

Webinar «Finanzierung des Values – Praxiserfahrungen und Erwartungen»

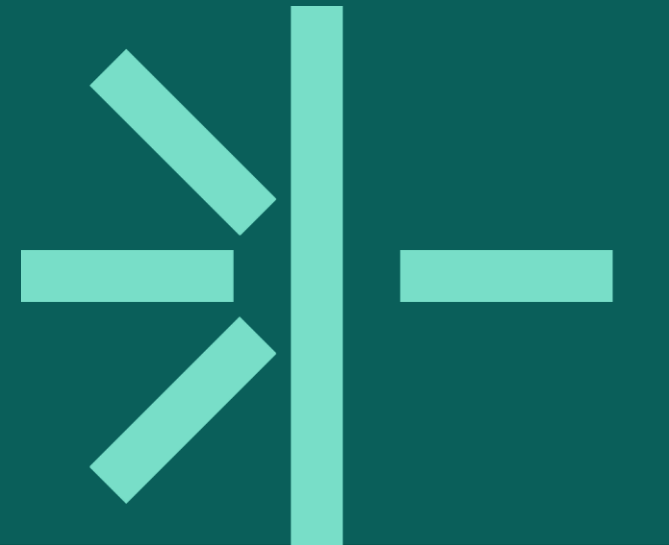
Patient Empowerment Initiative

Annabell Schramm

Qualitätsmanagement & Value Based Healthcare

Medizinische Direktion

Universitätsspital Basel



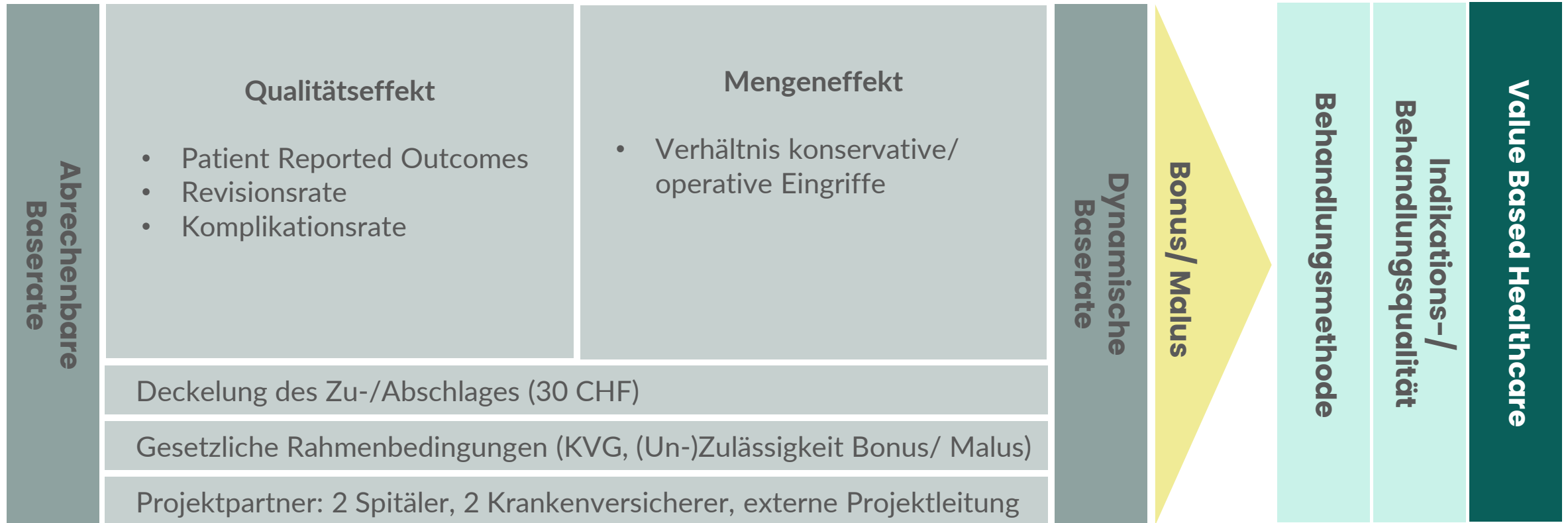
Ausgangslage

- Fortgeschrittene und schmerzhafte Coxarthrose/ Gonarthrose häufigste Indikation für einen elektiven Endoprothetischen Eingriff an der Hüfte/ Knie im Rahmen eines stationären Aufenthaltes
- Vergütung stationärer Leistungen erfolgt auf der Basis der Fallpauschalen gem. SwissDRG
→ Erlös = Kostengewicht der «Diagnostics Related Group» x Baserate des Leistungserbringers
- Fehlanreize von Fallpauschalen: Mehr Erlöse durch mehr Fälle!
→ Keine Incentivierung von Behandlungs- und Indikationsqualität
- 2021: 322,6 künstliche Hüftgelenke pro 100.000 EinwohnerInnen in der Schweiz
→ Vergleich ø OECD-Länder: 172,1 künstliche Hüftgelenke /100.000 EinwohnerInnen
- Kostenexplosion im Schweizer Gesundheitswesen
→ Konstante Zunahme der Krankenkassenprämien sowie der monatlichen Gesundheitsausgaben pro Kopf
- Gleichzeitig stehen Schweizer Spitäler derzeit vor grossen finanziellen Herausforderungen

