

Innovations- und Zusatzentgelte unter Swiss DRG

Folien-Auszüge aus dem Referat
von Willy Oggier, Dr.oec.HSG,
Gesundheitsökonom, Küssnacht

Aufbau

Og

- Warum braucht es Zusatz- und Innovationsentgelte?
- Situation Deutschland
 - Häufige Anwendungsgebiete (Deutschland)
 - Beispiel Neurologie
 - Ursachen für Kompressionseffekte
- Situation Schweiz
 - Beispiel Onkologie/ Hämatologie
 - Beispiel Immunologie
- Vorschlag Verfahren
 - Zusatzentgelte
 - Innovationsabgeltung
- Fazit

Warum braucht es Zusatz- und Innovationsentgelte? (I)



Haus A		Haus B	
DRG-Budget: 100 Mio €	DRG-Budget: 95 Mio €	DRG-Budget: 95 Mio €	
ZE-Medikamente inkl.	ZE-Medikamente: 5 Mio €		
BFW: 2'857 €	BFW: 2'714 €	BFW: 2'714 €	
CM: 35'000	CM: 35'000	CM: 35'000	

Tabelle 1: Effekt der Ausgliederung von Zusatzentgelten (ZE) auf den Basisfallwert (BFW)

Quelle: Roeder Norbert/Hensen Peter/Fiori Wolfgang/Bunzemeier Holger/Franz Dominik/Rochell Bernhard, Zusatzentgelte im DRG-System 2005, in: f & w, Nr. 6/2004, S. 572.

Warum braucht es Zusatz- und Innovationsentgelte? (II)



- Zusatzentgelte stellen die Leistungen des Spitals transparenter dar.
- Dadurch können die wirklich vergleichbaren Leistungen miteinander verglichen werden.
- Dadurch kann eine systemische Benachteiligung von Spitälern, welche überdurchschnittlich häufig zusatzentgeltfähige Medikamente und Verfahren einsetzen, vermieden werden.
- DRG-Erlöse und Zusatzentgelte können spitalintern direkt zugewiesen werden.

Warum braucht es Zusatz- und Innovationsentgelte? (III)

- Mit den Daten aus dem Jahr X werden im Jahr $X + 1$ die Tarifstrukturen berechnet, welche im Jahr $X + 2$ zur Anwendung kommen.
- Wenn eine Innovation in das System kommt, z.B. im November des Jahres X , ist sie mindestens bis im Jahr $X + 3$ ungenügend abgebildet.
- Hier braucht es eine Zwischenlösung.

Og

Situation Deutschland

DRG-Entwicklung 2003 - 2011



	<i>DRG</i>	<i>Zusatzentgelte</i>	<i>NUB (Universitätsklinikum Heidelberg)</i>
2003	664	--	--
2004	824	26	--
2005	878	71	7
2006	954	83	18
2007	1028	105	16
2008	1137	115	23
2009	1192	127	19
2010	1200	143	22
2011	1194	146	20
2012	1193	150	

Quelle: André Michel, Die Rolle der Spitalapotheke unter DRG – einige deutsche Erfahrungen, Folien-Präsentation vom 15. September 2011, ergänzt.

Häufige Anwendungsgebiete (Deutschland) (I)



- Onkologie
 - Primärbehandlung (monoklonale Antikörper)
 - Zytostatika in der Primärbehandlung
 - Supportivtherapie (Antimykotika und Wachstumsfaktoren nach Knochenmarkstransplantation)
 - Blutsupportiva

Häufige Anwendungsgebiete (Deutschland) (II)



- Intensivmedizin

- Antiinfektiva (Antimykotika): sind alle in den Zusatzentgelten enthalten
- Gerinnungsfaktoren
- Blutprodukte (Immunglobuline): Gemäss diversen Interviewpartnern das Paradebeispiel für die Notwendigkeit von Zusatzentgelten. Wenn die Zusatzentgelte nämlich gut abgebildet sind, fallen die Patienten mit Blutprodukten in der Regel aus den Extremkostenfällen heraus.
- Dialysen, Blutwäschen
- Spezialmedikamente gegen Sepsis

