

Über Effizienz zu mehr Qualität!?

14. Tagung der Plattform
Qualitätsmedizin Schweiz

Fridolin Marty, Leiter Gesundheitspolitik
17. November 2025



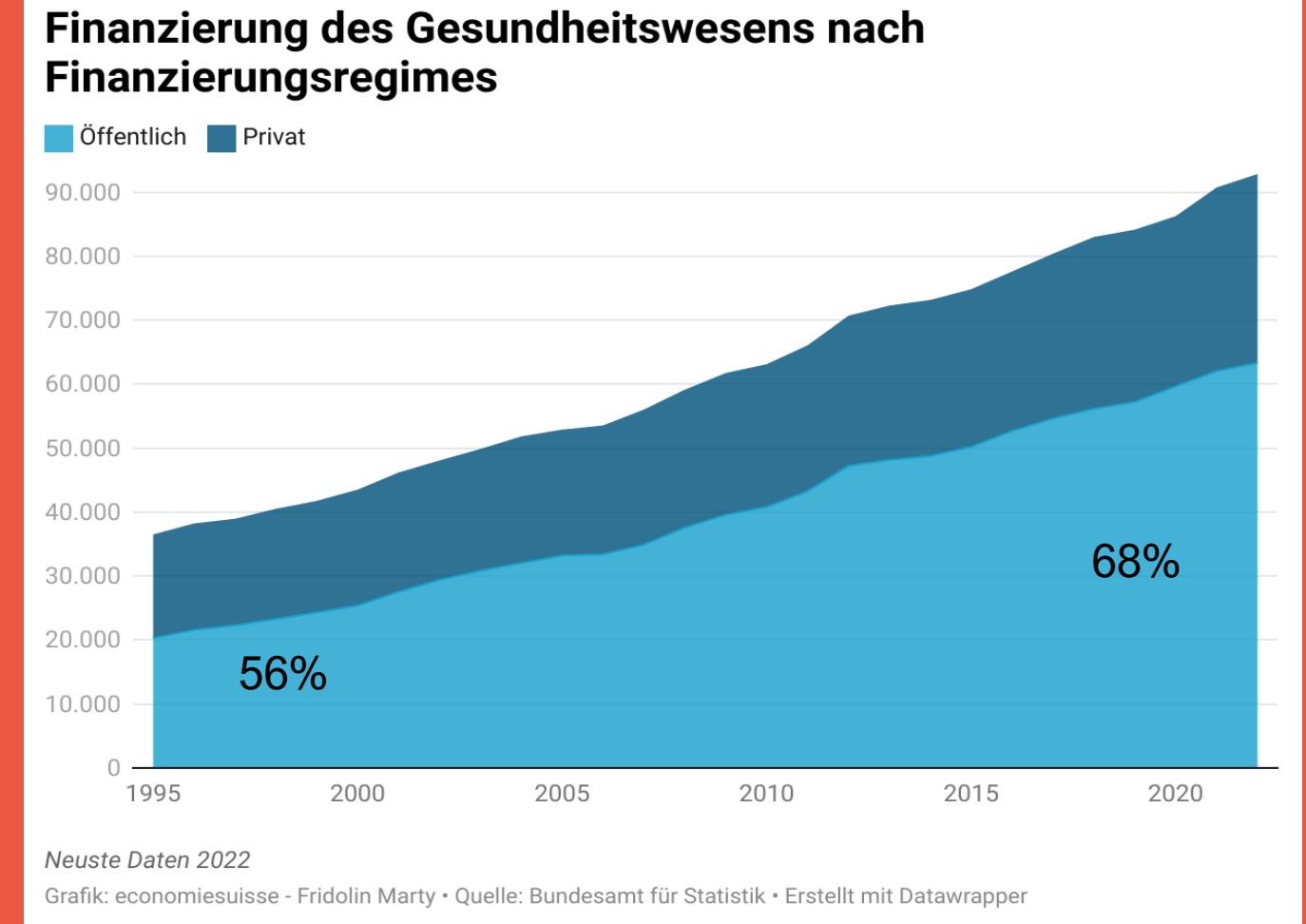
Drei Thesen zur Qualität

1. Ist Effizienz möglich?
2. Ist Qualität möglich? Fallbeispiel Norwegen. Was können wir lernen?
3. Wie stehen wir international da?
4. Tarife sind relevant für die Qualität
5. Qualitätsbürokratie oder Qualitätswettbewerb?
6. Fazit

