

Schwerpunkt: Mehrnutzen bringt Mehrwert

Performance-orientierte Vergütung: Der Begriff stösst vielerorts auf Skepsis bis offene Ablehnung. Doch richtig angewandt, könnte das Konzept die Integration der Versorgung und damit deren Qualität deutlich verbessern – unser Auftakt zum fmc-Symposium 2016.

Inhaltsverzeichnis

- Bemerkenswerte Einigkeit quer durchs Land
- Wie kommt man von Qualität zu Vergütung?
- Bessere Vergütung durch mehr Integration
- Erhebung «Integrierte Versorgung»: erste Resultate am Symposium
- Aufgefallen — Empfehlungen des fmc
- In eigener Sache

Bemerkenswerte Einigkeit quer durchs Land

In den heutigen Diskussionen rund um Vergütungsmodelle dominieren fast ausschliesslich Kostenfragen – schade, denn es gibt Wichtigeres!

PD Dr. Peter Berchtold, Präsident fmc



Für die Patienten steht ganz anderes im Zentrum, wenn es um die eigene Person geht: Qualität und Outcome von Behandlung und Betreuung. Oder in einem Wort: die Performance. Folglich wären Vergütungsformen anzustreben, die das auch in den Blick nehmen? Zu dieser und weiteren Fragen haben wir ausgewählte Fachleute aus ambulanter und stationärer Versorgung, Psychiatrie, kantonalen Behörden und Krankenversicherern um ihre Meinung gebeten.

Bemerkenswert ist, dass die Idee einer auch Performance-orientierten Vergütung von Genf bis St. Gallen auf grundsätzliche Zustimmung stösst. Und dass eine wichtige Voraussetzung darin besteht, die Fragmentierung in der Versorgung zu überwinden, weil Performance nur von allen Leistungserbringenden gemeinsam verantwortet werden kann. Gleichzeitig zeigen sich Hausforderungen und offene Fragen zu Hauf: beispielsweise jene zur Messbarkeit von Performance, die den stark divergierenden Ansichten zu guter Qualität gegenüberstehen.

Mehr Diskussionsmöglichkeiten bietet das fmc-Symposium am 15. Juni 2016 unter dem Titel «Mehr Patientennutzen: bessere Vergütung durch Integration»: Ausgewiesene Experten aus dem In- und Ausland werden ihre Erfahrungen zur Verfügung stellen, und die Teilnehmenden sind eingeladen, ihre Vorstellungen in moderierten Tischgesprächen und Workshops zu vertiefen.

Wie kommt man von Qualität zu Vergütung?

Einzeleistungstarife und Fallpauschalen vernachlässigen die Qualität der Behandlung und Betreuung. Peter Berchtold und Oliver Reich beschreiben in der Schweizerischen Ärztezeitung die Hindernisse auf dem Weg zu Performance-orientierten Vergütungsmodellen.



PD Dr. Peter Berchtold, Präsident fmc und Dr. Oliver Reich, Leiter Gesundheitswissenschaften, Helsana Gruppe; Vorstandsmitglied fmc

Gleich wer eine medizinische Leistung erbringt, ob Arzt, Pflegefachperson, Apotheker oder Physiotherapeutin – neben der eigentlichen Leistung sollte auch das vergütet werden, was für den Patienten oder die Patientin im Zentrum steht: die Qualität und das Ergebnis der Behandlung oder Betreuung. Oder in einem Wort: die Performance.

Link zum Artikel

[Schweizerischen Ärztezeitung](#)

Bessere Vergütung durch mehr Integration

Wer die eigenen medizinische Behandlungen optimal mit anderen Leistungserbringern vernetzt und damit zu mehr Qualität und Effizienz beiträgt, soll auch finanziell davon profitieren – so unsere These. Fachleute aus allen Versorgungsbereichen nehmen Stellung dazu.



Vier Fragen stellten wir Fachleuten und baten sie um Antworten – vielen Dank für die kompetenten Meinungen:

1. Was halten Sie ganz grundsätzlich von einer Leistungsvergütung, die (auch) von Qualitäts- und Performance-Kriterien abhängig ist?
2. Wer müsste welche Initiative ergreifen, um das heutige, auf Leistungsbeschreibungen und Preisen basierende System in eine Tarifstruktur umzuwandeln, die sich an Qualitäts- und Performance-Kriterien orientiert?
3. Welche Hindernisse sehen Sie, um geeignete Performance-Indikatoren zu entwickeln und anzuwenden?
4. Wie stark werden Qualität, Outcome und Performance die Leistungsvergütung in zehn Jahren beeinflussen? In welchen Bereichen wird der Einfluss am stärksten sein?

