



Neuchâtel, Oktober 2017

Synthesestatistik Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens

Revision 2017: Perspektiven, Konzepte und Methoden zur Förderung einer modular-dynamisierten Weiterentwicklung der Statistik

Die Statistik Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens liefert Informationen zu den gesamten Gesundheitskosten des Gesundheitswesens der Schweiz. Die Darstellung des Gesamtbildes ist ein Alleinstellungsmerkmal. Mittels einer 2017 vorgenommenen Revision ist eine Verbesserung von Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Statistik realisiert worden. Zudem wurden die Voraussetzungen für eine weitere Verbesserung der Datenqualität geschaffen.

1 Die Statistik Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens

Das wichtigste Ergebnis der Statistik Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens ist eine einzige Zahl: die Höhe der Gesamtkosten von 77,8 Milliarden Franken in 2015. Keine andere Statistik kann diesen wichtigen Indikator herleiten, denn an anderer Stelle werden jeweils nur Aussagen über Teilbereiche des Gesundheitswesens getroffen.

Das Niveau der Gesamtkosten ist einerseits bedeutend für die Makroallokation (Wachstum sowie Verhältnis des Gesundheitswesens zum BIP), andererseits wichtig als Belastungsindikator für die Bevölkerung und deren besonderes Gewicht erhält die Statistik vor allem auch als Steuerungssignal für Verschiebungen, zum Beispiel

- zwischen den einzelnen Finanzierungsträgern (darunter in Milliarden Franken: Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP): 27, Staat: 14, Selbstzahlungen: 22, Sonstige: 14)
- zwischen den einzelnen Leistungserbringern, resp. deren Leistungen (z.B. stationär und ambulant).

Diese Verschiebungen ergeben sich einerseits aus der Umsetzung gesetzlicher Vorgaben und andererseits aus Aktionen und Reaktionen der (Markt-) Teilnehmenden, aber auch der Patientinnen und Patienten. Da sich alle Akteure des Gesundheitswesens in ständiger Bewegung befinden und sich weiterentwickeln, muss auch die Statistik, die versucht, das Gesamtbild zu zeichnen, angemessen weiterentwickelt werden.

Die vorliegende Publikation beschreibt diese Weiterentwicklung, die 2017 mit einer Revision umgesetzt wurde. Dazu werden zuerst die Ziele und Rahmenbedingungen der Statistik dargestellt (Kapitel 1), die in ihrer priorisierten Reihenfolge ebenfalls variabel sind. Auf der Basis einer Analyse des Status Quo und der Umweltentwicklungen wurden die Perspektiven entwickelt, die die konzeptuellen Veränderungen im Aufbau, der Struktur und der Handhabung erst ermöglichen. Danach wird auf die Methodik der Handhabung sich verändernder Datenquellen und deren Bedeutung für den Aufbau und die technischen Grundlagen der Statistik eingegangen (Kapitel 2). Transparenz und Nachvollziehbarkeit – und damit die Möglichkeit, einen Dialog zwischen Datenproduzenten und -nutzern zu ermöglichen – spielten bei diesen konzeptuellen Überlegungen eine besondere Rolle. Deren Umsetzung wird dann (Kapitel 3) ausdifferenziert und detailliert dargestellt und die zukünftige rollende Weiterentwicklung der Statistik vorgestellt. Zum Abschluss (Kapitel 4) werden die wichtigsten Ergebnisse, die sich aus der Revision ergeben, aus nationaler und internationaler Perspektive betrachtet.

1.1 Ziel der Statistik

Die Statistik Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens hat den Zweck, den Zustand und die Entwicklung des Gesundheitswesens über die Finanzströme zu beschreiben, die grössten-teils über den Bereich der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) hinausgehen. Sie ist dazu geeignet, folgende gesundheitspolitische Fragen zu beantworten:

- Wie hoch ist das Total der Gesundheitsausgaben?
- Auf welche Segmente des Gesundheitswesens teilen sich die Ausgaben auf?
- Bei welchen Leistungserbringern fällt welches Volumen der Ausgaben an? Wie hoch sind z. B. die Ausgaben für Krankenhäuser?
- Für welche Leistungen verrechnen sie diese Ausgaben? Wie hoch sind z. B. die Verwaltungsausgaben des Gesundheitswesens?
- Welche Finanzierungsregimes übernehmen die Kosten? Wie hoch sind z. B. die Ausgaben der Selbstzahlungen der Haushalte?

Die Segmente des Gesundheitswesens werden über die Klassifikation der Dimensionen Leistungserbringer, Leistungen und Finanzierung definiert. Die Granularität der Klassifikation kann dabei grösser oder kleiner sein, hat aber keinen Einfluss auf die Vollständigkeit der Statistik. Die Vollständigkeit der Statistik ist auch gewährleistet, wenn das Gesamtniveau von derzeit 77,8 Milliarden Franken Gesundheitskosten überhaupt nicht in Segmente unterteilt wäre. Aber auch schon mit wenigen Segmenten lassen sich die wichtigsten Aussagen ableiten (vgl. Tabelle 1):

Gesundheitsausgaben nach Leistungserbringer und Finanzierungsregime (vereinfacht) T 1

Leistungserbringer	Finanzierungsregime				Σ (Summe)
	Staat	OKP	Selbstzahlungen	sonstige	
Krankenhaus	9 305	11 182	2 279	4 381	27 148
Sozialmedizinische Einrichtungen	3 098	1 724	4 239	3 579	12 640
Arztpraxen	–	7 461	6 464	1 501	15 427
sonstige	1 470	7 131	9 105	4 833	22 539
Σ (Summe)	13 873	27 499	22 087	14 295	77 754

© BFS 2017

Für die Schweiz wird so unmittelbar sichtbar, dass die Obligatorische Krankenpflegeversicherung nur 27 Mrd. der 78 Mrd. Franken Gesundheitskosten finanziert (35,4%), während die Selbstzahlung, inkl. Kostenbeteiligung KVG, mit 22 Mrd. Franken fast genauso hoch ist.

Auch eine Verknüpfung mit wichtigen Legislaturindikatoren der Bundeskanzlei ist leicht möglich: Sind sowohl das BIP (653'735 Mio. Franken im Jahre 2015) als auch die Bevölkerungszahl

(8,282 Mio.) bekannt, so lassen sich das Verhältnis von Gesundheitskosten und BIP sowie die Gesundheitsausgaben pro Kopf und Monat einfach herleiten:

- Verhältnis von Gesundheitskosten zum BIP von 11,9%

$$\frac{77'754}{653'735} = 11,9\%$$

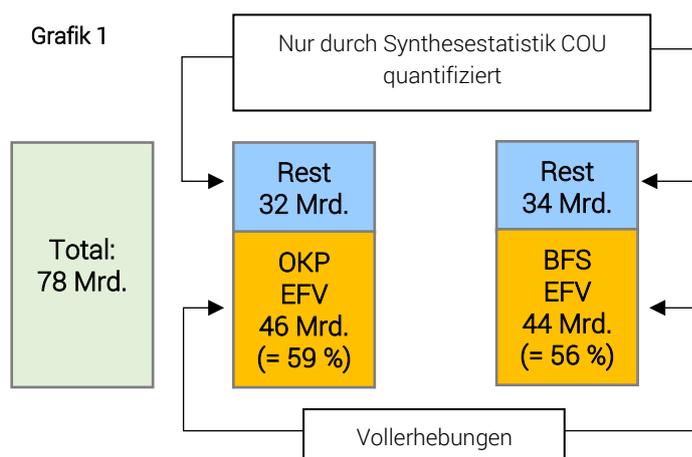
- Ausgaben pro Kopf und Monat von 782 CHF

$$\frac{77'754}{8'282} * \frac{1}{12} = 782 \text{ CHF}$$

1.2 Alleinstellungsmerkmal der Statistik

Die Statistik Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens erschöpft sich nicht in der Aufsummierung und Auswertung von Vollerhebungen sowie deren Zusammenschau. Das wäre auch gar nicht möglich, denn im Vergleich zu anderen Ländern, wie etwa Deutschland, die über umfangreichere und integrierte Primärerhebungen im Gesundheitsbereich wie beispielsweise mit einer Güter- und Wertschöpfungsstatistik verfügen, ist die Datenerhebung in der Schweiz weit weniger ausgedehnt. So umfassen auf der Seite der Finanzierungsregime die Vollerhebungen 59% der Gesamtausgaben (OKP-Statistik, Finanzstatistik), auf der Seite der Leistungserbringer sind es nur 56% (BFS-Statistiken zu Krankenhäusern, sozialmedizinischen Einrichtungen, Spitex und Finanzstatistik).

Grafik 1



Während andere Statistiken – als Vollerhebungen – jeweils nur einen Teilbereich des Gesundheitswesens abbilden, hat die Statistik Kosten und Finanzierung – als Synthesestatistik – den Anspruch, zu den gesamten ca. 77,8 Milliarden Franken Gesundheitskosten eine Aussage zu treffen (vgl. Grafik 1). Sie erfüllt zwei wesentliche Funktionen aus:

- Sie stellt Daten zu Finanzströmen aus existierenden Vollerhebungen zusammen und ordnet sie einander zu. Dies betrifft vor allem die BFS-Statistiken zu Spitälern, Heimen und Spitex sowie die OKP-Statistik des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) oder die Finanzstatistik der Eidgenössischen Finanzverwaltung (EFV)
- Sie hat auch den Anspruch, diejenigen Sachverhalte zu quantifizieren, bei denen keine Vollerhebung existiert, zum Beispiel die Zahnarztumsätze. Diese Aufgabe ist häufig von grösserer Komplexität als die Zusammenstellung der Vollerhebungen, und gleichzeitig das wesentliche Alleinstellungsmerkmal der vorliegenden Statistik.