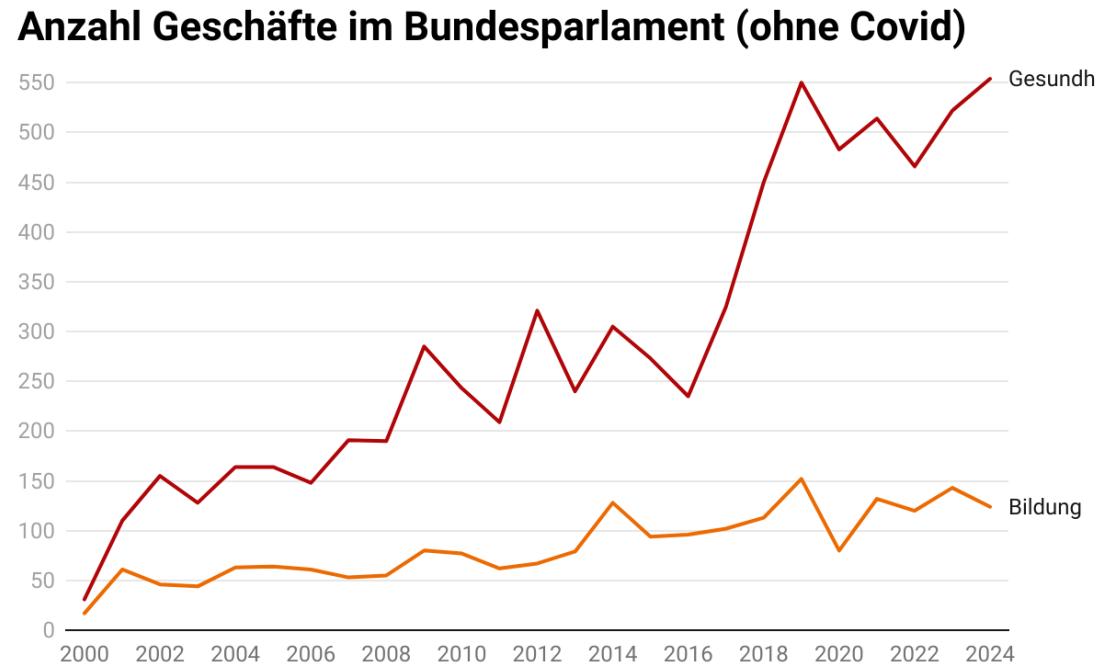


1. Trend: Megatrend «mehr Zwangsfinanzierung»

- Der zwangsfinanzierte Anteil des Gesundheitswesens nimmt stetig zu.
- Drei Effekte:
 - Keine Erhöhung der Kostenbeteiligung seit 20 Jahren
 - Ausweitung der Deckung in der Grundversicherung
 - Verschiebung aus der Zusatz- in die Grundversicherung



Trend: Mehr Regulierung



Gründe für Regulierungsexplosion:

- Professionalisierung des Parlaments
- Kostenexplosions-Mythos
- «Anreize, etwas zu machen»
- Keine strukturelle Anreize für Regulierungsabbau.

Probleme:

- Die Umsetzung und das Monitoring der neuen Artikel werden vernachlässigt.
- Der Unterhalt der Gesetzestexte wird ignoriert.

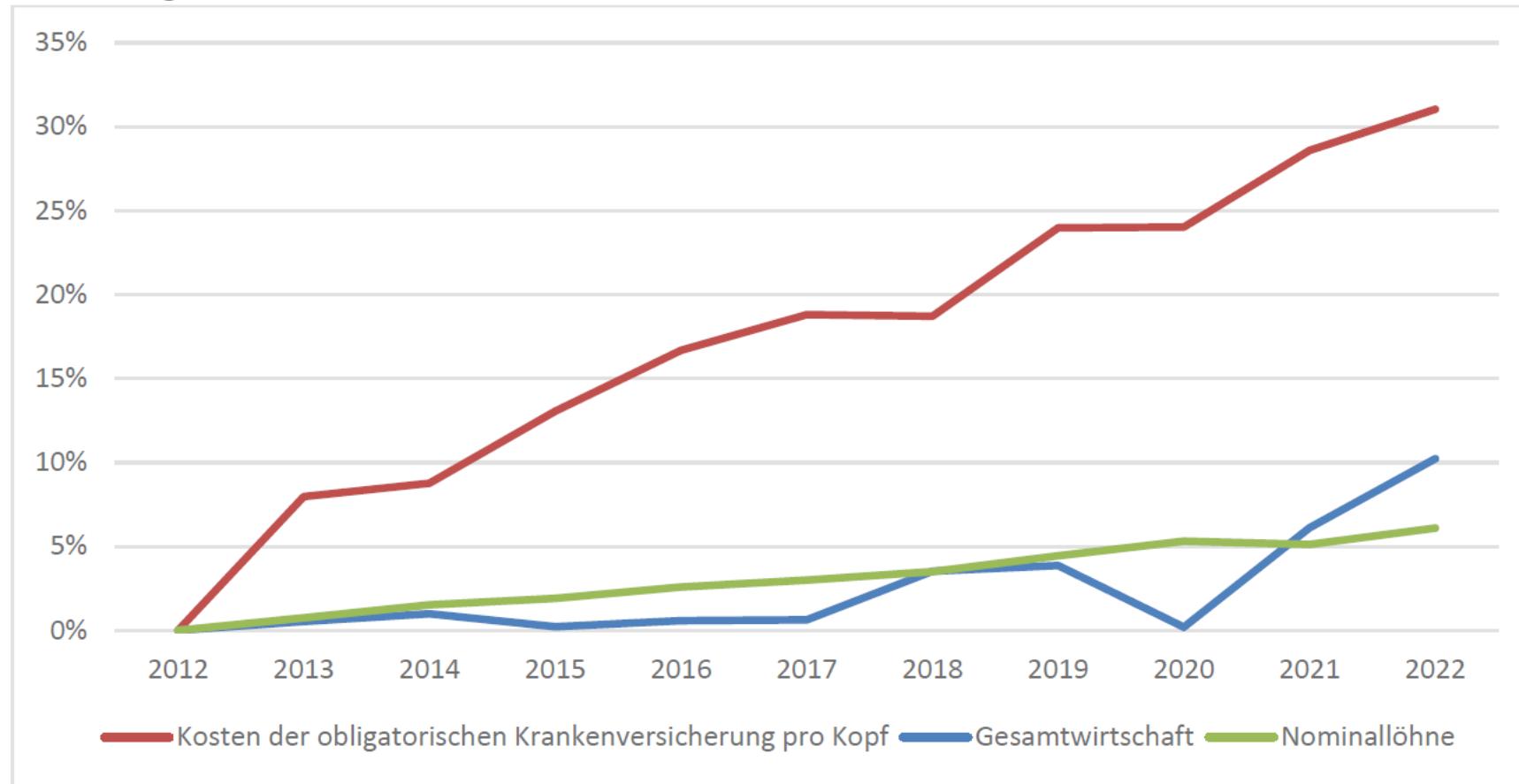
«Bundesrat setzt Gegenvorschlag zur Kostenbremse-IV. um»

- Einführung von Kosten- und Qualitätszielen
- Auch Kantone können Kosten- und Qualitätsziele einführen
- Neue Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring
- Weitere Einschränkungen für die Tarifpartnerschaft



