



Kanton Basel-Stadt

Steering the Health Care System by



?

A View from the Regulator's Perspective

Basel, April 28th 2017

Dr. med. Peter Indra, MPH

Leiter Gesundheitsversorgung Kanton Basel-Stadt

Performance-basierte Vergütung gibt es schon lange

Performance-basierte Vergütung gibt es schon lange



Performance: Alle anderen schlagen



Europameister



Achtelfinal?

Vergütung:
- Überleben
- Freiheit

- Viertelfinal: € 50.000
- Halbfinal: € 100.000
- Final: € 150.000
- EM-Sieg: € 300.000



Quelle: Die Welt, "So viel kassieren die Weltmeister für den EM-Titel", 31.03.16

1

Wo führen Fehlanreize zu Ineffizienzen im Gesundheitswesen?



**Über-/Unter-
versorgung**



Fehlallokation



**Falsche Preise
und Tarifstrukturen,
ungerechtfertigte
Gewinnmargen**



Fehlsignale



**Ineffizienzen
in der Produktion**



Mehrkosten



**Qualitäts-
nachweis**



Minderqualität

Quelle: Effizienz, Nutzung und Finanzierung des Gesundheitswesens, Akademien der Wissenschaften Schweiz, 2012

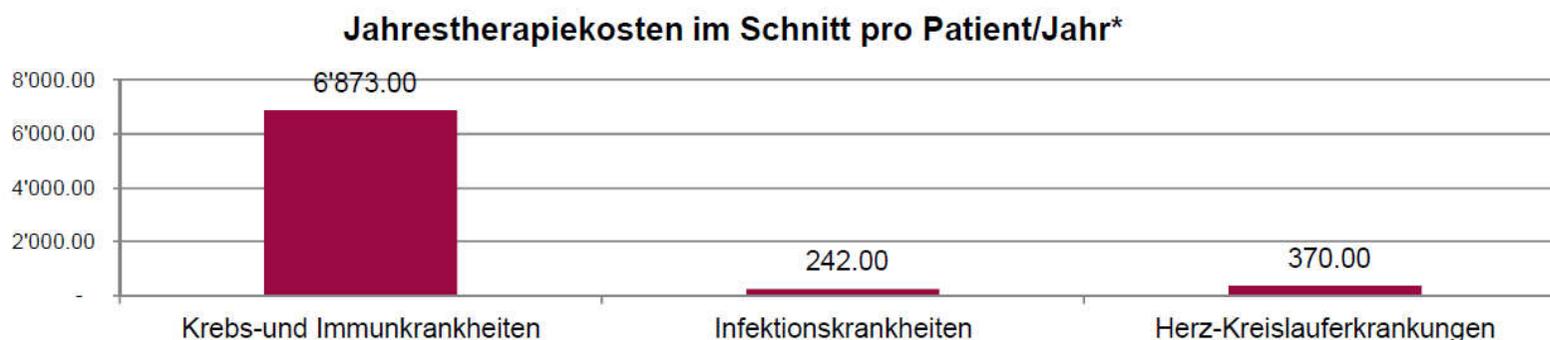
Arzneimittel-Report Helsana

Medikamenten-Ausgaben hochgerechnet auf die Schweiz:

- Die Ausgaben für die 10 umsatzstärksten Wirkstoffe stiegen in einem Jahr über 30 % (Haupteffekt HepC)
- 20 % der gesamten Medikamenten-Ausgaben entfallen auf die 15 umsatzstärksten Präparate
- In der Onkologie machen die 15 teuersten Onkologika rund 70 % der gesamten Medikamentenkosten aus.



