

# Plattform Qualitätsmedizin

## Qualitätsdifferenzierte Tarife auch im stationären Bereich?

**Wolfram Strüwe, Leiter Gesundheitspolitik & Unternehmenskommunikation**

[wolfram.struewe@helsana.ch](mailto:wolfram.struewe@helsana.ch)

20. Oktober 2022

**Helsana**

Engagiert für das Leben.

# Traktanden

Ausgangslage & Problem

Auf einmal ist «ambulant vor stationär» !

Und stationär seit 2012?

Fazit

## Ein paar Fragen an das Publikum

### *Wer von ihnen findet, dass ...*

... weiterhin erhebliches Verbesserungspotenzial besteht, um die Qualität weiterzuentwickeln, die Effizienz zu steigern und somit die Kosten zu dämpfen?

... die Ergebnisqualität für Patienten entscheidend ist, da es ja darauf ankommt, was hinten rauskommt?

... jene, die eine bessere Qualität erbringen, dafür auch (etwas) mehr bekommen sollten?

... der Wettbewerb um eine bessere Qualität zentral für die Leistungsfähigkeit unseres Gesundheitswesens ist?

**Wo finde ich Ihre Meinung im Krankenversicherungsgesetz?**

# Qualität im Recht bei Einführung neue Spitalfinanzierung

## KVG

Art. 39 Abs. 2ter

Der Bundesrat erlässt **einheitliche Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität** und Wirtschaftlichkeit. Er hört zuvor die Kantone, die Leistungserbringer und die Versicherer an.

Art. 49 Abs. 1, letzter Satz

Die Spitaltarife orientieren sich an der Entschädigung jener Spitäler, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der **notwendigen Qualität** effizient und günstig erbringen

Art. 49 Abs. 8

In Zusammenarbeit mit den Kantonen ordnet der Bundesrat schweizweit Betriebsvergleiche zwischen Spitälern an, insbesondere zu Kosten und **medizinischer Ergebnisqualität**. Die Spitäler und die Kantone müssen dafür die nötigen Unterlagen liefern. Der Bundesrat veröffentlicht die Betriebsvergleiche.

## KVV Art. 58b (Versorgungsplanung)

Abs. 4 Bst. a

Bei der Beurteilung und Auswahl des auf der Liste zu sichernden Angebotes berücksichtigen die Kantone insbesondere die Wirtschaftlichkeit und **Qualität der Leistungserbringung**.

Abs. 5 Bst. b

Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität beachten die Kantone insbesondere den Nachweis der **notwendigen Qualität**;

# Das Problem

## BVGer-Urteil C 2283/2013 vom 11. September 2014

1. «Nach der Zielsetzung des KVG erfolgt die Preisorientierung nicht alleine an möglichst günstigen Preisen. Gemäss Art. 49 Abs. 1 Satz 5 KVG können nur Leistungen in der «notwendigen Qualität» als Massstab dienen. Die qualitativ hochstehende gesundheitliche Versorgung (Art. 43 Abs. 6 KVG) **wird bei der Preisbestimmung vorausgesetzt.**»
2. «Die Ausführungen der Vorinstanz, wonach bereits durch die **gesundheitspolizeiliche Bewilligungspflicht** und die Auflagen im Rahmen der **Spitalplanung** eine hohe Versorgungsqualität gewährleistet sei, sind **überzeugend.**»
3. Für das Tarifrecht hat die medizinische Versorgungsqualität die Bedeutung, dass als Referenzspitäler nur solche in Frage kommen, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität erbringen (Art. 49 Abs. 1 Satz 5 KVG). **Beim Benchmarking ist somit sicherzustellen, dass nicht ein Spital mit Qualitätsdefiziten als Referenzspital dient.**

**Qualität oder Qualitätsindikatoren sind kein Element der Tarifbestimmung**

# Da sind wir nun in der Bredouille, denn

Ziel Revision der Spitalfinanzierung: Wachstum der stationären Kosten dämpfen. Daher Ausrichtung Anreize konsequent auf Kosteneindämmung.

