

SwissDRG Forum 2010

SwissDRG: Lehren aus AP-DRG

Pius Gyger, Leiter Gesundheitsökonomie und –politik, Helsana Versicherungen AG

Agenda

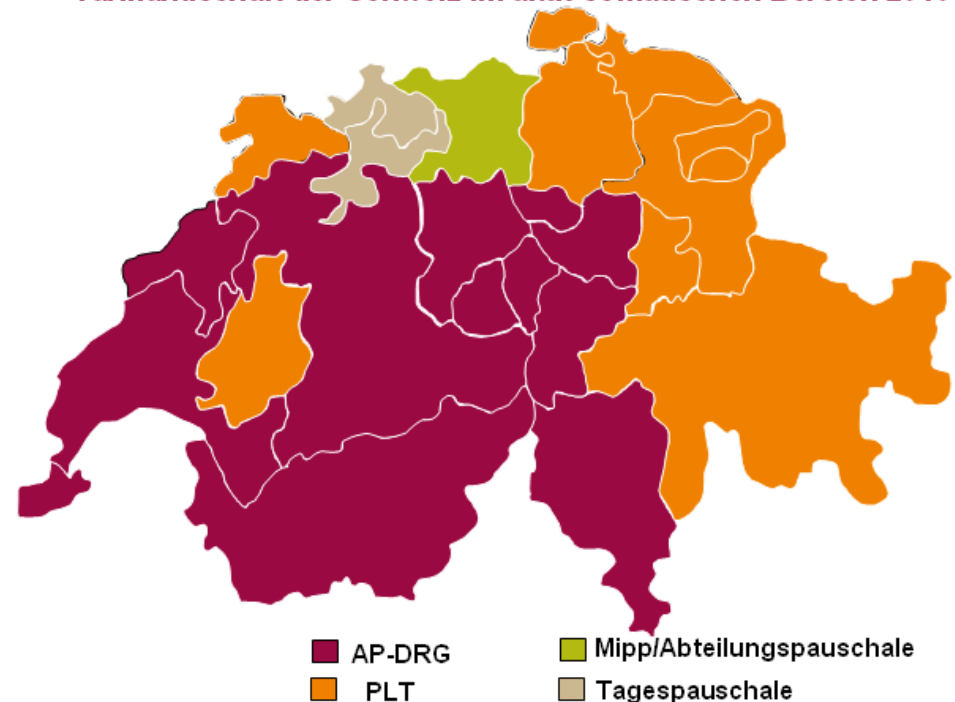
1. Umstellung AP-DRG: Analyse Helsana
2. Umstellung SwissDRG: zwei (ausgewählte) Befürchtungen
 - 2.1 Zunehmende Tendenz zur Rationierung unter SwissDRG?
 - 2.2 Verminderte Innovationsfähigkeit unter SwissDRG?
3. Lehren aus AP-DRG
4. Thesen

1. Umstellung AP-DRG: Analyse Helsana

Fragestellungen

1. Hat die Einführung von AP-DRG bei der Helsana Gruppe und ihren einzelnen Marken im Vergleich zur Branche höhere Kostensteigerung verursacht?
2. Welche Wirkung hat der Risikoausgleich?
3. Unterscheiden sich Spitäler, die umgestellt haben, bezüglich Kosten / Aufenthaltsdauer von den übrigen Spitälern vor und nach der Umstellung?

