

Innovation unter SwissDRG

Perspektive der Versicherer

Dr. Beat Kipfer
Vertrauensarzt KPT

Agenda

1. Innovation vs Forschung
2. Deutschland vs. Schweiz
3. Perspektive des Leistungsträgers
4. Innovation – wie weiter?

TABLE 1. Innovation versus research

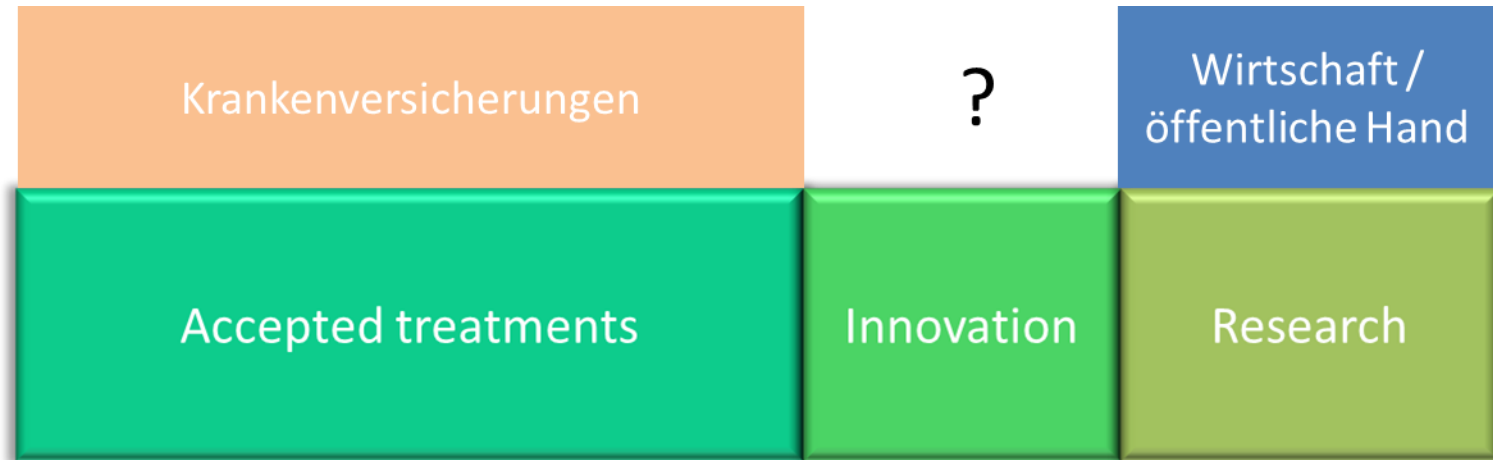
| | Innovation | Research |
|-------------------|--------------------------|--|
| Techniques | Evolving | Defined |
| Outcome measures | Evolving | Defined |
| Patient selection | Evolving | Defined |
| Conclusions | Tentative, particular | Generalizable |
| Oversight | Professional | Societal (institutional review board, research ethics board) |

“a new evolving intervention whose effects, side - effects, safety, reliability and complications are not widely known.”

McKneally MF.

The ethics of innovation: Columbus and others try something new.