1.3 Internationale Rahmenvorgaben

Damit die Statistik zu Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens international vergleichbar ist, gibt es Vorgaben von OECD, Eurostat und WHO, die im Handbuch „Systems of Health Accounts 2011“ (SHA) niedergelegt sind. Diese Vorgaben betreffen die Klassifikation, aber etwa auch die Abgrenzung des Gesundheitswesens (vgl. zum internationalen Vergleich Abschnitt 4.5).

Generell geben die internationalen Vorgaben aber nur einen Rahmen vor, sodass eine Adaption auf schweizerische Datenbedürfnisse weiterhin möglich ist. Dennoch sind mitunter Anpassungen gemäss internationalen Vorgaben vorzunehmen, die aus nationaler Perspektive eher wenig erstrebenswert scheinen. Zum Beispiel sind aus einer schweizerischen Perspektive die sich aus Berechnungen ergebenden Negativwerte durchaus sinnvoll (z. B. als Quersubventionierung im Spital) – können aber aus Rücksicht auf internationale Vorgaben nicht ausgewiesen werden. Negativwerte ergeben sich zum Beispiel dadurch, dass der ambulante Spitalsektor teils defizitär ist.

1.4 Revision 2017 als Konsequenz nationaler und internationaler Anforderungen

Die Statistik Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens wurde 2017 revidiert, nachdem sie – bis auf Änderungen bei den Sozialmedizinischen Institutionen und der Finanzierung – ab dem Jahr 2000 weitgehend unverändert geblieben war. Seit dieser Zeit hat sich jedoch grösserer Anpassungsbedarf ergeben. Es war daher notwendig:

- Daten und Methoden zu überarbeiten
- ein neues technisches Grundmodell zu entwickeln
- die Datenqualität anhand von Datenqualitätskriterien zu evaluieren
- die Kompatibilität mit neuen internationalen Vorgaben (Systems of Health Accounts 2011) sicherzustellen.

Die internationalen Vorgaben nach Systems of Health Accounts wurden 2011 erstmals grundlegend überarbeitet, was einen Bedarf für nationale Änderungen nach sich zog. Schon vorher (Detailkonzept 2000) baute die nationale Statistik Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens auf dem SHA-Handbuch 2000 auf. Das BFS hatte zwischenzeitlich – nur für die internationale Datenlieferung – vorläufige Anpassungen vorgenommen, um die internationale Kompatibilität gemäss SHA-Handbuch 2011 zu gewährleisten. Damit musste jedoch für einen Übergangszeitraum eine Abweichung von nationaler und internationaler Statistik in Kauf genommen werden. Dies galt z.B. für die Importe, die mit Volumen von 377 Mio. Franken bisher nur in der internationalen Statistik verzeichnet waren.

2. Methodik

2.1 Abgrenzung des Gesundheitswesens gemäss Systems of Health Accounts

Eine wesentliche Aufgabe besteht darin abzugrenzen, welche Leistungserbringer und Leistungen als dem Gesundheitswesen zugehörig erfasst werden. Besonders viel Aufmerksamkeit benötigt einerseits die Abgrenzung verwandter Bereiche wie Fitness,

Wellness, Kosmetik, Behinderung und Soziales, aber auch Importe und Exporte. Das BFS orientiert sich hier an einer international einheitlichen Logik, die vier Kriterien vorsieht (Systems of Health Accounts, 2011, S. 55 f.):

1. Das vorrangige Ziel einer Massnahme ist es, den Gesundheitsstatus von Individuen, von Teilen der Bevölkerung oder der gesamten Bevölkerung zu verbessern, zu erhalten oder die Verschlechterung des Gesundheitsstatus zu verhindern und Folgen von Krankheiten zu mildern.
2. Die Ausübung der Massnahme setzt medizinisches und pflegerisches Wissen oder die Aufsicht von Personen mit diesem Wissen voraus. Zudem können Leistungen der Verwaltung oder der Steuerung des Gesundheitswesens und dessen Finanzierung eingeschlossen sein.
3. Die Massnahme dient dem Endverbrauch von Gesundheitsgütern und -leistungen der Einwohner.
4. Bei der Massnahme werden Gesundheitsgüter oder -leistungen transferiert.

Die Abgrenzungen sind mitunter diffizil. So fallen z.B. kosmetische Schönheitsoperationen grundsätzlich nicht in den Gesundheitsbereich, sie werden betrachtet wie Leistungen beim Coiffeur. Anders verhält es sich, wenn sie psychiatrisch indiziert sind, was der Fall sein könnte bei Unfällen oder Geburtsgebrechen.

Für die Schweiz besonders relevant ist, dass aufgrund internationaler Vorgaben die Spitex / häusliche Langzeitpflege in „Pflege“ und „häusliche Dienstleistungen“ aufgespalten wird. Letzteres wird international einheitlich unter „Soziales“ statt „Gesundheit“ erfasst. Für nationale Datenbedürfnisse kann eine derartige Abgrenzung unbefriedigend sein, die internationalen Vorgaben sind jedoch wichtig für die Vergleichbarkeit der Daten. So lässt sich erklären, warum die Spitex (inkl. frei tätige Pflegefachpersonen) bisher mit 2,1 Mrd. Franken in die Statistik aufgenommen wurde, jetzt aber nur mit 1,3 Mrd. Franken (siehe auch Tabelle 10, E, 5d) zu Buche schlägt.

Gesamthaft wird in der Statistik Kosten und Finanzierung der Konsum der in der Schweiz ansässigen Wohnbevölkerung als massgebend erachtet. Dies bedingt, dass Exporte von Gesundheitsleistungen abgezogen werden, während Importe quantifiziert werden müssen. Dies strebt die vorliegende Statistik an.

2.2 Klassifikation

Die Klassifikation bildet das Raster, in dem in der vorliegenden Synthesestatistik Informationen zu Finanzierungsströmen dargestellt werden. Eine Erweiterung und Verbesserung der Klassifikation ist daher ein wesentliches Element der Revision der vorliegenden Statistik.

2.2.1 Koexistenz der nationalen und internationalen Klassifikation

Einige Länder, wie etwa Österreich oder Liechtenstein, übernehmen die internationale Klassifikation nach SHA 2011 vollständig. Für die Schweiz wäre dies grundsätzlich auch möglich, dem ste-

hen aber nationale Datenbedürfnisse entgegen. Zudem entspricht die internationale Logik insbesondere bei der Finanzierung nur sehr entfernt den schweizerischen Begrifflichkeiten und ist „zu grob“. So unterschiedliche Kategorien wie Bund, Kantone, Gemeinden, Ergänzungsleistungen AHV/IV und Alters- und Pflegehilfe, kantonal geregelt, würden ohne weitere Untergliederung zu einer einzelnen Kategorie „HF11 government schemes“ zusammengefasst. Entsprechend wäre die Korrespondenz mit anderen Datenquellen ausserordentlich aufwändig herzustellen.

Es besteht allerdings kein echtes Dilemma: In der revidierten Statistik können nationale und internationale Klassifikationen voll kompatibel miteinander koexistieren. Es ist möglich, eine nationale Klassifikation zu entwickeln, die in ihrer Gliederungssystematik von der internationalen Klassifikation weitgehend unabhängig ist, solange eine eindeutige Zuordnung (in eine Richtung: vom nationalen zum internationalen) gewährleistet ist. Damit diese Zuordnung möglich wird, muss die revidierte nationale Klassifikation Rücksicht auf die revidierten internationalen Klassifikationen nehmen, kann aber eigene Schwerpunkte setzen.

Die Tabelle 2 zeigt, dass in der Revision eine eindeutige Zuordnung von der nationalen zur internationalen Klassifikation möglich ist. Hingegen gilt das umgekehrt nicht, die nationale Klassifikation ist schliesslich ausführlicher als die internationale. Alle Berechnungen werden nach der nationalen Klassifikation durchgeführt und später mit Zuordnungsschlüsseln in die internationale Klassifikation übertragen.