Tariflandschaft der Schweiz im akut-somatischen Bereich 2010

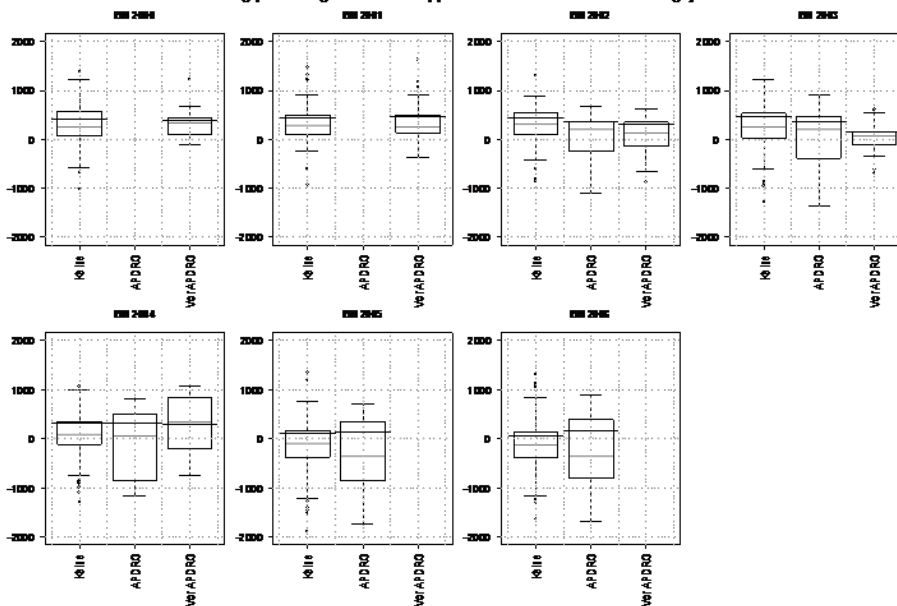


Ausgewählte Ergebnisse 1/5

Ob einzelne Versicherten Profiteure sind, lässt sich nur empirisch, nicht theoretisch beantworten.

Die Differenz der Kosten pro Beleg zwischen Helsana und den anderen Krankenversicherern ist in AP-DRG-Spitälern in etwa gleich hoch wie in Spitälern, die nicht umgestellt haben.

Differenz versicherte Leistung pro Beleg Helsana Gruppe zu Branche nach Behandlungsjahr

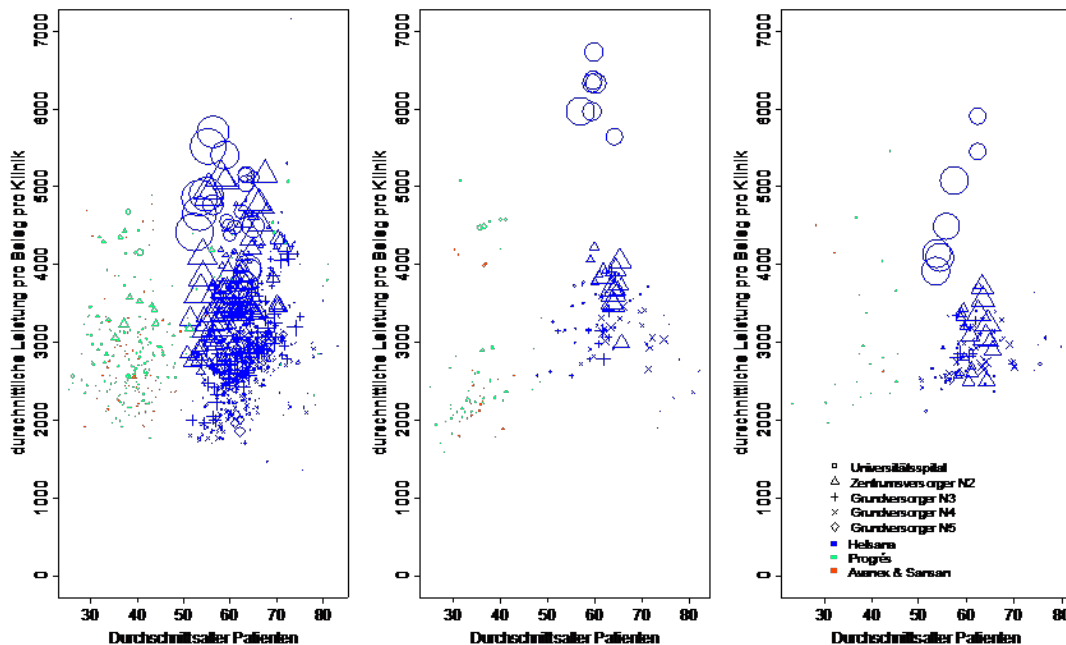


Die Hypothese, die Einführung von AP-DRG führe für die Helsana Gruppe zu einem Kostennachteil, kann nicht bestätigt werden.