The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. 2011;141(4):863-6



- Consent
- Validity
- Competence
- Conflict of Interest
- Cost
- Oversight

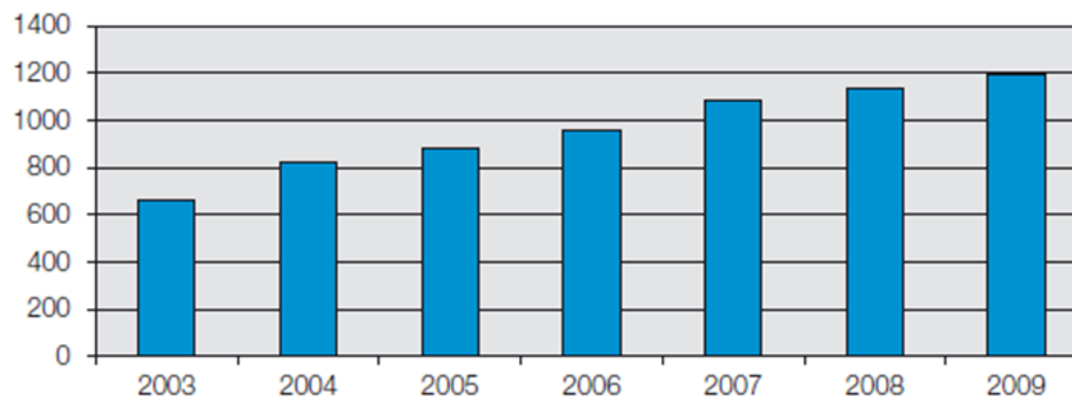
Deutschland

**§ Art 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)
sagt**

- dass das **Vergütungssystem** „Komplexitäten und Komorbiditäten abzubilden hat“
- dass „sein **Differenzierungsgrad praktikabel**“ sein soll
- dass das System **leistungsorientiert und pauschalisierend** ist

**«Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der
Krankenhäuser und zur Regelung der
Krankenhauspflegesätze»**

Entwicklung des G-DRG



664



1192



Zusatzentgelte

§ 17b Abs.1 und 2 KHG (Auszug)

Soweit dies zur Ergänzung der Fallpauschale in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, können die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 Zusatzentgelte für **Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel** vereinbaren,

.... Sie vereinbaren auch die Höhe der Entgelte; diese kann nach Regionen differenziert festgelegt werden.

Der **Spitzenverband Bund der Krankenkassen** und der **Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam....** mit der **Deutschen Krankenhausgesellschaft** seine jährliche Weiterentwicklung und Anpassung, insbesondere an **medizinische Entwicklungen, Kostenentwicklungen, Verweildauerverkürzungen** und **Leistungsverlagerungen zu und von anderen Versorgungsbereichen**

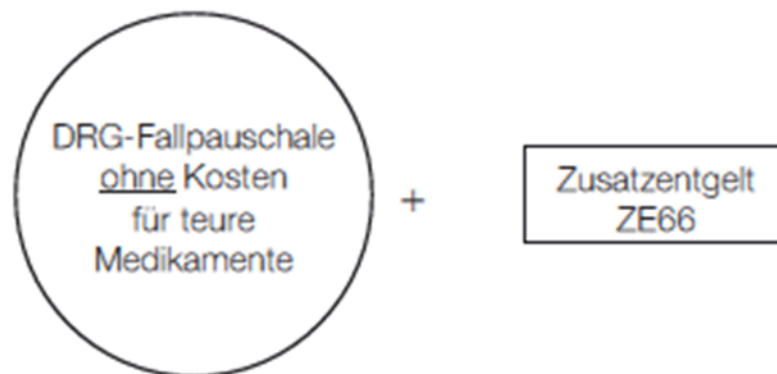
G-DRG-System 2004



DRG I69Z
(Knochenkrankheiten und
spezifische Arthropathien)
BWR = 1,029
Erlös = 2.984,10 €



G-DRG-System 2009



DRG I69A
(Knochenkrankheiten und
spezifische Arthropathien)
BWR = 0,837
Erlös = 2.427,30 €

ZE 66 (Gabe von
Adalimumab, parenteral)
je nach verabr. Menge,
z. B.
Erlös = 1.819,79 €