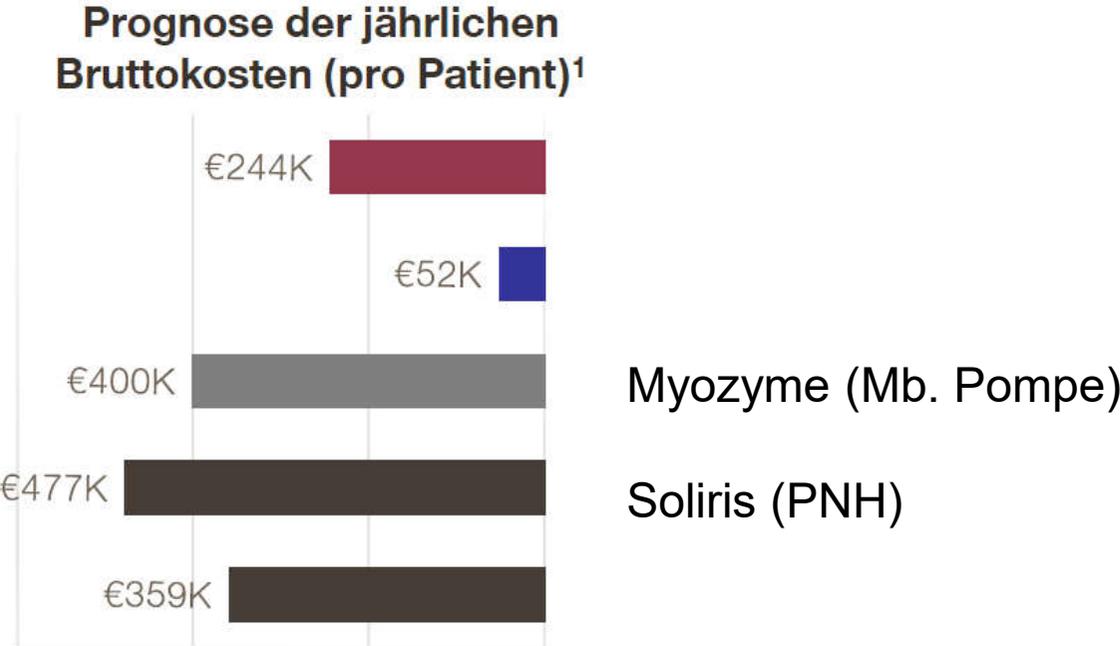
Budget Impact neuer innovativer Medikamente



* Quelle: Helsana Arzneimittelreport 2015

Ausgaben CH/Jahr*	1.4 Mia CHF	630 Mio CHF	760 Mio CHF
Beispiele	Neue Kombinations-Therapie Melanom (Nivolumab/Yervoy)	Hepatitis C mit Harvoni	Sortis (Statin)
Therapiekosten pro Patient <i>(Basis FAP)</i>	> 150'000 CHF / Jahr	ca. 50'000 CHF über 12 Wochen	ca. 420 CHF pro Jahr
Budget Impact CH	ca. 60 Mio CHF <i>(Melanom 400 Fälle)</i> 15 Mia CHF pro Jahr <i>(alle Krebsarten)</i>	ca. 4 Mia CHF (einmalig) <i>(Prävalenz CH: 80'000 Infizierte)</i>	ca. 30 Mio CHF pro Jahr <i>(Sekundärprävention Prävalenz 0.9 % gemäss BFS)</i>

Jahreskosten/Patient für ausgewählte Orphan Drugs



Und der Nutzen ?



MEDIZIN-WELT
www.medizin-welt.info

AKTUELL | KRANKHEITSZEICHEN | MEDIZIN-WISSEN | GESUNDHEITS-TIPP

Neue Aspekte der Tumorbehandlung – sensationelle Erfolge durch Individualtherapie

ONLINE
FOCUS

Onkologische Gentherapie

Krebszellen in den Selbstmord treiben

Viren als Genfährten und Tumorkiller

Als Transportfähren (Vektoren) für die therapeutischen Gene werden meist Viren verwendet, die für diesen Zweck entkernt wurden. Alle potentiell zerstörerische Eigenschaften der Viren müssen entfernt werden, um Nebenwirkungen zu minimieren.