Zuordnung nationale zu internationale Klassifikation der Finanzierung (Auszug) T 2

	a) nationale Klassifikation	b) internationale Klassifikation				Σ
		HF11	HF121	HF122	(...)	
		Government schemes	Social health insurance schemes	Compulsory private insurance schemes	(...)	
T 1	Bund	297				297
T 2	Kantone	12 108				12 108
T 3	Gemeinden	1 469				1 469
U 0	OKP			27 499		27 499
V 1	AHV		647			647
(...)	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
Z 3	Selbstzahlungen, ohne Kostenbeteiligung					17 730
Σ		17 044	2 723	29 717	(...)	77 754

© BFS 2017

2.2.2 Prinzipien der neuen nationalen Klassifikation

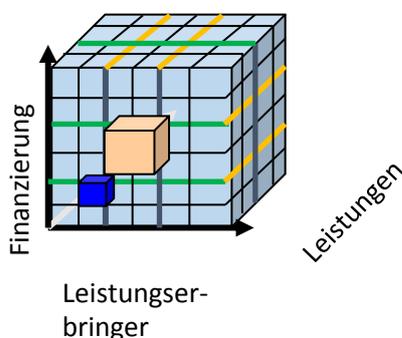
Konkret heisst dies bei der Erarbeitung der Klassifikation: International wird etwa die stationäre und ambulante Kurativbehandlung als gemeinsame Kategorie auf oberster Gliederungsebene (HC1) zusammengefasst und steht neben Rehabilitation (HC2) und Langzeitpflege (HC3). National wird dagegen die stationäre Kurativbehandlung (L) von der ambulanten Kurativbehandlung (M) getrennt, sonst wären etwa in den schweizerischen Daten die Verlagerungen aus dem stationären in den ambulanten Spitalbereich gar nicht sichtbar. Bei den Leistungserbringern wird ähnlich verfahren: Die internationale Kategorie HP.3 Leistungserbringer ambulant korrespondiert mit den nationalen Kategorien C Ärzte, D Zahnärzte/Zahnkliniken und E Andere ambulante Leistungserbringer. Es spiegelt schweizerische Datenbedürfnisse besser wider, Ärzte, Zahnärzte/Zahnkliniken und andere ambulante Leistungserbringer getrennt auszuweisen.

2.3 Exkurs zur analytischen Grundstruktur

2.3.1 Notwendigkeit der Komplexitätszerlegung zur Sicherstellung von Informationsbedürfnissen, Handhabbarkeit und Transparenz

Das bisherige Datenmodell (und auch das revidierte Modell) umfasst mehr als 13'500 Felder (3 Dimensionen mit 25 Leistungserbringer-, 30 Leistungs- und 18 Finanzierungs-kategorien), wovon viele Felder freilich leer bleiben, da sie nur theoretische Kombinationen ermöglichen: etwa die Kombination aus ambulanter Geburtshilfe bei Zahnärzten, finanziert durch die Unfallversicherung (alphanumerischer Code für dieses Feld: D1.M8.3). Es ist eine Herausforderung, ein derartig komplexes Modell handhabbar und transparent zu machen, ohne sich darauf zu beschränken, nur die oberflächlichsten Informationsbedürfnisse zu befriedigen.

Grafik 2



Daher ist eine Komplexitätszerlegung notwendig. Entscheidend ist dabei aber nicht das „ob“, sondern das „wie“ der Komplexitätszerlegung. Es interessieren nicht nur ein- oder zweidimensionale Informationen, sondern die Verknüpfungen aller möglichen Infor-

Tabelle 3: Beispiel der geometrischen Visualisierung von Elementen

	3D-Informationen in grober Gliederung	3D-Informationen in feiner Gliederung
Zugeordnete geometrische Figur	Grosser Würfel 	Kleiner Würfel 
Beispiel:	Leistungserbringer	A Krankenhäuser
	Leistungen	L Stationäre Akutbehandlung
	Finanzierungsregime	T Staat
	Wert (2015)	6'318 Mio. Franken
		E09 Spitex
		O2 Häusliche Langzeitpflege, engerer Sinn: Pflege
		Z1 Selbstzahlung aus eigener Tasche
		40 Mio. Franken

mationen in einer mehrdimensionalen Form. Anhand mehrerer Würfel können die Informationsbedürfnisse gut visualisiert werden (vgl. Grafik 2/Tabelle 3):

2.3.2 Theoretischer Hintergrund der Komplexitätszerlegung

In der Statistik selbst interessieren Informationen, die in Form eines dreidimensionalen Würfels dargestellt werden können (da die Statistik selbst die drei Dimensionen Finanzierung, Leistungserbringer und Leistung abbildet). Um das Prinzip der Informationszerlegung etwas generalisierter darstellen zu können, wird, losgelöst von der konkreten Anwendung (visualisiert durch einen Würfel), die geometrische Figur einer segmentierten Pyramide verwendet.

Grafik 3a



Das theoretisch zu lösende Problem kann wie folgt umschrieben werden:

- Das Erkenntnisziel ist die dargestellte segmentierte Pyramide, mit einer grossen Anzahl n von Segmenten.
- Es interessiert sowohl die Beschreibung der gesamten Pyramide wie auch der einzelnen Segmente.
- Eine Berechnung der Pyramide auf einmal ist nicht möglich, da sie zu komplex ist.

Um bei dieser Komplexität eine Handhabbarkeit und Transparenz zu ermöglichen, ist eine Komplexitätszerlegung notwendig. Dass eine Komplexitätszerlegung grundsätzlich notwendig ist, ist hierbei nicht fraglich, wohl aber, welche Form sie annimmt.

1) Eine mögliche, hier jedoch nicht gewählte Variante (vgl. Grafik 3b) wäre die Zerlegung in Teilsegmente, die getrennt bearbeitet werden. Tatsächlich ist die segmentierte Pyramide vollständig durch die Teilsegmente beschreibbar. Wird der Aufbau einer Pyramide aber als Prozess verstanden, so ist die Arbeit mit den Teilsegmenten schwierig: Wenn nur Einzelteile beschrieben und hergeleitet werden, so ergibt das noch keine logisch geschlossene Gesamtsicht.

Beispiel: Die segmentierte Pyramide kann als Partitur eines Orchester-Musikstücks verstanden werden, also die gleichzeitige Darstellung der Notation aller Instrumente. Eine segmentierte Zerlegung wäre die separate Betrachtung und Notation der einzelnen Instrumente. Eine stimmige Komponiertätigkeit gestaltet sich in Anbetracht der Separierung der einzelnen Instrumente allerdings schwierig.

Grafik 3b



2) Eine andere, vorzugswürdige – und daher hier gewählte – Variante (Vgl. Grafik 3c und 3d) ist die Zerlegung in eine Grundstufe einerseits und in Aufbaustufen andererseits.

In der Grundstufe wird zunächst nur die Hülle der Pyramide spezifiziert. Die Komplexität wird vorerst zurückgestellt. *Beispiel: Die segmentierte Pyramide wiederum als Partitur einer Symphonie verstanden. Die Hülle der Pyramide stellt das (musikalische) Thema dar, welches zunächst auch nicht in Orchestermusik, sondern als Klavierpart dargestellt wird.*

Grafik 3c



Danach wird in den Aufbaustufen die Komplexität nach und nach wieder erhöht. *Beispiel: Das musikalische Thema wird weiter entwickelt, zunächst in Variationen des Themas, später kommt dann die Instrumentalisierung mit Orchesterinstrumenten hinzu.*

Grafik 3d



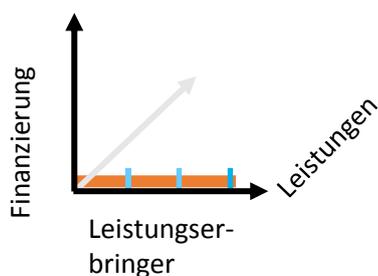
2.3.3 Anwendung

Das theoretische Prinzip wirkt sich in der konkreten Anwendung wie folgt aus: Der gesamte Würfel (vgl. Abschnitt 2.3.1) ist das Erkenntnisziel. Er wird aber nicht der ganze Würfel auf einmal berechnet, sondern einzelne geometrische Figuren nacheinander, angefangen mit einer Strecke (Grundstufe).

a) Stufe 1/Grundstufe: Strecke. Es wird in der Grundstufe begonnen mit einer grob gegliederten Strecke (1. Konstruktionselement). Dies entspricht einer einzigen Dimension (nur die Leistungserbringer) und grober Gliederung (vgl. Grafik 4 / Tabelle 4):

- Interpretation: Länge der Strecke → Gesamtkosten: 78 Mia. Franken
- Interpretation: Länge des ersten Abschnitts → Krankenhauskosten: 27 Mia. Franken

Grafik 4



Output Leistungserbringer

T4

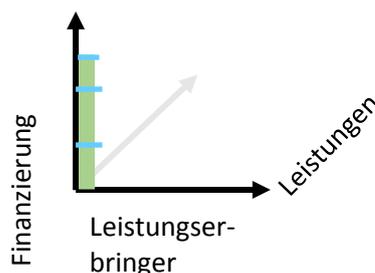
	Σ
A Krankenhäuser	27148
B Sozialmedizinische Institutionen	12640
C Arztpraxen und ambulante Zentren	15427
(...)	(...)
K Rest der Welt (Importe)	408
Σ	77754

© BFS 2017

b) Stufe 2/Aufbaustufe: Strecke. Es wird eine um 90° gedrehte Strecke verwendet. Dies entspricht wiederum einer einzigen Dimension (der Finanzierung) und grober Gliederung (vgl. Grafik 5 / Tabelle 5):

- Interpretation: Länge der Strecke → Gesamtkosten: 78 Mia. Franken
- Interpretation: Länge des ersten Abschnitts → Staat: 14 Mia. Franken

Grafik 5



Output Finanzierung

T5

	Σ
T Staat	13873
U Obligatorische Krankenversicherung OKP	27499
(...)	(...)
Z Selbstzahlungen	22087
Σ	77754

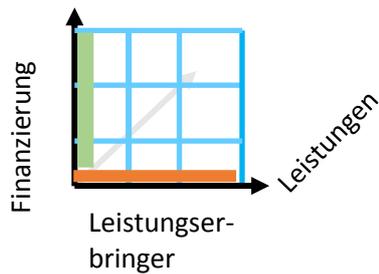
© BFS 2017

c) Stufe 3/Aufbaustufe: Quadrat. Das erste Quadrat veranschaulicht die erste Kreuztabelle. Diese Kreuztabelle wird erstellt unter der Voraussetzung der bekannten – und durch die vorigen Stufen – festgelegten Ränder. Inhalt dieser Stufe ist also nur die gegenüber den Vorstufen neu hinzugekommene Information (vgl. Grafik 6 / Tabelle 6).