Kein Wille vom Gesetzgeber: Qualität auf gesetzlich garantierte Mindestqualität beschränken

Zusammenhang von Qualität & (Kosten)effizienz:

- Qualitätszuschläge können wie Effizienzgewinne als wirtschaftliche Anreize wirken und den Wettbewerb unter den Spitälern fördern.
- Durch die laufende Erhöhung der Behandlungsqualität können längerfristig die Ziele der Kosteneindämmung verfolgt werden (vielleicht sogar nur so).
- Sind OKP-Gewinne zulässig, müssen auch Gewinne in Form von Qualitätszuschlägen möglich sein

**Qualität ist mehrdimensional Kategorie, die untrennbar mit (Kosten)effizienz verbunden ist**

# Ambulant mal vor stationär!

## andere Regulierung lässt anderes zu, nämlich Produkte

### Artikel 41 Abs. 4

Die Versicherten können ihr Wahlrecht im Einvernehmen mit dem Versicherer auf Leistungserbringer beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt



Produktentwicklungsmöglichkeit für Versicherer, zwar limitiert auf Beschränkung der Leistungserbringer, da aber frei

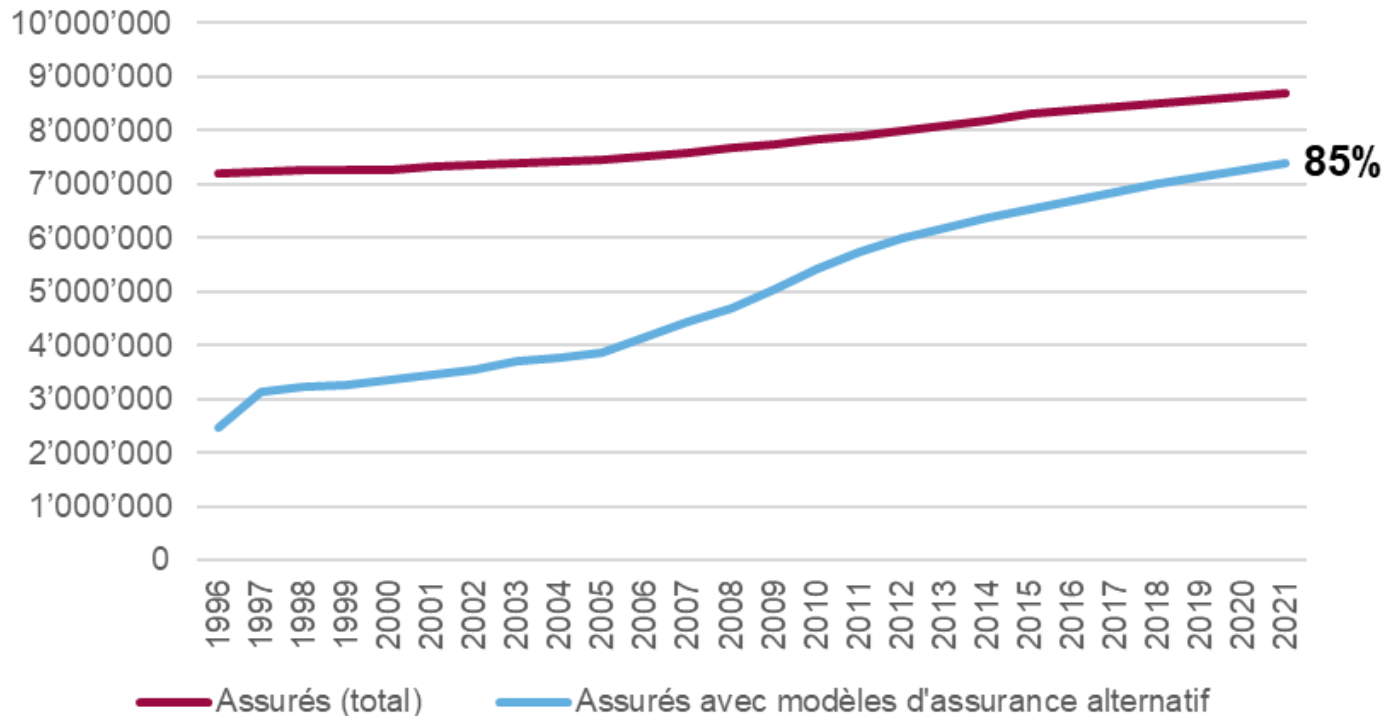
### Artikel 62 Abs. 1

Der Versicherer kann die Prämien für Versicherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers nach Artikel 41 Absatz 4 vermindern.



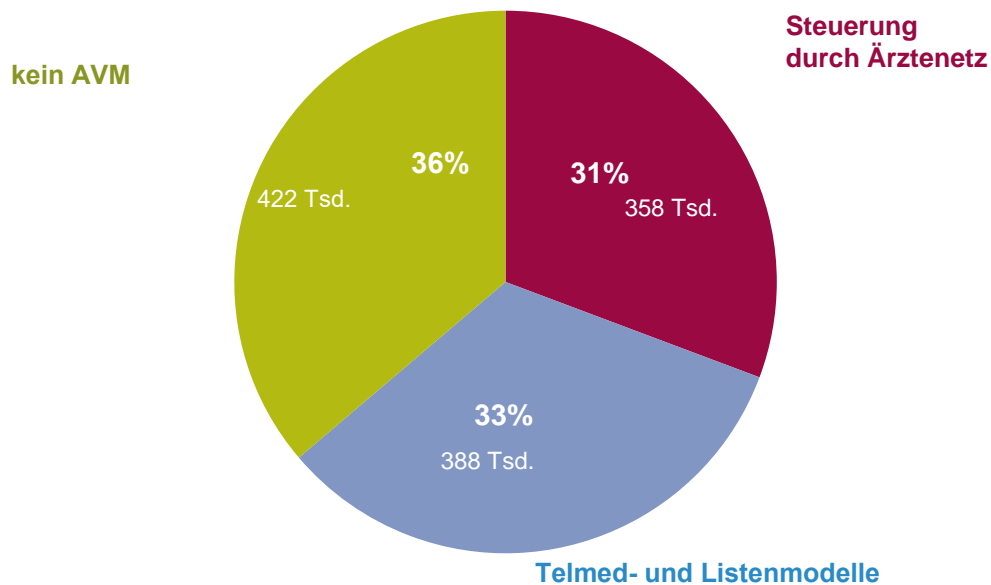
Rabatt ist Instrument der Versicherer, um Versicherte in die Produkte zu bekommen

