

Patientenorientierte Spitzenmedizin

# Was bringt und was fordert die Spitzenmedizin vom Staat und seinen Bürgern?

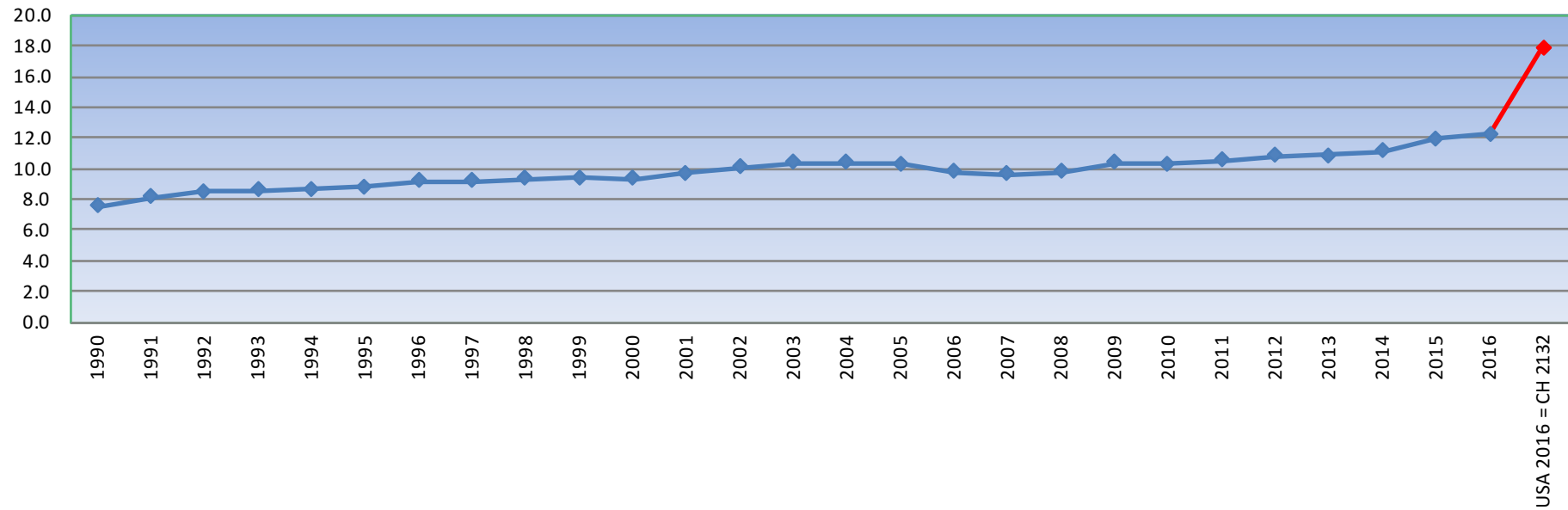
---

Jean-François Steiert, Präsident der Schweizerischen Gesellschaft  
für Gesundheitspolitik und Staatsrat des Kantons Freiburg