Damit wird die Komplexität in kleinen Schritten erhöht – eine Voraussetzung, um das Modell handhabbar und transparent beschreibbar zu halten:



Grafik 6



d) Weitere Stufen 3 bis 12
Es folgen viele weitere Stufen, in denen das Modell schrittweise aufgebaut wird. Diese sind im Aufbauplan (Tabelle 7) beschrieben.

Output Leistungserbringer x Finanzierung T6

	T Staat	U OKP	(..)	Z Selbstzahlungen	Σ
A Krankenhäuser	9 305	11 182		2 279	27 148
B Sozialmedizinische Institutionen	3 098	1 724		4 239	12 640
C Arztpraxen und ambulante Zentren		7 461		6 464	15 427
(..)	(..)	(..)	(..)	(..)	(..)
K Rest der Welt (Importe)				408	408
Σ	13 873	27 499	(..)	22 087	77 754

© BFS 2017

Tabelle 7: Aufbauplan nach Stufen

Stufe	Dimensionen	Klassifikationstiefe Leistungserbringer - Leistungen - Finanzierung	Vergleichbare Geometrische Figur
1 (Grundstufe)	Leistungserbringer	Grob – Leer – Leer	Strecke, grob gegliedert
2	Finanzierung	Leer – Leer – Grob	Strecke, grob gegliedert
3	Leistungserbringer, Finanzierung	Grob – Leer – Grob	Quadrat, grob gegliedert
4	Leistungserbringer, Leistungen	Grob – Grob – Leer	Quadrat, grob gegliedert
5	Leistungserbringer, Leistungen, Finanzierung	Grob – Grob – Grob	Würfel, grob gegliedert
6	Leistungserbringer	Fein – Leer – Leer	Strecke, fein gegliedert
7	Leistungserbringer, Leistungen	Fein – Grob – Leer	Quadrat, gemischt gegliedert
8	Leistungserbringer, Leistungen	Fein – Fein – Leer	Quadrat, fein gegliedert
9	Finanzierung	Leer – Leer – Fein	Strecke, fein gegliedert
10	Leistungserbringer, Leistungen, Finanzierung	Fein – Grob – Grob	Würfel, gemischt gegliedert
11	Leistungserbringer, Leistungen, Finanzierung	Fein – Grob – Fein	Würfel, gemischt gegliedert
12	Leistungserbringer, Leistungen, Finanzierung	Fein – Fein – Fein	Würfel, fein gegliedert
Endergebnis: vollständiges Modell in tiefer Klassifikationstiefe, = 3-dimensionaler Würfel, fein gegliedert			



2.4 Modellspezifikation im internationalen Vergleich

Eine derartige Modellstruktur ist aber nicht von Seiten der internationalen Organisationen vorgegeben. Während die Schweiz das Modell auf Basis der Leistungserbringerdimension aufbaut, so verwenden die anderen deutschsprachigen Länder Deutschland, Österreich und Liechtenstein den Ansatz nach der Finanzierung. Für die Schweiz ist der Ansatz nach der Finanzierung hingegen schwieriger als in den genannten Ländern, weil die Quantifizierung des Volumens der nicht eingereichten Rechnungen bedingt durch die schweizerische Franchisen-Praxis und insgesamt bedeutend höheren Selbstzahlungen viel komplexer zu handhaben ist (vgl. Abschnitt 4.5).

Bei der Konzeption und Umsetzung der Statistik ist für die Schweiz besonders der Blick nach Liechtenstein von besonderem Interesse, denn Liechtenstein hat eine ähnliche institutionelle Konfiguration wie die Schweiz, verfügt aber dank seiner Kleinheit über einen viel detaillierteren Überblick über das Geschehen im Gesundheitswesen. Zudem kann in Ermangelung von Schweizer Daten teilweise der Rückgriff auf liechtensteinische Daten nützlich sein z.B. um die prozentualen Finanzierungsanteile der Zusatz- und Privatversicherungen an den verschiedenen Leistungskategorien der Schweiz zu berechnen, die aufgrund vergleichbarem Rechts- und Marktumfeld ähnlich sein müssten wie in Liechtenstein.

3. Revision als Antwort auf schwierige Datenlage

Eine wesentliche Rahmenbedingung für die Konzeption und Umsetzung der Revision der Statistik Kosten und Finanzierung sind die unzureichenden Primärdatenquellen. Die Statistik muss häufig auf mehr oder weniger gute Schätzungen zurückgreifen, um einzelne Positionen in der Statistik zu quantifizieren.

3.1 Umgang mit Extrapolationen / Dateninterpretationen

Besonders relevant ist das Problem der schwierigen Datenlage bei ambulanten Leistungserbringern. Es existieren bis jetzt (Stand August 2017) noch keine verwertbaren Daten zu den Leistungen von Ärzten, Psychotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Chiropraktoren. Bei der Aufschlüsselung der Finanzierung besteht eine Datenlücke bezüglich der Aufschlüsselung der Privatversicherungen nach Leistungserbringern/Leistungen.¹

In der Vergangenheit wurde daher – trotz gewichtiger methodischer Bedenken – auf Extrapolationen auf Basis der KVG-Daten zurückgegriffen. Eine Extrapolation auf Basis der KVG-Bruttoleistungen hat den Nachteil, dass der verwendete Faktor eine Annahme darstellt, aber von Nutzern der Statistik eventuell als Ergebnis der Statistik angesehen werden könnte.

Dort kann jedoch mit akzeptabler Methodenqualität auf korrespondierende liechtensteinische Aufschlüsselungsfaktoren zurückgegriffen werden.

Beispiel: Die Arzt- und die Psychotherapeutenleistungen wurden bisher so geschätzt, dass ihr jährliches Wachstum dem Wachstum der KVG-Leistungen der Ärzte entspricht. Aus den Daten ergeben sich dann synchrone Zeitreihen der Kostenentwicklung bei Ärzten und Psychotherapeuten. Dies ist jedoch ein statistisches Artefakt, also ein Resultat der Annahmen und eben kein verwertbares Ergebnis der Statistik.

3.2 Dynamisches Verständnis der Datenlage

Eine über einen längeren Zeitraum fixe Abbildung des Geschehens im Gesundheitswesen mittels relativ fixer Klassifikationen, Datenquellen und Methoden ist solange möglich, als sich das Gesundheitssystem und seine Subsysteme nur in langen Zyklen verändern und relativ stabil sind. Dies ist heute nicht mehr möglich. Eine stetig steigende Dynamik der Datensituation kann beobachtet werden. Hier gilt: „Viel verändert sich in kurzen Zeiträumen“. Jeweils andere Datenquellen verändern sich jährlich, fallen weg, neue kommen hinzu. Deshalb wird mit der Revision der Statistik neu beabsichtigt, diesen dynamischen Prozess der Entwicklung der Datenlage aktiv aufzunehmen und zu verarbeiten.

Ziel ist es dabei, durch Transparenz und Nachvollziehbarkeit Informationssignale über die Datenverfügbarkeit und die eingesetzten Methoden auszusenden und damit Anreize zu setzen, durch die sich die Stakeholder der Statistik motivieren lassen, die Datenlage zu verbessern. Die Dynamik der Entwicklung der Datenlage muss mit der Dynamik der Entwicklung im Gesundheitswesen Schritt halten! Nur so kann das Vertrauen in die Qualität und Aussagekraft der Statistik erhalten oder gar gesteigert werden.

3.3 Erwünschter Dialog über Datenquellen und Methoden

Auf Basis der Annahme einer dynamischen Datenlage ergibt sich die Notwendigkeit, mit den Anspruchsgruppen in einen Dialog zu treten. Diese sollen die notwendigen Informationen erhalten, um die Stärken und Schwächen der Datenlage einzuschätzen und daraus eine möglichst gute Verwendung der Statistik abzuleiten. Das BFS bietet hier gerne Hand und steht beratend zur Seite. Die Rückmeldung von Interessensgruppen ist auch wichtig, um z.B. die Zuverlässigkeit von Schätzungen zu validieren. Zudem kann dazu angeregt werden, die Funktionsfähigkeit der Statistik durch die Bereitstellung von Daten, Methoden oder Schätzungen zu erhöhen.

3.4 Klassifikation unabhängig von Datenqualität

In Verbindung mit einem dynamischen Verständnis der Datenlage steht das Prinzip, dass die Klassifikation unabhängig von der Datenverfügbarkeit existiert. Die Klassifikation soll die denkbaren Datenbedürfnisse widerspiegeln und den klassifikatorischen Rahmen dafür bilden, dass sich die Datenlage in näherer oder weiterer Zukunft verbessert. Bleiben Felder in der Klassifikation nicht mit

Daten gefüllt, so ist dies einerseits methodisch unproblematisch, andererseits wird dadurch eine inhaltliche Datenlücke sichtbar.