# Versicherte wählen in dieser beschränkten Wahl! und zwar immer mehr von ihnen

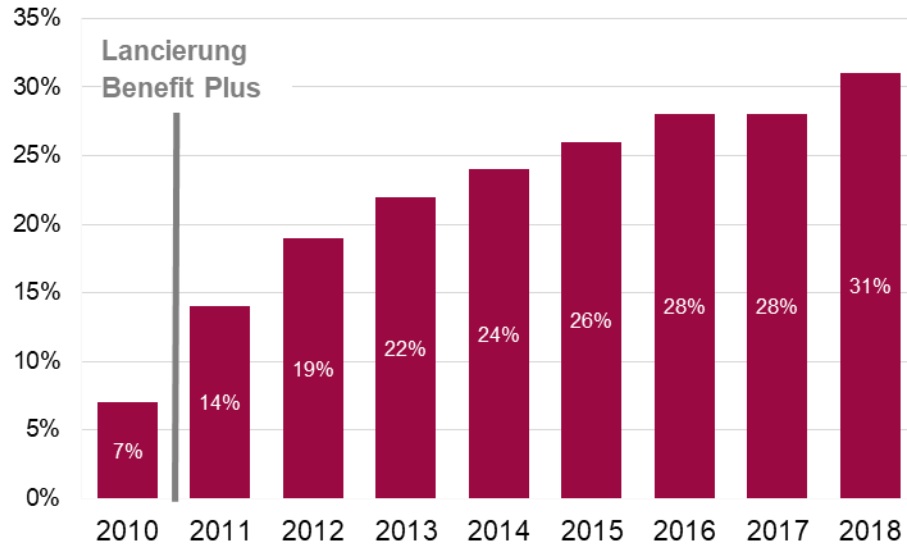




# Versichertenverteilung OKP 2018 nach «Steuerung» Beispiel Helsana



# Das Instrument 'Rabatt' wirkt



Anteil Helsana-Versicherte mit vertraglicher Gatekeeper-Steuerung am OKP-Gesamtbestand (Ärztennetze, ohne Telemedizin)

- Ohne AVM-Rabatte keine Versicherte in Modellen
- Rabatte haben auf Modell-Einsparungen zu beruhen; das BAG rechnet gut!
- Je höher die Rabatte, desto höher die Wahrscheinlichkeit, dass Versicherte die Modelle wählen (Präferenzentscheid!)

# Feststellung



- AVM senkt Prämienleid
- Rabatte sind nicht gegeben, sondern müssen immer wieder erarbeitet werden
- Ohne Innovation sinken Rabatte
- Modelle mit Steuerung haben Potential, höhere Rabatte zu generieren

**AVM muss permanent weiterentwickelt werden**

# Indikatoren und variable Vergütung in AVM-Verträgen: Incentive für Kosteneffizienz und gute Qualität

Grundlage: Evidenzbasierte Qualitätsindikatoren der  
Helsana Gesundheitswissenschaften