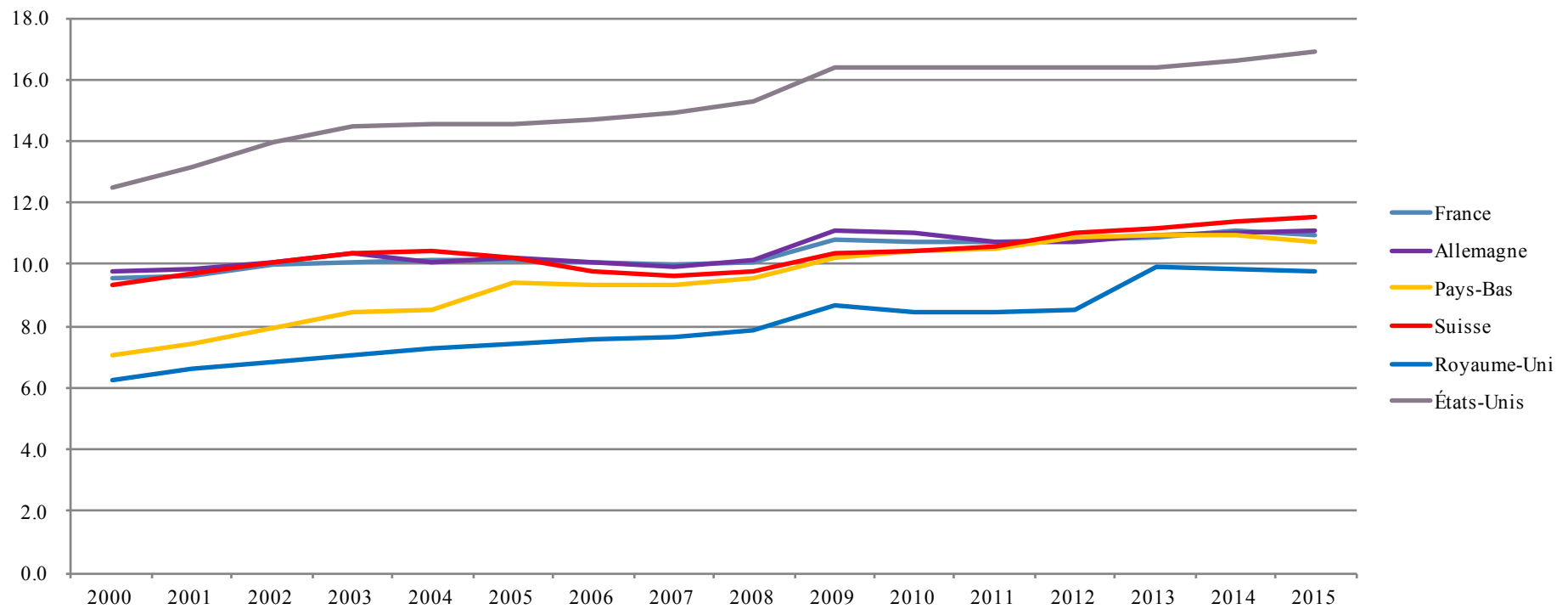


# 1. Gesundheitssystem – allgemein

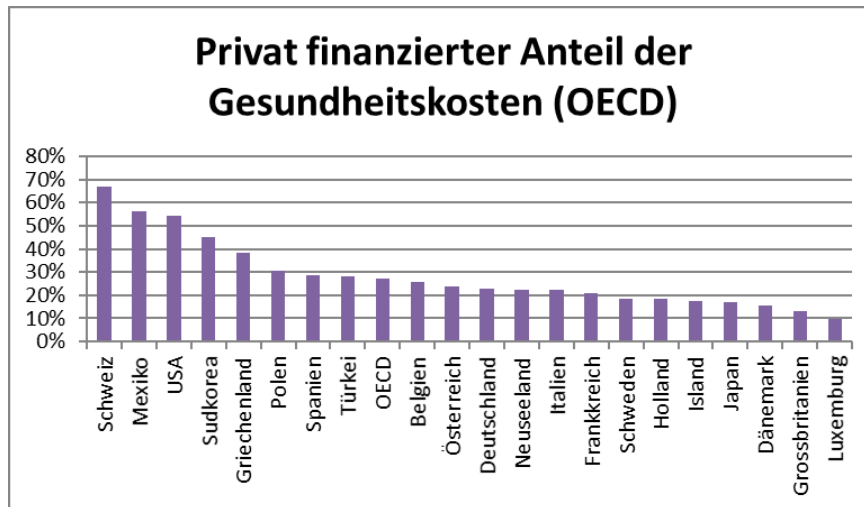
Gesundheitskosten CH im Verhältnis zum BIP