Häufige Anwendungsgebiete (Deutschland) (III)



- Neurologie
 - Zur Zeit befinden sich keine Lyse-/Systemerkrankungen (z. B. Multiple Sklerose) unter den Zusatzentgelten, weil die Medikamente oft unter Off-Label-Use-Vorbehalt abgegeben werden.
 - Stents
 - Neurostimulatoren
 - Katheter

Häufige Anwendungsgebiete (Deutschland) (IV)



- Rheumatologie
 - Verschiedene Produkte wie Infleximinab oder Retoximab

Beispiel Neurologie



- Ursache: Insbesondere in nicht-operativen Fachgebieten oft Schwierigkeiten, einen Einzelfall-Bezug für die erbrachten Leistungen herzustellen (v.a. bei teuren diagnostischen Massnahmen und Medikamenten)
- Hoher Anteil an umgelegten Kosten (Verteilung über Aufenthaltstage oder ähnliche Werte) provoziert
 - Kostennivellierung
 - Kompressionseffekt

Ursachen für Kompressionseffekte

- Nicht sachgerechte Kostenverrechnung auf die Kostenträger (Fälle) im Spital
- Dokumentarischer Kompressionseffekt
- Nicht korrekte Verrechnung der Fälle mit den kalkulierbaren Rohfallkosten in der definitiven Kalkulation
- Teilweise fehlerhafte Zuordnung von OPS-Kodes zu G-DRG-Fallpauschalen bei der Übertragung bzw. beim Mapping aus dem australischen System

Og

Situation Schweiz

Beispiel Onkologie/ Hämatologie (I)

- Beispiel myeloische Leukämie: Verbrauch an Blutprodukten korreliert nicht mit der medizinischen Fallschwere
- Zusatzentgelte nicht gut abgebildet
- Mögliche Folgen (I):
 - Keine leistungsgerechte Entschädigung für die Anbieter dieser Leistung
 - Zuweisungen von anderen Kliniken werden insbesondere dort zum Problem, wo nur wenige Kliniken diese Leistung erbringen

Beispiel Onkologie/ Hämatologie (II)



- Mögliche Folgen (II):
 - Über Kostendruck Einfluss auf Blutprodukteverwendung beim Anbieter
 - Überfinanzierung der anderen Leistungserbringer
 - Bei freier Spitalwahl Unterfinanzierung durch den Wohnortkanton und den Krankenversicherer des Patienten bei ausserkantonalen Hospitalisationen
 - Spital kann wegen faktischer regionaler Monopole kaum Effizienzsteigerungen beim Einkauf erzielen

Beispiel Onkologie/ Hämatologie (III)



- Mögliche Folgen (III)
 - Teilweise mögliche Ausweichstrategie für Spitäler im Bereich der Onkologie: Ambulante Leistungserbringung
 - Mit der Folge der Kostenverlagerung auf den Krankenversicherer ...
 - ... und suboptimaler Patientenbetreuung

Beispiel Immunologie



- Analoge Problematik mit der Verschiebung in den ambulanten Bereich mit Jahres-Therapiekosten von **20'000 – 50'000 Franken**
- Oft Off-Label-Use-Einsätze, weil wegen wenig Fällen und aufwändigen Verfahren auf das Erstellen der entsprechenden Studien verzichtet wird/ werden muss.
- Im ambulanten Bereich: Vorfinanzierung durch Pharmafirma, in der Regel bei Wirkung nachträgliche Finanzierung durch den Krankenversicherer
- Im stationären Bereich: Schon vor der Swiss DRG-Einführung Unterfinanzierung, mit Swiss DRG Akzentuierung

Og

**Vorschlag Verfahren
Zusatzentgelte**

Eckwerte für ein schweizerisches Verfahren (I)



- Entschädigt werden kann nur, was vorher zum Markt zugelassen worden ist.
- Wenn Sicherheit, Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit im Marktzulassungsverfahren und bei der Zulassung zur sozialen Krankenversicherung überprüft und nachgewiesen werden, sollte das entsprechende Arzneimittel über Zusatzentgelte bzw. Innovationsabgeltungen ab Erteilung der Erstattungspflicht ohne Verzögerung entschädigt werden.