Ausgewählte Ergebnisse 2/5

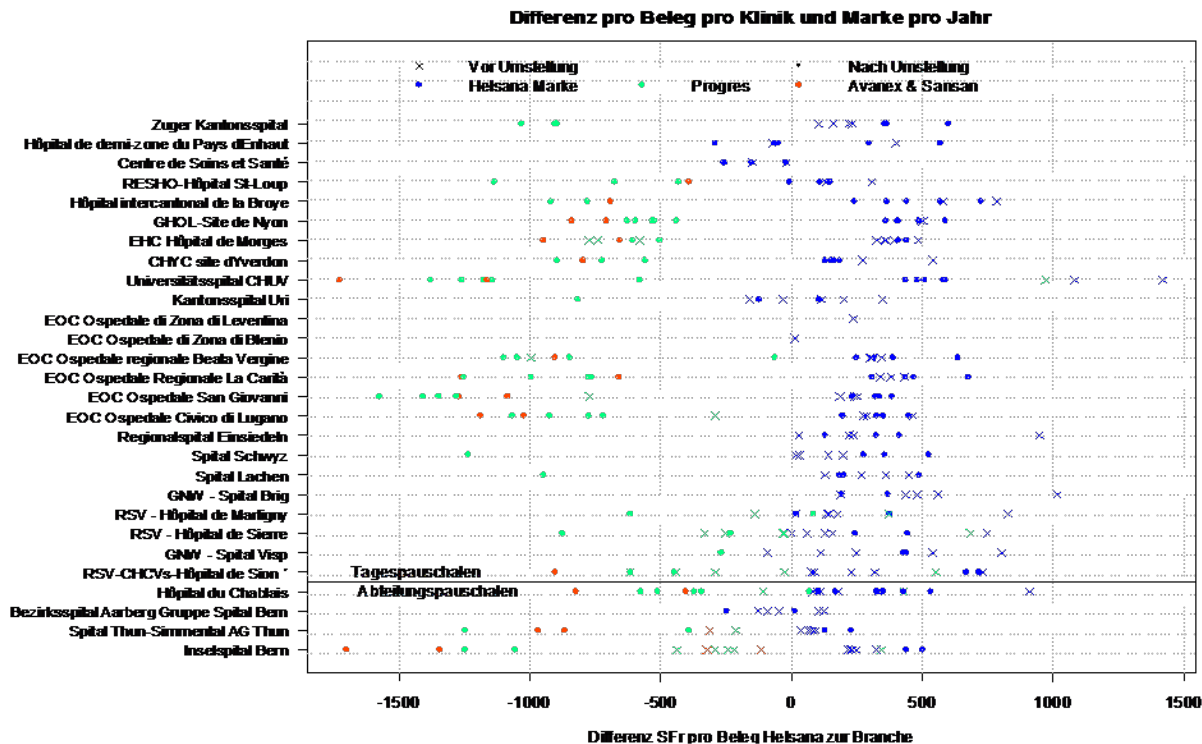
Die Umstellung auf AP-DRG verstärkt den schon vorhandenen Effekt, dass die Leistungen mit dem Alter ansteigen. Dieser Effekt ist für die finanziellen Konsequenzen irrelevant, da er durch den Risikoausgleich kompensiert wird.

durchschnittliche versicherte Leistung pro Beleg - Durchschnittsalter der Patienten



Die Umstellung auf AP-DRG wirkt sich bei Universitätsklinikern zwar stärker aus als bei anderen Spitalern. Dies ist aber im Wesentlichen ein Preiseffekt und nicht ein Tarifstruktureffekt.