Daniel Germann, Direktor und Vorsitzender der Geschäftsleitung, Kantonsspital St. Gallen



1. Im Grundsatz stimme ich ohne Vorbehalte zu, wobei ich Qualität und Performance als «auch» sehe, nicht als einzigen Massstab. «Grundsätzlich» bedeutet, dass dazu einige Bedingungen erfüllt sein müssen. Ausserdem stehe ich der Idee, eine solche Performance-basierte Vergütung über eine ganze Behandlungskette auf Basis

Budgetmitverantwortung einzuführen, skeptisch gegenüberstehe. Die Basis sollte eine Gewinnbeteiligung sein, nicht eine Budgetmitverantwortung. Dafür ist die ganze Kette eine Überforderung des Systems.

2. Primär muss das heutige System mit unterschiedlichen Tarifen stationär / ambulant auf ein Leistungs-bezogenes System geändert werden. Die Initiative dazu könnte von FMH / H+ kommen. Entscheidungsinstanz ist der Gesetzgeber (KVG-Änderung). Dies ist aber wenig realistisch, da derzeit die Tarmed-Revision läuft.
3. Die Kunst wird es sein, einfach messbare Indikatoren zu definieren, die von allen akzeptiert werden. Ausserdem sollte bei guter Performance ein Gewinn-Anreiz vorhanden sein, um mit diesen Mitteln neue Entwicklungen finanzieren zu können (Zweckbindung).
4. Ich möchte nicht Erwartungen und persönliche Wünsche mischen, deshalb verzichte ich auf eine Prognose.

Regula Lüthi, Direktorin Pflege / MTD / Soziale Arbeit, Universitäre Psychiatrischen Kliniken Basel



1. Performance-orientierte Behandlung bedeutet in psychiatrischen Institutionen eine ganz besondere Herausforderung. Die sogenannten Patientenkollektive sind trotz gleicher Diagnosestellung unterschiedlich in ihren Behandlungsbedürfnissen. Das zeigt sich deutlich auch in der Erarbeitung des neuen Vergütungsmodells TARPSY. Dessen Einführung verschiebt sich wegen der Komplexität der Berechnungsmodelle seit Jahren.
2. Tatsächlich zeigen die Bemühungen in der Psychiatrie für die neue Tarifstruktur TARPSY (die nur den stationären Bereich betreffen), dass es zwingend notwendig ist, die gesamte Behandlungskette und damit auch die ambulanten und intermediären Strukturen einzubeziehen. Da weder die Leistungserbringer noch die Kostenträger diesbezüglich handlungsfähig sind für eine Gesamtlösung, wird es wohl den Einbezug des Gesetzgebers benötigen.

3. Die verschiedenen Finanzierungsströme, die kantonal sehr unterschiedlich aufgestellte psychiatrische Versorgung und die unterschiedlichen fachlichen Einschätzungen zur Best Practice erschweren eine gemeinsame Lösungsfindung.
4. Durch bessere Versorgungsforschung (welche die stark fragmentierte Datenlage ergänzt), durch leitliniengestützte und standardisierte Behandlungsansätze (die sich an den Lebenswelten der Patientinnen und Patienten orientieren und nicht an den gefüllten Betten der Institutionen), durch einen integrierten Ansatz (der aus Schnittstellen Nahtstellen macht) und durch den besseren Einbezug der Betroffenen und deren Angehörigen wird sich die Behandlung psychisch kranker Menschen in der kommenden Zeit mehr auf die Qualität der Behandlung und die Effektivität und Effizienz der Leistungen richten.

**Christina Brunnschweiler, CEO Spitex Zürich
Limmat, Vorstandsmitglied fmc**



1. Ganz grundsätzlich halte ich dies für einen richtigen Ansatz sofern diese Kriterien «richtig» definiert werden – also nicht fokussiert auf die Performance / Qualität des einzelnen Leistungserbringers oder einer Gruppe davon, sondern auf die Performance / Qualität der Gesundheit der Bürger.
2. Ich sehe hier die Versicherer in der Rolle der Prozesstreiber. Sie verfügen über die entsprechenden Datengrundlagen wie auch Experten, um solche Modelle zu berechnen. Entscheidend wird sein, ob ein geeignetes Kollektiv an Leistungserbringern aller Sektoren und Versicherten in einer Region für ein Pilotprojekt gefunden werden kann. Auf Basis eines solchen Modellversuches könnte ein Konsens bezüglich Tarifstrukturen eher erreicht werden.
3. Eine Schwierigkeit wird sein, das Kollektiv der Fälle so klar zu definieren, dass einzelne Ausreisser, für welche die gewählten Indikatoren nicht relevant sind, ausgeschlossen

werden können. Ein Hindernis wäre es, wenn die Erhebung der Indikatoren zusätzlichen Aufwand von den Leistungserbringern und / oder den Patienten erfordern würde.