Erlöse bei einem angenommenen Basisfallwert von 2.900 €

Gesamterlös = 4.247,09 €

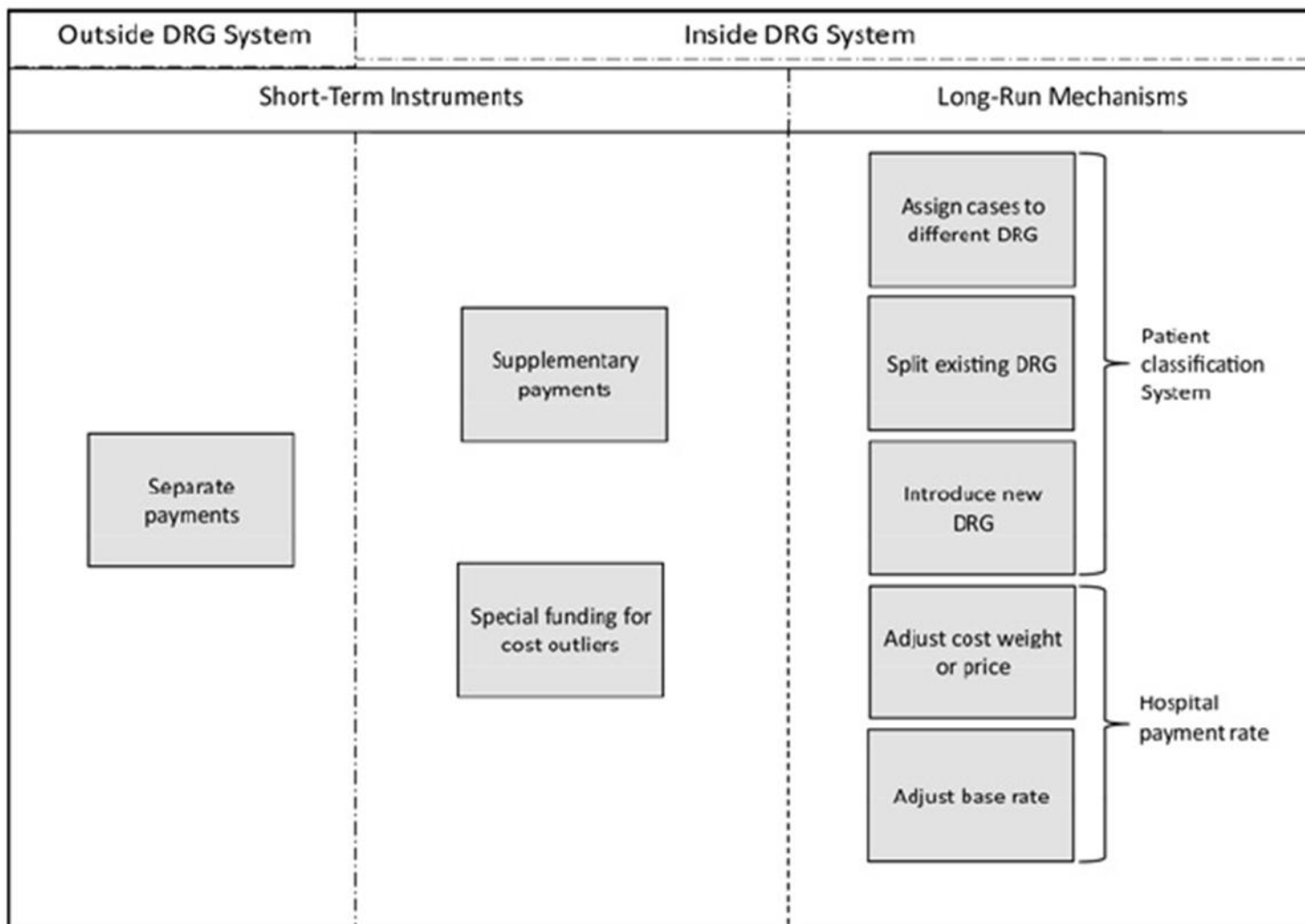