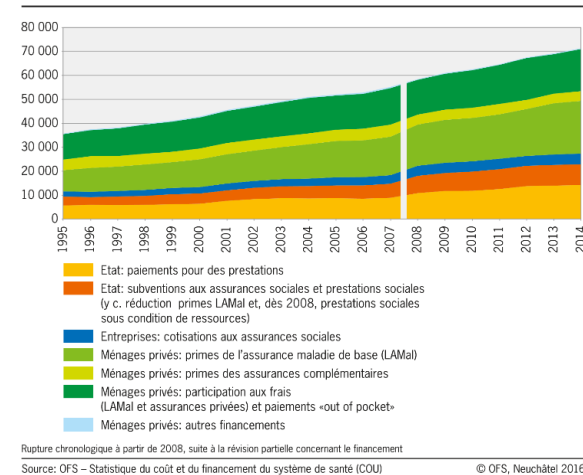
# 1. Gesundheitssystem – allgemein



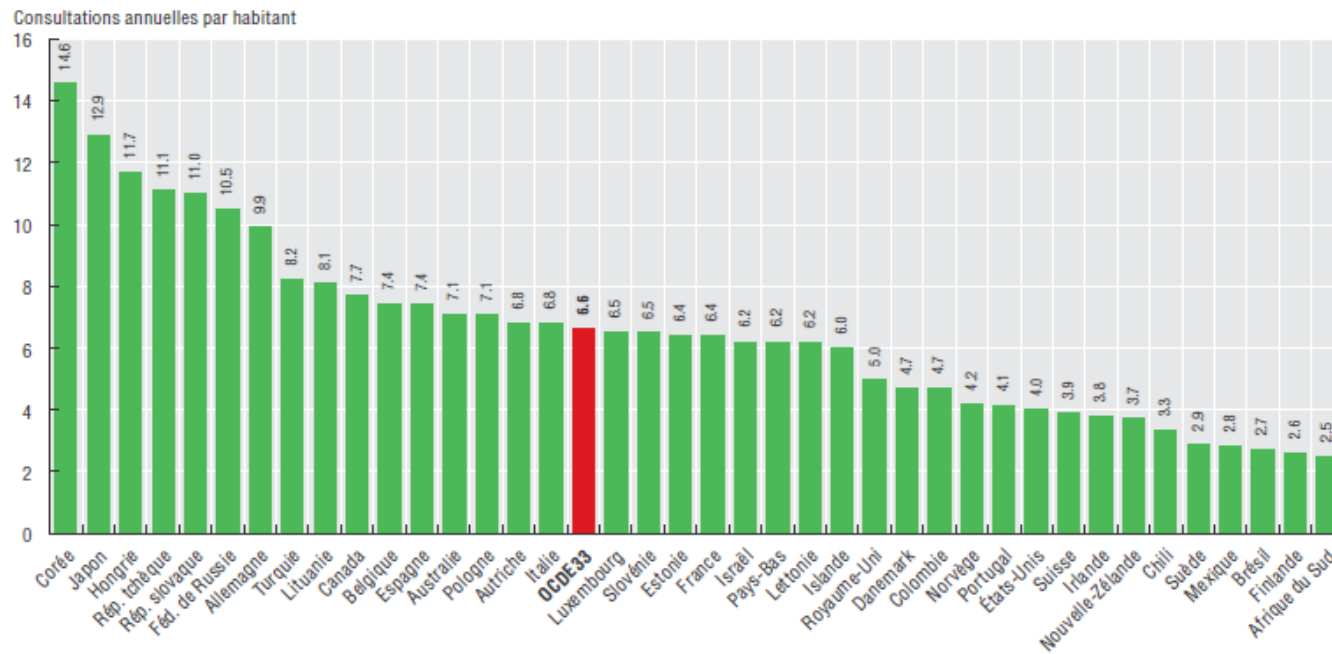
# 1. Gesundheitssystem – allgemein



**Financement des dépenses de santé selon la source**  
En millions de francs

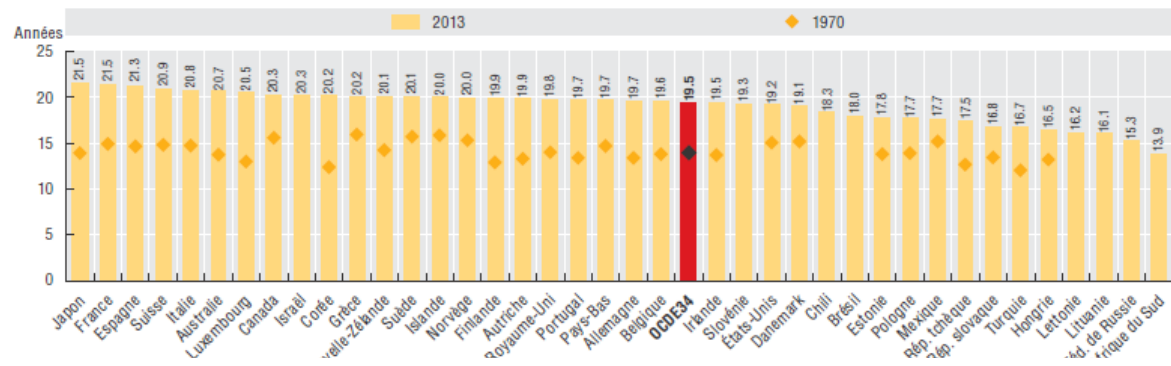


# 1. Gesundheitssystem – allgemein

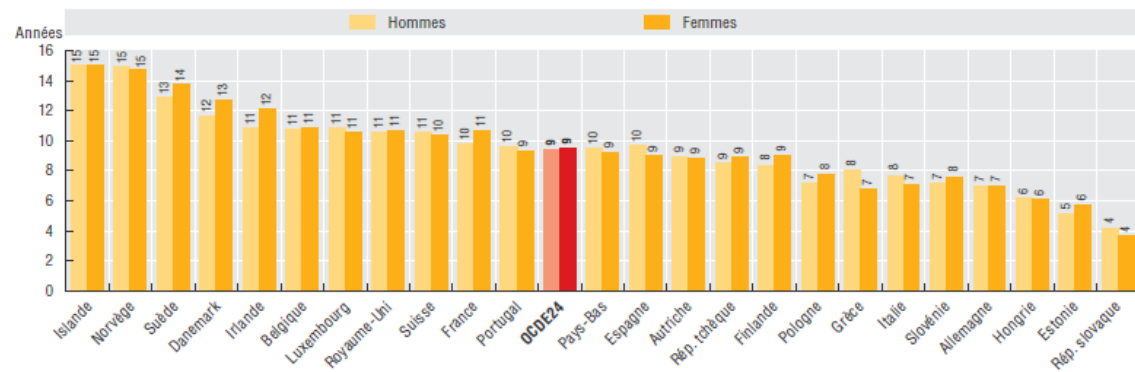


# 1. Gesundheitssystem – allgemein

11.3. Espérance de vie à 65 ans, 1970 et 2013 (ou année la plus proche)



11.5. Années de vie en bonne santé à 65 ans, pays européens, 2013



# 2. Erwartungen der BürgerInnen

---

## ❖ Individuelle Interessen

- Hohe Lebenserwartung und gute Lebensqualität
  - Qualitative Pflege/Therapien
  - (Früh-)Diagnose
  - Gentests
  - ...