4. Der Einfluss wird am stärksten im Spitalbereich sein. Einerseits ist dort die Messung von Qualität / Outcome etc. schon stärker etabliert, andererseits herrscht dort auch Wettbewerb, welcher die Berücksichtigung unterschiedlicher Leistungsniveaus in der Finanzierung begünstigt. Ich kann mir gut vorstellen, dass hier der Einfluss sehr stark sein wird, sich aber primär auf die Performance der Institution fokussieren wird und noch sehr wenig auf sektorenübergreifende Patientenpfade.

Pia Fankhauser, Vizepräsidentin Physioswiss – Schweizer Physiotherapie Verband



1. Die gemeinsam mit dem Patienten erstellte Zielvereinbarung ist ein wichtiger Bestandteil der physiotherapeutischen Behandlung. Sie dient auch der Kommunikation mit verordnenden Ärztinnen und sollte Bestandteil einer Verordnung sein. Der Einbezug in die Leistungsvergütung ist sicher diskussionswürdig.
2. Mit der Bildung von Leistungserbringer-Gemeinschaften für das elektronischen Patientendossiers bietet sich Gelegenheit, neue Formen der Zusammenarbeit zu entwickeln. Wie die Berufsgruppen untereinander kommunizieren, wird sich verändern. Ebenso die Rolle der Patienten und der Umgang mit Gesundheitsdaten. Solche Gemeinschaften könnten auch neue Vergütungsmodelle entwickeln.
3. Die grössten Hindernisse sind die Komplexität der Materie und die diversen ökonomischen Modelle, bei denen es nicht immer um «choosing wisely» geht, sondern um viel anderes. Wer entwickelt diese Performance-Indikatoren? Wer entscheidet, wann es «gut» ist?
4. Am ehesten werden Outcome und Performance die Leistungsvergütung in der Unfallversicherung

beeinflussen. Die Rolle der Patienten wird sich mit dem Zugang zu den eigenen Gesundheitsdaten am meisten verändern. Dies wird zu anderen Vergütungsmodellen führen, die zumindest die beurteilbare Qualität berücksichtigen.

Jürg Vontobel, Leiter Leistungen, Mitglied der Geschäftsleitung, Concordia



1. Eine Leistungsvergütung, welche auch Qualitäts- und Performance-Kriterien berücksichtigt, ist aus Sicht von Patienten und Kostenträgern zu begrüßen. Eine solche Änderung der Leistungsvergütung hätte einen deutlich positiven Effekt auf die effektiv erbrachte und von den Patienten auch als solche wahrgenommene Qualität der medizinischen Leistungen (die sogenannte Outcome-Qualität).
2. Die Initiative muss von den Vertragspartnern ausgehen. Die besten Chancen bestehen in der Integrierten Versorgung. In diesem Bereich sind Qualitätskriterien als Vertragsbestandteile seit Jahren akzeptiert. Die Leistungserbringenden im Managed-Care-Bereich haben grundsätzlich Verständnis für die Vorteile von Qualitäts- und Performance-Kriterien. Und es besteht eine langjährig etablierte Kultur der Partner zur Investition in die Verbesserung von Qualität und Effizienz.
3. Es müssen aus medizinischer Sicht geeignete Performance-Kriterien identifiziert werden, welche keine oder vernachlässigbare Nebenwirkungen in Form möglicher Fehlallokationen haben. Ein weiteres Hindernis besteht in der Messbarkeit: Die meisten in Frage kommenden Indikatoren werden nicht flächendeckend elektronisch in Praxissystemen erfasst und / oder es fehlen die Schnittstellen, um die Daten mit minimalstem Aufwand zusammenzuziehen. Das grösste Hindernis ist jedoch, bezogen auf das gesamte Gesundheitssystem, die fehlende Akzeptanz bei den Leistungserbringenden, da

sie ohne transparente und für die Abgeltung relevante Qualitäts- und Performance-Kriterien besser fahren.

4. Für unser Gesundheitswesen wäre es wichtig, wenn der Einfluss von Qualität, Outcome und Performance auf die Leistungsvergütung zunehmen würde. Dies wird aufgrund der bestehenden Hindernisse jedoch nur langsam geschehen. Ich rechne deshalb auch in 10 Jahren nur mit einem geringen Einfluss von Qualität, Outcome und Performance auf die Abgeltung. Schon ein Anteil von 10 bis 20 Prozent wäre viel.

