

## **Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Zürich**

Sitzung vom 6. September 2011

### **1080. Nationaler Qualitätsvertrag (Beitritt)**

#### **A. Ausgangslage**

Die Steuerung der Gesundheitsversorgung und -finanzierung im Bereich der stationären Akutversorgung wird mit der Umstellung auf das neue, fallbasierte Tarifsysteem SwissDRG auf Anfang 2012 wesentlichen Veränderungen unterworfen. Im Vorfeld dieses Systemwechsels hat der Kanton Zürich schon vor mehreren Jahren die Finanzierung der Spitäler über Globalbudgets eingeführt, die bereits heute auf der Grundlage eines diagnosebezogenen Fallgruppierungssystems berechnet werden. Gleichzeitig mit der Einführung der Globalbudgetierung wurde ein umfassendes Qualitätssicherungssystem für die stationäre akut-somatische Versorgung aufgebaut. Kern dieses Systems ist die standardisierte Ergebnisqualitätsmessung. Zu diesem Zweck gründeten der Kanton Zürich, die Versicherer und die Leistungserbringer gemeinsam den Verein Outcome, dessen Hauptaufgabe die Entwicklung, Durchführung und Auswertung von Ergebnisqualitätsmessungen ist. Die Einrichtung der Ergebnisqualitätsmessung im Kanton Zürich über den Verein Outcome hat zusammen mit der Globalbudgetierung und dem Fallkostenbenchmarking wesentlich dazu beigetragen, dass die Leistungen der Spitäler im Kanton Zürich heute in Bezug auf die Kosten und die Qualität schweizweit konkurrenzfähig sind.

#### **B. Bundesgesetzgebung über die Krankenversicherung**

Auf nationaler Ebene wurde die Qualitätssicherung mit dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) und der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV, SR 832.102) als Aufgabe des Bundes (Art. 58 Abs. 1 KVG: Durchführung von systematischen wissenschaftlichen Kontrollen) bzw. der Leistungserbringer und Versicherer (Art. 77 Abs. 1 KVV: Erarbeitung und Durchführung von Konzepten und Programmen über die Anforderungen an die Qualität der Leistungen und die Förderung der Qualität) gesetzlich verankert. Zur Erfüllung der Vorgaben gemäss Art. 77 Abs. 1 KVV schlossen «H+ Die Spitäler der Schweiz» (H+) als Dachorganisation der Spitäler und das Konkordat der Schweizer Krankenversicherer, die Vorgängerorganisation des heutigen Branchenverbandes santésuisse, 1997 einen «Rahmenvertrag betreffend Qualitätsmanagement» ab. 1998 verabschiedeten die Vertragspartner ein Qualitätskonzept, in dem unter anderem die

Grundsätze der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung, der Kundenorientierung, der Berücksichtigung von Prozess-, Ergebnis- und Strukturqualität sowie der Methodenvielfalt formuliert wurden. Zum Nachweis einer ausreichenden Qualitätssicherung wurden die Spitäler und Kliniken aufgefordert, einen Qualitätsbericht zu den eigenen Aktivitäten zu erstellen. Zudem sollten Qualitätsindikatoren für die interne Qualitätsverbesserung und als Grundlage eines qualitätsbezogenen Leistungsbenchmarkings einschliesslich Sanktionierung durch die Versicherer festgelegt werden. Wegen beschränkten Mitteln konzentrierten sich die Arbeiten zunächst auf die Psychiatrie (ab März 2001) und die Rehabilitation (ab Juni 2007), während in der stationären Akutsomatik keine Qualitätsmessungen entwickelt wurden. Für den Kanton Zürich war dies unproblematisch, da er mit den Ergebnisqualitätsmessungen des Vereins Outcome bereits über ein den Vorgaben von Art. 77 KVV entsprechendes Qualitätssystem verfügte. Da allerdings die Aktivitäten der Leistungserbringer schweizweit ungenügend waren, übertrug der Gesetzgeber mit der KVG-Revision vom 21. Dezember 2007 (Spitalfinanzierung) dem Bund eine wesentlich tragendere Rolle bei der Überwachung und Organisation der Massnahmen für die Qualitätssicherung:

- Gemäss dem neuen Art. 22a KVG sind die Leistungserbringer verpflichtet, den zuständigen Bundesbehörden die Daten bekannt zu geben, die benötigt werden, um die Anwendung der Bestimmungen über die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu überwachen. Dazu gehören auch medizinische Qualitätsindikatoren.
- Nach Art. 39 Abs. 2ter KVG erlässt der Bundesrat einheitliche Kriterien für die Spitalplanung auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit. Er hört zuvor die Kantone, die Leistungserbringer und die Versicherer an.
- In Art. 49 Abs. 8 KVG ist festgehalten, dass der Bundesrat in Zusammenarbeit mit den Kantonen schweizweit Betriebsvergleiche zwischen Spitälern anordnet, insbesondere zu Kosten und medizinischer Ergebnisqualität. Die Spitäler und die Kantone müssen dafür die nötigen Unterlagen liefern. Die Betriebsvergleiche werden vom Bundesrat veröffentlicht.

### **C. Nationaler Qualitätsvertrag des ANQ**

Zur Förderung interkantonaler Qualitätsvergleiche in der Akutsomatik wurde im November 2007 der Interkantonale Verein für Qualitätssicherung und -förderung (IVQ) gegründet. Um auch die Aktivitäten in den Bereichen Psychiatrie und Rehabilitation zu integrieren, wurde sodann am 24. November 2009 der Nationale Verein für Qualitätsent-

wicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) gegründet. Der ANQ übernahm die Pilotprojekte der Psychiatrie und Rehabilitation und begann mit der Einrichtung national einheitlicher Ergebnisqualitätsmessungen in der stationären Akutsomatik. 2009 und 2010 wurden Messungen zur Patientenzufriedenheit und zu nosokomialen Infekten (postoperative Wundinfektionen) durchgeführt, an denen sich aber nur ein Teil der Schweizer Akutspitäler beteiligte. Die Ergebnisse der Messungen wurden vom ANQ 2010 und 2011 veröffentlicht ([www.anq.ch](http://www.anq.ch)). Parallel dazu wurden auf der Grundlage der medizinischen Leistungsstatistik der Spitäler gemäss Bundesstatistikgesetz (SR 431.01) die potenziell vermeidbaren Rehospitalisationen und Reoperationen der Schweizer Spitäler ermittelt; entsprechende Publikationen sind für die zweite Jahreshälfte 2011 vorgesehen.

Die Teilnahme an den Messungen des ANQ war für die Spitäler bis anhin freiwillig. Um national einheitliche Qualitätsmessungen als Grundlage für Qualitätsvergleiche zu erreichen, sind die Qualitätsmessungen für die Spitäler obligatorisch zu machen. Der ANQ hat einen Nationalen Qualitätsvertrag erarbeitet, dem die Leistungserbringer (vertreten durch H+), die Krankenversicherer (vertreten durch santésuisse und die MTK), die Versicherer gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung (vertreten durch die Medizinaltarif-Kommission UVG, die SUVA und das Bundesamt für Sozialversicherungen) sowie die Kantone (vertreten durch die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und direktoren [GDK]) beigetreten sind. Die durch diese Parteien vertretenen Institutionen, Organisationen und Kantone sind nun eingeladen, sich dem Vertragswerk ebenfalls anzuschliessen. Die entsprechende Aufforderung an die Kantone erfolgte am 26. Mai 2011 durch das Zentralsekretariat der GDK.

#### **D. Finanzierung des ANQ und der national standardisierten Messungen**

Die Aufwendungen des ANQ sollen schweizweit einheitlich gemäss dem grundsätzlich für die Finanzierung der stationären OKP-Leistungen geltenden Schlüssel von 55% zu 45% zwischen den Kantonen und den Versicherern aufgeteilt werden. Bei gesamtschweizerisch knapp 1 Mio. stationären Austritten pro Jahr ergeben sich gemäss Kalkulation des ANQ derzeit Kosten von Fr. 5.65 pro Fall. Unter Anwendung des oben erwähnten Verteilschlüssels ergeben sich fallbezogene Beiträge von Fr. 3.10 für die Kantone und Fr. 2.55 für die Versicherer. Diese insgesamt Fr. 5.65 pro Fall sollen während zwei Jahren zusätzlich zu den sonstigen Entschädigungen (Tagespauschalen, PLT, ab 2012 in der Akutsomatik Fallpauschalen nach SwissDRG) entrichtet werden.