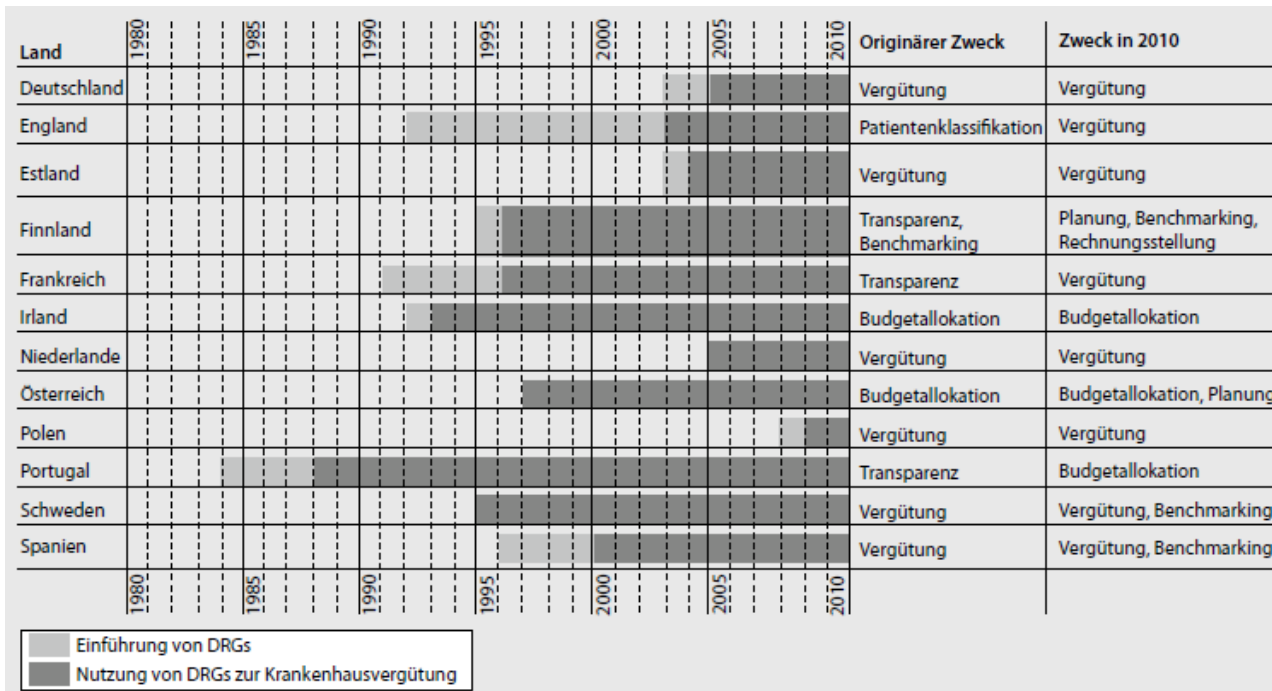
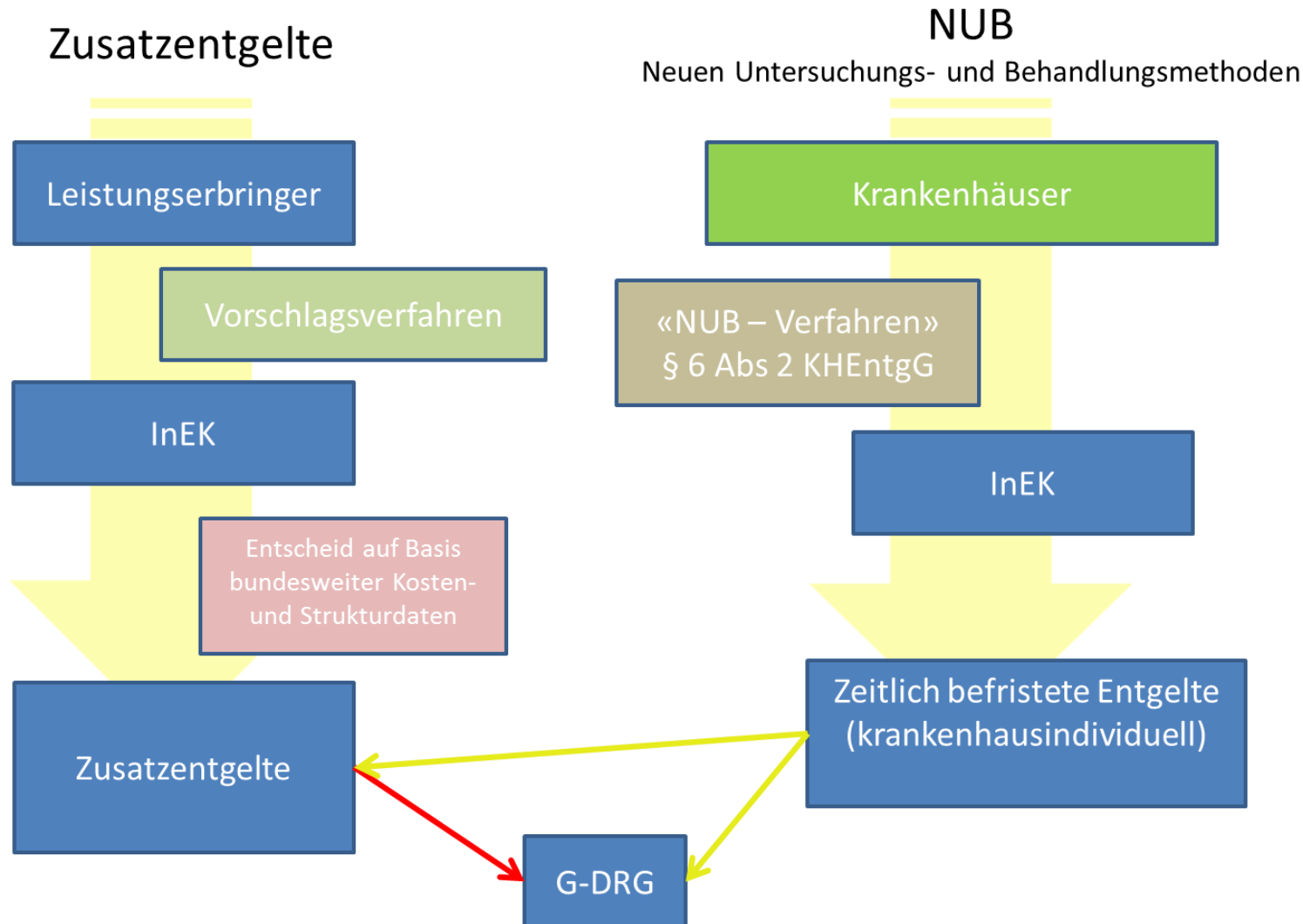