Guideline-konforme  
**Diabetikerbehandlung**

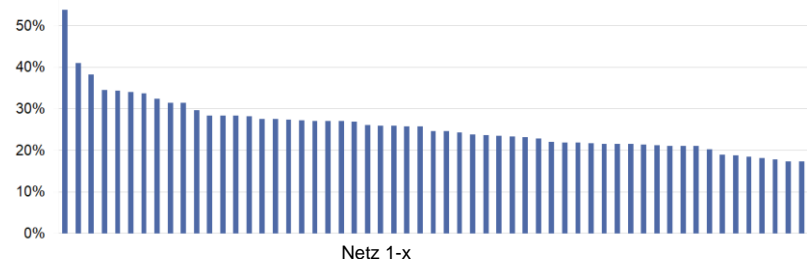


**Arzneimitteltherapiesicherheit:**  
Polymedikation und Potentiell  
inadäquate Medikation Ü65



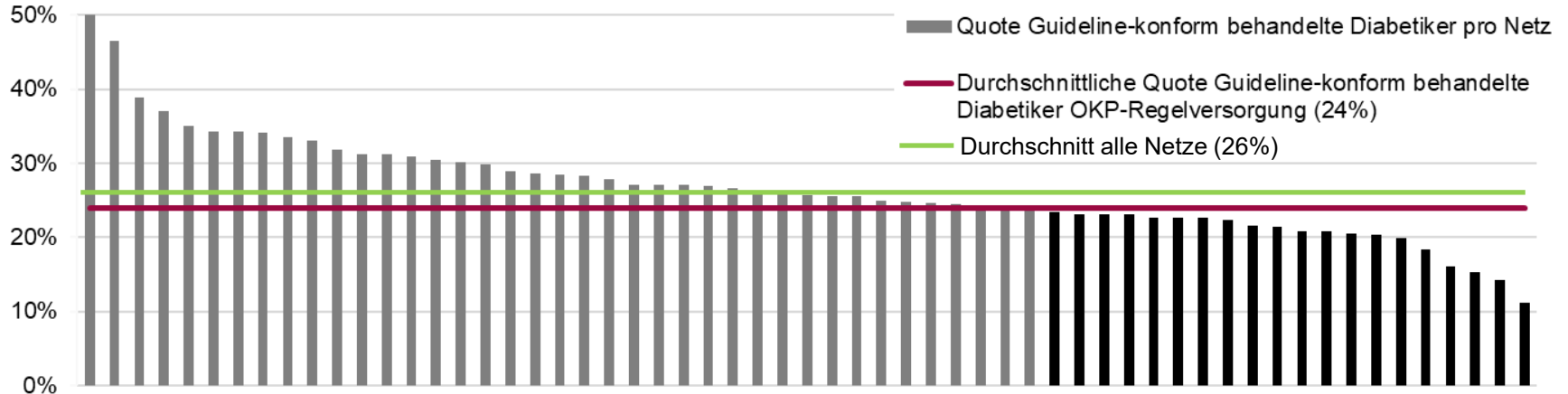
**Einsparungen**

Benchmarking über alle Netze pro Indikator, mit  