Marc-André Raetzo, Cofondateur Delta Réseau de Santé



1. Tout dépend de ce qu'on appelle la performance et la qualité et à quoi la chose s'applique. Je suppose que la performance n'est pas en-rapport avec le nombre de patients vus par jour, mais reflète la capacité de produire des soins de qualité. La qualité structurelle (Parking, salle d'attente convenable, etc...) a peu de rapport avec la qualité des soins. La satisfaction n'est pas un critère cohérent, il n'y a qu'à se rapporter à 'docteur Knock', mais l'évaluation de la capacité du médecin à intégrer les valeurs des patients et à les aider à changer de comportement pourrait être d'un certain intérêt. La qualité du raisonnement clinique pourrait être un facteur utilisable. La qualité évaluée sur les outcome n'est vraiment possible que pour des processus simples, comme un geste chirurgical ou une procédure diagnostique. Dans tous les cas, un financement basé sur la qualité ne pourrait être que partiel, associé à un paiement à l'acte et à des capitations.
2. La LAMal permet déjà ceci avec les assurances alternatives, pas besoin de nouveau système.
3. Le fait que les éventuels critères soient difficiles à établir. Les indicateurs de performance sont utiles pour confronter des groupes de pairs à des différences de pratique, avec comme but l'amélioration de la qualité par la diminution

des variations de pratique. Faire de ces indicateurs un moyen de financement est extrêmement délicat.

4. On peut imaginer ceci dans des situations très particulières où les indicateurs sont d'une valeur indiscutable, par exemple les prothèses de hanches.

Olivier Girardin, partenaire et directeur du cabinet de conseil Hpartner, membre du conseil de fondation EQUAM



1. J'aimerais au préalable redéfinir la notion de performance qui ne couvre pas seulement la qualité des traitements et des résultats, mais également les volets « coûts » ainsi que l'expérience du patient, soit la qualité de la prise en charge et la satisfaction des patients. Ces dimensions se retrouvent d'ailleurs dans le modèle « Triple aim » tel que développé par IHI (the Institute for Health Improvement aux USA) et qui est utilisé par différents organismes payeurs. Le fait d'élargir la base des critères ne peut être que bénéfique pour les patients alors que les fournisseurs de prestations sont alors clairement incités à redéfinir leurs modèles de prises en soins et à travailler d'une manière beaucoup plus intégrée au sein de réseaux.
2. Les payeurs devraient prendre cette initiative tout en modifiant leur culture. En effet, ces organismes ont démontré jusqu'à un passé très récent que leur intérêt essentiel allait vers les coûts. Les fournisseurs de prestations n'ont jusqu'ici jamais été directement incités à mettre en place un système de management de la qualité et de la satisfaction des patients comme cela est déjà le cas, notamment en Amérique du nord ou en Allemagne. Pour l'instant, les initiatives au sein de nos hôpitaux et cliniques s'arrêtent souvent à la mise en place de modèle de gestion de la qualité de type ISO ou EFQM, ce qui est nettement insuffisant quant à leur impact sur la qualité des prestations médicales fournies. Ceci est d'ailleurs scientifiquement prouvé.

3. Tant que les modèles de remboursement n'évolueront pas, les changements attendus en lien avec une meilleure qualité clinique ne seront pas au rendez-vous. Beaucoup d'experts citent alors des difficultés techniques pour arriver à développer et appliquer des indicateurs « adéquats ». Or il se trouve que ces indicateurs pertinents existent déjà dans différents pays. Notre problème en Suisse c'est que nous aimons réinventer la roue et développer des modèles complexes (voyez le Tarmed). Nous disposons également des dossiers médicaux informatisés et des outils efficaces permettant de traiter du « big data ». Le plus grand obstacle à mon sens sera celui de nos cultures inadéquates aux nouveaux enjeux et pratiques médicales. Comme le disait d'ailleurs récemment la directrice d'un grand hôpital universitaire américain « our problem is not to change our processes or business model, our key problem is to change our mental model ». Dès que cet obstacle culturel aura pu être levé tant du côté des payeurs que des fournisseurs de prestations qui comprendront l'intérêt de réfléchir et de pratiquer différemment, le reste sera relativement facile à mettre en place.
4. Nos systèmes actuels auront vécu. Cette évolution d'une rémunération à la performance s'inscrit dans un mouvement plus large qui va nous voir quitter progressivement la médecine pragmatique pour nous diriger vers une médecine personnalisée beaucoup plus « team and evidence based », marquant au passage l'avènement d'une nouvelle science : celle de l'amélioration continue en excellence clinique. Il est probable que les réseaux seront également incités à travailler plus sur la prévention des maladies et la promotion de la santé.