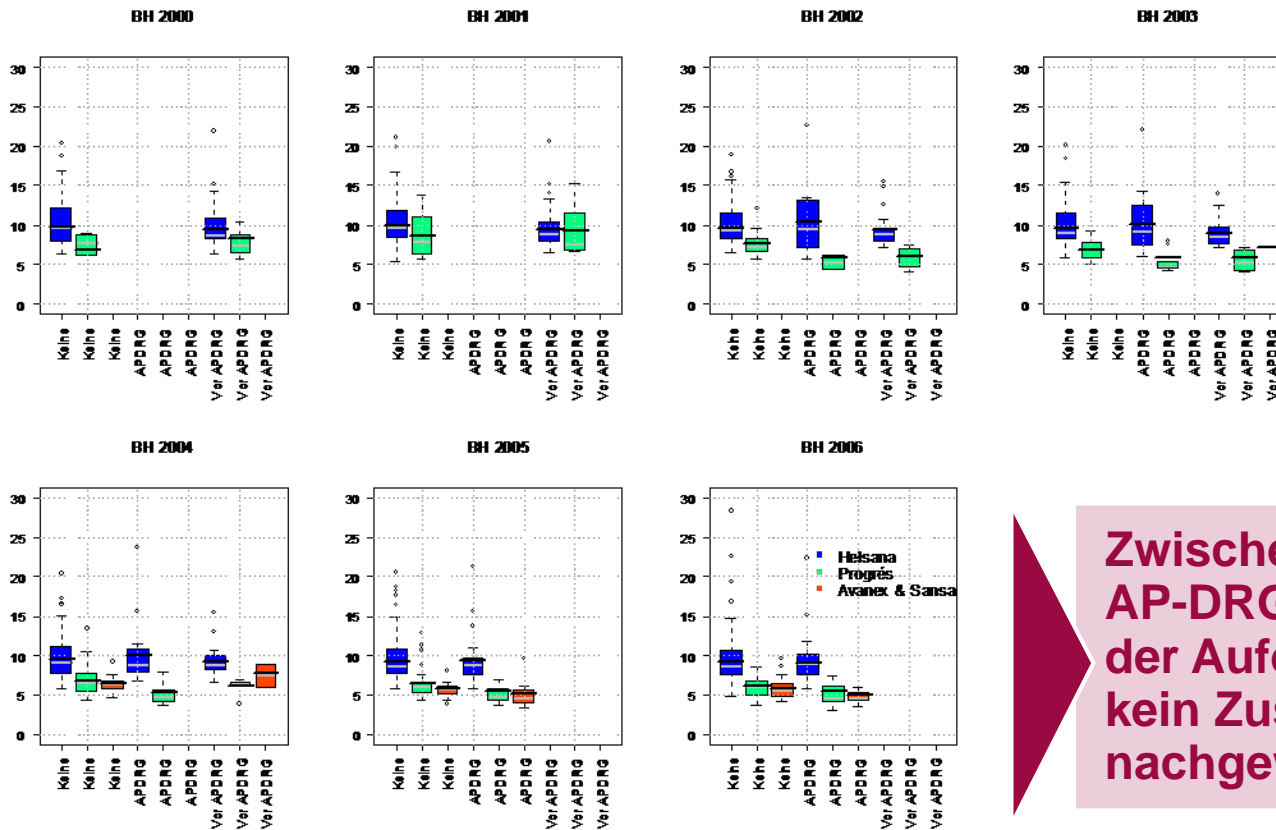
Ausgewählte Ergebnisse 3/5



Zwischen der vor der Umstellung gültigen Art der Tarifstruktur (TP, Abteilungspauschalen etc.) und der Auswirkung der Umstellung auf AP-DRG kann keine Abhängigkeit nachgewiesen werden.

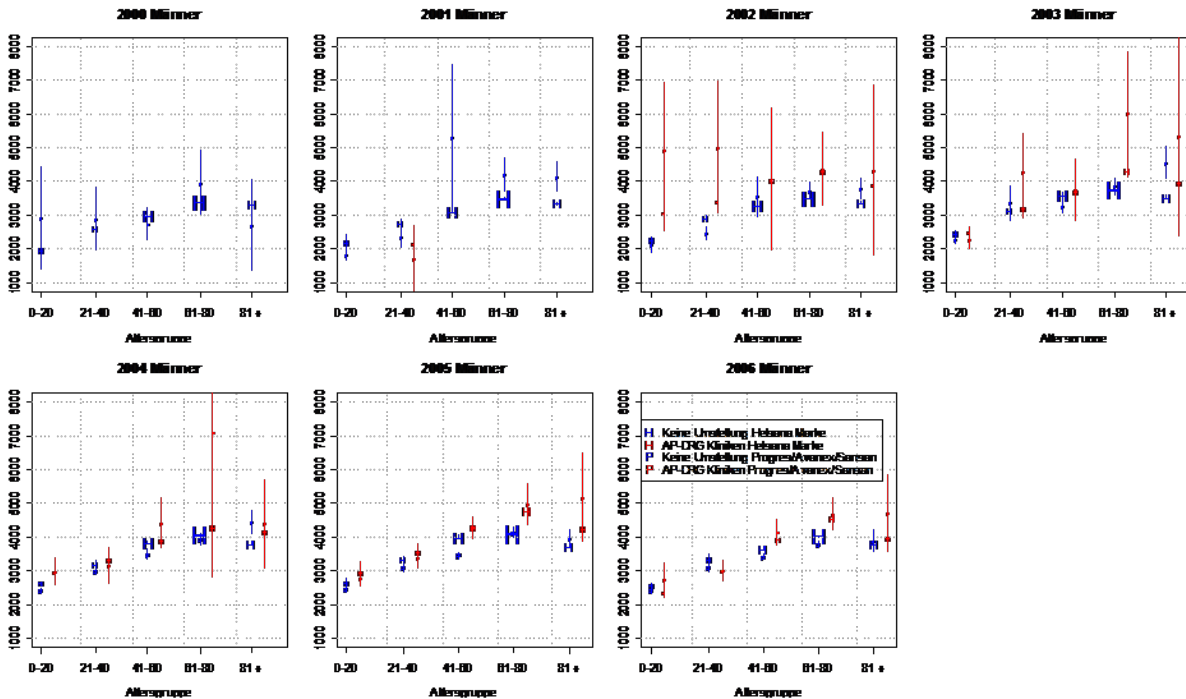
Ausgewählte Ergebnisse 4/5

Mittlere Aufenthaltsdauer pro Klinik und Behandlungsjahr, Helsana Marken



Zwischen der Umstellung auf AP-DRG und der Entwicklung der Aufenthaltsdauer kann kein Zusammenhang nachgewiesen werden.