Erfolgsausschüttung an die besten 40%



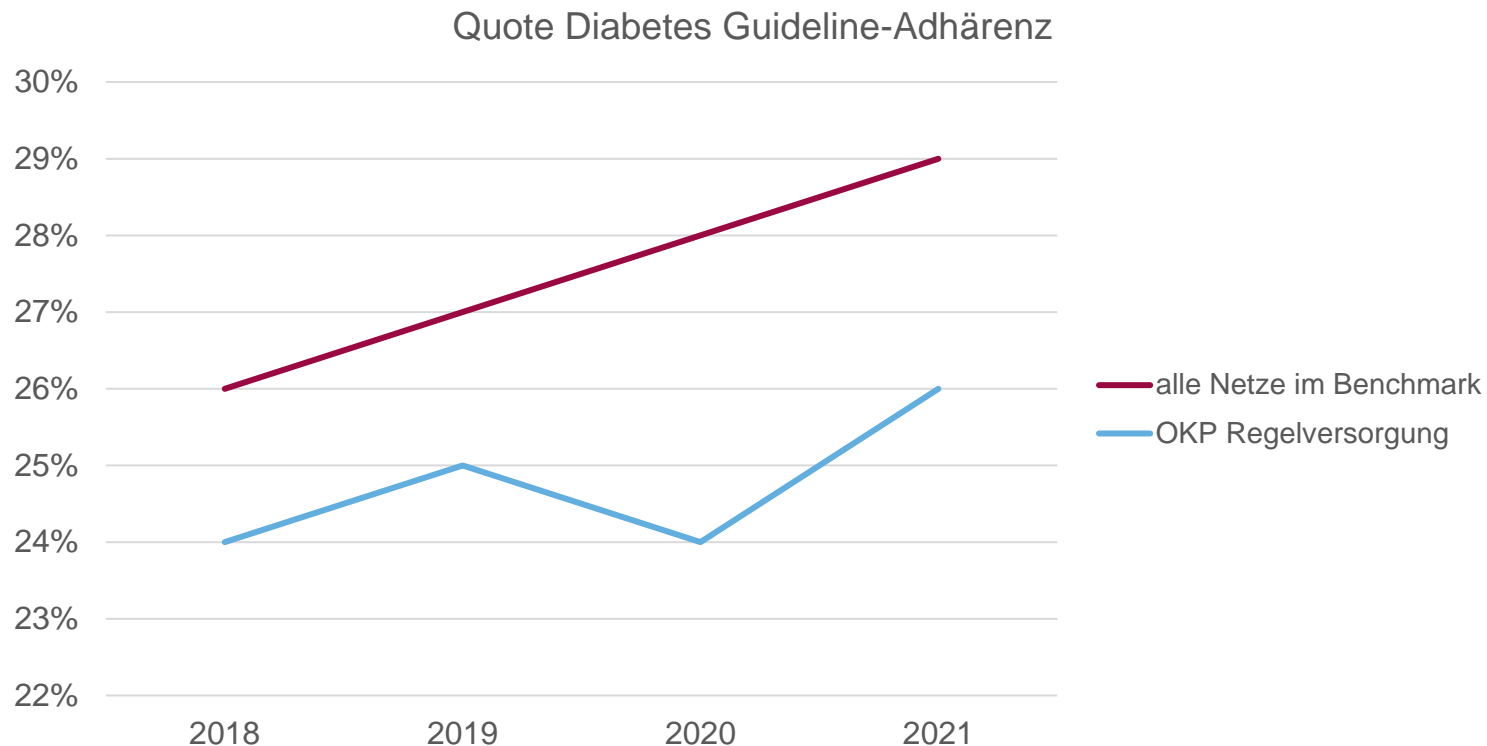
- **Instrument zur Förderung von Qualitäts-  
wettbewerb und für die Weiterentwicklung einer  
selektiven Vertragsstrategie: wem wollen wir  
unsere Versicherten anvertrauen?**