**Chantal Grandchamp, Cheffe de service adjointe -
cheffe Stratégie et Services Transverses au Service
de la Santé Publique Canton de Vaud**



1. Il ne s'agit finalement que d'essayer de rétablir la relation fondamentale qui existe dans un marché « standard » entre le prix d'un bien/service et l'utilité procurée au consommateur (et donc la notion de « qualité » ou « d'outcome ») : un bien/service trop cher par rapport à l'utilité procurée ne sera tout simplement pas consommé. Or la présence d'un tiers-payeur (assureur/état), la présence d'asymétrie d'information et la difficulté pour le patient d'observer la qualité modifie les critères de choix du consommateur et complexifie le marché. Rembourser en fonction de la performance et la qualité revient donc à rembourser en fonction de l'utilité que procure le bien/service (outcome). Cela suppose toutefois d'être capable de définir et mesurer l'utilité procurée par un bien/service, or cette notion est subjective et individuelle. En théorie, oui un tel modèle est souhaitable mais en pratique, il s'agit surtout d'évaluer notre capacité à définir et mesurer la notion de « qualité » ou « d'outcome ». Toute correction dans un marché entraîne des effets bénéfiques et des effets pervers, il ne faudrait pas que les effets pervers dominent les effets bénéfiques... Or plusieurs expériences ont montré que ce risque existe bel et bien dans les modèles de type « pay for performance ».
2. Le législateur fédéral si toutes les conditions sont réunies pour assurer que la mise en œuvre d'un tel modèle soit un succès...
3. Les obstacles les plus importants sont le manque de pouvoir du régulateur et le manque de données de qualité.
4. Elle ne sera probablement que marginale en tant que modèle de remboursement. Mais heureusement, cela n'implique pas que la qualité des prestations soit elle marginale ! Il faut souhaiter que d'autres mesures que le système de remboursement continuent d'être mises en œuvre pour garantir la qualité et l'utilité des prestations.

Pascal Weber, Directeur adjoint Leukerbad Clinic



1. Nous soutenons un modèle de remboursement qui intègre des critères de qualité et de performance. Les prérequis

pour un tel modèle sont des critères clairement objectivables, facilement mesurables et comparables entre les institutions de prise en charge.

2. Une telle démarche doit être faite avec l'ensemble des partenaires tarifaires, prestataires et assureurs. Se pose toutefois la question du coût et du financement pour la définition de la structure et sa mise en œuvre.
3. Les particularités régionales en termes d'organisation de santé, des finances publiques et des tarifs rendent une harmonisation nationale difficile. Le cadre légal devrait également être adapté avec les obstacles que l'on connaît. De plus un tel changement comporte un risque financier significatif pour les acteurs concernés. Il est difficilement concevable que les acteurs engagés et performants soient pénalisés. Enfin, la diversification des patients (plus ou moins poly-morbides) rendent une évaluation objective et comparable de la qualité et de la performance délicate.
4. Si l'on regarde l'évolution ces 20 dernières années, il est raisonnable de penser que dans 10 ans un tel système ne saurait être généralisé. Des initiatives isolées pourraient toutefois voir le jour.

Adrien Bron, Directeur général, Direction générale de la santé, Canton de Genève



1. Si par qualité on entend utilité alors j'y suis favorable. Une des grandes menaces du système de santé suisse c'est son mauvais rapport qualité-prix. Il faut une meilleure co-responsabilité de la maîtrise des coûts entre les professionnels de santé et une responsabilité partagée entre les intervenants d'une chaîne de soins sur la qualité de la prise en charge des patients.
2. C'est une tâche du législateur sous l'impulsion du Conseil fédéral. Ce sont les représentants de l'intérêt collectif. Les vingt dernières années ont montré qu'on ne peut pas compter sur les associations professionnelles ou les intérêts sectoriels (institutions de soins ou assureurs) pour

sortir de leur zone de profit immédiat en vue de poursuivre des buts collectifs stratégiques à moyens termes. En revanche, c'est aux professionnels de définir les bonnes pratiques entre eux et pas à l'Etat.