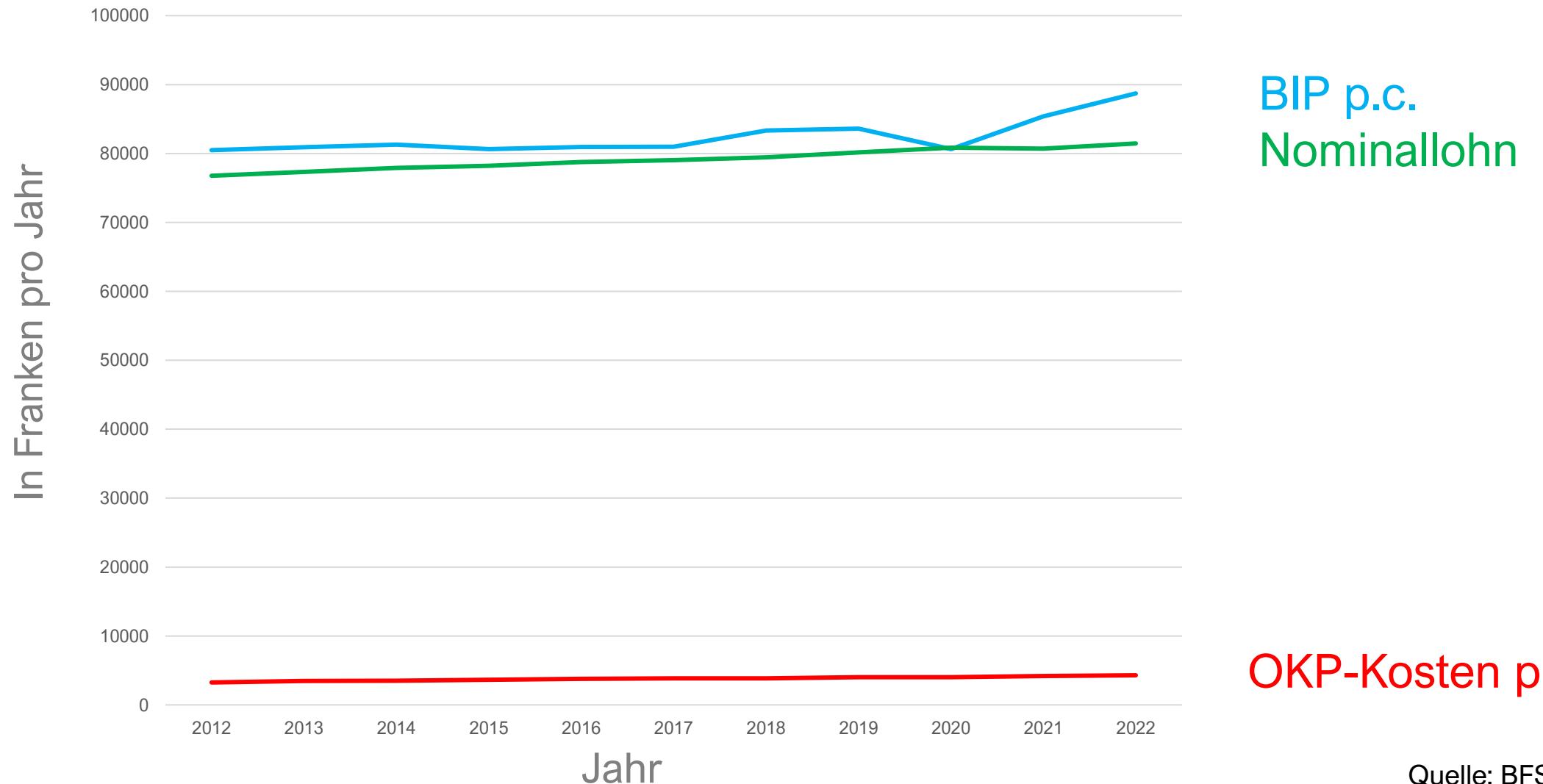
Faktenblatt indirekter Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative «KVG-Änderung: Vorgabe von Kosten- und Qualitätszielen»

Abbildung 1: Kumulatives OKP-Kostenwachstum und makroökonomische Indikatoren 2012–2022



Quelle: Bundesamt für Gesundheit (Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2022) und Bundesamt für Statistik (Wachstums- und Produktivitätsstatistik (WPS) und Schweizerischer Lohnindex (SLI) aufgrund der Daten der Sammelstelle für die Statistik der Unfallversicherung (SSUV)

BIP, OKP-Kosten und Nominallohn pro Kopf und Jahr (absolute Werte)



Quelle: BFS

...Finanzströme Bildung

Finanzflüsse im Bildungswesen, 2022

Total: 42 574 Millionen Franken



Die ausserordentlichen Ausgaben sind ausgeschlossen.