# Guideline-konforme Diabetikerbehandlung: Quote pro Netz 2018



**Unterschiede sind messbar & lassen sich daher auch unterschiedlich vergüten!**

# Die Netze sind besser als die OKP-Regelversorgung, aber steigende Quoten bei beiden



# Und wir machen mit den Indikatoren in den AVM weiter

Nr. QI	Variable/Bezeichnung
QI 1	Stationäre Notfallaufnahme
QI 2	Arzneimittelkosten
QI 3	Kosten pro Tagesdosis PPI, Statine, Angiotensin II-Antag., ACE
QI 4	Verordnungsanteil von Medikamenten mit erhöhtem Selbstbehalt (Generika)
QI 5	Verordnungsanteil von Analogpräparaten (Fricke C/D)
QI 6	Anzahl der verschiedenen konsultierten Hausärzte
QI 7	Anzahl der verschiedenen konsultierten Fachärzte
QI 8	Anzahl Verschreibungen an Anxiolytika, Sedativa oder Hypnotika, pro Jahr
QI 9	Anzahl Verschreibungen an NSAR, pro Jahr
QI 10	>65 Jahre: Polymedikation
QI 11	>65 Jahre: PIM-Bezug
QI 12	>65 Jahre: Influenza-Impfung
QI 13	>65 Jahre: Hospitalisierung wegen hüftgelenksnaher Frakturen
QI 14	Asthma/COPD: Langzeittherapie mit systemischen Corticosteroiden
QI 15	Asthma/COPD: Krankheitsspezifische Hospitalisierung
QI 16	Diabetes: HbA1C-Bestimmung
QI 17	Diabetes: Augenärztliche Untersuchung
QI 18	Diabetes: Bestimmung des Lipidprofils
QI 19	Diabetes: Bestimmung des Nephropatiestatus
QI 20	Diabetes: Hospitalisierung
QI 21	ASS-Bezug nach Myokardinfarkt
QI 22	Statin-Bezug nach Myokardinfarkt
QI 23	ASS-Bezug nach ischämischem Schlaganfall oder TIA
QI 24	Statin-Bezug nach ischämischem Schlaganfall oder TIA

# Lässt die Gesetzgebung nun stationär mehr zu?

## KVG

Art. 58

**Der Bundesrat** legt nach Anhörung der interessierten Organisationen jeweils für vier Jahre die Ziele im Hinblick auf die Sicherung und Förderung der Qualität der Leistungen (**Qualitätsentwicklung**) fest.

Art. 58a

Abs 1: Die **Verbände** der Leistungserbringer und der Versicherer schliessen gesamtschweizerisch geltende Verträge über die Qualitätsentwicklung (**Qualitätsverträge**) ab.

Abs. 3: Die Regeln zur Qualitätsentwicklung orientieren sich an jenen Leistungserbringern, welche die obligatorisch versicherte Leistung in der **notwendigen Qualität** effizient und günstig erbringen.

Art. 59 Abs. 1

Gegen Leistungserbringer, die gegen die im Gesetz vorgesehenen Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsanforderungen [...] verstossen, werden **Sanktionen** ergriffen.