Table 2 – The distribution of short-term payment instruments in 12 European countries.

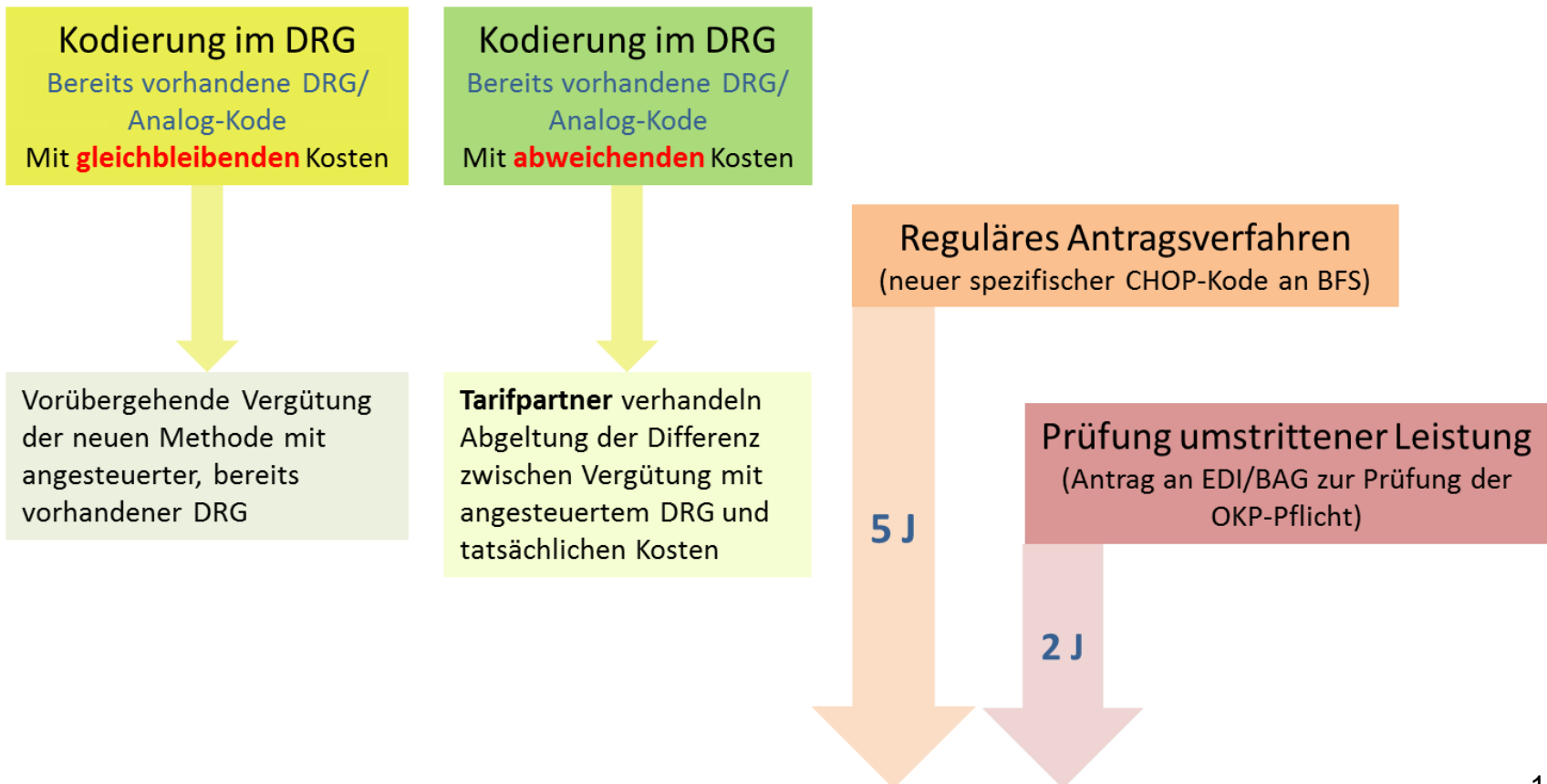
| | Instruments used to provide extra payments for technological innovations | | |
|--------------------|--|--------------------------------------|----------------------|
| | Separate payments | Supplementary payments | Cost-outlier funding |
| Austria | No | No | No |
| England | Yes (for up to 3 years) | Yes (for certain high-cost services) | No |
| Estonia | Yes (for certain high-cost services) | No | Yes |
| Finland | No | No | Yes |
| France | Yes | Yes | No |
| Germany | Yes | Yes (for certain high-cost services) | No |
| Ireland | Yes | No | No |
| The Netherlands | Yes (for certain high-cost drugs) | Yes (envisaged to start in 2011) | No |
| Poland | No | Yes (for certain high-cost services) | No |
| Portugal | No | No | No |
| Spain* (Catalonia) | Yes (for certain high-cost procedures) | No | No |
| Sweden | Depends on county council, all instruments are used | | |

* In Spain, hospital financing is decentralized. The presented information refers to Catalonia.





