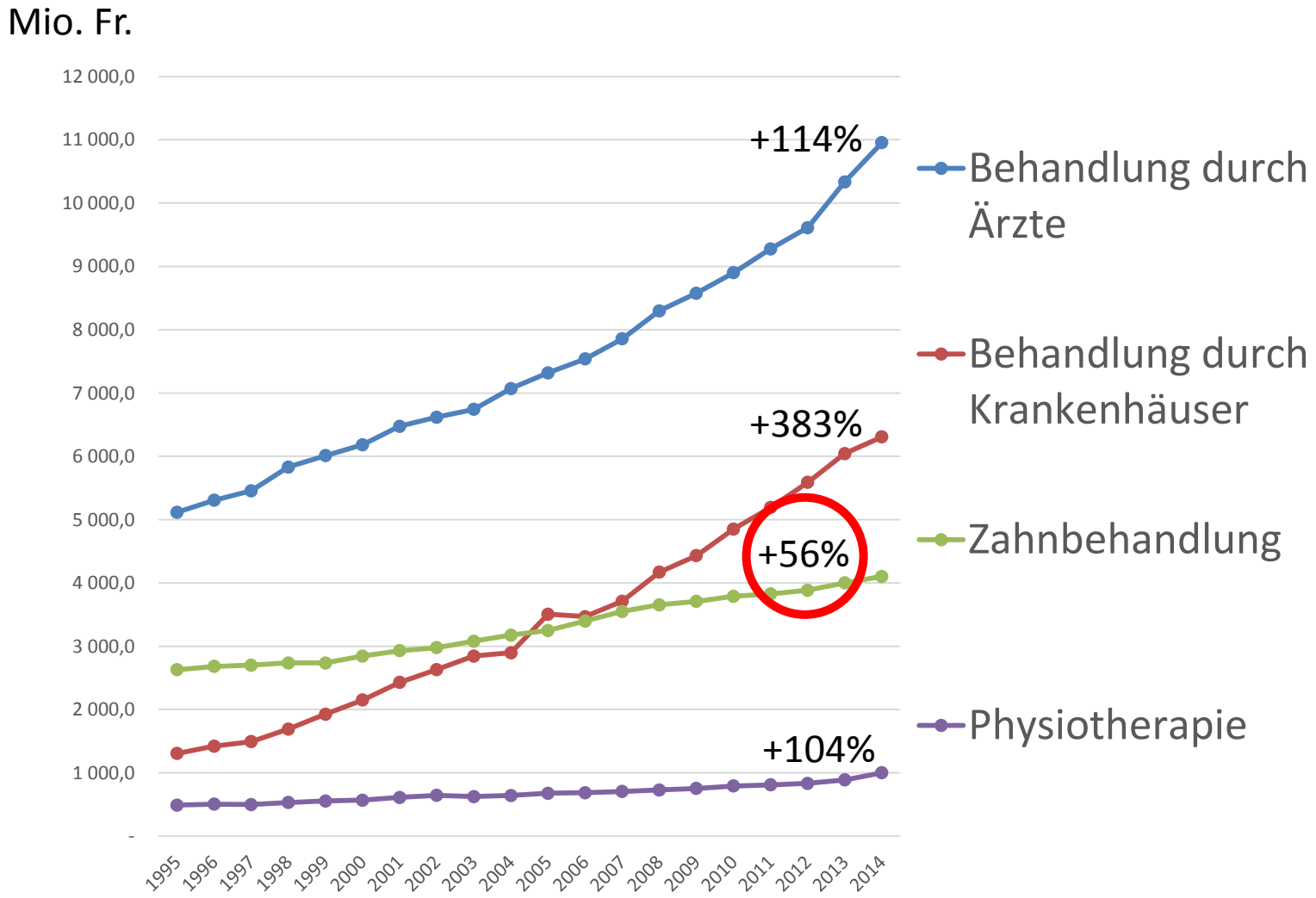
Verlauf des Kariesbefalls bei Schweizer Rekruten 1970-2006



Menghini, Steiner; BFS 2007

Kosten von ambulanten Behandlungen

1995-2014



Quelle: BFS, 27.10.2016

Hypothesen zur Zahnmedizin in der Schweiz

- grosser Präventionserfolg,
  weil Moral Hazard *ex ante* reduziert;
- moderate Kostenentwicklung,
  weil Moral Hazard *ex post* reduziert.