3.5 Transparenz

Werden keine Aussagen zur teils schwachen Datenqualität getroffen, so werden auch keine Signale der Optimierungsbedürftigkeit ausgesendet. Dies bleibt dann unbekannt.

Problematisch kann mangelnde Transparenz z.B. auch dann sein, wenn Aussagen aus Daten abgeleitet werden, die das Ergebnis statistischer Artefakte sind, aber dies nicht bekannt ist (vgl. Abschnitt 3.1). Das betrifft vor allem Extrapolationen, die sich aber nicht immer vermeiden lassen.

Häufig ergibt sich aus Intransparenz eine Informationsasymmetrie zwischen der Allgemeinheit und „Eingeweihten“, da z.B. nur die direkt betroffenen Leistungserbringer (als Datenhalter oder mit Branchenkenntnis) wissen, dass die offiziellen Daten methodisch optimierungsbedürftig sind.

Die Revision setzt voll und ganz darauf, Transparenz über die Datenqualität herzustellen. Hauptinstrumente sind (1) die Entwicklung von Datenqualitätskriterien sowie (2) ein modularisierter Daten- und Methodenbeschrieb auf Basis der in Abschnitt 2 dargestellten Komplexitätszerlegung in Stufen.

3.5.1 Einfache Datenqualitätskriterien und -bericht

Um den Handlungsbedarf bezüglich der Datenqualität zu bestimmen, ist es zunächst notwendig, die Datenqualität zu inventarisieren.

Note	Bedingung	Beispiel	
		Titel	Quelle
Sehr gut	6 Vollerhebung, ohne Variablentransformation	Umsatz Heime	SOMED-Statistik
Gut	5 (...)	(...)	(...)
Genügend	4 (...)	(...)	(...)
Ungenügend	3 (...)	(...)	(...)
Schwach	2 Hochrechnung eines Totals über eine alte Schätzung und <i>entweder</i> die Entwicklung eines seiner Anteile (meist KVG-Anteil) <i>oder</i> einer vergleichbaren Leistung	Behandlung durch Physiotherapeuten	Grobe, mehr oder weniger willkürliche Hochrechnung auf Basis des KVG-Anteils x 150 %
Schlecht	1 Keine oder unzureichende Datenquelle	(...)	(...)

Dies geschieht in einem ersten Schritt durch die Festlegung eines Qualitätsmassstabs, hier also von objektiven Datenqualitätskriterien. Im Zuge der Revision wurden daher in Zusammenarbeit mit dem Methodendienst des BFS objektive Datenqualitätskriterien entwickelt (vgl. Tabelle 8).

Damit ist es möglich, die Datenqualität für jede einzelne Position zu evaluieren – oder auch bei Bedarf auf höhere Aggregationslevel zu aggregieren. Die Spitex-Statistik liefert als Vollerhebung Daten in sehr guter Qualität, ebenso gilt dies mehrheitlich für andere Langzeitpflege. Für sonstige Positionen der Kategorie „E Andere ambulante Versorger“ ist die Datenqualität dagegen zu 79% ungenügend oder schlechter, es sind kaum Daten zu ambulanten Leistungserbringern wie Physiotherapeuten etc. verfügbar (vgl. Tabelle 9). Es ergibt sich letztlich für die gesamte Kategorie eine noch knapp genügende Datenqualität.

Leistungserbringer	Gewicht (2015)	6 sehr gut	4 genügend	3 ungenügend
		Mio. CHF	5 gut	2 schwach
E Andere ambulante Leistungserbringer	4'407	55%	-	44%
Darunter: Spitex, Pflegefachpersonen	1'312	100%	-	-
Darunter: andere Langzeitpflege	945	85%	-	15%
Darunter: Sonstige	4'820	21%	-	79%

3.5.2 Ausführlichere Daten- und Methodenevaluation

Im Datenqualitätsbericht – hier nicht thematisiert – kann auch eine Unterscheidung zwischen Punktschätzung und jährlicher Fortschreibung vorgenommen werden. So ist die verwendete Methodik für Ärzte und Psychologen eine Punktschätzung, die mit guter Qualität (Note 5) bewertet wird, nicht jedoch ihre Fortschreibung (Note 2: schwach, vgl. Tabelle 10 zu Ärzten und Psychologen).

Es wäre auch möglich, Durchschnittsnoten zu vergeben. Dies eignet sich besonders gut für einen summarischen Vorher/Nachher-Vergleich. Für die einzelnen Kategorien lassen sich dabei durchaus sinnvolle Aussagen herleiten. Auf höherer Aggregationsstufe wird die Interpretation dagegen problematischer, wenn einzelne Datenquellen – insbesondere die Krankenhäuser – ein sehr hohes statistisches Gewicht erhalten.



3.5.3 Dokumentation der Daten im Stufenmodell

Eine Einstufung der Datenqualität in einem Notensystem kann wichtige Signale geben, an welcher Stelle Handlungsbedarf bezüglich Datenqualität besteht. Um aber konkrete Verbesserungsmöglichkeiten zu identifizieren, ist eine präzise Beschreibung der verwendeten Daten und Methoden angezeigt. Diese Beschreibung muss sowohl die wesentlichen Informationen darstellen wie auch noch handhabbar bleiben. Nur so ist ein auf Transparenz basierender Diskurs über die verwendeten Daten und Methoden möglich.

Tabelle 10: Gesundheitskosten nach Leistungserbringer, Leistungen und Finanzierung mit Vergleich zum bisherigen Modell des Jahres 2014

	2011	2014	2015	2015	Veränderung 2014-2015	Veränderung 2011-2015 2)	2014 alt 1)	Differenz 2014 durch Revision	
	in Mio. CHF	in Mio. CHF	in Mio. CHF	Anteile	in %	in %	in Mio. CHF	in %	in Mio. CHF
Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungserbringern	66'900	74'681	77'754	100.0%	4.1%	3.8%	71'335	4.7%	3'346
A Krankenhäuser	23'030	26'179	27'148	34.9%	3.7%	4.2%	25'873	1.2%	306
B Sozialmedizinische Institutionen	11'301	12'324	12'640	16.3%	2.6%	2.8%	12'313	0.1%	10
C Arztpraxen und ambulante Zentren 3)	12'327	14'517	15'427	19.8%	6.3%	5.8%	13'162	10.3%	1'354
D Zahnarztpraxen, Zahnkliniken	3'895	4'156	4'068	5.2%	-2.1%	1.1%	4'103	1.3%	53
E Andere ambulante Leistungserbringer 3)	3'756	4'422	4'821	6.2%	9.0%	6.4%	3'523	25.5%	898
F Unterstützende Leistungserbringer	991	1'309	1'460	1.9%	11.5%	10.2%	2'347	-44.2%	-1'038
G Detailhandel	6'559	6'706	7'007	9.0%	4.5%	1.7%	5'420	23.7%	1'286
H Organisationen für Prävention und Unterstützung	918	1'034	1'040	1.3%	0.6%	3.2%	636	62.6%	398
I Staat als Leistungserbringer	1'260	1'267	1'273	1.6%	0.5%	0.3%	1'135	11.7%	132
J Versicherer als Leistungserbringer	2'487	2'393	2'463	3.2%	2.9%	-0.2%	2'823	-15.2%	-430
K Rest der Welt (Importe)	376	375	408	0.5%	8.7%	2.0%	0		
Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungen	66'900	74'681	77'754	100.0%	4.1%	3.8%	71'335	4.7%	3'346
L Stationäre Kurativbehandlung	13'584	14'947	15'385	19.8%	2.9%	3.2%	16'476	-9.3%	-1'529
M Ambulante Kurativbehandlung 3)	17'372	20'095	20'916	26.9%	4.1%	4.8%	21'730	-7.5%	-1'635
davon: A Krankenhäuser	4'744	6'047	6'284	8.1%	3.9%	7.3%	5'192	16.5%	855
davon: C Ärzte 3)	7'592	8'702	9'312	12.0%	7.0%	5.2%	9'277	-6.2%	-575
davon: D Zahnärzte, Zahnkliniken	3'895	4'156	4'068	5.2%	-2.1%	1.1%	3'827	8.6%	329
davon: Sonstige	1'142	1'190	1'252	1.6%	5.2%	2.3%	3'435	-65.3%	-2'244
N Rehabilitation	2'808	3'101	3'398	4.4%	9.6%	4.9%	2'363	31.2%	738
O Langzeitpflege	13'257	14'627	15'128	19.5%	3.4%	3.4%	14'334	2.0%	294
P Unterstützende Dienstleistungen	3'942	5'179	5'490	7.1%	6.0%	8.6%	4'431	16.9%	748
Q Gesundheitsgüter	11'244	12'004	12'628	16.2%	5.2%	2.9%	7'407	62.1%	4'597
R Prävention	1'695	1'851	1'873	2.4%	1.2%	2.5%	1'569	17.9%	281
S Verwaltung	2'996	2'876	2'937	3.8%	2.1%	-0.5%	3'024	-4.9%	-148
Finanzierung des Gesundheitswesens nach Finanzierungsregimes	66'900	74'681	77'754	100.0%	4.1%	3.8%	71'335	4.7%	3'346
T Staat	11'806	13'446	13'873	17.8%	3.2%	4.1%	14'229	-5.5%	-782
U Obligatorische Krankenversicherung OKP	22'671	26'127	27'499	35.4%	5.3%	4.9%	26'042	0.3%	85
V Andere Sozialversicherungen	4'485	4'738	4'941	6.4%	4.3%	2.5%	4'485	5.6%	253
W Andere öffentliche Finanzierung	2'913	3'126	3'171	4.1%	1.4%	2.1%	3'167	-1.3%	-41
X Privatversicherungen	5'467	4'915	5'098	6.6%	3.7%	-1.7%	5'159	-4.7%	-244
Y Andere private Finanzierung	1'003	1'002	1'085	1.4%	8.3%	2.0%	1'031	-2.8%	-29
Z Selbstzahlungen	18'556	21'327	22'087	28.4%	3.6%	4.5%	17'223	23.8%	4'104
Gesundheit, Verhältnis zum BIP in %	10.8%	11.5%	11.9%				11.0%		
Bruttoinlandprodukt	621'256	649'718	653'735				649'718		
Kosten des Gesundheitswesens pro Einwohner (Nominalwert, in Fr. pro Monat)	705	760	782		2.9%	2.7%	726	4.7%	
Durchschnittliche Wohnbevölkerung	7'912'398	8'188'649	8'282'396				8'188'649		