Bei der **Krebsgentherapie** mit sogenannten onkolytischen Viren versucht man dagegen, sich virale Eigenschaften wie die Fähigkeit zur direkten Zerstörung von Zellen zunutze zu machen. Die Viren werden dazu so verändert, dass sie ausschließlich Krebszellen infizieren bzw. sich nur in diesen vermehren können und sie schließlich direkt oder durch ihre Fracht aus Genen oder Krebsmedikamenten abtöten. Laut Boris Fehse laufen derzeit mehrere Phase-3-Studien mit solchen Viren, die Krebszellen vernichten.



Ratgeber 08.09.2016 3

Neues Verfahren
Gen-Schere im Einsatz: Forscher wollen künftig 4 von 5 Krebsmutationen einfach "wegschneiden"



Ludwig Boltzmann Institut
Health Technology Assessment

Wien, März 2016

**Onkologika:
Übersicht zu
Nutzenbewertungen
und Refundierungs-
politiken in Europa**

- Im Ländervergleich: 14 Medikamente in 15 Indikationen werden durchwegs negativ beurteilt. 16 Medikamente in 22 Indikationen werden positiv beurteilt.
- Nur 13 % der Medikamente zeigen bei der Zulassung ein overall survival (OS) von 3 bis 5.8 Monate; 23 % zeigen weder PFS (progression free survival) noch OS; 45 % der Zulassungen zeigen ein OS bis 3 Monate.

50 % moderate Wirkung

Wie lange sind Innovationen noch finanzierbar ?

 <p>Entwicklungskosten Sovaldi 200 Mio Gilead kauft Patent für 11 Mia</p> <p>1000 U\$ pro Pille*</p> <p>Senator asks VA to yank patent on Gilead's Sovaldi to crush its price</p>  <p>"Therefore, I ask you to utilize federal law ... to break the patents on these drugs to authorize third parties to manufacture or import them for government use."</p>	 <p>Indien kann sich Sovaldi nicht leisten Eigenproduktion im Lande</p> <p>10 U\$ pro Pille*</p> <p>How India's Patent Office Destroyed Gilead's Global Game Plan</p> <p>The door is now open for India's pharmaceutical companies to make a generic version of the U.S. drugmaker's blockbuster treatment for hepatitis C—and sell it all over the world</p> <p>by Bruce Einhorn from Bloomberg Businessweek</p> <p>January 15, 2015 — 8:24 PM CET</p>	 <p>Geschätzte 80'000 Infizierte HEP-C Budget Impact: rund 5 Mia CHF</p> <p>730 U\$ pro Pille*</p> <p>Auch in der Schweiz wäre die gesetzliche Grundlage für eine Enteignung vorhanden (Art. 32 Patentgesetz):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Öffentliches Interesse • Verhältnismässigkeit • Angemessene Entschädigung
<p>Preise im "Pseudo-Markt" verlieren den Bezug zu F&E-Kosten</p>		

*zum Zeitpunkt der Neuzulassung in der Schweiz. Quelle: <http://www.tagesanzeiger.ch/wirtschaft/unternehmen-und-konjunktur/50-000-Franken-sparen-mit-Pillen-aus-Indien/story/11236899>