Datenstand: 29.08.2024

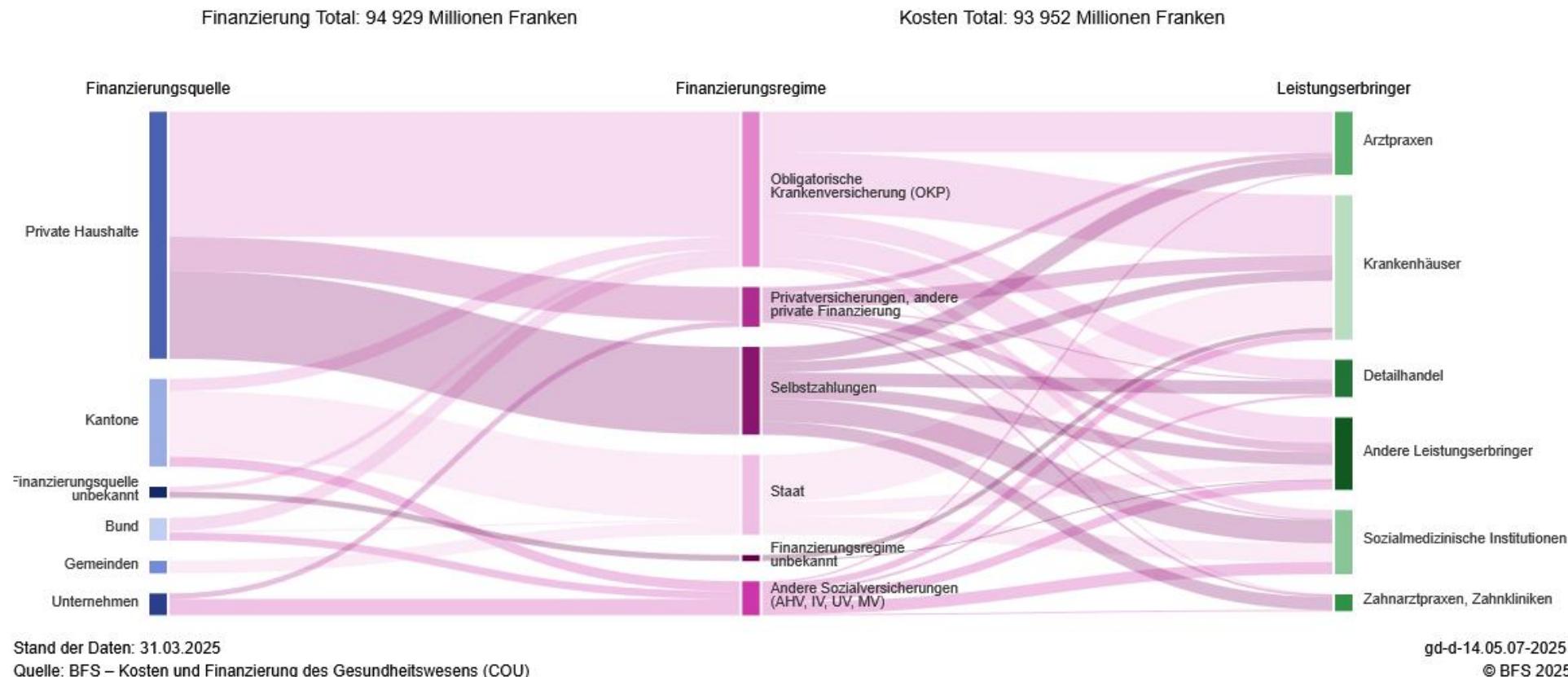
Quellen: BFS – ÖBA; EFV – FS

gr-d-15.06.01-fluss

© BFS 2024

...und Gesundheitspolitik ist kompliziert

Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens, 2023

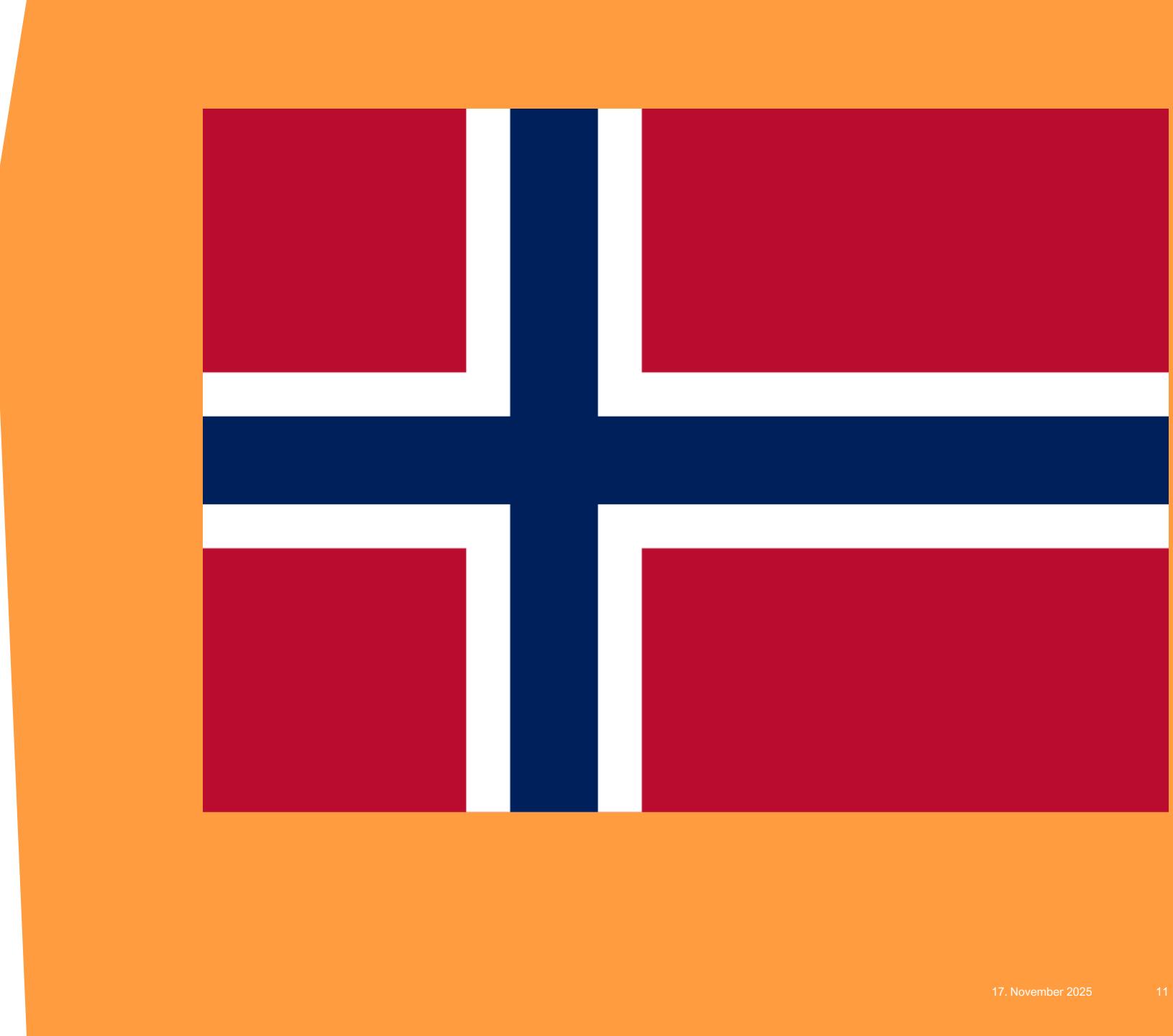


Effizienz ist schwierig...
Mehr Zwangsfinanzierung
Mehr Regulierung
Komplizierte Organisation
Kostennarrativ



Fallbeispiel Norwegen

- Im Januar 2014 führte Norwegen ein Pilotprojekt zur qualitätsorientierten Finanzierung (Quality Based Financing, QBF) in allen regionalen Gesundheitsbehörden ein.
- Ziel: Qualität zu verbessern.
- Aufgrund der positiven Bewertung durch die Behörden wurde diese Initiative 2017 zu einer festen Einrichtung.