Eckwerte für ein schweizerisches Verfahren (II)



- Pragmatische Lösung für die Glaubwürdigkeit des Systems unter Berücksichtigung des Kriteriums der statistischen Robustheit: Verzicht auf eine Helvetisierung der Zusatzentgelte
- Pragmatisch jene Zusatzentgelte als **Struktur** übernehmen, welche es im Medikamentenbereich bereits im deutschen DRG-System gibt.
- Davon zu unterscheiden ist die **Preisbildung** für die Zusatzentgelte, welche auf die schweizerische Art erfolgen kann.

Eckwerte für ein schweizerisches Verfahren (III)



- Im Medikamentenbereich gelten ambulant die Höchstpreise der Spezialitätenliste (SL) als Amtstarife.
- Überall dort, wo Zusatzentgelte eingeführt werden und ein SL-Preis besteht, sollte dieser die Basis für das Zusatzentgelt bilden.
- Damit können die ungleich langen Spiesse zwischen ambulantem und stationärem Bereich wenigstens nicht noch weiter vergrössert werden.

Eckwerte für ein schweizerisches Verfahren (IV)



- Die Zusatzentgelte wären schweizweit gleich.
- Verzicht auf spitalindividuelle Zusatzentgeltverhandlungen zwischen Spitälern und Krankenversicherern
- Die spitalindividuelle Komponente kann über die Base Rate berücksichtigt werden.
- Aufgabe des Case Mix Office der SwissDRG AG wäre, ein Register über die anzuwendenden Zusatzentgelte mit dem entsprechenden Verweis auf die SL-Preise zu führen.

Eckwerte für ein schweizerisches Verfahren (V)



- Eine Prüfung der Wirksamkeit, Sicherheit und Qualität entfällt, weil diese bereits von der Swissmedic vorgenommen worden ist.
- Eine Prüfung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfolgte durch das Verfahren zur Zulassung zur sozialen Krankenversicherung über das Bundesamt für Gesundheit und die Eidgenössische Arzneimittelkommission. Zudem werden die SL-Preise spätestens alle drei Jahre überprüft.

Eckwerte für ein schweizerisches Verfahren (VI)



- Auf eine Unterscheidung zwischen bewerteten und unbewerteten Zusatzentgelten kann verzichtet werden, weil der SL-Preis bei (fast) allen im Rahmen von Zusatzentgelten zu diskutierenden Arzneimitteln festgelegt ist.
- Auf allfällige aufwändige Kostendifferenzierungsrechnungen unter Einbezug der unterschiedlichen Personal- und anderer Kostenkomponenten soll bewusst verzichtet werden.

Eckwerte für ein schweizerisches Verfahren (VII)



- Dort, wo keine SL-Preise vorhanden sind, sollen Verhandlungsergebnisse gesucht werden. Wenn für Arzneimittel im Rahmen der Bestimmungen von Art. 71a und 71b KVG ein Preis festgelegt wurde, soll dieser auch im stationären Bereich Anwendung finden. Andernfalls soll wie bisher ein Verhandlungsergebnis zwischen Spitälern und Krankenkassen gesucht werden.
- Bezüglich des SL-Preises für Zusatzentgelte gibt es grundsätzlich zwei Möglichkeiten: den Ex-factory-Preis und den Publikumspreis.

Og

**Vorschlag Verfahren
Innovationsabgeltung**

Eckwerte für ein schweizerisches Verfahren (VIII)



- Vom Prinzip her kann das Antragsverfahren analog zum Zusatzentgeltverfahren auf den Zulassungsprozess durch Swissmedic und für die soziale Krankenversicherung aufsetzen.
- Der grösste Unterschied dürfte darin bestehen, dass wegen möglicher unterschiedlich schneller Zulassungswege in Deutschland und der Schweiz NUB-Definitionen nicht zeitgerecht für die Schweiz vorliegen.