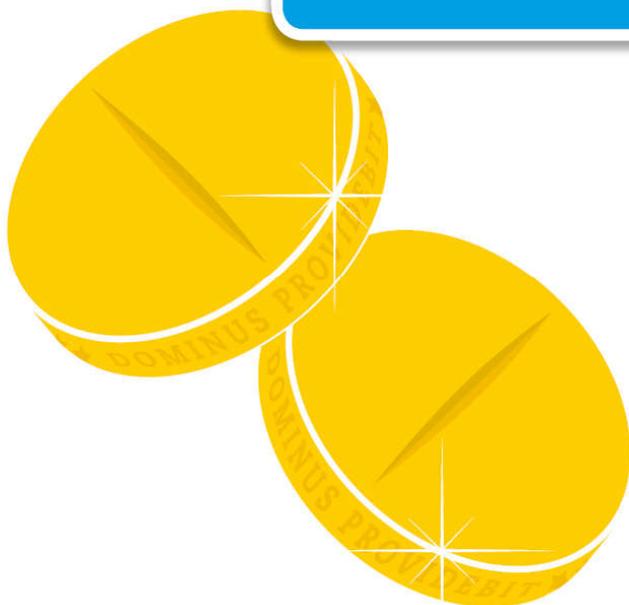


Diskussionspapier von Interpharma

Interlaken-Workshop 2016

Innovation: Zugang für Patienten und Finanzierung sichern

Wir stehen am Beginn einer Welle neuer, innovativer Medikamente mit hohem Nutzen gegen Krebserkrankungen, Virusinfektionen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und andere mehr. Das ist hocheureulich für die Patienten. Behörden, Versicherer, Leistungserbringer und Industrie sind jedoch herausgefordert, den Zugang für Patienten und die Vergütung der Innovation zu sichern. Es braucht mehr Flexibilität im bewährten Preisfestsetzungssystem. Die entsprechenden Vernehmlassungsvorschläge der KVV/KLV-Revision sind noch ungenügend.



Innovation soll möglichst schnell beim Patienten ankommen: Darin sind sich alle Beteiligten einig. Mit Pay-for-Performance-Modellen erforscht Novartis neue Wege, diese Erwartung zu erfüllen und gleichzeitig das finanzielle Risiko zu beschränken.

Von Dr. Stephan Mumenthaler, Dr. Barbara von Schnurbein, Novartis Schweiz

Neue Vergütungsmodelle: Pay-for-Performance

Nur der Zweck heiligt die Mittel

Im Fokus: Medikamente, ihr Nutzen und Preis

Patienten erwarten, dass Innovation aus dem Entwicklungsstadium möglichst schnell zu ihnen gelangt. Doch **Innovation hat ihren Preis** und stellt sowohl Krankenversicherungen wie auch den Staat vor die Herausforderung, **Zugang zu medizinischer Innovation und finanzielle Nachhaltigkeit zu vereinbaren.**

Novartis als Pharmaunternehmen ist sich dieses Spannungsfeldes bewusst und sucht laufend nach neuen Wegen, diese Gegensätze möglichst in Einklang zu bringen. Deshalb setzt sich Novartis dafür ein, dass Ineffizienzen und Fehlanreize im Gesundheitswesen weitsichtig und konsequent eliminiert werden. Dies kann erreicht werden, wenn der Nutzen (Outcome) im Zentrum der Vergütung aller Gesundheitsleistungen steht.

Leistung soll dort entlohnt und Innovation dort angeregt werden, wo der grösste Nutzen für den Patienten entsteht.

Langfristig können nur so die Ressourcen freigestellt werden, um den steigenden Bedarf an medizinischen Leistungen zu decken. Andernfalls laufen wir Gefahr, dass in Zukunft medizinische Leistungen wie z.B. innovative Medikamente bewusst rationiert werden oder nur von den Wohlhabenderen finanziert werden können.

Ein möglicher Weg zur Umsetzung dieses Ziels ist Pay for Performance, also erfolgsabhängige Bezahlung. Bei diesen Modellen ist der Nutzen eines Medikamentes für den bezahlten Preis massgeblich. Der Schlüssel für solche Verträge liegt darin, sich auf eine Erfolgsgrösse zu einigen, die einfach und zuverlässig, aber auch mit vertretbarem Aufwand gemessen werden kann.



In Zusammenarbeit mit den nationalen Behörden, Patientengruppen und Ärzten wurde ein **Pay-for-Performance-Modell** erarbeitet. Es sah vor, dass die entsprechenden Medikamentenkosten zurückerstattet werden, wenn Patienten nach 16 Wochen auf die Behandlung nicht angesprochen haben.