3. La nécessité d'avoir des critères de qualité des prises en charge et d'utilité des actes, y compris dans l'ambulatoire, commence à faire consensus au niveau intellectuel. Les obstacles sont toutefois nombreux car de tels indicateurs remettent en cause la possibilité illimitée actuellement pour des individus privés de facturer à l'acte et sans contrôle à charge d'un financement collectif obligatoire. Par ailleurs, le risque existe de développer ces indicateurs sans les lier à un changement de paradigme cohérent du système de santé. Ils ne doivent pas être du travail en plus et un coût additionnel technocratique s'ils ne sont pas liés à de vrais incitatifs qui font sens.
4. J'espère que l'intelligence collective prévaudra et que l'intérêt collectif de l'accès équitable aux soins pour tous prévaudra sur les intérêts privés. Les enjeux démographiques et épidémiologiques vont nous obliger à mieux utiliser nos ressources. Le système suisse peut être meilleur et moins cher mais cela passe par des incitatifs à la réflexion collective sur les prises en charges des patients et donc par la définition de critères de qualité et d'utilité des prestations.

Vincent Michellod, Achat de Prestations & Managed Care, Groupe Mutuel



1. Les modèles de Financement Basés sur la Performance (ou Pay-for-Performance - P4P) ont pour mission première l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins prodigués, deux objectifs que doivent poursuivre tous les acteurs du monde de la santé. Le principe pourrait sans peine réunir un consensus de branche, à l'heure où la qualité - trop longtemps présumée dans le domaine médical - devient un maître-mot, et où l'efficacité s'impose

comme un impératif économique. Mais le défi reste aujourd'hui entier.

2. La LAMal confie cette tâche aux partenaires tarifaires. Le développement d'un modèle de Financement Basé sur la Performance induirait un changement paradigmatique profond dans la manière de concevoir le financement du système de santé en Suisse. Un tel changement ne peut que résulter d'un consensus de branche.
3. Les défis sont de trois natures: (1) conceptuelle tout d'abord, tant il semble difficile aujourd'hui de donner une définition consensuelle des concepts de qualité et d'efficience à l'aune desquels la performance doit être jugée. Un arbitrage s'avérera nécessaire entre les conceptions parfois antagonistes qu'ont les prestataires de soins, les patients et les tiers payeurs du concept de qualité; (2) méthodologique ensuite, la mesure de la performance nécessitant la définition et l'observation d'indicateurs statistiquement valides et fiables, mais également disponibles sans engager des moyens disproportionnés; (3) systémique enfin, car nous nous accordons tous à dire que la qualité d'une prise en charge globale ne se résume pas à la qualité des actes médicaux pris isolément. Elle sera notamment fonction de la coordination entre les divers intervenants. La fragmentation du monde de la santé entrave à cet égard une mesure holistique de la qualité.
4. Parce que la concentration du marché et la disponibilité d'un appareil administratif hautement institutionnalisé permettent la mesure de concepts complexes, c'est en milieu hospitalier que pourraient émerger les premières initiatives de Financement Basé sur la Performance. La structure tarifaire SwissDRG, dernière née des structures tarifaires stationnaires, n'en prend pour l'heure pas la direction. Les hôpitaux se sont certes tous dotés de systèmes de management de la qualité (SMQ), mais ceux-ci restent pour l'heure déconnectés du financement des prestations. Il n'est toutefois pas exclu que les partenaires tarifaires puissent, à terme, exploiter l'œuvre pionnière de l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) pour intégrer à la structure tarifaire des mécanismes de type P4P. La médecine de ville constitue structurellement un terreau moins favorable à l'émergence d'un modèle de Financement Basé sur la Performance. Elle n'échappe pourtant pas totalement à cette même

tendance de concentration du marché, qui se fait ici vers une plus grande intégration horizontale et verticale. Les modèles les plus intégrés bénéficient déjà – pour certains – de mécanismes P4P (coresponsabilité budgétaire ou capitation), sans toutefois que ceux-ci ne participent au financement direct des prestations. Cette approche continuera probablement à être privilégiée et développée dans les années à venir, avant que ces mécanismes ne puissent réellement être intégrés à la structure tarifaire et déterminer la rémunération des prestations médicales.