Ein Qualitäts-basiertes Vergütungssystem führt zu:

- ✓ besserer Indikations- und Ergebnisqualität
- ✓ weniger operativen Eingriffen
- ✓ höherer Vergütung von Top-Performern
- ✓ gesamthaft weniger Gesundheitsausgaben

Pilotprojekt «Patient Empowerment Initiative»



Methodik

$$\text{Baseratefaktor} = \left[\begin{array}{l} \frac{2}{3} \text{ Qualitätsindikatoren (Generischer PROM, Gelenkspezifischer PROM, Revisionsrate, Komplikationsrate)} \\ + \frac{1}{3} \text{ Mengenindikator (Operative/Ambulante Eingriffe)} \end{array} \right]$$



$$\text{Zuschlag oder Abschlag} = (\text{Baseratefaktor} \times \text{abrechenbare Baserate} - \text{abrechenbare Baserate}) \times \text{Anzahl Fälle gem. Indikation und Versicherer} / \text{Gesamtfallzahl (stationär) Versicherer}$$



$$\text{Dynamische Baserate} = \text{Abrechenbare Baserate} + \text{Zuschlag oder Abschlag}$$

Fiktive Berechnung

$$\text{Zuschlag oder Abschlag} = (0.95 \text{ (Baseratefaktor)} \times 9.500 \text{ (abrechenbare Baserate)} - 9.500 \text{ (abrechenbare Baserate)}) \times 200 \text{ (Anzahl F\u00e4lle gem. Indikation und Versicherer)} / 5.000 \text{ (Gesamtfallzahl (station\u00e4r) Versicherer)}$$

$$\text{Dynamische Baserate} = 9.500 \text{ (Abrechenbare Baserate)} - 19 \text{ (Abschlag)} = 9.481 \text{ SFR}$$

Baseratefaktor	Abweichung von abrechenbarer Baserate	Rechnung	Ergebnis	Dynamische Baserate
0,975	-2,5 %	$-2,5 \times 3,8$	-9,5	9.490,50 SFR
0,95	-5 %	$-5 \times 3,8$	-19	9.481 SFR
0,925	-7,5 %	$-7,5 \times 3,8$	-28,5	9.471,50 SFR
0,9	-10 %	$-10 \times 3,8$	-38	9.462 SFR

Der Effekt des Baseratefaktors ist linear: Jeder Abschlag von 1 Prozentpunkt gegenüber der Referenz von 1,0 führt – bei 200 F\u00e4llen gem. Indikation und einer abrechenbaren Baserate von 9.500 \u20ac – zu einem Abschlag von 3,80 SFR

Fiktive Berechnung

- DRG I46.C – Implantation, Wechsel oder Revision einer Hüft-Endoprothese mit einem Kostengewicht von 1.35 (2026)

Szenario	Baserate (CHF)	Kostengewicht	Erlös pro Fall (CHF)	Erlös bei 200 Fällen (CHF)
Abrechenbare Baserate	9.500,00	1,35	12.825,00	2.565.000,00
Dynamische Baserate (Faktor 0.975)	9.490,50	1,35	12.812,18	2.562.435,00
Dynamische Baserate (Faktor 0.9)	9.462,00	1,35	12.773,70	2.554.740,00

Diskussion

- Zusammenarbeit von Leistungserbringern und Krankenversicherern ein wichtiger Schritt aktuelle Herausforderungen anzugehen (Kostenexplosion & mangelnde Qualitätstransparenz sowie Incentivierung von Qualität)
- Qualitätseffekt: verbindliche PROMs festlegen zur besseren Vergleichbarkeit der Leistungserbringer (Cave: bisher auf freiwilliger Basis, Kosten trägt Leistungserbringer)
- Mengeneffekt fraglich (Outcomequalität beinhaltet Indikationsqualität. Ggf. anderen Indikator (bspw. Grenzwerte beim Schmerzscore definieren))
- Modell abhängig von Datenqualität: wie sicherstellen und Bias verhindern? Ggf. externe Prüfstelle (externe Datenauswertung zur Sicherstellung der Korrektheit)
- Reicht die Incentivierung aus? (ökonomisch relevant genug?, ggf. Umverteilung Bonus/Malus auf entsprechende Klinik (Dynamische Baserate gilt für gesamtes Spital))
- Kostenauswirkung sehr verspätet spürbar
- Gesamtökonomische Auswirkungen evaluieren (was wenn jeder LE jährlich besser wird?)
- Es braucht mindestens kantonale Vorgaben zur Teilnahme
- Wie kostendeckend sind Fallpauschalen wirklich? Wie werden zusätzliche Massnahmen zur Qualitätssicherung finanziert?