Beispiel Norwegen

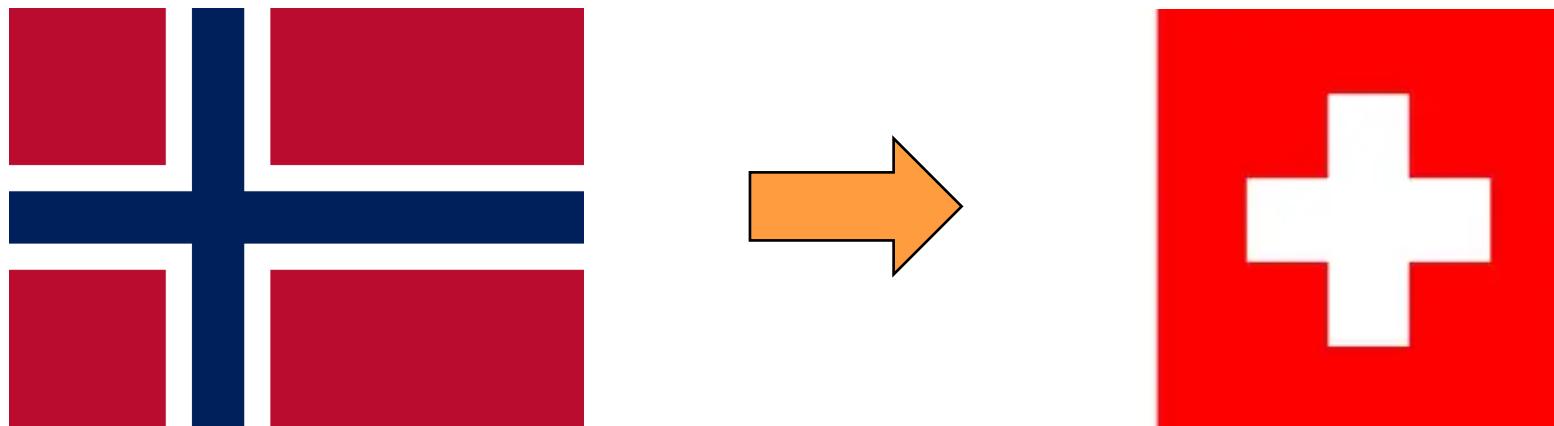
- Das QBF-System basiert auf 33 Schlüsselindikatoren aus dem nationalen Qualitätsindikatorensystem, das fast 200 Messgrößen umfasst.
- Die Indikatoren decken folgende Bereiche ab:
 - Klinische Ergebnisse: Überlebensraten, z.B. die Fünf-Jahres-Überlebensrate nach Krebserkrankungen und die 30-Tage-Überlebensrate nach Hüftfrakturen, Herzinfarkten und Schlaganfällen.
 - Prozesseffizienz: Metriken wie Wartezeiten.
 - Patientenzufriedenheit: Daten aus landesweiten Nutzerumfragen

Beispiel Norwegen

- Kleiner Anreiz: Die Mittel für die qualitätsorientierte Finanzierung machen 0,5% des Gesundheitsbudgets aus und werden vom Staat an die regionalen Gesundheitsbehörden verteilt.
- Eine Evaluation aus dem Jahr 2015 konnte denn auch keine signifikanten Effekte auf die Versorgungsqualität feststellen. Es gab allerdings auch keine Vergleichsgruppen, weil das Projekt landesweit ausgerollt wurde.

Was lernen wir aus dem Beispiel Norwegen?

- Statt viele Indikatoren und wenig Anreizwirkung, sollte man wenige, robuste Indikatoren mit grösserer Anreizwirkung anstreben.
- Statt ein solches Projekt landesweit auszurollen, nutzen wir den Föderalismus, damit wir auswerten können, was funktioniert und was nicht.
- Aber: Zentralistische Ansätze sind limitiert, man sollte es endogen versuchen...



Wie stehen wir international da?



Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS)

- PaRIS ist eine OECD-Initiative zur Erhebung von Indikatoren auf Basis von Patientenberichten.
- Standardisierung und Umsetzung von aus Sicht der Menschen wichtigsten Indikatoren.
- Die PaRIS-Erhebung schliesst Lücke im Monitoring von Gesundheitswesen.

Positive care experiences are achievable even with lower health spending

Above av. spending
and above av. quality

Below av. spending
and above av. quality



Note: Quality refers to experienced quality, health spending is per capita

Percentage of people reporting positive outcomes or experiences and average scores, for primary care users aged 45+ living with one or more chronic conditions (age-sex standardised results)

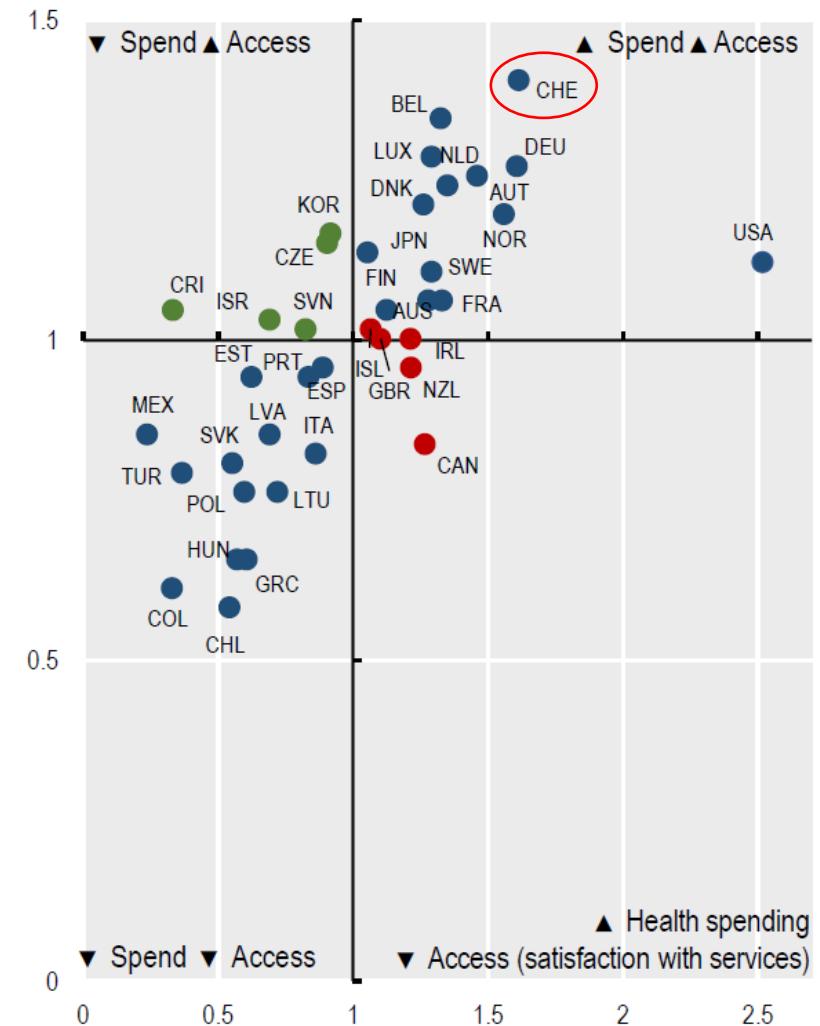
	Patient-Reported Outcome Measures (PROMs)					Patient-Reported Experience Measures (PREMs)				
	Physical health	Mental health	Social functioning	Well-being	General health	Confidence to self-manage	Experienced co-ordination	Person-centred care	Experienced quality	Trust in healthcare system
Positive outcomes	≥ 42	≥ 40	Good, very good, excellent	≥ 50	Good, very good, excellent	Confident, very confident	≥ 7.5	≥ 12.0	Good, very good, excellent	Agree, strongly agree
OECD PaRIS	45 (70%)	47 (83%)	83%	60 (71%)	66%	59%	8.2 (59%)	16.3 (85%)	87%	62%
Switzerland	47 (82%)	49 (91%)	90%	65 (80%)	79%	67%	10.3 (81%)	19.1 (97%)	97%	71%
Netherlands	47 (74%)	47 (85%)	82%	65 (79%)	64%	78%	7.3 (49%)	16.8 (90%)	92%	71%
France	45 (68%)	46 (87%)	91%	58 (67%)	76%	92%	8.4 (61%)	17.1 (92%)	91%	61%