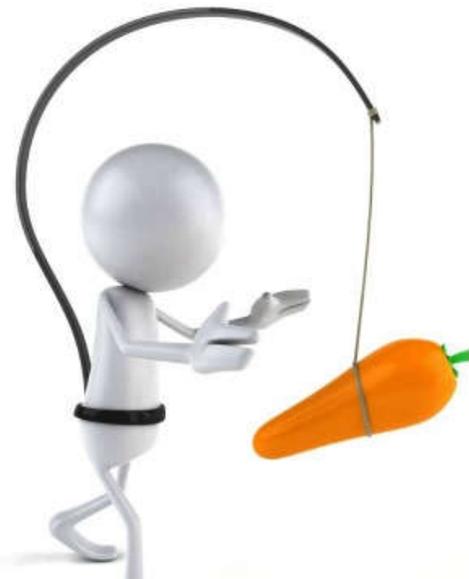
Definition

Methode zur Vergütung von Versorgungsleistungen, bei der die Höhe der Vergütung davon abhängig gemacht wird, dass definierte Erfolgsziele erreicht werden.



Absicht von P4P

Ausgangspunkt der ersten P4P-Projekte in den USA und Grossbritannien waren Bestrebungen, erkannte Defizite in der Behandlungsqualität zu vermindern.



Interessen der Leistungserbringer

Leistungserbringer erhoffen sich durch P4P vielfach zusätzliche Einnahmemöglichkeiten für besondere Qualitätserfolge in der Behandlung.



Bonus / Malus

Es können qualitätsorientierte P4P-Zahlungen aus realisierten Effizienzsteigerungen bei anderen Leistungen finanziert oder mit "Non-pay for non-performance" (Minderzahlungen bei Qualitätsdefiziten) verknüpft werden.



Zufrieden mit dem Arzt?

In den USA entscheiden Patienten über Honorare mit

Während in Deutschland Ärzte und Patienten über die Ökonomisierung des Gesundheitswesens klagen, ergreift die Stadt New York eine ungewöhnliche Maßnahme: Ärzte an den städtischen Krankenhäusern sollen nicht mehr danach bezahlt werden, was sie tun, sondern wie es um die Qualität ihrer Tätigkeit steht. In die Bezahlung jedes einzelnen Mediziners soll einfließen, wie oft sich Patienten über ihn beschweren, wie schnell sie gesunden und wie es ihnen nach der Entlassung ergeht. Der Arzt soll sogar belohnt werden, wenn die Patienten der Ansicht sind, er habe besonders gut mit ihnen kommuniziert. So will die Stadt New York wegkommen von einem Anreizsystem, in dem jede ärztliche Handlung ihren Preis hat. Denn dieses bietet jenen Ärzten die höchsten Verdienstmöglichkeiten, die besonders viele Behandlungen und Medikamente verordnen – auch wenn diese gar nicht nötig sind.

dem Krankenhaus entlassen werden, also zu wenig Leistung erhalten.

In jedem Fall ist auch bei P4P Vorsicht geboten. „In Großbritannien haben die Ärzte schnell gelernt, das System für sich zu nutzen“, sagt der Public-Health-Professor David Himmelstein von der City University New York: So gaben Ärzte an, ihre Hochdruckpatienten hätten nun normalen Blutdruck – und kassierten für diesen Erfolg. Doch wenn andere Mediziner nachgemessen haben, war der Blutdruck immer noch zu hoch. Auch ging die Zahl der Schlaganfälle keineswegs zurück. Darüber hinaus weigerten sich viele britische Ärzte nach der Einführung von P4P, besonders anstrengende oder schwer zu behandelnde Patienten anzunehmen. Ein Problem, das sich in den Krankenhäusern New Yorks allerdings kaum stellen wird. Dort haben Ärzte selten die Gelegenheit, sich ihre Patienten auszusuchen. CHRISTINA BERNDT