## ❖ Kollektive Interessen

- Optimale Ressourcenzuteilung
  - Potentielle Konflikte mit den persönlichen Interessen

# 2. Erwartungen der BürgerInnen

---

## ❖ Umsetzung der individuellen Interessen

- Stärkung der Gesundheitskompetenzen
- Individuelle Gesundheitsentscheide
  - Wichtigkeit einer öffentlichen Finanzierung von qualitativen Informationsplattformen, die kein wirtschaftliches Interesse aufweisen
- Individuelle Wahl des Leistungserbringers
  - Wichtigkeit verständlicherer und zugänglicherer Informationen
- Reduzierung der wirtschaftlichen Fehlanreize

## ❖ Umsetzung der kollektiven Interessen

- Orientierung des Gesundheitswesens mit einer delegierten Teilnahme der Patienten
- Orientierung der Prozesse mit den Patienteninteressen als Massstab
  - HTA
  - Qualität
  - Festlegung des Angebots



# 2. Erwartungen der BürgerInnen

---

## ❖ Rolle des Staates

- Zugang für alle BürgerInnen sichern
  - Zu qualitativen Pflegen/Therapien
  - Zu nachweislichen therapeutischen Fortschritten
  - Zu gesundheitsfördernden Faktoren vor der Heilphase
- Orientierung der Forschung mitgestalten
- Kollektivinteressen sichern
  - Bei Zugangsfragen
  - Bei der Definition und Umsetzung der Qualitätspolitik

# 3. Spitzenmedizin - allgemein

## ❖ Definition von hochspezialisierter Medizin im international Vergleich

	CH	NL	AU	DE	FR	EN	DK
Rarity	●			●		●	●
Complexity	●	●	●		●	●	●
Costs	●		●	●		●	○
Potential for innovation	●						
High risk of adverse outcome	○	●	●		●		
Structural requirements	○		●		●		●
Evidence for VOR <sup>1</sup>	○			●			

Table 5-1: Country specific criteria for definition and allocation of HSM of (analogous)

● specific criterion for definition of HSM and for allocation of interventions to the HSM framework; ○ additional characteristic of HSM commonly referred to, but not explicitly required for definition; <sup>1</sup>volume-outcome-relationship

## ❖ Wichtigkeit von Fallvolumen

	Minimum case volumes	Need for minimum case volumes based on	Cut-off based on
CH	Mandatory	Evidence Expert opinions	Evidence Expert opinions
NL	Mandatory (not legally enforced) <sup>1</sup>	Evidence Expert opinions	Consensus, informed by evidence
AU	Partly mandatory	Evidence	Evidence
GE	Mandatory	Evidence	Evidence
FR	Mandatory	Evidence Ministerial decision	Ministerial decision, informed by evidence
EN	Mandatory (not legally enforced) <sup>1</sup>	Evidence Expert opinions	Consensus, informed by evidence
DK	Mandatory (not legally enforced) <sup>1</sup>	Evidence, Decision Danish Health and Medicines Authority	Single expert opinion, informed by evidence

Table 5-3: Minimal volumes and assignment of the corresponding cut-off

<sup>1</sup> In the absence of an Act regulating the minimum case volumes per intervention type, these minimum case volumes can also be regarded as strongly recommended.

# 3. Spitzenmedizin - allgemein

---

Spitzenmedizin und Staat – eine Beziehung an der Schnittstelle zwischen:

❖ Innovation und Forschung

- National/international
- Wie wird die Forschung gesteuert?
- Wer definiert Innovation?

❖ Qualität

- Wie und von wem gemessen?
- Personalisierte Medizin und Daten der PatientInnen

❖ Infrastrukturen

- Regionalismus
- Zugang

# 4. Innovation - Forschung

---

- ❖ Spitzenposition der Schweiz auf internationaler Ebene
  - 1. Platz im Innovationsranking der World Intellectual Property Organisation (seit 2011 ununterbrochen)
  - 1. Platz im Ranking der Anmeldung europäischer Patente im Verhältnis zur Einwohnerzahl (2018 884 eingereichte Patente – NL 412, DK 377, S 374, FIN 329) – in absoluten Zahlen ist die CH auf Platz 6 (USA, DE, JAP, FR, CN, CH)
  - Bereiche mit den meisten eingereichten Patenten in der CH: Messsysteme (10%), Medtech (8%) sowie Verkehrs- und Verpackungslösungen (8%)
- ❖ Einige Herausforderungen für den Innovationsstandort Schweiz:
  - Steigende Nachfrage nach hochqualifizierten Arbeitskräften – die Schweiz greift zunehmend auf ausländische Arbeitskräfte zurück
    - Trotz tiefen Beschäftigungsanteils der Frauen an der Gesamtzahl der Forschenden
  - Im international Vergleich: Potenzial für mehr Zusammenarbeit zwischen Unternehmen und Hochschulen
  - Rückgang des Anteils der KMU mit Produkt- und Prozessinnovationen seit Mitte der 1990er Jahre

