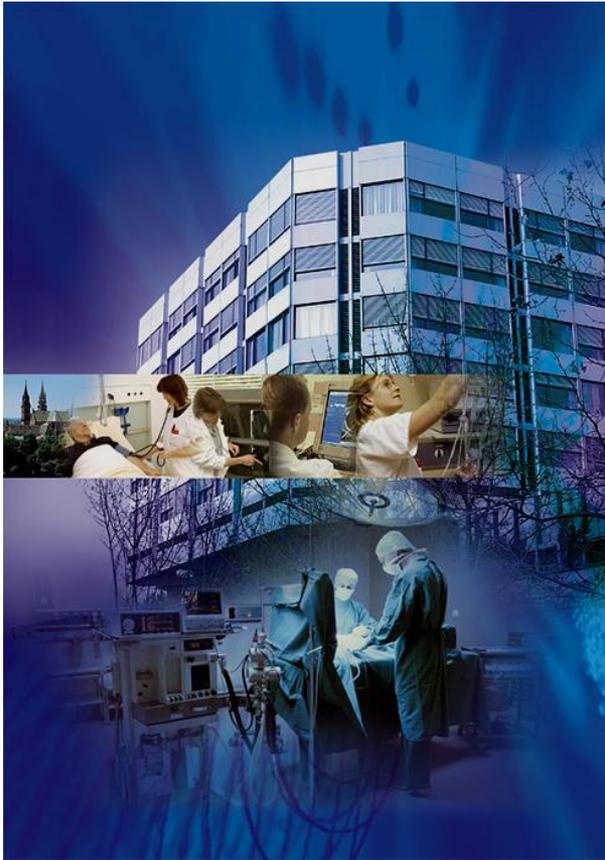


**Universitätsspital
Basel**



Spitalsicht und Tarifstruktur

SGGP-Tagung Zusatz- und
Innovationsentgelte unter SwissDRG

27.06.2012

Dr. med. Werner Kübler, MBA
Spitaldirektor

Stand Tarife 2012 in der Schweiz Juni 2012: Fiebertemperatur steigt

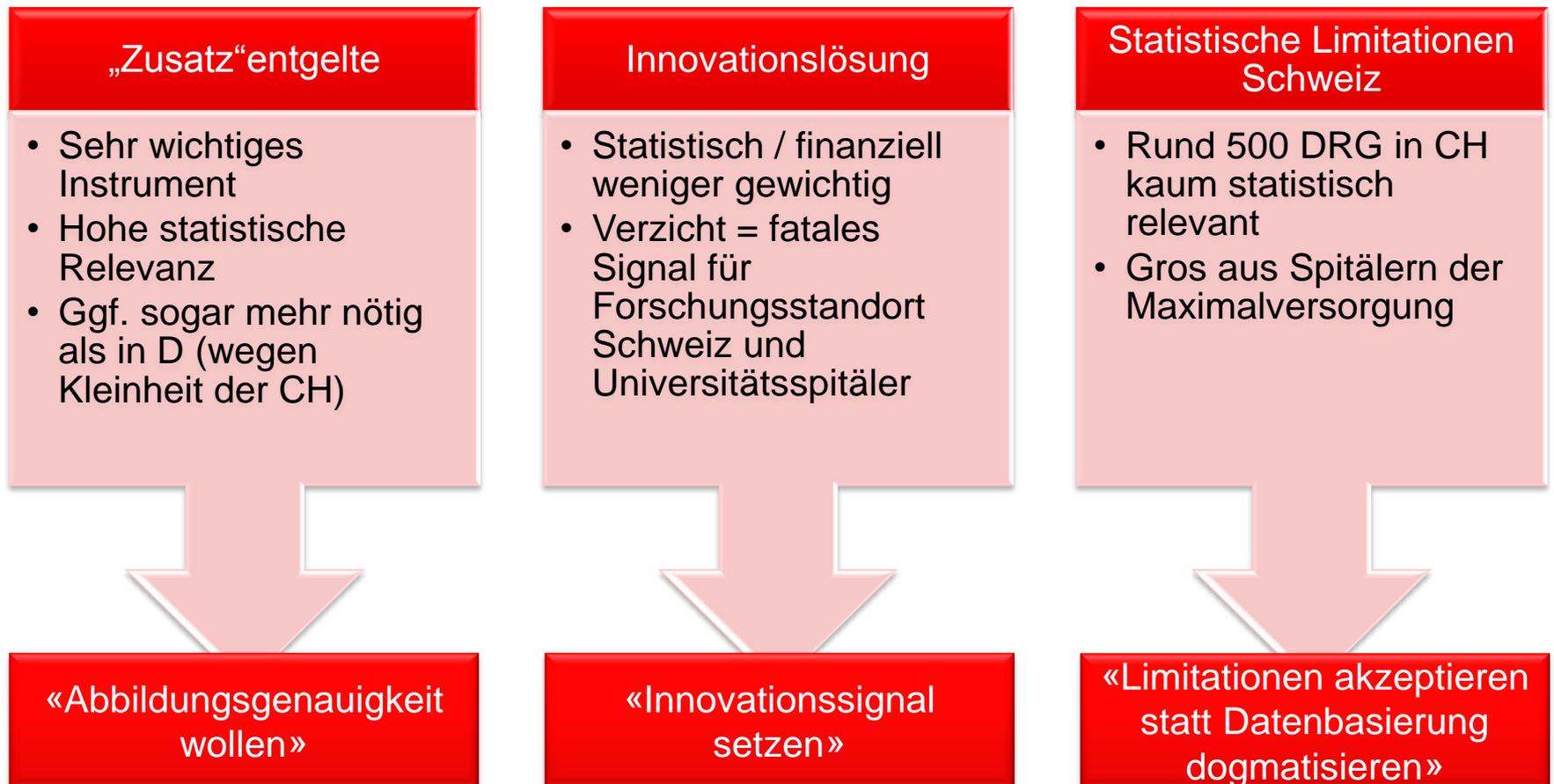
- Verhandelte Tarife mit recht hohen Differenzen zwischen Universitätsspitalern, Zentrumsspitalern und anderen Spitalern
← Hinweis für plausible Kostenunterschiede (WZW)
- Versicherergruppen mit gut gemeintem, aber verfrühtem, zu hartem und undifferenziertem Benchmarking über alle Akutspitäler
 - erreichten kaum Tarifabschlüsse mit Universitätsspitalern und grossen Kantonsspitalern / Maximalversorgern
 - versuchen den Benchmark unrealistisch tief durchzusetzen (25. Perzentil Häuser / ca. 5. Perzentil relevante Fälle)