Evaluation

- OUTSTANDING
- Excellent
- Very Good
- Average
- Below Average

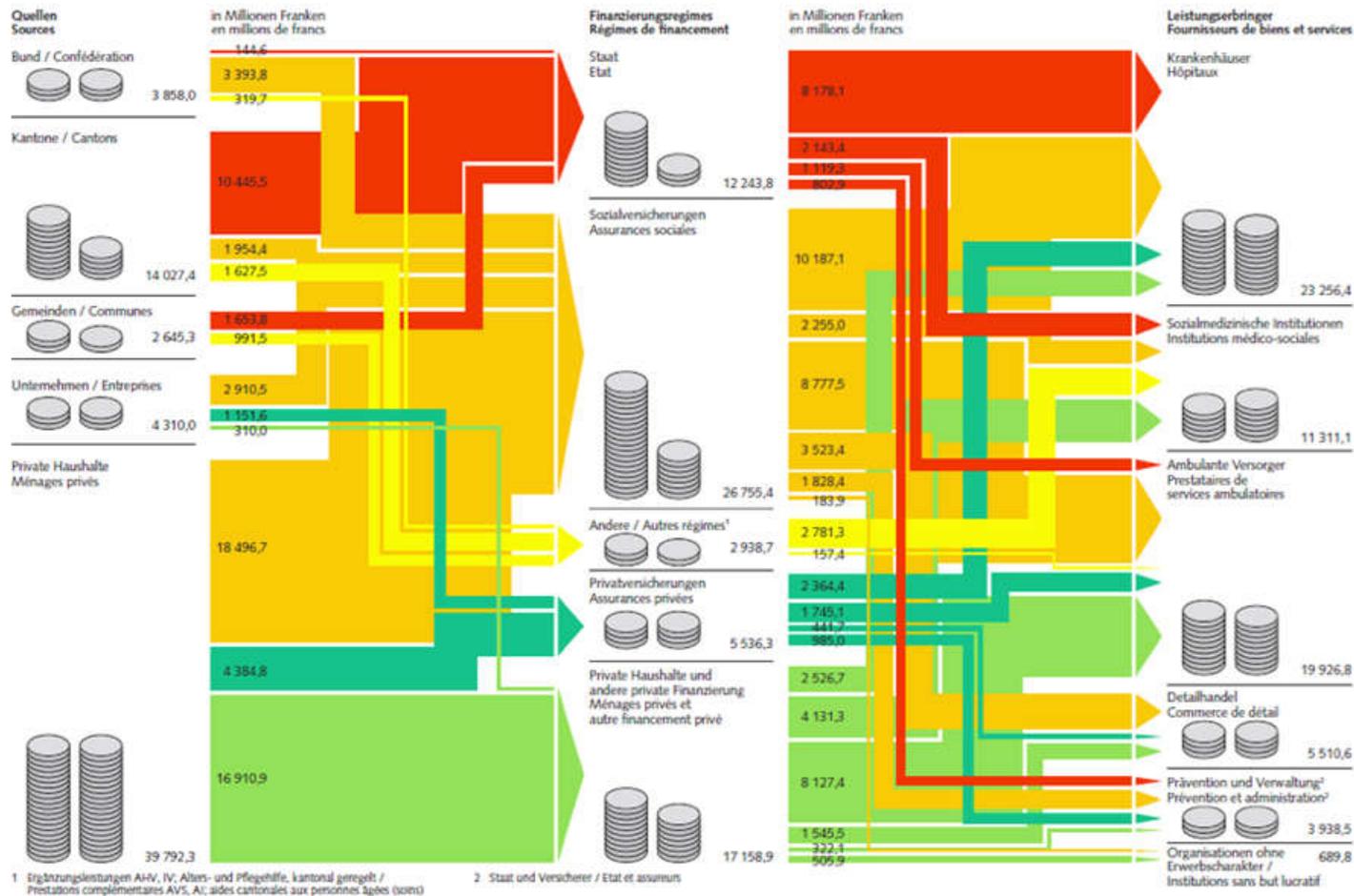
Schwerpunkt: Mehrnutzen bringt Mehrwert

Performance-orientierte Vergütung: Der Begriff stösst vielerorts auf Skepsis bis offene Ablehnung. Doch richtig angewandt, könnte das Konzept die Integration der Versorgung und damit deren Qualität deutlich verbessern – unser Auftakt zum fmc-Symposium 2016.