1. Bund setzt Ziele
2. Verbände machen Q-Verträge
3. Sanktionierung Spitäler bei Nichtbefolgung
4. ... und immer noch der Begriff «notwendige Qualität»

**Das einzelne Spitäler hat auszuführen**

**Der einzelne Versicherer hat EQK mitzufinanzieren (CHF 15 Mio. bis 2024)**

**Helsana**



# In der Verordnung wiederholt es sich

Art. 58d Abs. 2 KVV (Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität)

Bei der Beurteilung der Qualität der Einrichtungen ist insbesondere zu prüfen, ob die gesamte Einrichtung folgende Anforderungen erfüllt:

- a. Sie verfügt über das **erforderliche qualifizierte Personal**.
- b. Sie verfügt über ein **geeignetes Qualitätsmanagementsystem**.
- c. Sie verfügt über ein **geeignetes internes Berichts- und Lernsystem** und hat sich, wo ein solches besteht, einem gesamtschweizerisch einheitlichen Netzwerk zur Meldung von unerwünschten Ereignissen angeschlossen.
- d. Sie verfügt über die Ausstattung, die erforderlich ist, um an **nationalen Qualitätsmessungen** teilzunehmen.
- e. Sie verfügt über die Ausstattung zur Gewährleistung der Medikationssicherheit, insbesondere durch die elektronische Erfassung der verordneten und abgegebenen Arzneimittel.

## ... aber gehörig!

Art. 58g (Qualitätsanforderungen)

Die Leistungserbringer müssen die folgenden Qualitätsanforderungen erfüllen:

- a. Sie verfügen über das **erforderliche qualifizierte Personal**.
- b. Sie verfügen über ein **geeignetes Qualitätsmanagementsystem**.
- c. Sie verfügen über ein **geeignetes internes Berichts- und Lernsystem** und haben sich, sofern ein solches besteht, einem gesamtschweizerisch einheitlichen Netzwerk zur Meldung von unerwünschten Ereignissen angeschlossen.
- d. Sie verfügen über die Ausstattung, die erforderlich ist, um an **nationalen Qualitätsmessungen** teilzunehmen.

**Von medizinischer Ergebnisqualität (Art. 49 Abs. 8 KVG) kein Sterbenswörtchen**

## keine Hilfe

### Qualitätsstrategie Bundesrat

1. «Damit Leistungen von der OKP vergütet werden, wird vom Gesetzgeber vorausgesetzt, dass diese die notwendige Qualität aufweisen.»
2. «Die notwendige Qualität schliesst auch die Qualitätsentwicklung ein. Die Qualitätsentwicklung ist somit bereits Teil der durch die OKP vergüteten Leistungen.»
3. «Eine zusätzliche Finanzierung von Qualitätsmassnahmen auf der Meso- und Mikroebene ist nicht vorgesehen.»

**Begriffe wie «Tarif», «Tarifpartner» oder «Tarifvertrag» kommen in der bundesrätlichen Strategie gar nicht vor**

# Fazit

1. «notwendige Qualität» wird als eine Art «vorausgesetzte Mindestqualität» ausgelegt
2. Qualitätsentwicklung: schrittweise Anhebung dieser Mindestschwelle
3. Einzelnen Tarifpartner spielen bei der Qualität keine Rolle
4. Qualitätswettbewerb ist nicht vorgesehen, Qualität als Element der Tarifbildung im stationären Bereich schon gar nicht
5. Ambulant ist mehr möglich. Hoffentlich bleibt das so, denn Kantone bestimmen nun neu die Zulassung der Leistungserbringer zur OKP und unter EFAS finanzieren sie dann auch die ambulanten Leistungen mit!

**Lasst uns mehr ambulant  
machen, denn da kann  
man noch was machen  
und das ist eh besser  
für die Patienten**

**Vielen Dank!**

**Wolfram Strüwe, Leiter Gesundheitspolitik & Unternehmenskommunikation**