Ausgewählte Ergebnisse 5/5



Wird der Risikoausgleich in die Analyse einbezogen, birgt die Umstellung auf AP-DRG für die Marke Helsana keine Nachteile.

Vergleich mit den bisherigen Forschungsergebnissen in Deutschland

„Gesundheitsökonomische Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland – eine systematische Übersicht.“

T. Reinhold, K. Thierfelder, F.Müller-Riemenschneider, S.N.Willich - Charité Universitätsmedizin Berlin

- Ziel: Forschungsstand zu den Folgen der DRG-Einführung analysieren
- Methoden: Literaturrecherche
- Ergebnisse
 - 19 Studien berücksichtigt: häufigste Parameter sind Erlös und Verw.Dauer
 - erhebliche Unterschiede in den Resultaten
 - grundsätzlich uneinheitliche Ergebnisvielfalt

Die DRG-Einführung führte zu einer Verkürzung der stationären Verweildauer. Allerdings folgt sie einem seit länger bestehenden Trend. „Für weitere gesundheitsökonomische Parameter sind die Studienergebnisse lückenhaft und lassen keinen Schluss zu.“

2. Umstellung SwissDRG: zwei (ausgewählte) Befürchtungen

DRGs ...

- ... sind besser als herkömmliche Pauschalsysteme
- ... sind leistungsbezogener als andere Vergütungssysteme
- ... verteilen Finanzmittel, definieren aber keinen Finanzrahmen
- ... führen zu effizienteren Behandlungsprozessen
- ... führen zu mehr Wettbewerb und stärker bedarfsorientiertere Leistungsstrukturen und Leistungskapazitäten
- ... sagen nichts über die Qualität der Leistung aus
- ... machen das Leistungsgeschehen transparenter

2.1 Zunehmende Tendenz zur Rationierung unter SwissDRG?

Rationierung im Spital 2010: Muss dafür DRG erhalten?



Rationierung im Spital 2010: Muss dafür DRG erhalten?

Inselspital Bern:

Kostendruck zwingt Spital zur Rationierung moderner Herzklappen

Herzchirurg Thierry Carrel warnt, dass die neuen Fallpauschalen den Zugang zur Spitzenmedizin erschweren.

«Wir mussten ein Moratorium verfügen, da wir im Juni bereits 50 der neuen Herzklappen eingesetzt hatten», sagt Carrel.

Unispital Zürich und Triemli:

Herzklappen werden in Zürich nicht rationiert

Von Susanne Anderegg. Aktualisiert am 10.02.2010 [2 Kommentare](#)



Ärzte im Zürcher Uni-Spital und im Stadtspital Triemli ersetzen Herzklappen bei schwerstkranken Patienten mittels Katheter. Eine Rationierung der neuen Methode – wie im Berner Inselspital letztes Jahr – gibt es nicht.

Rationierung im Spital 2010: Der Fall Novo Seven, 1999

Fotos Claude Giger / Reports



"«Es wäre nicht richtig», einem hochbetagten, damals schwer kranken Patienten das sehr teure Blutgerinnungsmittel Novo Seven zu verabreichen, hatte die Regierungsrätin gesagt."

An "NovoSeven" für alt Bundesrat **Hans Peter Tschudi** entzündete die Basler Sanitätsdirektorin **Veronica Schaller** eine Debatte um die **Medikamentenkosten im Gesundheitswesen**

Rationierung hat nichts mit DRG zu tun.

Rationierung im Spital 2010: Muss dafür DRG erhalten?

1

Eine Welt ohne Budgets gibt es nicht.
Weder vor DRG noch nach DRG

2

Bisherige Rationierungsentscheide im Spital basieren
auf einem unrechten Umgang mit Budgets.

3

Für den Umgang mit Budgets gibt es Regeln, die
einzuhalten sind. Dazu gehören die heutigen und die
künftigen Regeln der Spitalfinanzierung

4

Rationierung im Spital gibt es nur dann, wenn die
Kantone ihre Aufgabe nicht wahrnehmen.

5

DRG minimiert ethische Konflikte, da es gegebene
Finanzierungsmittel aufwandgerechter zuteilt.