Weshalb Fieberschübe

- *Normale* Entwicklungsunreife des SwissDRG-System 1.0 und 2.0:
 - Die Abbildungsgenauigkeit kann die Baserate-Differenzen noch nicht genügend erklären – das war bekannt, normal und zu erwarten und wird von der SwissDRG AG so deklariert
 - Dies hätte von den „Benchmarkisten“ antizipiert werden müssen, eine faktische Konvergenzzeit ist nötig
- *Systembedingte* Unschärfen des SwissDRG-Systems:
 - Bei der *Helvetisierung* noch nicht gelöste Probleme in der Abbildungsqualität werden teilweise nicht konsequent angegangen

Was ist zu tun? Oder: Effekte der Helvetisierung

Handlungsfelder



Erklärung substantzieller Anteile der Kostendifferenzen zwischen Versorgungstypen

- Projektion Unispital Basel:
 - Nur die Top-10 deutschen ZE im Medikamentenbereich auf CH übertragen würden die Kostenbaserate des USB um rund 1% senken
 - Top10 kommen in >>100 DRG vor
 - Top10 erklären bereits bis ca. 8% der USB-bezogenen «heissen» Differenzen zwischen Versorgungstypen.
- Deutsche Auswertungen und Erfahrungen zeigen alle: ZE sind entscheidend für die Abbildungsqualität und Konvergenz
- Weitere quantifizierte Modellrechnungen CH zeigen immer die gleiche Grundtendenz: Deutsche Erfahrungen bestätigen sich für die Schweiz.

Ein Beispiel: Bevacizumab / Avastin (1)

Stationärer Umsatz 2010: 68'410 CHF

(kein Top20)

- 34-mal stationär appliziert, Durchschnittskosten Avastin/Fall 2'012 CHF
- davon 23-mal nicht im ophthalmologischen Bereich
 - Relative Kostendeckung dieser Fälle 64%
 - Absolute Unterdeckung ~104'000 CHF
 - davon Kosten Avastin Ø 3'541 CHF = 81'443 CHF (78% der Unterdeckung)
 - LOS dieser Fälle 6.5 Tage
- Von diesen 23 Fällen 10 Fälle in der B66D_(CW 0,39) und 9 Fälle in der G60B_(CW 0,36)
 - Relative Kostendeckung dieser Fälle 59%
 - Absolute Unterdeckung ~86'000 CHF
 - davon Kosten Avastin Ø 3'326 CHF = 63'194 CHF (73% der Unterdeckung)

Bevacizumab / Avastin (2)

Stationärer Umsatz 2010: 68'410 CHF

- Von diesen 19 Fällen 15 Fälle mit einem Belegungstag
 - Deren Diagnose: 9 x Rektum-CA (C20), 6 x Glioblastom (C71.2)
 - Relative Kostendeckung dieser Fälle 65.7%
 - Absolute Unterdeckung ~31'500 CHF
 - Davon Kosten Avastin Ø 2'590 = 31'125 CHF (99% der Unterdeckung)

→ Verschiebung nach ambulant?!