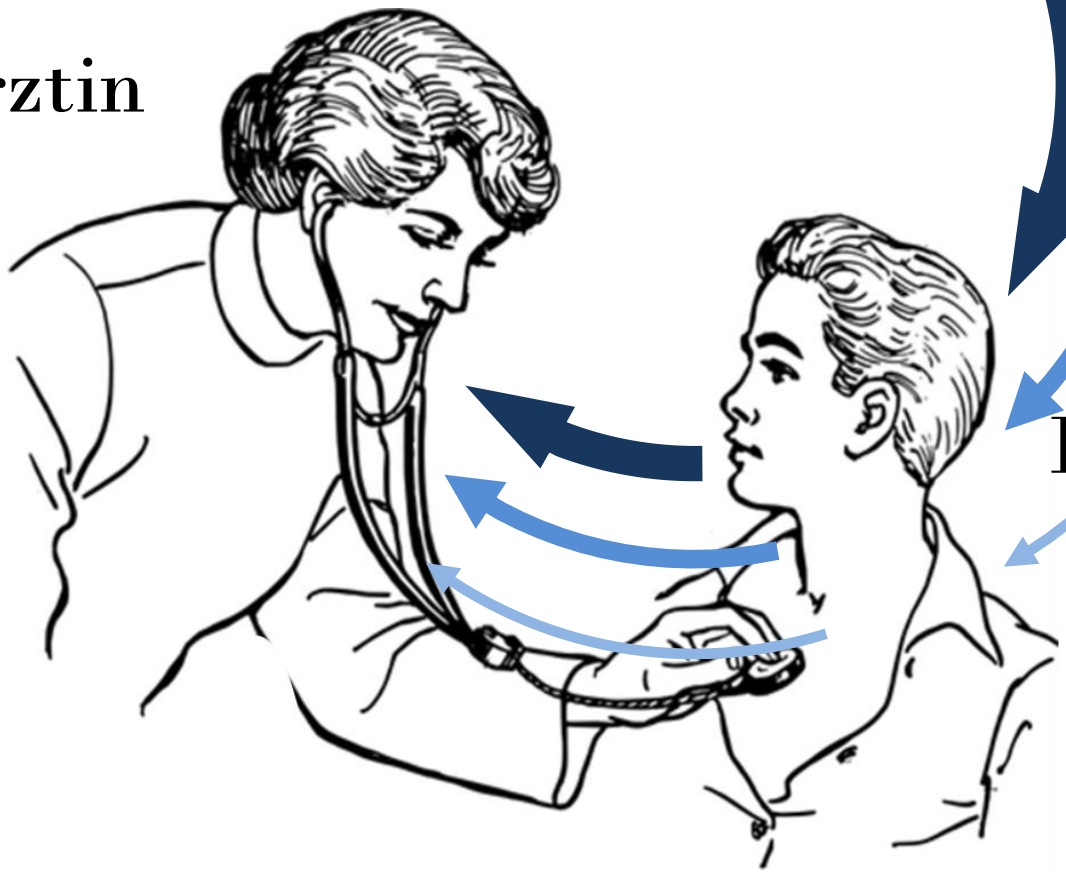
Allfällige Folgen einer obligatorischen Zahnschadenversicherung

- Qualitative und qualitative Übertherapie (zu grosse, zu viele Restaurationen);
- Vernachlässigung der Prävention;
- Sinkendes Eigenverantwortungs-Bewusstsein von Zahnarzt und Patient;
- Kostensteigerung.