# 4. Innovation – Forschung

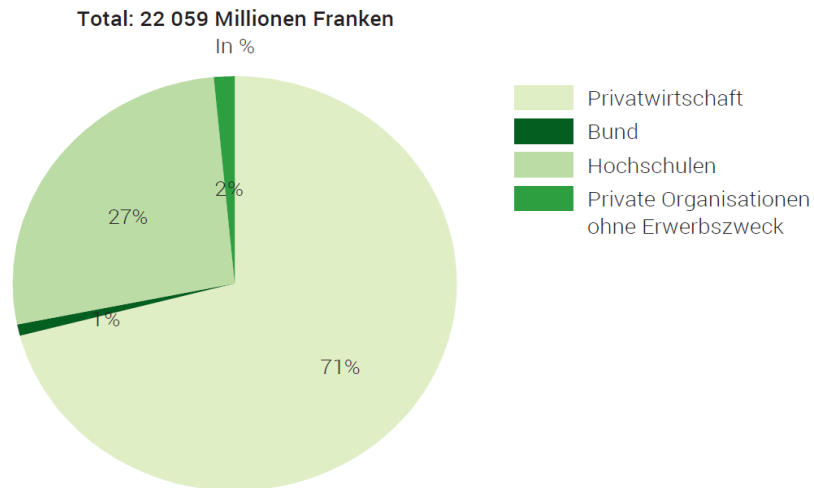
---

## ❖ Finanzierung der Forschung in der Schweiz

- Finanzierung der Forschung durch die Behörden gemäss dem Subsidiaritätsprinzip
- Mehr als zwei Drittel der F&E-Aktivitäten durch die Privatwirtschaft finanziert
  - Angewandte Forschung und Entwicklung, Umsetzung von Wissen in marktfähige Innovationen
  - Grundlagenforschung durch wenige Grosskonzerne
- BFI 2017-2020 = 26,387 Mia.

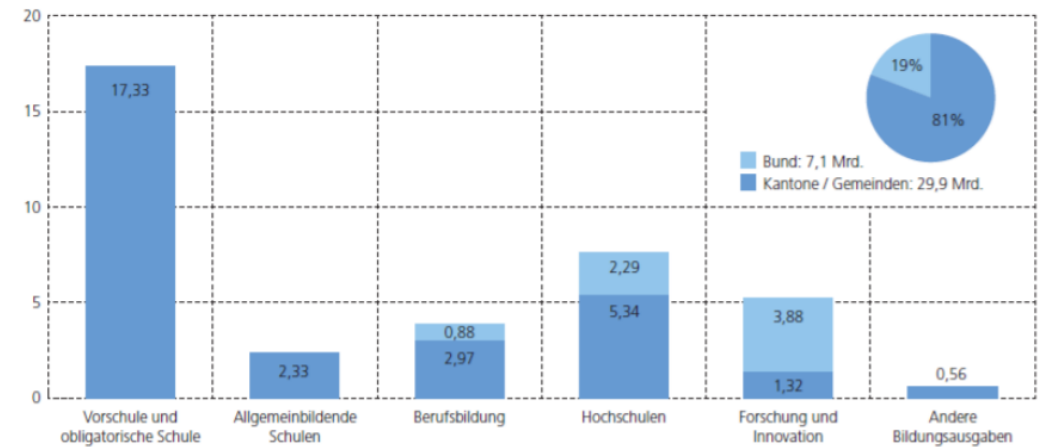
# 4. Innovation - Forschung

## Intramuros-F+E-Aufwendungen in der Schweiz nach Sektor, 2015



Quelle: BFS – Forschung und Entwicklung (F+E) Synthese Schweiz (FE Schweiz) © BFS 2017

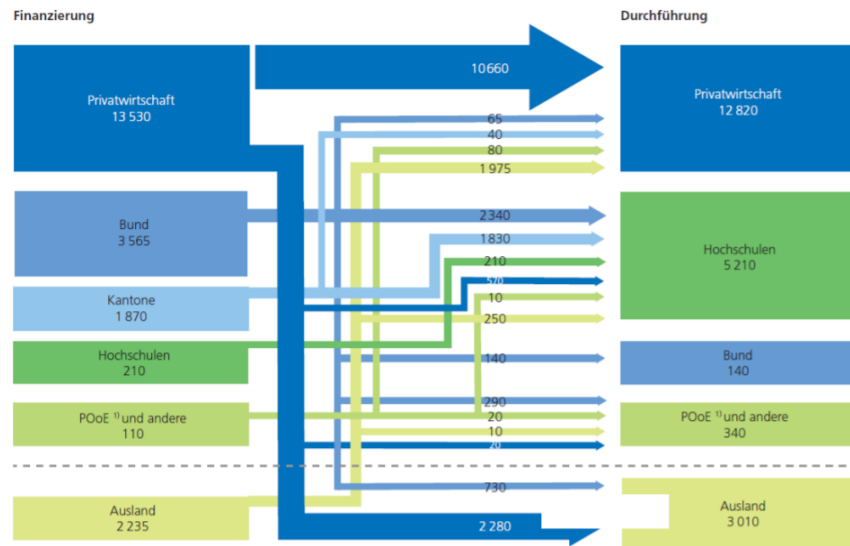
Abbildung 4: BFI-Ausgaben Bund, Kantone und Gemeinden, in Mrd. CHF, 2013