2.2 Verminderte Innovationsfähigkeit unter SwissDRG?

Günstiges Innovationsklima für Medizinaltechnik und Medikamente im Spital

- Keine systematische Evaluation (Stichwort HTA, WZW).
- Keine Unterscheidung zwischen „Echten“ und „unechten“ Innovationen
- Der Einfluss der Versicherer auf Kosten und Preise ist (noch) gering
- Medizinaltechnologie wesentliche Ertragsquelle für Spitäler
- Preiszerfall von Technologien schlägt nicht auf Tarifierung durch.
- Es wird bezahlt, was gemacht wird. Eine handhabbare Abgrenzung Pflichtleistung / Nichtpflichtleistung gibt es nicht.

Schweizer Gesundheitswesen: Schlaraffenland für die Medizinaltechnik

"Es ist mir jedenfalls schleierhaft, dass die Preisbildung im Bereich der Medizinaltechnik praktisch unbeobachtet verläuft, während für die Steigerung der Kosten im Gesundheitswesen regelmässig die technische Entwicklung verantwortlich gemacht wird. Und es scheint mir willkürlich, dass ganze Sektoren wie beispielsweise der Medikamentenbereich im Blickfeld stehen, während ein ganzer Milliarden Sektor ignoriert wird. Dieses Beispiel ist Ausfluss willkürlicher politischer Prioritätensetzung."

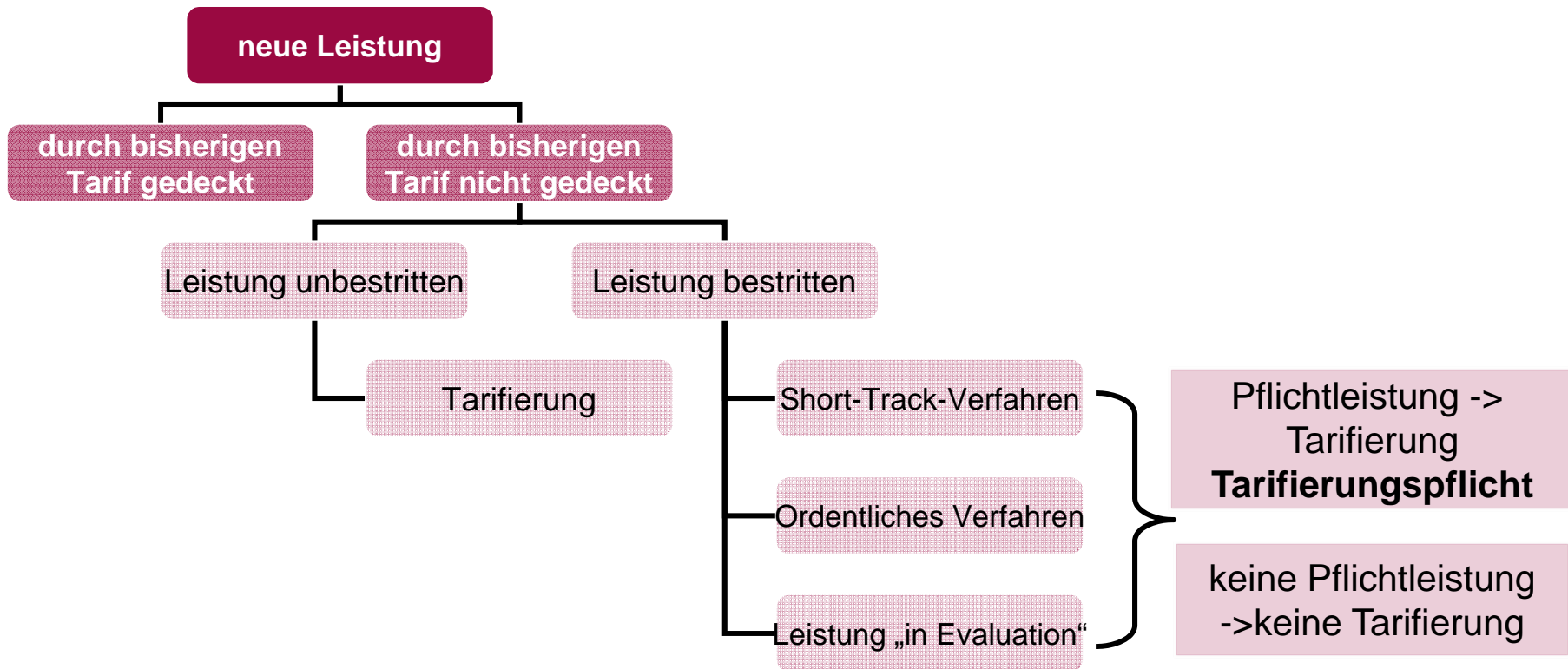
Peter Burckhardt, Chefarzt der medizinischen Universitätsklinik in Lausanne, NZZ, 2003