1) Alte Daten, nach neuer Klassifikation (Lesebeispiel: Frühere Kategorie "Ambulante Versorger" umfasste Ärzte, Zahnärzte, andere ambulante Leistungserbringer und unterstützende Dienstleistungen; jetzt getrennt in C, D, E und F).

2) Durchschnittliche jährliche Wachstumsrate.

3) Die Werte zu den Kosten für Ärzte und einigen andere ambulante Leistungserbringern sind das Ergebnis einer Extrapolation und nicht einer jährlichen Schätzung.

4) Die Werte zu den Ausgaben für Arztbehandlung, Medikamentenabgabe der Ärzte, Radiologie und einigen anderen ambulanten Leistungen sind das Ergebnis einer Extrapolation und nicht einer jährlichen Schätzung.

Damit der Daten- und Methodenbeschrieb handhabbar bleibt, kann von der Komplexitätszerlegung Gebrauch gemacht werden, die li Exkurs 2.3 dargestellt wurde. Es wird hierbei jeweils nur die Grundstufe dargestellt oder die jeweils hinzukommende Information einer der Aufbaustufen.

3.5.4 Anwendung der Transparenz auf Mikro-, Meso- und Makroebene:

Die Anwendung des Transparenzprinzips hat auf der Mikro-, Meso- und Makroebene jeweils eine unterschiedliche Gestalt. Auf der Mikroebene ist eine möglichst präzise Beschreibung von Datenquellen notwendig.

Dazu wird ein aktualisiertes Daten- und Methodenverzeichnis geführt. Besonders relevante Datenpositionen werden bei Bedarf detailliert dargestellt. Bei der Revision ist daher ein Faktenblatt angefertigt worden, das die neue Methodik zur Berechnung der Kosten bei Arztpraxen (15,4 Mia. Franken, + 1,4 Mrd. Franken gegenüber bisher) ausführlich beschreibt².

Die Leistungsfähigkeit dieser Komplexitätszerlegung auf der Mesoebene lässt sich daran zeigen, dass eine vollständige Herleitung der Gesundheitskosten auf nur einer A4 Seite darstellbar ist. Dies einschliesslich eines Methodenbeschriebs und der Bewertung der Datenqualität (abgedruckt als Tabelle 11 am Ende des Textes). Damit ist die Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Statistik gewährleistet.

Auf der Makroebene besteht die Transparenz darin, dass die Gesamtheit der Beschreibung von Grundstufe und Aufbaustufe sowie notwendiger Annahmen und Berechnungsschritte sauber dokumentiert wird. Durch die Komplexitätszerlegung in viele Stufen wurde überhaupt erst ermöglicht, dass dies handhabbar bleibt. Es wird geprüft, einzelne wichtige Berechnungstabellen über das BFS Portal zu veröffentlichen.

3.6 Aktualisierung von Daten und Methoden alle zwei Jahre

Bisher wurde im Detailkonzept selbst festgelegt, welche Daten und Methoden in der Statistik verwendet werden sollten.

Die Dynamik der Datenlage aufgreifend, muss die Kadenz der Anpassung erhöht und der Umgang mit sich verändernden Datenquellen und neuen Datenquellen flexibilisiert werden.

Künftig sollen die verwendeten Daten und Methoden alle zwei Jahre in einer „Mini-Revision“ aktualisiert werden. Über Veränderungen kann dann sachgemäss berichtet werden. Retropolationen werden die longitudinale Vergleichbarkeit sicherstellen.

3.7 Rollende Expertengespräche

Mit einer Klassifikation die unabhängig von der Datenlage aufgebaut ist, einem Daten- und Methodenverzeichnis sowie einem Datenqualitätsbericht auf Basis objektiver Datenqualitätskriterien sind die Voraussetzungen für einen Diskurs mit den Experten der Stakeholder geschaffen worden.

Der Dialog selbst kann aber noch stärker systematisiert werden. Dazu soll zu relevanten Stakeholdern Kontakt aufgenommen werden, um mit ihnen die Datenlage betreffend jener Schätzpositionen zu erörtern, bei denen sie kompetent sind. Ziel ist es, in „Stakeholder-Gesprächen“ Informationen zu erschliessen, um die Statistik laufend zu verbessern. Diese Gespräche sollen abgestimmt sein auf das Ziel eines kontinuierlichen Aktualisierungs- und Verbesserungsprozesses mit Mini-Revision alle zwei Jahre, rollend ausgelegt.

4. Ergebnisse

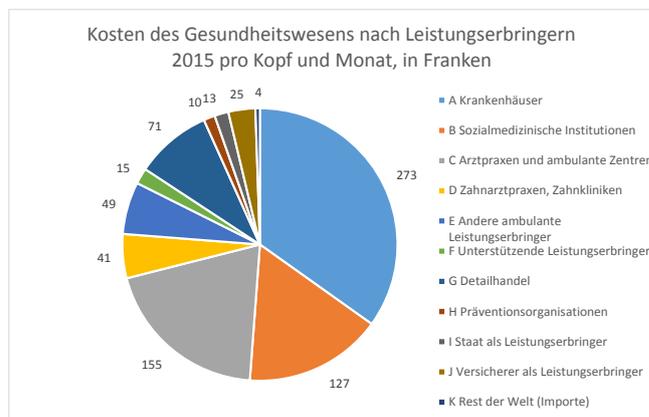
4.1 Änderungen zur unrevidierten Statistik

Anhand der bisherigen und revidierten Daten 2014³ lässt sich ein Revisionseffekt messen (Tabelle 11). Es resultiert ein Revisions-effekt von 3,3 Mrd. Franken (+ 4,7% gegenüber der Berechnung mit alter Methodik (in 2014). 79% des Veränderungsvolumens (2,3 Mrd. Franken) lassen sich dabei auf nur zwei Kategorien zurückführen: Arztpraxen (+ 1,4 Mrd. Franken, neue Datenquelle, siehe gesondertes Faktenblatt⁴) sowie Detailhandel (+ 0,9 Mrd. Franken, mehr Produkte berücksichtigt, z. B. Verbrauchsprodukte). Bei den anderen ambulanten Leistungserbringern neutralisieren sich dagegen die Revisionseffekte weitgehend: Neue Kategorien wie die Pflege durch Angehörige werden in die Statistik aufgenommen (+ 1,0 Mrd. Franken), während dagegen bei der häuslichen Langzeitpflege aufgrund internationaler Vorgaben die Leistungskomponente „Haushalt und Soziales“ nicht mehr im Gesundheitswesen, sondern in Sozialstatistiken berücksichtigt wird (- 0,8 Mrd. Franken).

4.2 Zentrale Ergebnisse schon in Stufen 1 und 2

Die Komplexitätszerlegung im Stufenmodell ist auch deswegen zielführend, da sich schon aus der Grundstufe (nur Dimension der Leistungserbringer) und den ersten Aufbaustufen des Modells (nur Dimension der Finanzierung) die wichtigsten relevanten Informationen ablesen lassen. Es ist aber auch möglich, anderweitig interessierende Ausschnitte aus dem Modell nach Bedarf einzublenden (z. B. durch Pivot-Tabellen). Je nach Bedarf sind also Führungs- und Steuerungsinformationen auf Makro-, Meso- und Mikroebene verfügbar.