Philippe Schaller, Cofondateur Delta Réseau de Santé



1. La tarification à l'acte pose de plus en plus de difficulté notamment dans la prise en charge de patients complexes. Elle ne prend pas en compte la nécessité de coordonner les soins. Ce mode de remboursement ne favorise pas la performance et l'économicité. Un nouveau modèle doit être élaboré qui répondra mieux aux besoins sanitaires de la population.
2. Les différents partenaires responsables de l'élaboration des tarifs devraient poser les bases d'un nouveau mode de tarification de la médecine ambulatoire.
3. Les obstacles sont essentiellement liés à l'incertitude de la mise en pratique de nouvelles tarifications. La peur d'avoir une rémunération plus basse limite le champ de l'expérimentation. Les investissements concédés par les professionnels les obligent à développer des modèles économiques viables.
4. La rémunération selon d'autres critères que le paiement à l'acte sera majoritaire dans le futur. Il est nécessaire, pour faire évoluer le système de santé dans le bon sens, de changer fondamentalement les modes de rémunérations des professionnels. Sans ces changements aucune transformation ne sera possible.

Erhebung «Integrierte Versorgung»: erste Resultate am Symposium

Erstmals entsteht in der Schweiz eine detaillierte «Landkarte» der Integrierten Versorgung. Für Informations- und Erfahrungsaustausch wird gesorgt sein.

PD Dr. Peter Berchtold, Präsident fmc



Zahlreiche Initiativen sind in den letzten Jahren in der Schweiz lanciert worden mit dem Ziel, Fragmentierungen in der Gesundheitsversorgung zu überbrücken. Diese Initiativen beschränken sich längst nicht mehr auf Ärztenetze, sondern zeigen ein breites Spektrum an Organisationen und Programmen, welche die Koordination und Integration in Behandlung und Betreuung unserer Patienten zu verbessern suchen.

In einer gemeinsamen Studie wollen das fmc, das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Lausanne und das Schweizerische Gesundheitsobservatorium Obsan diese zahlreichen Initiativen sichtbar machen. Ziel der Erhebung ist eine detaillierte «Landkarte», die allen Akteuren einen Überblick über die Integrierte Versorgung in der Schweiz zur Verfügung stellt. Die Studie wird vom Bundesamt für Gesundheit finanziell unterstützt.

Die Studie definiert Integrierte Versorgung aufgrund der entsprechenden Literatur sowie der Einschlusskriterien, wonach (1) mindestens zwei Ebenen der Gesundheitsversorgung (z.B. Grundversorgung und Spitalbehandlung) integriert werden, (2) mindestens zwei Gesundheitsfach- bzw. Berufsgruppen (z.B. Ärzte, Pflegende) beteiligt sind und (3) die Integrationsprinzipien formalisiert sind (z.B. im Rahmen eines Vertrags). Identifizierung und Auswahl der einzuschliessenden Organisationen, Netzwerke und Programme erfolgten aufgrund eines strukturierten und mehrstufigen Verfahrens.

Die Datenerhebung startete im Herbst 2015 und die teilnehmenden Organisationen, Netzwerke und Programme wurde eingeladen, mit einem Web-basierten Fragebogen Informationen zu Zielsetzungen, Zielgruppen, Leistungsangeboten, beteiligten Berufsgruppen, Patientenorientierung, Informationssystemen, Management und Finanzierung zur Verfügung zu stellen. Zurzeit beginnt die Datenauswertung im Obsan, erste Resultate werden am fmc-Symposium vom 15. Juni 2016 präsentiert.

Hauptzweck dieser Erhebung ist die Förderung des Wissens- und Erfahrungsaustauschs zu Integrierter Versorgung in der Schweiz zwischen den verschiedenen Akteuren und insbesondere zwischen den französisch- und deutschsprachigen Regionen. Die Resultate werden allen Interessierten zur Verfügung stehen.

Aufgefallen — Empfehlungen des fmc

- Patient Preference and Adherence
Schweizer Autoren präsentieren neuste Studienergebnisse zur Guideline Adherence als zentrales Qualitätsmerkmal in der Behandlung von Patienten mit Diabetes
- Obsan Bulletin 7/2016
Berufsaustritte von Gesundheitspersonal
- Vision «Gesundes Freiamt»
Fachtagung am 17.8.16 in Lenzburg



Patient Preference and Adherence

A set of four simple performance measures reflecting adherence to guidelines predicts hospitalization: a claims-based cohort study of patients with diabetes

[zum Artikel](#)



Berufsaustritte von Gesundheitspersonal

Knapp ein Drittel der Ärztinnen und Ärzte aller Alterskategorien sind nicht (mehr) in der Gesundheitsversorgung tätig. Bei den unter 35-Jährigen Pflegenden sind es ein Drittel und 55 Prozent bei den über 50-Jährigen. Die meisten geben an, entweder den Beruf oder die Branche gewechselt zu haben. Das sind beeindruckende Resultate. Sie zeigen, dass es in der Schweiz ein bedeutendes Potential an Gesundheitsfachkräften gibt, das grundsätzlich in der Gesundheitsversorgung eingesetzt werden könnte.