Nach zwei Jahren sind sie in den Kosten der Spitäler ausgewiesen und können in die Versicherungstarife eingerechnet werden; die gesonderte Entschädigung wird dann entfallen. Die Versicherer sind bereit, ihren Anteil von Fr. 2.55 pro Fall während zwei Jahren über die Fallabrechnungen zu vergüten. Auf eine Abstimmung des Kostenteilers auf die gemäss Abs. 5 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des KVG vom 21. Dezember 2007 kantonal unterschiedlichen Kostenteiler auch für die Phase der Sonderfinanzierung wurde verzichtet, um den Aufbau einer national einheitlichen Qualitätssicherung nicht unnötig zu verkomplizieren und dadurch zu gefährden. Sobald die Kosten für die Qualitätsmessungen des ANQ in den Kostenrechnungen der Spitäler ausgewiesen werden und in den Preisen für die stationären Leistungen abgebildet sind, werden sie ohne Weiteres nach den kantonalen Kostenteilern auf die beiden Kostenträger aufgeteilt sein.

Für den Kanton Zürich ergeben sich in der Akutsomatik voraussichtlich folgende Sonderfinanzierungskosten pro Fall (Tab. 1):

	Spitalkategorie	Bis Ende 2011	Ab 2012*
A.	Spitäler, die heute auf der Spitalliste A figurieren und die auf die Spitalliste 2012 aufgenommen werden	<b>Beitrag von Fr. 3.10 pro Austritt</b> Dieser zusätzliche Beitrag ist nötig, weil die kantonalen Mittel im Jahr 2011 noch für die Messungen mit dem VO reserviert sind.	<b>Kein Beitrag mehr</b> Ab 2012 sind die Spitäler nicht mehr zu Qualitätsmessungen mit dem Verein Outcome im heutigen Umfang verpflichtet. Die ANQ-Qualitätsmessungen können vollumfänglich über die auf den heutigen Kosten beruhenden SwissDRG-Tarife finanziert werden. Sonderzuschläge sind dann nicht mehr nötig.
B.	Spitäler, die heute nur auf der Spitalliste B figurieren und die auf die Spitalliste 2012 aufgenommen werden	<b>Kein Beitrag</b> , da diese Spitäler im Jahr 2011 nicht staatsbeitragsberechtigt sind.	<b>Beitrag von Fr. 3.10 pro Austritt</b> , da in den SwissDRG-Tarifen dieser Spitäler keine Aufwendungen für die standardisierte Qualitätssicherung eingerechnet sind.
C.	Spitäler, die per 1.1.2012 neu auf die Spitalliste des Kantons aufgenommen werden	<b>Kein Beitrag</b> , da diese Spitäler im Jahr 2011 nicht staatsbeitragsberechtigt sind.	<b>Beitrag von Fr. 3.10 pro Austritt</b> , da in den SwissDRG-Tarifen dieser Spitäler keine Aufwendungen für die standardisierte Qualitätssicherung eingerechnet sind.

\* Für den Zeitraum Januar 2012 bis Juni 2013 («Sonderfinanzierung während zwei Jahren» = Juli 2011 bis Juni 2013)

In den Bereichen Psychiatrie und Rehabilitation sind die Kosten und ihre Finanzierung noch offen. Sie sind abhängig von den durchzuführenden Messprogrammen, die noch in Erarbeitung sind. Derzeit wird mit Kosten von Fr. 15 pro stationären Fall gerechnet. In der Psychiatrie ist ein Beginn der schweizweit standardisierten Messungen auf Anfang 2012 denkbar, in der Rehabilitation frühestens auf Mitte 2012.