Grafik 7



Besonders relevant ist, dass mit addiert 556 Franken pro Kopf 70% der Gesundheitsausgaben in der Höhe von 782 Franken auf die 3 Leistungserbringer Krankenhäuser (273 Franken), Ärzte (155 Franken) und Sozialmedizinische Institutionen (127 Franken) entfallen. Auf der Finanzierungsseite ist von Bedeutung, dass

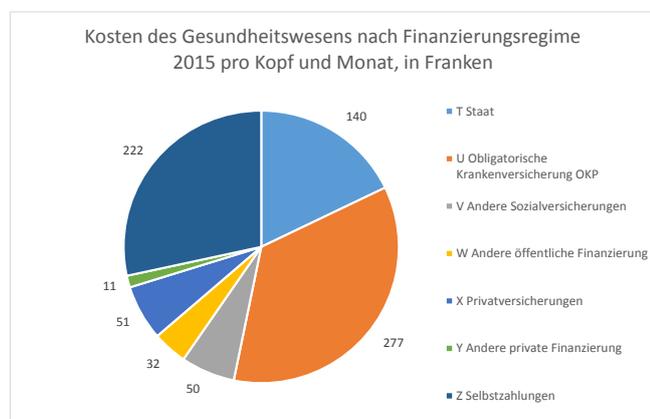
² <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesund-heit/kosten-finanzierung.assetdetail.2360562.html>

³ Die Berechnungen nach dem unrevidierten Modell wurden letztmals für 2014 durchgeführt.

⁴ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesund-heit/kosten-finanzierung.assetdetail.2360562.html>

die Gesamtausgaben pro Kopf und Monat die KVG-Durchschnittsprämie von 274 Franken bei weitem übersteigen, und dass die Summe der Selbstzahlungen (Eigenbeteiligung KVG eingeschlossen) mit 222 Franken fast genauso gross ist.

Grafik 8



Gesundheitsausgaben nach Leistungserbringern und Finanzierung (Auszug)

T12

	T Staat	U OKP	(...)	Z Selbstzahlungen	Summe
A Krankenhäuser			(...)	2 279	27 148
B Sozialmedizinische Institutionen	3 098	1 724	(...)	4 239	12 640
C Arztpraxen und ambulante Zentren		7 461	(...)	6 464	15 427
D Zahnarztpraxen, Zahnkliniken		57	(...)	3 235	4 068
E andere ambulante Leistungserbringer	379	1 896	(...)	1 477	4 821
F unterstützende Leistungserbringer	105	631	(...)	489	1 460
G Detailhandel		3 239	(...)	3 079	7 007
H Organisationen für Prävention und Unterstützung		22	(...)	417	1 040
I Staat als Leistungserbringer	986		(...)		1 273
J Versicherer als Leistungserbringer		1 285	(...)		2 463
K Rest der Welt (Importe)			(...)	408	408
Σ	13 873	27 499	(...)	22 087	77 754

© BFS 2017

Auch wichtige Indikatoren, wie Legislaturindikatoren des Bundes, lassen sich schon der Grundstufe des Modells entnehmen. Es interessiert nur die Summe der Gesundheitsausgaben von 77,8 Mia. Franken, um auf ein Verhältnis zum BIP sowie die Ausgaben pro Kopf zu kommen (vgl. Abschnitt 1.1).

4.3 Zentrale Kreuztabelle, Stufe 3

Auch aus der ersten Kreuztabelle (Stufe 3, Tabelle 12) lassen sich wichtige Ergebnisse ableiten: Die staatliche Finanzierung entfällt vor allem auf die stationären Betriebe wie Krankenhäuser und sozialmedizinische Institutionen, während eine derartige Konzentration bei der OKP und bei den Selbstzahlungen nicht feststellbar ist. Dagegen steht ein hoher Anteil der Selbstzahlungen bei den Zahnärzten (3,2 von 4,1 Mia. Franken) – aber auch bei anderen Leistungserbringern wie den Ärzten (6,5 von 15,4 Mia. Franken).

Gesundheitskosten nach KVG- und Nicht-KVG-Segment

T13

		KVG	Nicht-KVG	Summe		
A Krankenhäuser	11 182	14,4%	15 968	20,5%	27 148	34,9%
B Sozialmedizinische Institutionen	1 724	2,2%	10 916	14,0%	12 640	16,3%
C Arztpraxen und ambulante Zentren	7 461	9,6%	7 965	10,2%	15 427	19,8%
D Zahnarztpraxen, Zahnkliniken	57	0,1%	4 191	5,4%	4 068	5,2%
E andere ambulante Leistungserbringer	1 896	2,4%	2 510	3,2%	4 821	6,2%
F unterstützende Leistungserbringer	631	0,8%	1 142	1,5%	1 460	1,9%
G Detailhandel	3 239	4,2%	3 768	4,8%	7 007	9,0%
H Organisationen für Prävention und Unterstützung	22	0,0%	876	1,1%	1 040	1,3%
I Staat als Leistungserbringer		0,0%	1 286	1,7%	1 273	1,6%
J Versicherer als Leistungserbringer	1 285	1,7%	1 306	1,7%	2 463	3,2%
K Rest der Welt (Importe)		0,0%	408	0,5%	408	0,5%
Σ	27 499	35,4%	50 336	64,7%	77 754	100%

© BFS 2017

4.4 KVG- und Nicht-KVG-Bereich nach Leistungserbringern

Der besondere Mehrwert der vorliegenden Statistik bezieht sich auf den Bereich, der noch nicht durch andere Statistiken - z. B. des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) - abgedeckt ist. Es lässt sich zeigen, dass die Finanzierung im Nicht-KVG-Bereich andere

Schwerpunkte setzt als im KVG-Bereich (vgl. Tabelle 13). Besonders deutlich wird dies bei den sozialmedizinischen Einrichtungen und bei den Zahnärzten, die zu einem grossen Teil ausserhalb des KVGs finanziert werden. Eine Betrachtung des Gesundheitswesens nur anhand der KVG-Daten würde daher die Realität des Gesundheitswesens verzerrt darstellen.

4.5 Internationaler Vergleich

Anhand der international einheitlichen Klassifikation nach Leistungserbringern (HP), Leistungskategorien (HC) und Finanzierungsregimes (HF) sind internationale Vergleiche gut möglich. Besonders der Vergleich mit Nachbarländern ist dabei von Interesse (Tabelle 14).

Gesundheitskosten nach Leistungserbringern, Schweiz und Nachbarländer (in % des Totals) T14

		CH	LI	AT	DE	FR	IT
HP1	Hospitals	34,9	33,3	38,7	29,2	40,2	45,4
HP2	Residential long-term care facilities	16,3	10,4	8,4	8,9	6,9	6,0
HP3	Providers of ambulatory health care	30,6	37,3	21,9	31,4	22,7	22,5
HP4	Providers of ancillary services	1,9	3,2	3,0	1,3	2,9	4,3
HP5	Retailers and other providers of medical goods	9,0	6,3	16,8	19,5	18,9	16,6
HP6	Providers of preventive care	1,3	0,9	0,8	0,6	1,2	3,1
HP7	Providers of health care system administration and financing	4,8	5,9	3,8	5,4	6,0	1,9
HP8	Rest of the economy	0,7	2,6	6,2	3,3	1,0	
HP9	Rest of the world	0,5		0,4	0,5		0,1

© BFS 2017

Es zeigt sich, dass die Schweiz einen besonders hohen Ausgabenanteil bei den sozialmedizinischen Institutionen hat (HP2). Fasst man Krankenhäuser und SOMED-Einrichtungen dagegen zusammen, bewegt man sich auf ähnlichem Niveau wie Österreich, Frankreich und Italien (um die 50 %). Klar ersichtlich ist auch, dass in der Schweiz und in Liechtenstein der Detailhandel einen wesentlich geringeren Anteil hat als in den anderen Ländern, da nur in diesen beiden Ländern die Medikamentenabgabe in Arztpraxen erfolgen kann.

Auf der Finanzierungsseite zeigt sich (vgl. Tabelle 15), dass die Schweiz im internationalen Vergleich mit Abstand den geringsten Finanzierungsanteil durch Steuern und Pflichtbeiträge hat (HF1: 63,6%) und - seit langem bekannt - den grössten Anteil an Selbstzahlungen (HF3: 28,8%). Einen gleichfalls erheblichen Anteil an Selbstzahlungen haben auch Italien und Österreich. In der Diskussion über das Gesundheitswesen spielt dabei häufig auch die Frage eine Rolle, ob Einwohner aus finanziellen Gründen auf Arzt-, Zahnarzt- und Spitalbesuche verzichten.

Gesundheitskosten nach Finanzierungsregime, Schweiz und Nachbarländer (in % des Totals) T15

		CH	LI ¹	AT	DE	FR	IT
HF1	Government schemes and compulsory contributory health care financing schemes	63,6	(..)	75,6	84,5	78,9	74,9
HF2	Voluntary health care payment schemes	7,6	(..)	6,5	3,0	14,3	2,3
HF3	Household out-of-pocket payment	28,8	(..)	17,9	12,5	6,8	22,8

¹ Liechtenstein verwendet zur Berechnung der Selbstzahlungen schweizerische Daten, ein Vergleich mit der Schweiz wäre daher ein statistisches Artefakt.

© BFS 2017

5. Fazit

Die Statistik Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens kann eine wichtige Quelle für eine wissens- und datenbasierte Steuerung des Gesundheitswesens sein, denn sie schafft mit Transparenz und Nachvollziehbarkeit die Grundlage für eine holistisch ausgerichtete Ressourcensteuerung wie auch für internationale und intertemporale Vergleiche.

Eine im internationalen Vergleich schlechte Verfügbarkeit von Primärdaten setzt der Statistik zunächst Grenzen. Mit der Revision wird ein Paradigmenwechsel eingeleitet in Richtung eines dynamischen Verständnisses der Datenlage. Das Modell wurde transparenter und nachvollziehbarer gemacht und der Handlungsbedarf bezüglich einzelner Datenquellen offengelegt.