- Better than the OECD PaRIS average (statistically higher, at 1+ comparative interval above).
- Close to the OECD PaRIS average (not statistically different, within one comparative interval).
- Worse than the OECD PaRIS average (statistically lower, 1+ comparative interval below).

Health at a Glance, 2023

- Kosten-Nutzen von Gesundheitsausgaben in der Schweiz gemäss OECD nicht so schlecht wie viel behauptet.
- L-Kurve bei verlorenen Lebensjahren und Lebenserwartung bzw. Gesundheitsausgaben.
- Zwischen Zufriedenheit und Gesundheitsausgaben besteht ein linearer Zusammenhang.

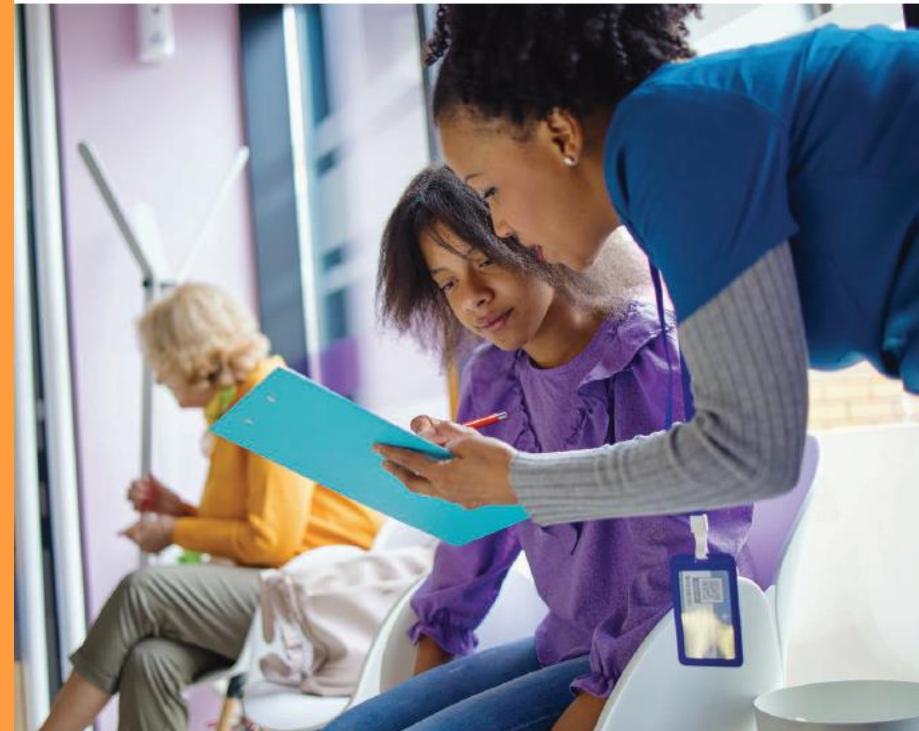
Figure 1.9. Satisfaction with availability of quality services and health expenditure



OECD 2025: How Do Health System Features Influence Health System Performance?

Despite limitations, the results suggest an important association: higher use of financial **incentives for providers to enhance quality** is linked to a reduction in deaths that should be preventable with high-quality, timely and effective healthcare.