Von der unabgestimmten dualen zur fixen dualen Finanzierung

- Bisherige Finanzierung
 - Teil der anrechenbaren Kosten in der OKP
 - Defizitdeckung der Kantone
 - Über längere Liegezeiten z.B. bei Tagespauschalen
- Neu Leistungsorientierte, dual fixe Finanzierung:
Leistungen werden für Kostenträger sichtbar. Alles wird über einen Preis bezahlt.

Endlich sind Neuerungen auf ihr Innovationspotential überprüfbar!!!

Kein oder verzögerter Zugang zu Innovation?



Wir haben einen Zugangsprozess für neue Leistungen.

Tarifierung neuer Leistungen

- Tarifregeln KVG kommen zur Anwendung
- Verhandlungsprozess Spital / Krankenversicherer
- Tarifgenehmigung kantonale Behörde

1

Neue Leistungen müssen ausserhalb swissDRG tarifiert werden, wenn sie anerkannt sind

2

Finanzierung muss zeitlich befristet werden, bis Leistung in der Tarifstruktur SwissDRG berücksichtigt ist

Blick über die Grenze: Müssen wir es wie Deutschland machen?

- abgeschlossener Leistungskatalog
- zeitlich befristete, fallbezogene Vergütung möglich
- Tarifpartner haben InEK mit Prüfung beauftragt
- InEK entscheidet über Vergütungsfähigkeit

Konkrete Vergütung wird zwischen einzeltem Spital und Kostenträgern wie in der Schweiz individuell verhandelt

Fazit Innovationen

1

Endlich wird die Leistung transparent. Wir erhalten die Instrumente gute von schlechten Innovationen zu unterscheiden.

2

Die Schweiz kennt bereits einen Zugangsprozess für Leistungen. Wir müssen ihn nicht neu erfinden.

4

Krankenversicherer tarifieren unbestrittene bzw. zugelassene Leistungen.

3

Spitäler können für noch nicht tarifizierte Leistungen Entschädigungsbegehren an die Versicherer stellen.

5

Leistungsorientierung: endlich werden die Spitalpreise an die Leistung geknüpft. Neue Leistung = neue Verhandlung.


3. Lehren aus AP-DRG

Qualität

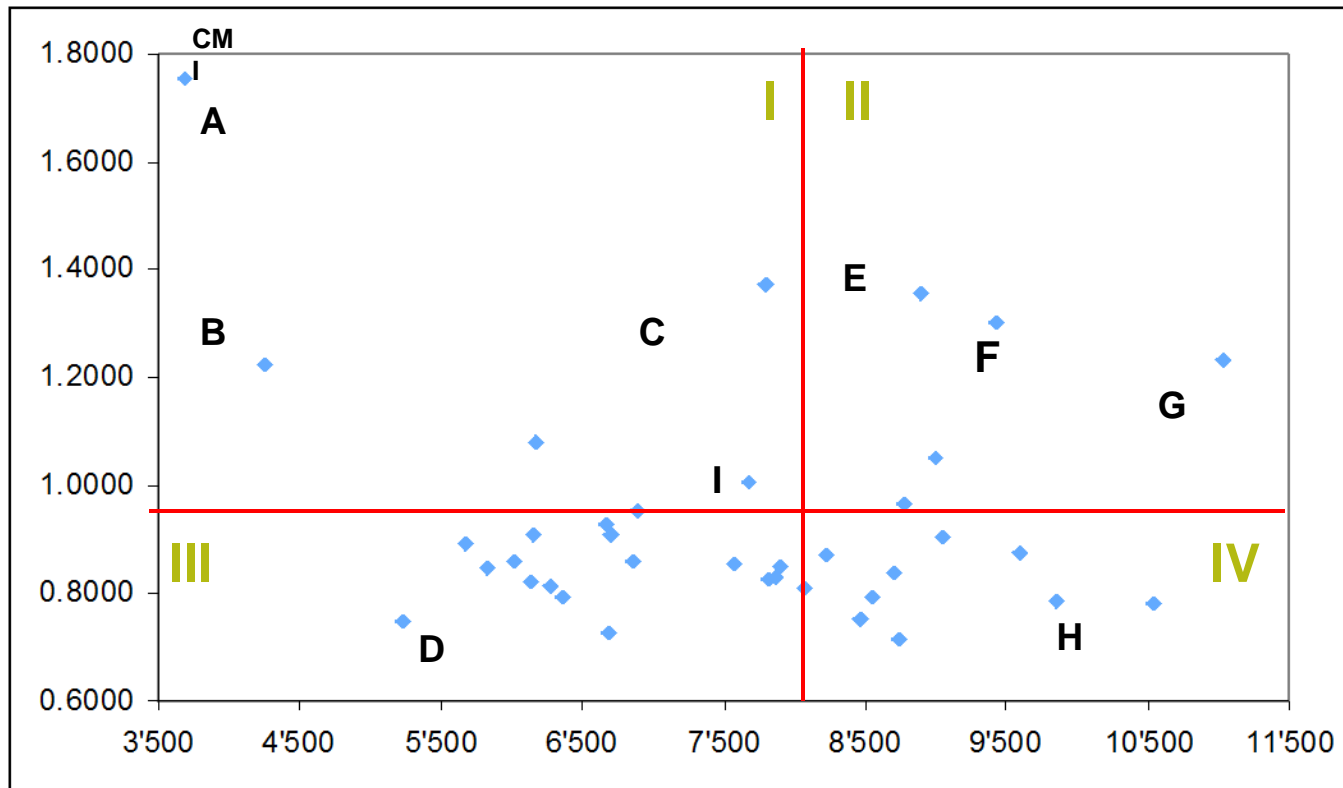
- Helsana-Daten haben bei der Umstellung auf AP-DRG keine Schlüsse auf die Qualität zugelassen.
- Unabhängig vom Tarifsysteem ist Qualitätssicherung zu betreiben.
- Monitoring / Transparenzschaffung notwendig
 - Zugang zum Leistungsangebot
 - Rationierungsverhalten der Kantone