Quelle: BFS, EFV, Abbildung SBFI

# 4. Innovation – Forschung

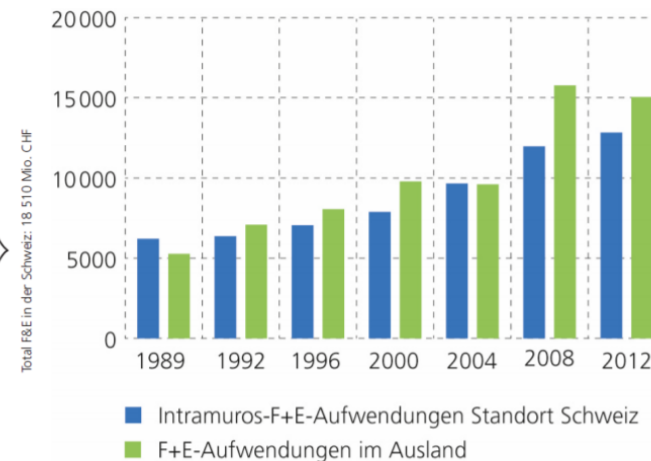
Abbildung 2: Finanzierung und Durchführung von F&E in der Schweiz nach Sektoren, in Mio. CHF, 2012 (ohne Zweigniederlassungen von Schweizer Unternehmen im Ausland)



<sup>1)</sup> Private Organisationen ohne Erwerbszweck

Quelle: BFS (2014)

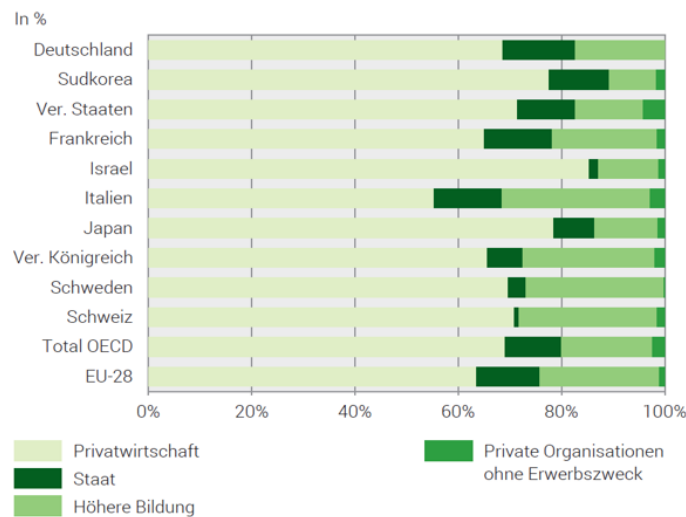
Abbildung 3: Intramuros-F&E-Aufwendungen<sup>14</sup> der Privatwirtschaft am Standort Schweiz und F&E-Aufwendungen von Zweigniederlassungen im Ausland, in Mio. CHF



Quelle: BFS, Abbildung SBF1

# 4. Innovation – Forschung

F+E-Durchführung nach Sektor im internationalen Vergleich, 2015



## ❖ An welche Interessen orientiert sich die Forschung?

- 2/3 der Forschung durch Privatwirtschaft finanziert – für den Gesundheitsbereich heisst das vor allem durch die Pharma und Medtech
- PatientInnen haben – fast – keine Einflussmöglichkeiten, um die Forschung zu orientieren
  - Z.B. wird für ein Medikament geforscht, das eine Krankheit heilt oder das die Symptomen einer Krankheit lindert?
- Hat der Staat weitere Möglichkeiten?
  - Öffentliche Forschungsförderung
  - USA: National Institutes of Health – Investition \$ 37,3 Mia./Jahr
  - Achtung: Ist die staatliche Förderung eine Finanzierung der Forschung oder eine Investition in die Forschung? D.h. will der Staat ein Return-on-Investment und ggf. von welcher Art?