Wem dient ein System mit hoher Fallpauschalen-Abbildungsgenauigkeit?

- Den Patientinnen durch echten Wettbewerb und bessere Wahlfreiheit
- Den Spitälern in der betriebswirtsch. Innensteuerung
- Den Spitälern in der Aussendarstellung und Verhandlung
- Der Politik für Vergleiche und Transparenz
- Der Lehre & Forschung für die Kostenwahrheit
- Den Krankenversicherern für intelligentes Benchmarking
- Den Krankenversicherern, weil Anreize zur Verschiebung in den ambulanten Bereich vermindert werden.
- Der Öffentlichkeit als glaubwürdiges Instrument der Kostenkontrolle

→ Keine langfristigen, nachhaltigen Gegenargumente

Weshalb ein anderer Begriff als «Zusatz»-Entgelt für die Schweiz

- Deutsches System mit Budgetdeckung für Spitäler
 - Niemand impliziert bei ZE Mehrerträge für Spitäler
- CH-System arbeitet mit indiv. Preisverhandlungen
 - Faktisch doch kostenbasiert wegen WZW-Grundsatz
 - Differenzierungseffekt von ZE wird in der Verhandlungsbasis herausgerechnet und fließt in Form tieferer Tarifbaserates zurück
- Wirkung in der Schweiz:
 - Konvergenz der Kostenbaserates = Erwünscht
 - Konvergenz der Tarifbaserates = Erwünscht

Anderer Begriff könnte den Eindruck von Zusatzkosten nehmen
«Differenzierungs»entgelte

Handlungsfeld Innovation

„NUB“

- Betriebswirtschaftliche Bedeutung „NUB“ << Zusatzentgelte
Simulierter Faktor 12-20 / 1 bei CH-Universitätsspitalern
- Signalwirkung, insbesondere des Fehlens von Innovationsentgelten, für
Forschungs- und Life Science-Standort Schweiz jedoch fundamental
- NUB-Verfahren darf vor Übernahme gern optimiert und auf die Schweiz
angepasst werden, z.B. ws. 2-Jahres-Bewilligung
- Innovationsentgelte wären nicht herauszurechnen
(echte Mehrleistung on top – echtes Mehrentgelt on top).

Eine mögliche Roadmap: Konsens zur Systementwicklung in der Schweiz

- Systemdifferenzierung und faktische Preiskonvergenz müssen synchron verlaufen
 - Prämatüre Benchmarkversuche müssen abgemildert werden
 - Datenbasierung vs. Abbildungsgenauigkeit von SwissDRG sind wahrscheinlich teilweise konkurrenzierende Ziele: Hier muss ein Weg gefunden werden.
- Strategische Entscheide nötig
- Pro Abbildungsgenauigkeit vs. reine Homogenität
 - Pro «Datenplausibilisierung», vs. reine Datenbasierung (NB: ZE erleichtern Datenplausibilisierung teilweise)
 - Wahrscheinlich Contra rein schweizerische Lösung

Eine nationale DRG-Entwicklungsstrategie tut not.
Die Spitäler tragen gerne dazu bei.



BACKUP

Bsp: Teure Einzelsubstanzen / Wirkung am USB

- Trastuzumab (Herceptin) – Stationärer Umsatz: 23'761 CHF
- Bevacizumab (Avastin) – Stationärer Umsatz: 68'410 CHF
- Pemetrexed (Alimta) – Stationärer Umsatz: 147'328 CHF
- Rituximab (Mabthera) – Stationärer Umsatz: 299'219 CHF

Herceptin / Trastuzumab

Stationärer Umsatz 2010: 23'761 CHF

- 9-mal stationär appliziert, Durchschnittskosten/Fall 2'640 CHF
 - Relative Kostendeckung dieser Fälle 99%
- davon 5 Fälle in die J62B (CW = 0,324), wovon 4 Fälle mit einer Nacht Aufenthalt
 - Relative Kostendeckung dieser 4 Fälle 44.3%
 - Absolute Unterdeckung ~17'800 CHF
 - davon Kosten Herceptin Ø 2'603 CHF = 10'412 CHF (58% der Unterdeckung)
 - *Verschiebung nach ambulant?!*
 - *Weiteres teures Medikament erhalten?*