Innovation im SwissDRG



Probleme

- **Fehlende verbindliche Regelungen für die Vertragspartner**
 - Art 49 Abs 1 KVG
 - *«...die Vertragsparteien **können** vereinbaren...»*
- **Fehlende neutrale Beurteilung von Innovationen**
 - InEK im deutschen System
 - HTA – Institut in der Schweiz?
- **Fehlende gesetzliche Verpflichtung zur Abdeckung von Innovation**
 - Beispiel: KHG §17 im deutschen System
- **Konkurrierende Abgeltungssysteme mit Austauschbarkeit**
 - DRG / Tarmed
 - Keine eindeutige Zuordnung einzelner Leistungen zum entsprechenden Tarifsysteem (siehe Deutschland)

Spezifische Probleme für den Leistungsträger



- Kostenübernahme für Innovationen sind **prämienwirksam**
 - Für den Leistungserbringer **wettbewerbswirksam**, da keine einheitliche und für alle Versicherer verbindliche Regelung besteht
 - Grosszügige Kostenübernahme überobligatorischer Leistungen zu Lasten der OKP **verteuert die Prämien**
- Beurteilung des **Nutzens** einer Innovation durch den Leistungserbringer schwierig
 - Kriterien?
 - Grenzwerte?
- Leistungsträger kann **systemrelevant stationäre Leistungsanbieter beeinflussen**
 - Unterstützung von *preferred provider* durch Abgeltung überobligatorischer Leistungen (Innovation)
 - Kriterien?
- Auslagerung der Innovation in den **Zusatz – Versicherungs – Bereich**
 - Im Rahmen der Anpassungen nach Einführung DRG
 - Spezielle Modelle, welche Innovationen abbilden (*Prio KPT*)

Modell „Komplexpauschale prothetischer Hüftgelenkersatz“

| Eingriff | Aufenthalt | Implantate | Rehabilitation |
|------------------------|----------------------|--------------------------|----------------------------|
| HTP normal | Normaler Aufwand | Standard | Normale Rehab |
| HTP komplex | Gesteigerter Aufwand | Standard mit Anpassungen | Komplexe Rehab |
| HTP Infekt | Maximaler Aufwand | Individuelle Implantate | Rehab bei einfachem Infekt |
| HTP mit Beckeneingriff | | | Rehab bei komplexem Infekt |

Effekte des DRG – Systems auf Innovation

Positiv

- Fördert die Nutzung **kosteneinsparender** Techniken
- **Konzentration** kapitalintensiver Innovationen in wenigen Einrichtungen
 - Spezialisierung der Anbieter auf bestimmte Technologien
- Unterstützt Nutzung von **Health Technology Assessment** vor der Einführung neuer Technologien

Negativ

- Negative Anreize für die Anwendung **kostensteigender Innovationen** (unabhängig vom Einfluss auf die Behandlungsqualität)
- Bevorzugung staatlich oder durch die Industrie geförderter Institutionen, welche Innovation über Forschungsgelder finanzieren können
- Kantonale Spitalplanung („micro – management“) kann wirtschaftlich sinnvolle Innovation durch Benachteiligung von Leistungserbringer behindern

Haltung der KPT

- Zusatzentgelte und NUB können zu einem starken Wachstum der Kosten führen, unabhängig vom Nutzen (Beispiel: Frankreich)
 - **Kontroll - Mechanismen sind unabdingbar**
(gesundheitsökonomische Begleitstudien, Konzentration auf zertifizierte Leistungserbringer)
 - **Robuste Evidenz eines positiven Kosten – Nutzen – Verhältnisses muss zwingend nach einer definierten Zeit erwiesen sein.**
- Abgeltung von innovativen Leistungen im OKP – Bereich sollte für alle Leistungsträger verbindlich festgelegt werden.
 - **KPT unterstützt diesbezügliche Bemühungen (Einkaufs – Verbunde)**
- Die KPT setzt sich für die Abgeltung von Innovationen, welche die wzw – Kriterien erfüllen, vorbehaltlos ein.