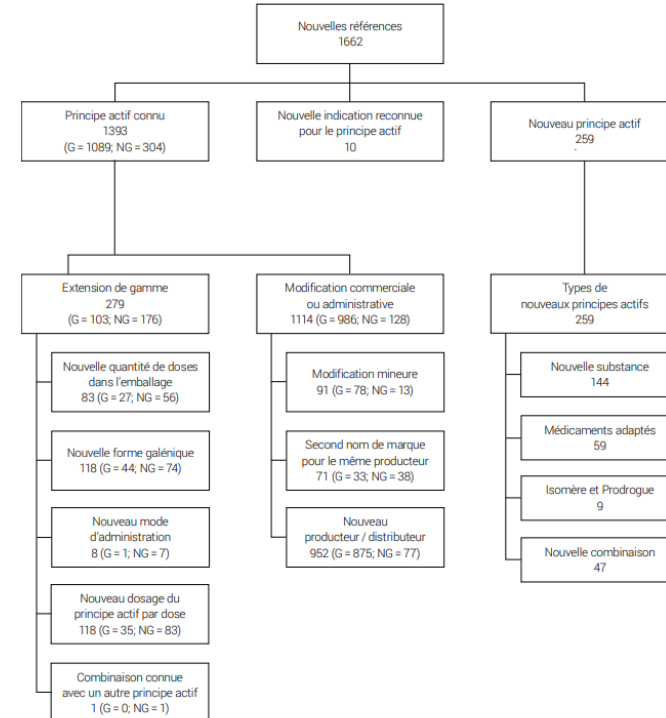


# 4. Innovation – Forschung

## ❖ Wer definiert, was eine Innovation ist?

- Frage der – delegierten – Teilnahme der Patienten an den Prozessen
- Frage der Fehl- oder Scheininnovationen
  - Evergreening-Strategien bei der Pharmaindustrie; z.B. geringfügige Änderung ohne bessere Wirksamkeit, zwei alte Wirkstoffe neu in einer Tablette oder zeitlich gestaffelte Patente
  - «From Evidence-based Medicine to Marketing-based Medicine?»
- Im Zusammenhang mit personalisierter Medizin: Bringt diese eine Fragmentierung des Markts? Ggf. Welche Anreize für die Innovation, wenn sie nicht mehr von einer breiten Patientenbasis finanziert wird?

G 9.2 Typologie des nouvelles références, ensemble des groupes thérapeutiques étudiés, 2012 - 2014



Note: Les critères « extension de gamme » peuvent être multiples, par exemple une nouvelle inscription peut apporter à la fois une nouvelle forme galénique et un nouveau mode d'administration.

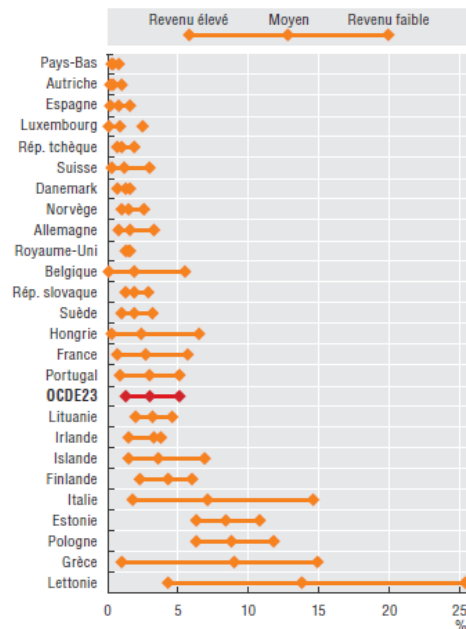
Source: OFSP – Liste des spécialités 2012 à 2014 / calculs propres

© Obsan 2017

# 5. Qualité

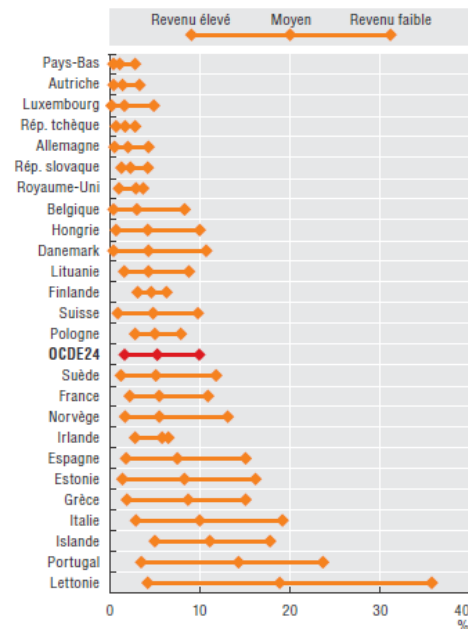
## ❖ Diskriminierung wegen Einkommensniveau

7.4. Besoins en examens médicaux non satisfaits, par niveau de revenu, 2013



Note : Besoins en soins non satisfaits pour des raisons de coût, d'éloignement, ou de temps d'attente.  
Source : EIL-SHC 2012