[Zum Artikel](#)



Vision «Gesundes Freiamt»

Die wichtigste Voraussetzung, um Fachpersonen aus Medizin, Pflege und dem Sozialbereich besser zu vernetzen und damit die negativen Folgen der heutigen Koordinationsdefizite zu reduzieren, ist gegenseitiges Vertrauen. Dieses Vertrauen wiederum ist in aller Regel dort am grössten, wo sich Menschen persönlich kennen: in der Region. Der Aargau ist der Kanton der Regionen und verfügt mit den Regionalplanungsverbänden über Räume, die sich auszeichnet für ein zukunftsfähiges Versorgungsmodell eignen. Mit der Vision [«Gesundes Freiamt»](#) hat sich eine erste Region auf den Weg gemacht, ein solches Modell zu etablieren.

Das Departement Gesundheit und Soziales und die aargauischen Regionalplanungsverbände laden ein, die [Absichten und Ziele](#) von Gesundheitsregionen in einer Fachtagung näher kennenzulernen und zu diskutieren: **Mittwoch, 17. August 2016, 13.15 bis 17 Uhr**, [Hotel Krone, Lenzburg](#)

Sie erfahren das Wichtigste zur Idee und den Nutzen von regionalen, bevölkerungsorientierten Versorgungsmodellen. Zudem erhalten Sie einen vertieften Einblick in das [«Gesunde Kinzigtal»](#) (Schwarzwald), das seit zehn Jahren diesen Weg erfolgreich geht.

[zum detaillierten Programm](#)

In eigener Sache

Moderierte Tischgespräche

Messung und Vergütung von Leistungen in der Integrierten Versorgung müssen richtig konzipiert und angewandt werden!



Nationales Symposium Integrierte Versorgung vom 15. Juni 2016.

Messung und Vergütung von Leistungen in der Integrierten Versorgung müssen richtig konzipiert und angewandt werden!

NATIONALES SYMPOSIUM INTEGRIERTE VERSORGUNG
SYMPOSIUM NATIONAL DES SOINS INTÉGRÉS

FORUM
MANAGED
CARE **fmc** Das Schweizer Forum für Integrierte Versorgung
Le forum suisse des soins intégrés
Il forum svizzero delle cure integrate

15.06.2016, Kursaal Bern

www.fmc.ch

Mehr Patientennutzen

Bessere Vergütung durch Integration

Für Patientinnen und Patienten im Zentrum steht das Ergebnis von Behandlung und Betreuung oder in einem Wort: die Performance. Für Performance-Messungen ist deshalb der gesamte Behandlungs- und Betreuungsprozess zu beurteilen und nicht (nur) die Leistungen Einzelner. Und die Performance ist auf ein ganzes Patientenkollektiv zu beziehen und nicht eine einzige Person. Und: Alle Vergütungs- und Anreizsysteme haben ihre Vor- und Nachteile, das gilt für die derzeit üblichen Einzelleistungstarife im ambulanten Setting bzw. Fallpauschalen im stationären Bereich wie natürlich auch für Performance-orientierte Vergütungsmodelle. Und gleichzeitig ist die Schweiz für eine Performance-orientierte Vergütung besonders geeignet, weil hier mit der Budgetmitverantwortung von Ärztenetzen seit vielen Jahren bedeutsame Erfahrungen mit Vergütungsformen bestehen, die sich auf ein Kollektiv von Leistungserbringern und Patienten beziehen. **Diskutieren Sie am Symposium vom 15. Juni 2016 in moderierten Tischgesprächen mit und bringen Sie Ihre Meinungen ein!** Auf <http://fmc.ch/symposium-foerderpreis/> finden Sie alle Informationen zum Symposium 2016.



Das Schweizer Forum für integrierte Versorgung fmc ist ein unabhängiges, breit abgestütztes Kompetenzzentrum das den Wissens- und Erfahrungsaustausch zur horizontalen und vertikalen Vernetzung in der Gesundheitsversorgung fördert. Das fmc trägt dazu bei, die Qualität und Effizienz der Patientenbetreuung zu verbessern sowie die Sicherheit und Handlungsfähigkeit der Patienten zu erhöhen. Die Mitglieder des fmc profitieren von einem disziplinen- und sektorübergreifenden Netzwerk sowie spezifischen Angeboten. Weitere Informationen: <http://www.fmc.ch>

Wollen sie das eMagazin «fmc Impulse Integrierte Versorgung» weiterhin kostenlos erhalten? Dann melden Sie sich bitte an auf <http://fmc.ch/fmc-impulse/>