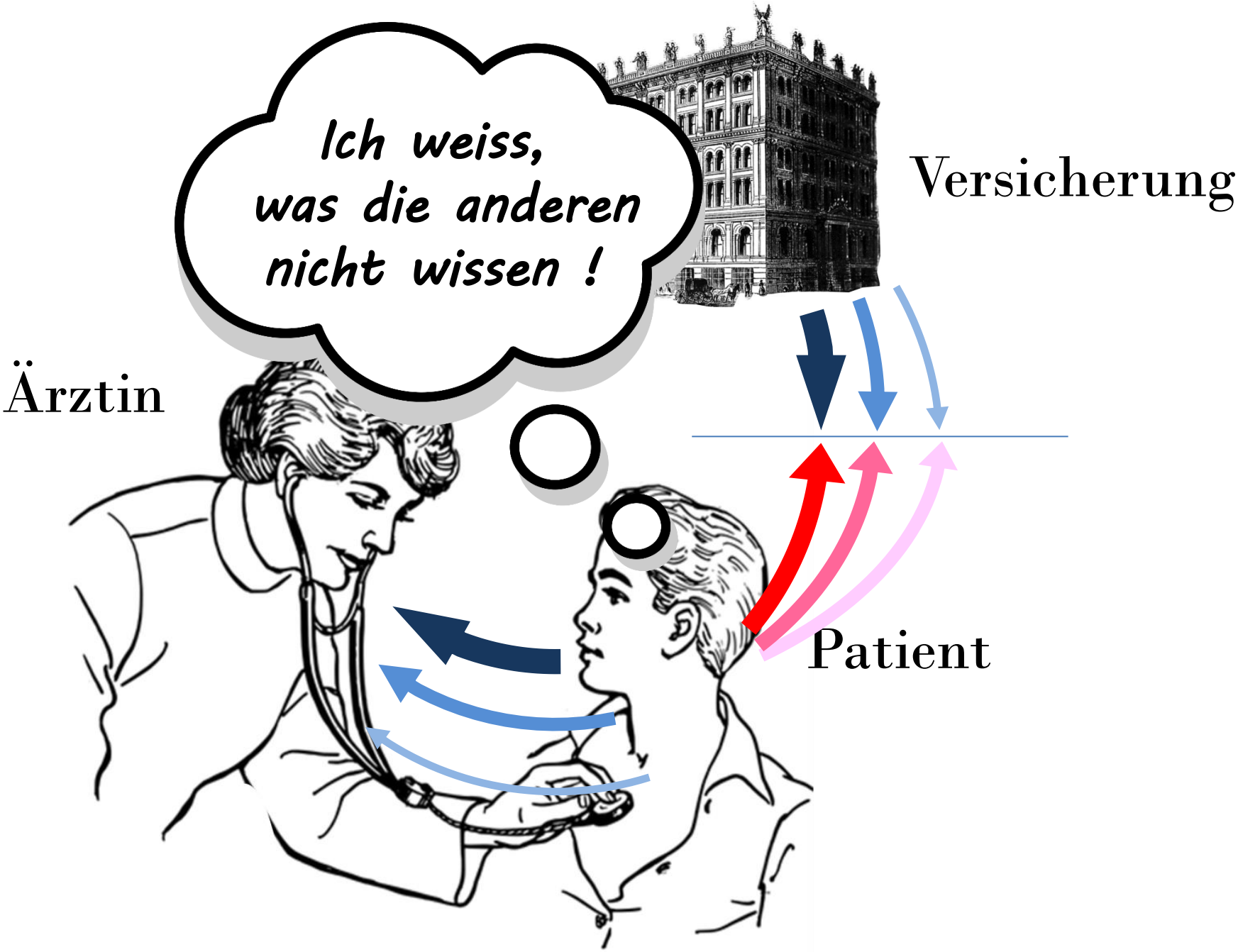
Imfeld, T (2008). Zahnmedizin Schweiz - weiterhin im Dienst der oralen Gesundheit? Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin, 118(10):1016-1021.