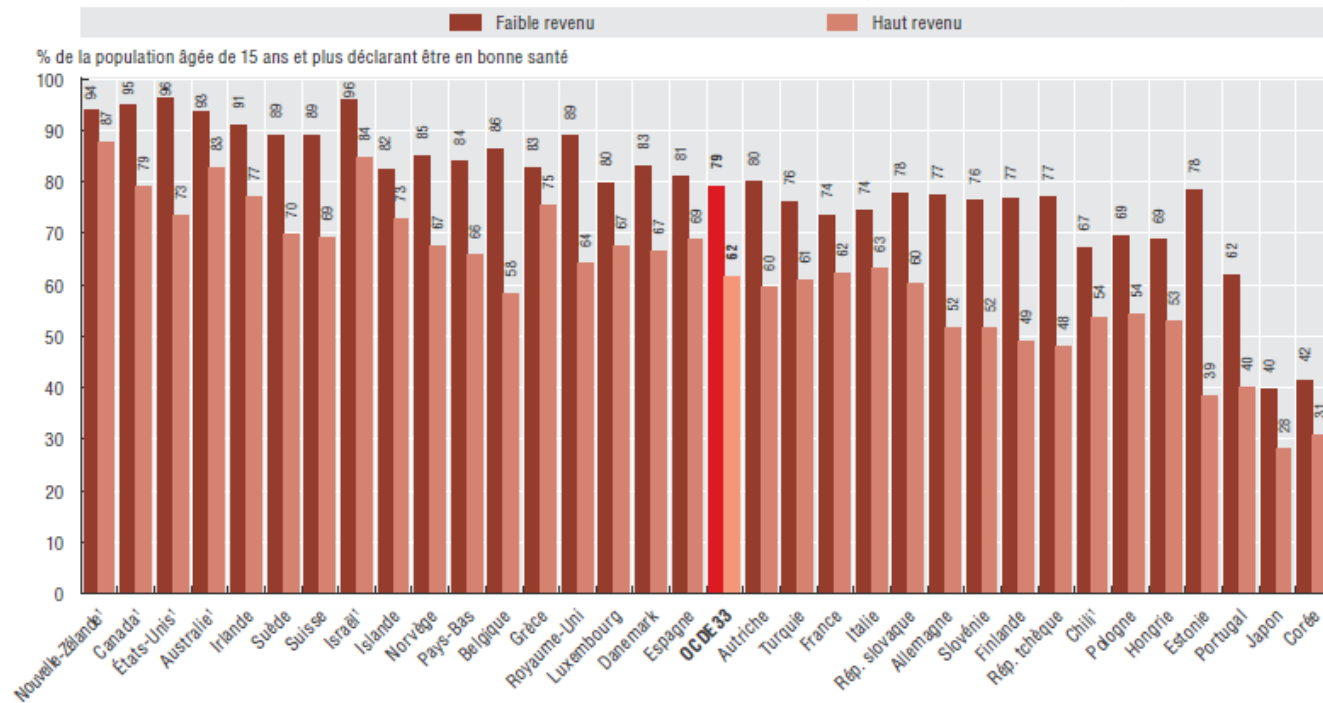
7.5. Besoins en examens dentaires non satisfaits, par niveau de revenu, 2013



Note : Besoins en soins non satisfaits pour des raisons de coût, d'éloignement, ou de temps d'attente.

# 5. Qualité

3.19. Perception de l'état de santé par niveau de revenu, 2013 (ou année la plus proche)



# 5. Qualität

- ❖ Spitzenmedizin als Vorreiterin – Zusammenhang mit der innovativen Rolle der Spitzenmedizin
  - Folglich ist es wichtig zu überlegen, inwiefern die Erfolge der Spitzenmedizin zugänglich gemacht werden – Spitzenmedizin ist (nicht nur) erhebliche Technologie.
  
- ❖ Konzentration
  - Mittel zur Qualitätssicherung
  - Planung der hochspezialisierten Medizin: Der Bund wollte 2016 keinen Gebrauch von seiner subsidiären Kompetenz machen.
    - Lage wird 2019 erneut geprüft.
  - Im internationalen Vergleich: Konzentrationsforderungen in der Schweiz ziemlich tief
  - Volumen pro Zentrum/pro Arzt?

	CH	NL	AU	DE	FR	EN	DK
Oesophagus resection per centre per surgeon	10 <sup>1,2</sup> -	20 -	10 -	10 -	30 -	60 15-20	80-100 20-30
Pancreas resection per centre per surgeon	10 <sup>1,3</sup> -	20 <sup>5</sup> -	10 -	10 -	30 -	80 12	80-100 30
Liver resection per centre per surgeon	10 <sup>1,3</sup> -	20 -	10 <sup>8</sup> -	20 <sup>10</sup> -	30 -	150 <sup>11</sup> 15 <sup>12</sup>	80-100 30
Lower rectum resection per centre per surgeon	10 <sup>1,4</sup> -	20 <sup>6</sup> -	15 <sup>6,8</sup> -	- -	30 <sup>6</sup> -	- -	80-100 <sup>6</sup> 30 <sup>6</sup>
Bariatric surgeries per centre per surgeon	10 <sup>1,4</sup> -	100 <sup>7</sup> -	25 <sup>9</sup> -	- -	- -	100 50	80-100 <sup>13</sup> 30 <sup>13</sup>

Table S-4: Minimum annual volumes per institution or surgeon