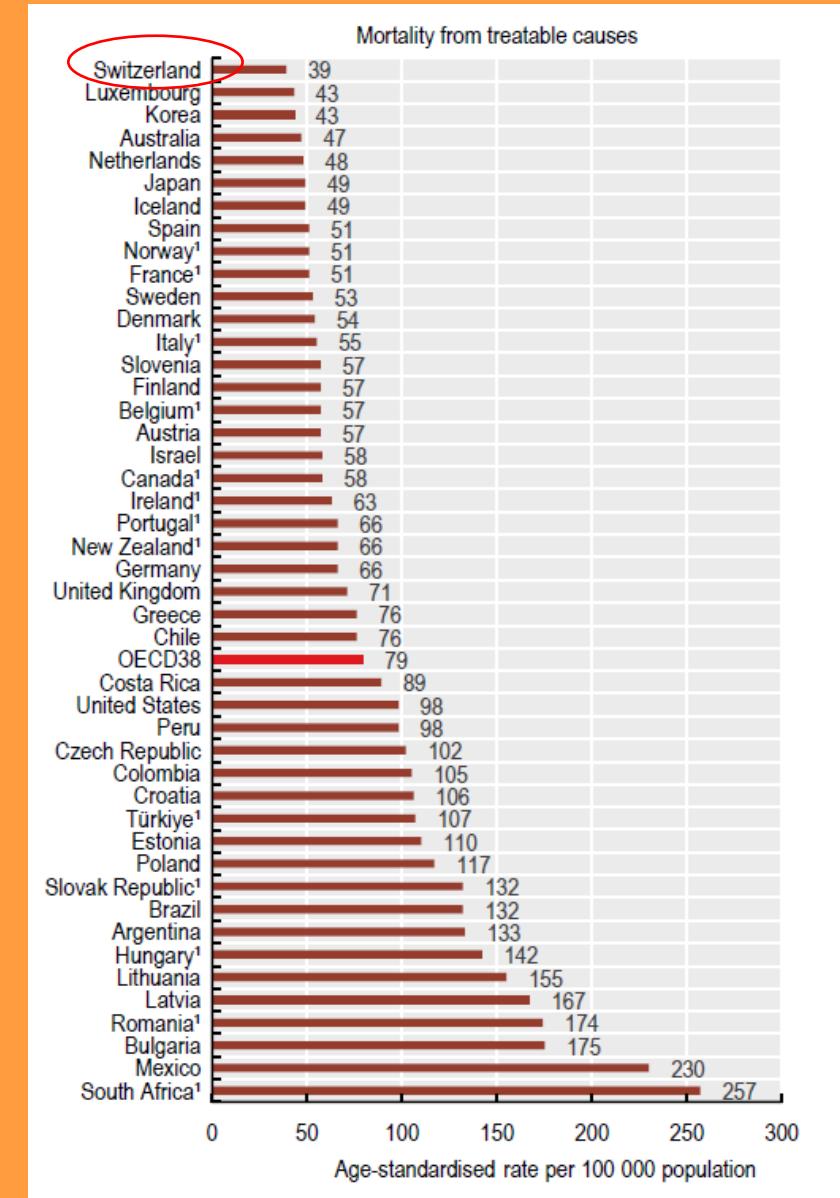
How Do Health System Features Influence Health System Performance?



Health at a Glance, 2023

- Finanzielle Anreize für Qualität („Pay-for-Performance“) sind mit besserer Versorgungsqualität und niedrigeren Raten vermeidbarer Todesfälle verbunden.
- Systeme mit **starken Qualitätsanreizen** zeigten **signifikant niedrigere treatable mortality rates** (vermeidbare Sterblichkeit) als solche mit schwachen oder fehlenden Anreizen.

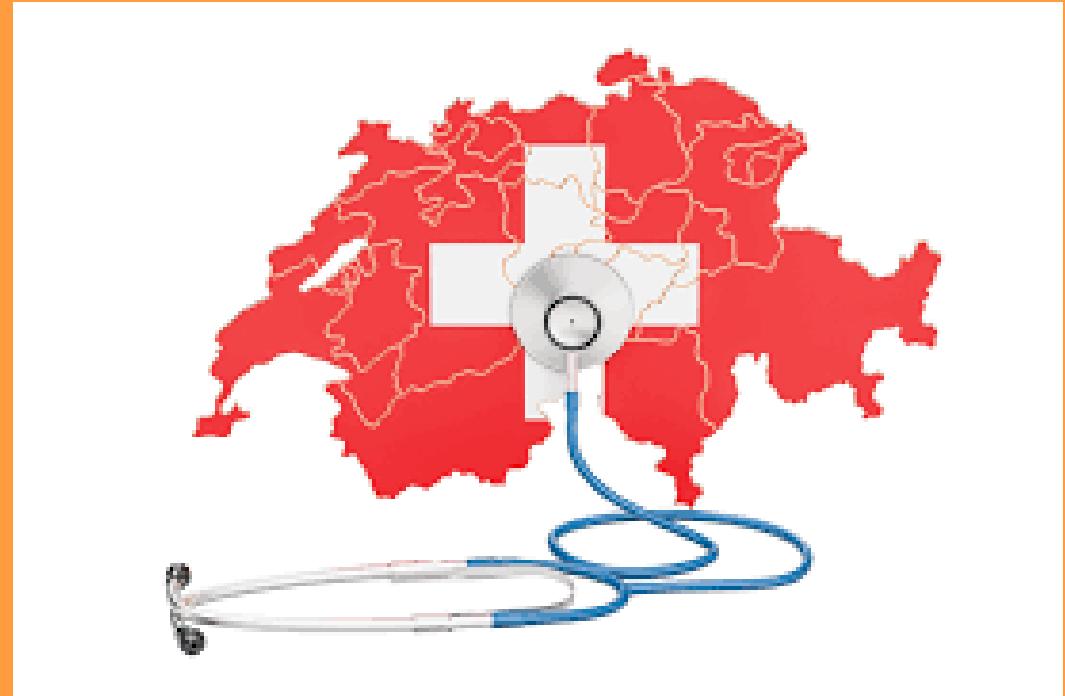
Wieso steht die Schweiz so gut da?



Zwischenfazit

- Unser Gesundheitswesen schneidet in internationalen Vergleichen sehr gut ab.
- So liegt die Schweiz beispielsweise in 95 % der Indikatoren über dem OECD-Durchschnitt, wie aus der OECD-Publikation *Health at a Glance* von 2023 hervorgeht.
- Wieso hat die Schweiz so gute Qualität ohne klassische «Qualitätsanreize»?

These 1: Die Schweiz schneidet so gut ab, weil sie einen Einzelleistungskatalog hat.



Was haben Tarife mit
Qualität zu tun? Viel!

Eigenschaften von Vergütungssystemen

- **Power:** Wie verändert sich Vergütung, wenn ein zusätzlicher Franken an Kosten generiert wird? (Schwache Veränderung der Vergütung → hoher Power) → Anreize zur Kostenkontrolle. **Kostenfokus**
- **Fit:** Wie gut werden Unterschiede im Patientenbedarf durch das Vergütungssystem abgebildet? → Hohe Veränderung der Vergütung → Keine Anreize zur Patientenselektion. **Patientenorientierung**

Tarife - Die Sache ist nicht so einfach

es gibt Trade-offs!

Falsche Anreize oder richtige Anreize?