Damit sind Voraussetzungen dafür geschaffen, dass mit (potentiellen) Datenlieferanten und -nutzern ein Dialog über mögliche Verbesserungen der Datenqualität und über die Weiterentwicklung der Statistik geführt werden kann. Die Orientierung und Transparenz im Gesundheitssystem kann so für alle Akteure, aber auch für die Bevölkerung erhöht werden.

Auch die umfassende Strategie des Bundesrates für das Gesundheitswesen „Gesundheit 2020“, resp. deren Handlungsfeld Transparenz mit seinen Zielen Systemvereinfachung, gesundheitspolitische Steuerung und internationale Einbettung, wird unterstützt.

Die Gesamtschau auf die Kosten und Finanzierung des schweizerischen Gesundheitswesens ermöglicht dann auch, von der isolierten Teilsteuern einzelner Subsysteme Abstand zu nehmen und andere, auf Koordination aufbauende gesundheitspolitische Steuerungsinstrumente zu priorisieren, die es besser ermöglichen, der Bevölkerung langfristig ein zeitgemässes, qualitativ hochstehendes, gerechtes und bezahlbares Gesundheitssystem zur Verfügung stellen zu können.



Tabelle 11: Vollständiges Datenmodell auf einer A4 Seite

I) Klassifikation	II) Daten		Haupt-Variablen	III) Methodik Annahmen, Methodik, Periodizität	IV) Werte (Mio.)		V) Qualitätsbericht		
	Position	Quelle			einzel	Summe	Punkt- schät- zung	Fortschrei- bung	
A Krankenhäuser	Nr. 1	Krankenhäuser	(1) KS-Statistik (2) MS-Statistik	Ertrag, Kosten, Defizitdeckung, Beiträge, Pflegetage	Ertrag+Defizitdeckung+unged. Defizit, plausibilisiert – Exporte, ökonomisch geschätzt über Pflegetage	27'148	27'148	5 Gut	
B SOMED	Nr. 2	SOMED	SOMED-Statistik	Aufwand	-	12'640	12'640	6 Sehr gut	
C Ärzte	Nr. 3	Ärzte	(1) Datensatz medisuisse-FMH (2) Gewerbestatistik (3) FMH-Ärztestatistik (4) Extrapolation KVG	(a) AHV-Einkommen Ärzte (b) Anteil "Mixed Income" (c) # Ärzte	nur 2009: Punktschätzung: Ertrag=(a/b)*c ab 2010: Retropolation über Annahme: Wachstum Total = Wachstum KVG [aus (4)]	15'427	15'427	5 Gut	2 Schwach
D Zahnarztpraxen, Zahnkliniken	Nr. 4a	Zahnarztpraxen	Statistik SSO, Buchhaltung und # Praxen	(a) Ertrag pro Praxis (b) Anzahl Praxen	Ertrag= a*b	4'019	4'248	4 Genügend	
	Nr. 4b	Universitäre Zahnkliniken	Statistik Hochschulfinanzen (BFS)	Aufwand Dienstleistungen	-	49		6 Sehr Gut	
E Ambulante Leistungserbringer	Nr. 5a	Psychotherapeuten	(1) FSP-Daten, (2) nicht korrespondierende KVG-Zeitreihe (Ärzte)	Ertrag, Extrapolation	nur 2012: Studie FSP (1) ab 2013: Retropolation über Annahme: Wachstum Ertrag = Wachstum KVG Ärzte [sic! (2)]	544	4'407	5 Gut	2 Schwach
	Nr. 5b	Physio., Ergo., Logo., Chiro.	(1) korrespondierende KVG-Zeitreihe (2)	Extrapolation, Fixfaktor	Ertrag = a*150%	1'558		2 Schwach	
	Nr. 5c	Hebammen	Fixfaktor			82		2 Schwach	
	Nr. 5d	Spitex (nur Pflege, ohne Haushalt)	Spitex-Statistik	(a) Ertrag Total, (b) Stunden Haushalt (c) Stunden Pflege (d) Anzahl Mahlzeiten (e) Umrechnungsfaktor	Ertrag Pflege = a* [b/(b+c+d*e)]	1'312		6 Sehr Gut	
	Nr. 5e	Pflege durch Angehörige	(1) AHV-Sonderauswertung (2) Anteil 25%	(a) AHV-Hilflosenentschädigung zu Hause (b) Anteil 25%	Ertrag = a*b=a*25%	140		5 Gut	3 Ungenügend
	Nr. 5f	Pflege d. Angehörige	IV-Sonderauswertung	Hilflosenent. zu Hause	-	391		5 Gut	
	Nr. 5g	Privat finanz. Pflege	B,S,S-Studie	(a) Anzahl Klienten (b) Durchschnittspreis	Ertrag = a * b	414		5 Gut	
	Nr. 5h	Ernährungsberatung	(1) korrespondierende KVG-Zeitreihe (2) Fixfaktor	(a) Extrapolation (b) Fixfaktor	Ertrag = a*b=a*200%	34		2 Schwach	
	Nr. 5i	Sonstige	Restkategorie KVG	Ausgaben	-	215		4 Genügend	
	Nr. 5j	Sonstige	Restkategorie UVG	Ausgaben	-	130		2 Schwach	
F Unterstützende Dienstleistungen	Nr. 6a	Labore	MwSt.-Statistik	Umsatz ohne Exporte		1'025	1'460	5 Gut	
	Nr. 6b	Rettung, staatlich	Finanzstatistik	Ausgaben		105		6 Sehr Gut	
	Nr. 6c	REGA	Geschäftsbericht	Ertrag		154		6 Sehr Gut	
	Nr. 6d	Rettung, privat	(1) REE-Studie von 1995, (2) nicht korrespondierende KVG-Zeitreihe (Ärzte)	Ertrag, Extrapolation	nur 1995: Studie REE ab 1995: Retropolation über Annahme: Wachstum Ertrag = Wachstum KVG Ärzte [sic! (2)]	177		1 Schlecht	
G Detailhandel	Nr. 7a	Apotheken	pharmaSuisse-Daten	Ausgaben	-	5'042	7'007	6 Sehr Gut	
	Nr. 7b	Drogerien	Daten Drogerieverband	Ausgaben	-	517		6 Sehr Gut	
	Nr. 7c	Therapeutische Apparate	MwSt.-Statistik	Umsatz	-	1'447		5 Gut	
H Präventionsorganisationen	Nr. 8a	Tabakpräventionsfonds	Jahresbericht	Ertrag	-	14	1'040	6 Sehr Gut	
	Nr. 8b	KVG, Stiftung Gesundheitsförderung	Jahresbericht	Aufwand	-	22		6 Sehr Gut	
	Nr. 8c	UVG-EKAS (Unfallprävention)	Jahresbericht	Aufwand	-	129		5 Gut	
	Nr. 8d	Non-Profit i.e.S.	zewo-Angaben	(a) Umsatz Gesundheit (b) Marktanteil zewo (nicht nur Gesundheit)	Ertrag = a / (b+10%)	876		5 Gut	
I Staat	Nr. 9a	Staat, allgemein	Finanzstatistik	Ausgaben	-	1'133	1'273	6 Sehr Gut	
	Nr. 9b	Staat, BAG	Staatsrechnung	Ausgaben	-	140		6 Sehr Gut	
J Versicherer	Nr. 10a	IV	(1) Geschäftsbericht (2) Anteil 50%	(a) Verwaltungs- und Durchführungskosten (b) Anteil 50%	Ertrag = a*b=a*50%	345	2'463	3 Ungenügend	
	Nr. 10b	UVG, SUVA-Verwaltungskosten	(1) SUVA-Verwaltungskosten (2) Marktanteil SUVA	(a) Aufwand SUVA, (b) Marktanteil SUVA,	Ertrag = a/b	202		5 Gut	
	Nr. 10c	KVG	BAG-Statistik	Aufwand Verwaltung	-	1'285		6 Sehr Gut	
	Nr. 10d	VVG, Verwaltungskosten	(1) BAG-Statistik; (2) FINMA-Statistik	(a) Verwaltungskosten KVG-Versicherer (VVG) (b) Umsatz KVG-Versicherer (VVG) (c) Umsatz VVG	Ertrag=a*(b/c)	630		4 Genügend	
K Rest der Welt (Importe)	Nr. 11	Importe	Haushaltsbudgeterhebung	Bruttoausgaben Zahnärzte und Detailhandel	Gemittelt über 3 Jahre	408	408	5 Gut	
Σ						77'754	77'754		



Herausgeber: Bundesamt für Statistik (BFS)

Auskunft: Michael Lindner, Tel. 058 463 65 14, michael.lindner@bfs.admin.ch

Autoren: Michael Lindner, Ulrich Wagner

Reihe: Statistik der Schweiz

Themenbereich: 14 Gesundheit

Originaltext: Deutsch

Übersetzung: Sprachdienste BFS

Layout: Sektion GESV

Titelseite: BFS ; Konzept : Netthoewel & Gaberthüel, Biel;

Foto: © Auke Holwerda – istockphoto.com

Copyright : BFS, Neuchâtel 2017 Wiedergabe unter Angabe der Quelle für nichtkommerzielle Nutzung gestattet.

Download: www.statistik.ch (gratis)