Aus den genannten Kosten pro Fall und den erwarteten Fallzahlen ergeben sich für die Phase der Sonderfinanzierung (Juli 2011 bis Juni 2013) einschliesslich Reserve für Unvorhergesehenes folgende maximalen Gesamtkosten für den Kanton Zürich (Tab. 2):

Versorgungsbereich	Fälle 2011 (geschätzt*)	Kosten 2011	Kosten 2012	Kosten 2013	Kosten 2014	Kosten Total
Akutsomatik	200 000	310 000	620 000	310 000	0	1 240 000
Rehabilitation	12 000	0	110 000	110 000	0	220 000
Psychiatrie	10 000	0	45 000	90 000	45 000	180 000
						1 640 000

\* Zürcher Patientinnen und Patienten

Die tatsächlichen Gesamtkosten für den Kanton aus den Qualitätsmessungen des ANQ werden wahrscheinlich deutlich tiefer liegen, da die kantonalen Beiträge, wie in Tabelle 1 dargelegt, voraussichtlich nicht in jedem Fall entrichtet werden müssen. Der Gesamtbetrag von 1,64 Mio. Franken ist vor diesem Hintergrund als Kostenobergrenze zu sehen.

## E. Fazit

Gemäss Art. 113 KV sorgen Kanton und Gemeinden für eine ausreichende und wirtschaftlich tragbare Gesundheitsversorgung. Zur Sicherstellung einer qualitativ genügenden und wirtschaftlichen Versorgung gehören in jedem Fall auch Massnahmen zur Qualitätssicherung und Qualitätsvergleiche unter den Leistungserbringern. Mit den Messungen des ANQ besteht erstmals die Möglichkeit, schweizweite Qualitätsvergleiche aufgrund einheitlicher Messungen durchzuführen. Die Gesundheitsdirektion ist deshalb zu ermächtigen, namens des Kantons Zürich dem Nationalen Qualitätsvertrag des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) rückwirkend auf den 1. Juli 2011 beizutreten.

Für die Phase der Sonderfinanzierung der Qualitätsmessungen des ANQ (2011 bis 2014) ist eine Ausgabe von Fr. 1 640 000 zu bewilligen. Es handelt sich gemäss § 37 des Gesetzes über Controlling und Rechnungslegung (CRG) um eine neue Ausgabe. Die Ausgabe geht mit Fr. 1 460 000 zulasten der Erfolgsrechnung der Leistungsgruppe Nr. 6300, Somatische Akutversorgung und Rehabilitation, und mit Fr. 180 000 zulasten

der Erfolgsrechnung der Leistungsgruppe Nr. 6400, Psychiatrische Versorgung. Im Budget 2011 sind für das Vorhaben Fr. 310 000 eingestellt. Im Konsolidierten Entwicklungs- und Finanzplan (KEF) 2011–2014 sind für das Jahr 2012 Fr. 775 000 eingestellt. Der restliche Betrag ist im KEF für die Jahre 2013 und 2014 enthalten.

Auf Antrag der Gesundheitsdirektion

beschliesst der Regierungsrat:

I. Die Gesundheitsdirektion wird ermächtigt, namens des Kantons Zürich rückwirkend auf den 1. Juli 2011 dem Nationalen Qualitätsvertrag des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) beizutreten.

II. Für die Phase der Sonderfinanzierung der Qualitätsmessungen gemäss dem Nationalen Qualitätsvertrag des ANQ wird eine Ausgabe von Fr. 1 640 000 bewilligt. Die Ausgabe geht mit Fr. 1 460 000 zulasten der Erfolgsrechnung der Leistungsgruppe Nr. 6300, Somatische Akutversorgung und Rehabilitation, und mit Fr. 180 000 zulasten der Erfolgsrechnung der Leistungsgruppe Nr. 6400, Psychiatrische Versorgung.

III. Mitteilung an die Finanzdirektion und die Gesundheitsdirektion.



Vor dem Regierungsrat  
Der Staatsschreiber:

Husi