Pauschalen

Power: hoch → Anreize zur Kostenkontrolle

Fit: gering → Anreize zur Patientenselektion.

Lösung: Splitting der Leistungen

Einzelleistungsvergütung

Power: gering → Schwache Anreize zur Kostenkontrolle

Fit: hoch → Keine Anreize zur Patientenselektion.

Lösung: Bündelung der Leistungen

OECD-Studie 2025: How Do Health System Features Influence Health System Performance?

– Was empfiehlt die OECD?

With respect to the use of mixed payment schemes, a growing body of literature has previously demonstrated that combining capitation with fee-for-service (FFS) incentives mitigates significantly the under provision of medical services observed with capitation and the overprovision of services observed with FFS (Brosig-Koch et al., 2013).

ABER!

Was empfiehlt die OECD?

«In particular, **bundled payment models** can improve value through economies of scope and vertical integration and coordination. **To have the desired effects, a change to a bundled payment model needs to be accompanied by strong governance arrangements**, improvements in data collection and analysis, and in performance monitoring and reporting. This also calls for new investments ... in quality measurement.

Quelle: OECD (2022) Value-based providers' payment models: understanding where and under which conditions they work

Pauschalen müssen sorgfältig gebildet werden: Zwei negative Beispiele

- Es gibt Pauschalen, die nicht Sachgerecht sind, d.h. dass in solchen Pauschalen Eingriffe zusammengefasst werden, die im jetzigen Tarif unterschiedlich kosten, z.B. von 200 bis 1300 Fr. Der Fallführende Arzt muss die Leistung von anderen Kollegen (z.B. Anästhesie) einkaufen. Die Dignität der Anästhesisten ist nicht vorgeschrieben. Also besteht die Gefahr, dass man qualitativ nicht entsprechend ausbildete Fachkräfte einsetzt.
- Die Pauschalen erlauben nur Einzeleingriffe. Bei Mehrfacheingriffe (Finger) werden bei einem Patienten mehrere Eingriffe durchgeführt. Bei Kindern kann es dazu führen, dass mehr Narkosen durchgeführt werden.

These 2: Ohne Qualitätsmonitoring geht Pauschalierung nicht

Die Einzelleistungsvergütung hat den Vorteil, dass Qualitätsmassnahmen nicht so wichtig sind. Die Qualität ist in der Regel gegeben (Überversorgung ist das kleinere Qualitätsproblem als Unterversorgung). Das Gegenteil gilt für Pauschalen.

Wenn wir den Einzelleistungskatalog mit Pauschalen ergänzen, müssen wir verstärkt Qualitätsmessungen machen.



Medienmitteilung – Bern, 11. September 2025

Qualität als gemeinsame Verantwortung

Zwei Qualitätsverträge für die Bereiche Arztpraxen und Ernährungsberatung werden dem Bundesrat zur Genehmigung eingereicht

Position des EDI /BAG muss überdenkt werden

Die Strategie basiert auf der gesetzlichen Grundlage des KVG und ist **nicht an zusätzliche Vergütungen gekoppelt**, sondern Teil der regulären Leistungspflicht.

Die Qualität soll wirksam, sicher, patientenzentriert, rechtzeitig, effizient und koordiniert erbracht werden.

Es wird eine systematische und strukturierte Verbesserung der Qualität angestrebt.

23.4003 MOTION

KVG. Ermöglichung von freiwilligen qualitätsabhängigen Spitaltarifen

Eingereicht von: FDP-LIBERALE FRAKTIION

Sprecher/in: SILBERSCHMIDT ANDRI

Einreichungsdatum: 14.09.2023

Eingereicht im: Nationalrat

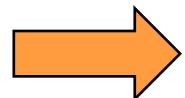
Stand der Beratungen: Zugewiesen an die behandelnde Kommission

- CROMs (Clinical Reported Outcome Measures)
- PROMs (Patient Reported Outcome Measures)
- PREMs (Patient Reported experience Measures)

Das sollte man zumindest in Pilotprojekten ausprobieren!

Die Eidgenössische Qualitätskommission informiert über ihre Aktivitäten

- In den vergangenen Jahren hat die Kommission Finanzhilfen für entsprechende Projekte in der Höhe von 3,6 Mio. Franken gesprochen.
- **Qualität in der stationären Langzeitpflege**
- **Spitalinfektionen**
- **Qualitätsentwicklung in der ambulanten Pflege**
- Generell werden Organisationen / und oder Verbände damit beauftragt, Vorgaben der EQK umzusetzen.
z.B.: Die EQK hat daher der Stiftung Patientensicherheit Schweiz ein neues Programm übertragen, das von 2025 bis 2031 läuft. Es fördert die **Medikationssicherheit** und geht unter anderem die Gefahr bei Medikamentenumstellungen an.



Sehr begrenzter Effekt der EQK. «Nützt' s nüt, so schads nüt!»

Fazit

- Die Schweiz steht im internationalen Vergleich sehr gut da – und das, obwohl
 - Art. 58 in der heutigen Form erst seit dem 1. April 2021 in Kraft ist.
 - Keine gemischten Tarife (FFE / Capitation)
 - Keine qualitätsbasierten Tarife vorliegen
- Es müssen also andere Faktoren eine Rolle spielen. Der Einzelleistungskatalog wird einer der Gründe sein.
- Ein Mix von Einzelleitungstarifen und Pauschalen macht Sinn. Aber es muss mit Qualitätsmonitoring begleitet werden.
- Qualitätsorientierte Tarife können die Qualitätsentwicklung und -transparenz zusätzlich unterstützen.
- Pauschalen können nur dann einen Beitrag zur Verbesserung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses leisten, wenn Qualitätsindikatoren einbezogen werden.
- Gut gemeinte Empfehlungen der EQK genügen nicht.
- Eine weitere Qualitätskommission würde das System schwächen. Es gilt hier: $(1 + 1) < 1$.

«Ein gutes Gesundheitswesen lässt sich leichter verschlechtern als verbessern.»

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Fridolin Marty
Leiter Gesundheitspolitik

+41 79 257 47 86
fridolin.marty@economiesuisse.ch
economiesuisse.ch • [LinkedIn](#)

economiesuisse
Hegibachstrasse 47
8032 Zürich



economiesuisse