Eckwerte für ein schweizerisches Verfahren (IX)



- Daher kommt dem Case Mix Office der SwissDRG AG die Aufgabe zu, eingehende Anträge technisch darauf zu prüfen, ob das NUB in der bisherigen Tarifstruktur angemessen abgebildet ist. Wenn dies nicht der Fall ist, stellt dies eine Basis für ein NUB dar.
- Für die Festlegung des SL-Preises kann analog zum Verfahren bei den Zusatzentgelten vorgegangen werden (Verfahren gemäss Art. 71a und 71b KVG bzw. der Verhandlung zwischen Spitälern und Krankenversicherern).

Og

Fazit

Handlungsbedarf (I)



- Zusatz- und Innovationsentgelte sind wichtig und erfüllen unterschiedliche Aufgaben. Daher sind sie nicht gegeneinander auszuspielen.
- Ebenso wenig sind Zusatz- und Innovationsentgelte ein Argument, um sich gegen statistisch gerechtfertigte DRG-Splits auszusprechen.
- Es sollte immer jenes der drei Elemente zum Zug kommen, welches unter Berücksichtigung der vorhandenen Datenlage die Zielerreichung am effektivsten zu realisieren vermag.

Handlungsbedarf (II)



- Vor voreiligen Analogieschlüssen zwischen dem deutschen und schweizerischen System ist zu warnen, weil Zusatz- und Innovationsentgelte in unterschiedliche DRG-Systeme mit unterschiedlichen Rahmenbedingungen eingebettet werden und auch unterschiedliche Effekte zu erwarten sein dürften.
- Das deutsche DRG-System hat die ökonomische Relevanz von Innovationen anerkannt. Kritisiert wird das Verfahren zur Zielerreichung.

Handlungsbedarf (III)



- Bei den Zusatzentgelten hat das deutsche DRG-System sehr schnell reagiert und von 2004 bis 2006 numerisch über die Hälfte der Zusatzentgelte eingeführt, welche heute zur Anwendung kommen. Von der Sensibilisierung für die Notwendigkeit dieser Entwicklung ist die Schweiz noch relativ weit entfernt.
- Zu berücksichtigen ist, dass die Schweiz bei Arzneimitteln ein etabliertes Zulassungsverfahren zum Markt und zur sozialen Krankenversicherung hat.

Handlungsbedarf (IV)



- Andere Rahmenbedingungen zwischen Deutschland und der Schweiz sind auch bei ambulanten und stationären Leistungen anzutreffen (strikte sektorale Trennung, andere stationäre Finanzierung).
- DIE Gefahr für schweizerische Krankenversicherer bei Fehlen von Innovations- und Zusatzentgelten: Spitäler werden wegen der entstehenden systematischen Unterfinanzierung vermehrt versuchen, die entsprechenden Fälle soweit möglich ambulant durchzuführen.

Handlungsbedarf (V)



- Die Ausgangslage bei den Kantonen dürfte in erster Linie davon abhängen, ob sie Nettoimporteure oder -exporteure insbesondere bei spezialisierten und hoch spezialisierten stationären Leistungen sind. Nettoimporteure werden kaum ein Interesse daran haben, auf Zusatz- und Innovationsentgelte zu verzichten. Denn sonst würden sie die entsprechenden Leistungen an ausserkantonalen Patienten wegen der schlechten Abbildung in der DRG-Struktur quersubventionieren.

Handlungsbedarf (VI)



- Es liegt in erster Linie am (politischen) Willen des Verwaltungsrates der SwissDRG AG, Innovations- und Zusatzentgelten und damit einem statistisch robusteren und leistungsorientierteren DRG-System zum Durchbruch zu verhelfen.
- Sonst wäre ernsthaft zu prüfen, ob der Bundesrat im Rahmen der Tarifstruktur-genehmigung nach Art. 49 Abs. 2 KVG den Tarifpartnern und Kantonen nicht entsprechende Vorgaben macht.

Og

Besten Dank
für
Ihre Aufmerksamkeit