Pemetrexed / Alimta

Stationärer Umsatz 2010: 147'328 CHF

- 38-mal stationär appliziert, Durchschnittskosten/Fall 3'807 CHF
 - Relative Kostendeckung dieser Fälle 60%
 - Absolute Unterdeckung ~187'000 CHF
 - davon Kosten Avastin Ø 3'811 CHF = 144'826 CHF (77% der Unterdeckung)
 - LOS dieser Fälle 5.2 Tage
- Von diesen 38 Fällen 26 Fälle mit einem Belegungstag in die E71B (CW = 0,39)
 - Relative Kostendeckung dieser Fälle 56%
 - Absolute Unterdeckung ~89'000 CHF
 - davon Kosten Avastin Ø 3'820 CHF = 99'311 CHF (111% der Unterdeckung)

→ *Verschiebung nach ambulant?!*

Rituximab / Mabthera (1)

Stationärer Umsatz 2010: 299'219 CHF

- 84-mal stationär appliziert, Durchschnittskosten/Fall 3'605 CHF
- 51-mal in Verbindung mit CHOP 99.25.xx = Chemotherapie
 - Relative Kostendeckung dieser Fälle 55%
 - Absolute Unterdeckung ~490'000 CHF
 - davon Kosten Mabthera Ø 3'456 CHF = 166'000 CHF (34% der Unterdeckung)
- Von diesen 51 Fällen 44 Fälle in der Basis-DRG R61 (rein konservativ)
 - Relative Kostendeckung dieser Fälle 53%
 - Absolute Unterdeckung ~380'000 CHF
 - davon Kosten Mabthera Ø 3'445 CHF = 151'580 CHF (40% der Unterdeckung)
 - LOS dieser Fälle: 7.8 Tage
 - *Weiteres teures Medikament?*



Überarbeitung der DRG-Klassifikation Abbildung aufwendiger Fälle (Hoch-, Extremkosten)

- **Aufwertung von Fällen mit hochkomplexer Chemotherapie**
innerhalb der Basis-DRGs **R61** „Lymphom und nicht akute Leukämie“ und **R63**
„Andere akute Leukämie“

Rituximab / Mabthera (3)

Stationärer Umsatz 2010: 299'219 CHF

	Fall- zahl	CMI_eff	Low Outlier	Inlier <ALOS	Inlier =>ALOS	High Outlier	KDG relativ	UGVD	ALOS	OGVD
	44	0.892	0.0%	61.4%	34.1%	4.5%	52.95%	-	-	-
R61A - Lymphom und nicht akute Leukämie, mit Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, mit äusserst schweren CC, mit hochkomplexer Chemotherapie	2	2.664	0.0%	50.0%	50.0%	0.0%	58.36%	7	19.8	36
R61B - Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, mit Agranulozytose oder Portimplantation, mit äusserst schweren CC, ohne hochkomplexe Chemotherapie	1	2.388	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	56.42%	6	17.3	34
R61C - Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 16 Jahre	0							4	12.3	25
R61D - Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, mit äusserst schweren CC	4	1.647	0.0%	50.0%	25.0%	25.0%	55.51%	3	8.5	18
R61E - Lymphom und nicht akute Leukämie ohne Sepsis, mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter > 15 Jahre	3	0.971	0.0%	33.3%	66.7%	0.0%	61.54%	3	7.6	15
R61F - Lymphom und nicht akute Leukämie ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äusserst schwere CC, mit komplexer Diagnose oder Osteolysen, Alter < 16 Jahre	0							2	5.5	12
R61G - Lymphom und nicht akute Leukämie ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äusserst schwere CC, mit komplexer Diagnose oder Osteolysen, Alter > 15 Jahre	27	0.643	0.0%	70.4%	29.6%	0.0%	47.80%	2	5.5	13
R61H - Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äusserst schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne Osteolysen	7	0.668	0.0%	57.1%	28.6%	14.3%	59.58%	2	4.9	8

Rituximab / Mabthera (4)

- Von diesen 84 stationären Fällen 24 Fälle mit einem Belegungstag
 - Relative Kostendeckung dieser Fälle 43%
 - Absolute Unterdeckung ~96'500 CHF
 - davon Kosten Mabthera $\emptyset X \text{ CHF} = X \text{ CHF}$ (X % der Unterdeckung)
 - Austretende OE:
 - 8 Neurologie (MS)
 - 6 Hämatologie (AIHA, aplast Anämien)
 - 4 Onkologie (NHLs)
 - 4 Innere Medizin (Wegener Granulomatose)