Versicherung

Ärztin



Patient


Ich weiss,
was die anderen
nicht wissen !
Versicherung
Ärztin
Patient

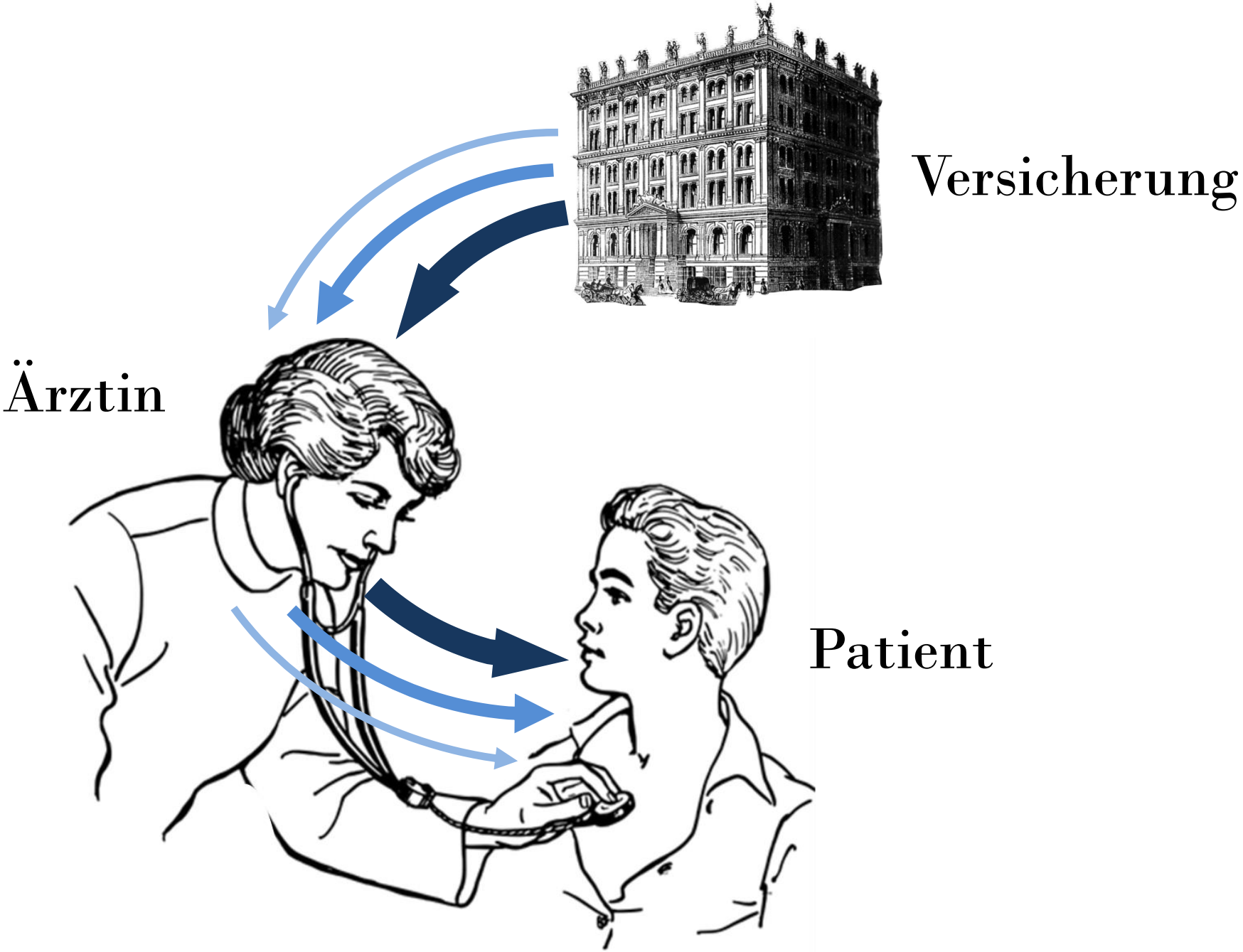
Anteile an Moral Hazard und Selektion

Deductible	*230*	*400*	*600*	*1 200*	*1 500*
Observed expenditures	3 474	2 648	1 872	1 327	614
Difference with deductible 1 500	2 860	2 034	1 258	713	0
Decomposition					
Incentive effect	697	521	306	62	
Selection effect	2 163	1 513	952	651	