Elektronische Rechnungsstellung

- Diagnosebasierte Fallpauschalen erfordern in der Wirtschaftlichkeitskontrolle der Krankenkassen Diagnosen und Behandlungen
- Datenverweigerung erhöht Aufwand für alle Beteiligten massiv
- Aufwand muss sowohl für Spitäler als auch Kostenträger möglichst gering gehalten werden
- Aufwand-mindernde Rechnungstriage gelingt nur bei elektronischer Übermittlung medizinischer Daten

 Nur mit der elektronischen Übermittlung können
Effizientere Prozesse erreicht werden

Benchmarking unter AP-DRG: Orientierung am Günstigsten ?



Alle Spitäler

100% Baserate

Legende: 1) rote Linien: CMI und Baserate über alle Spitäler 2) Keine Normierung; daher CMI nicht 1

Erkenntnisse aus Benchmarking unter AP-DRG 1/2

1. Datenlieferung

Verweigerung der Datenlieferung muss sanktioniert werden

2. Mittelwertmethode

Benchmarking orientiert sich an Mittelwertmethoden. Streuung soll berücksichtigt werden.

3. Benchmarking nicht gleich Baserate

Benchmark ist nur ein Kriterium für die Tarifverhandlung, es soll nicht die Baserate selber liefern.

4. Benchmarking nicht gleich einheitliche Baserate

Einheitliche Baserates vorzugeben, widerspricht dem Wettbewerbsgedanken des KVG.

Erkenntnisse aus Benchmarking unter AP-DRG 2/2

5. Ergebnisqualität

Auch ohne Informationen zur Qualität wird gebenchmarkt. Spitäler haben Daten zu liefern.

6. Keine zentralstaatlichen Vorgaben

Es gilt weiterhin das Verhandlungsprinzip. Bilaterale Lösungen sind erwünscht.

7. Wer benchmarkt?

Tarifwirksames Benchmarking ist von den Krankenversicherern durchzuführen.

8. Anreize für "effiziente" Spitäler

Aufschaukeln des Benchmarks ist zu verhindern. Effiziente Spitäler sollen belohnt werden.

4. Thesen

Fazit

SwissDRG verteilt die Finanzmittel weitaus ‚gerechter‘

In bisherigen Rationierungsentscheiden haben die Kantone gegen ihre Verpflichtungen verstossen.

Wenn pflichtgemäss mit Budgets umgegangen wird, gibt es keine Rationierung. Dass muss beobachtet werden.

SwissDRG verteilt die Finanzmittel weitaus ‚gerechter‘. Die Rationierungsanreize sind geringer als bei anderen Tarifen.

In der Schweiz ist der Zugang zu Innovation sichergestellt.