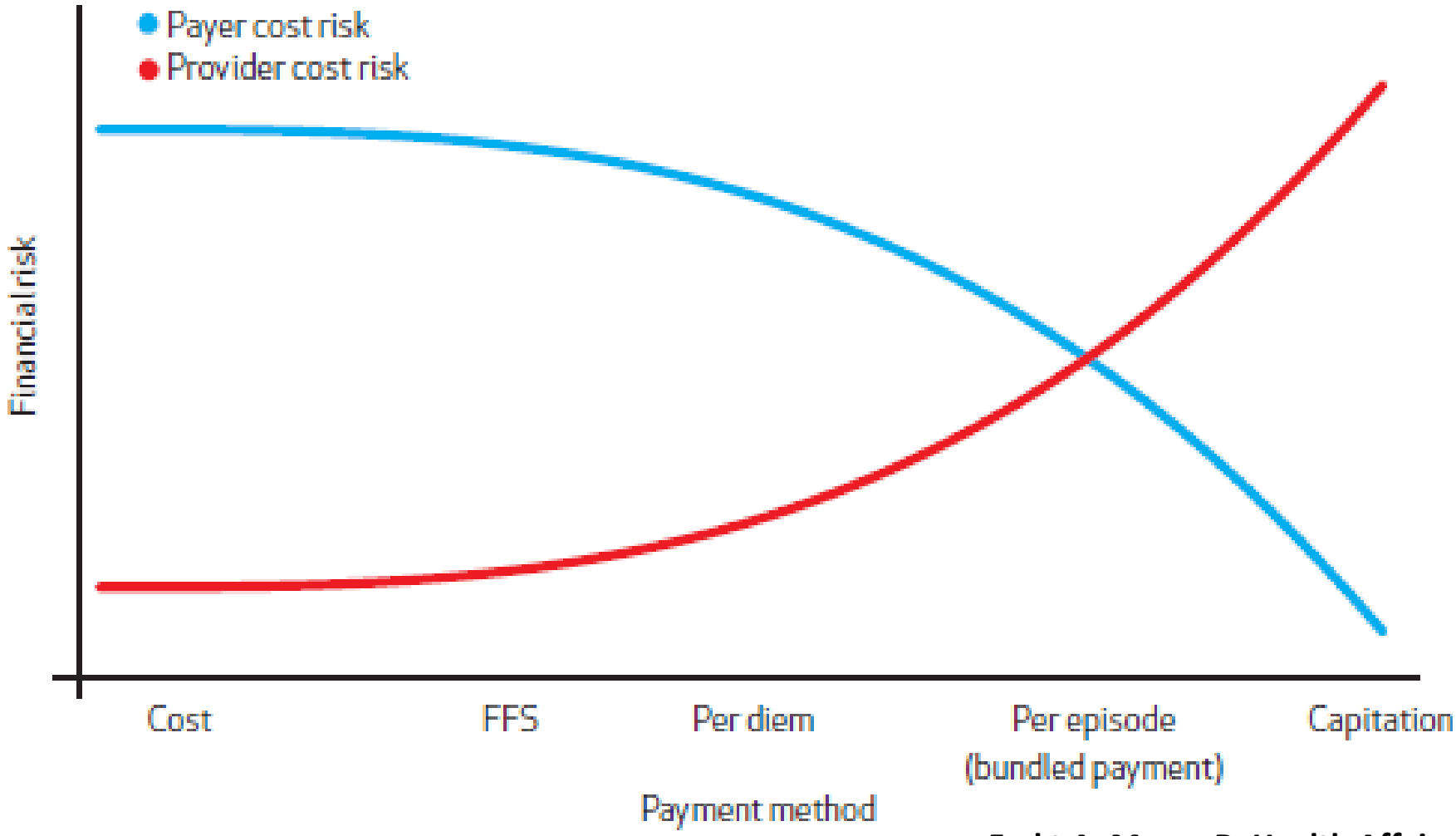
Lucien Gardiol, Pierre-Yves Geoffard, Chantal Grandchamp. Separating selection and incentive effects in health insurance. PSE Working Papers n2005-38. 2005. <halshs-00590713>

Wieviel Kostenbeteiligung ist richtig?

- Keine allgemeingültige Regel
- Kostenbeteiligung dem Entdeckungsverfahren zwischen Versichertem und Versicherer überlassen
  - Ausnahme: low-income high-risk people (Mark Pauly)
- Gestaltungsfreiheit bei Versicherungsverträgen
- politische Steuerung nur begrenzt sinnvoll


Versicherung
Ärztin
Patient

Verteilung des finanziellen Risikos zwischen Kostenträger und Leistungserbringern, je nach Vergütungsart



Frakt A, Mayes R. Health Affairs 2012;31(9):1951-1958.

Balgrist-Chefarzt Christian Gerber (64) rechnet ab

«Die Politik verteuert die Medizin willentlich!»

ZÜRICH - In der Schulter- und Ellbogenchirurgie ist Christian Gerber Weltklasse. Im BLICK-Interview sagt der Balgrist-Chef, wie seine Fussballer-Karriere in die Brüche ging, warum Roboter schon wieder vorbei sind und wie er die Kostenexplosion im Gesundheitswesen stoppen würde.

Welche weiteren Gründe gibt es für die Kostenexplosion?

Die Anreize stimmen nicht. Wir haben wahrscheinlich eine Milliarde für die Einführung des neuen, ambulanten Abrechnungssystems Tarmed ausgegeben. Nichts ist dadurch billiger geworden. Die wichtigste Folge ist, dass die Ärzte jetzt alle erbrachten Leistungen verrechnen können. Das führt dazu, dass Dinge gemacht werden, die gar nicht nötig wären, aber Geld bringen.

ambulanter Pauschaltarif: die richtige Balance!

- bei häufig durchgeführten Leistungen problemlos (80—20—Regel)
- hat einen kostendämpfenden Effekt
- fördert unternehmerisches Denken
  - richtige Anreize, z.B. EPD
- ist mit Qualitätsstandards hinterlegbar
- fördert die «Ambulantisierung des Gesundheitswesens» (siehe Gutachten PwC)

… und die Moral in dieser Geschichte?

Max Giger

Bernhard Egger

- Die gerechte Erbringung von Gesundheitsleistungen ist zum Problem geworden.
- Das ärztliche Handeln wird zunehmend durch patientenfremde Interessen korrumpiert.
- Ärzte lassen sich vertraglich vermehrt auf wirtschaftliche Leistungssteigerung fixieren, ja, sie nehmen gar Kickbacks an für Überweisung von Patienten.

Ein Eid für heutige Ärztinnen und Ärzte

- ich betreibe eine Medizin mit Augenmass und empfehle oder ergreife keine Massnahmen, die nicht medizinisch indiziert sind;
- ich setze die mir zur Verfügung stehenden Ressourcen wirtschaftlich, transparent und gerecht ein;
- ich nehme für die Zuweisung und Überweisung von Patienten keine geldwerten Leistungen entgegen;
- ich gehe keinen Vertrag ein, der mich zu Leistungsmengen, zu nichtindizierten Leistungen oder zu Leistungsunterlassungen nötigt.

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

Dr. med. Markus Trutmann
Generalsekretär fmCh
Geschäftsführer fmCh Tarifunion
Bahnhofstrasse 20/22
CH-2502 Biel / Bienne
E-Mail: markus.trutmann@fmch.ch
Web: www.fmch.ch