Union und SPD wollen gute Krankenhäuser künftig besser bezahlen als schlechte. Dafür müssen Instrumente gefunden werden, mit denen gute Qualität sicher gemessen werden kann. Doch ist das überhaupt möglich? Eine neue Aufgabe für den G-BA



P4P im Einsatz zur Steuerung des ganzen Gesundheitssystems?



Einige Fragen zu Pay for Performance

- Für welche Performance soll was gezahlt werden?
 - Struktur-Qualität
 - Prozess-Qualität
 - Ergebnis-Qualität
 - Indikations-Qualität (Appropriateness)
- Die Norm muss sehr genau definiert werden
- Wer kann Verantwortung für das Ergebnis übernehmen?
- Was ist mit Sektorengrenzen: stationäre OP, Reha, ambulante Weiterbetreuung?
- Vorerkrankungen des Patienten, Compliance des Patienten spielen eine Rolle
- Gefahr der Selektion; wer schliesst ein oder aus?

Das Manipulationsproblem

Man kann Qualität nur vergüten, wenn man sie hinreichend sicher, d.h. **manipulationsresistent**, messen kann

„Viele der derzeitigen „amtlichen“ Qualitätskennzahlen erfüllen, diese Anforderung nicht, da sie auf schwer kontrollierbarem Selbst-Reporting beruhen“

Das Mathematische Problem

- Medizinische Qualität lässt sich nicht insgesamt, sondern nur bezogen auf einzelne Krankheiten / Operationen messen und beurteilen
- Bei kleinen Fallzahlen sind die Möglichkeiten begrenzt
- Anbietern, die nur geringe Leistungsmengen anbieten, wird man nie nachweisen können, dass sie schlecht sind
- 1 Todesfall bei 2 Fällen ergibt zwar 50% Sterblichkeit, wird aber nie signifikant oder gar justiziabel trotzdem für internes Qualitätsmanagement geeignet
- Umgekehrt kann aber bei grosser Fallzahl und gutem Ergebnis, der Messwert gegenüber dem Bundesdurchschnitt signifikant werden das ist das, was ein unbefangener Patient unter einem medizinischen „Exzellenzzentrum“ verstehen würde
- P4P ist somit bei krankheitsbezogenem Einsatz eher für einen Bonus als für einen Malus geeignet !

Das Mindestmengenproblem

- Der Zusammenhang von Fallzahl und Ergebnis ist statistisch mal mehr, mal weniger eng
- Im Falle Ösophagus-OPs gibt es z.B. einen starken Zusammenhang, in anderen Fällen schwächer
- Auch wenn ein klarer Trend besteht, können Einzelkliniken mit kleiner Fallzahl auch gut sein und solche mit großer schlecht
- Daraus ergeben sich wiederum Probleme der Justiziabilität

Aussagen von Fachleuten aus der Literatur

„Wenn man die Vergütung an Ergebnisqualität koppeln möchte, ist eine Risikoadjustierung unerlässlich. Diese ist jedoch mit sehr viel Dokumentationsaufwand verbunden.“

„Bereits heute sind die Ärzte und Pflegekräfte mit der Datenerhebung für Qualitätssicherungsmaßnahmen stark belastet.“

„Es braucht Lösungen, bei denen die Ergebnisqualität mit den ohnehin vorhandenen Routinedaten ermittelt wird.“

„Die derzeit verwendeten Indikatoren sind als Basis für eine qualitätsorientierte Versorgungsplanung und Vergütung im Gesundheitswesen ungeeignet.“

„Die aktuelle Qualitätssicherung in Deutschland orientiere sich in erster Linie an Prozeduren und operativ zu behandelnden Akut- statt chronischen und Mehrfacherkrankungen.“

Vorläufiges Fazit zu P4P

Abgestimmte Qualitätsindikatoren

Hoher Dokumentationswand

In der Regel Mehrkosten

Iterative Anpassungen

Gefahr von Patientenselektion

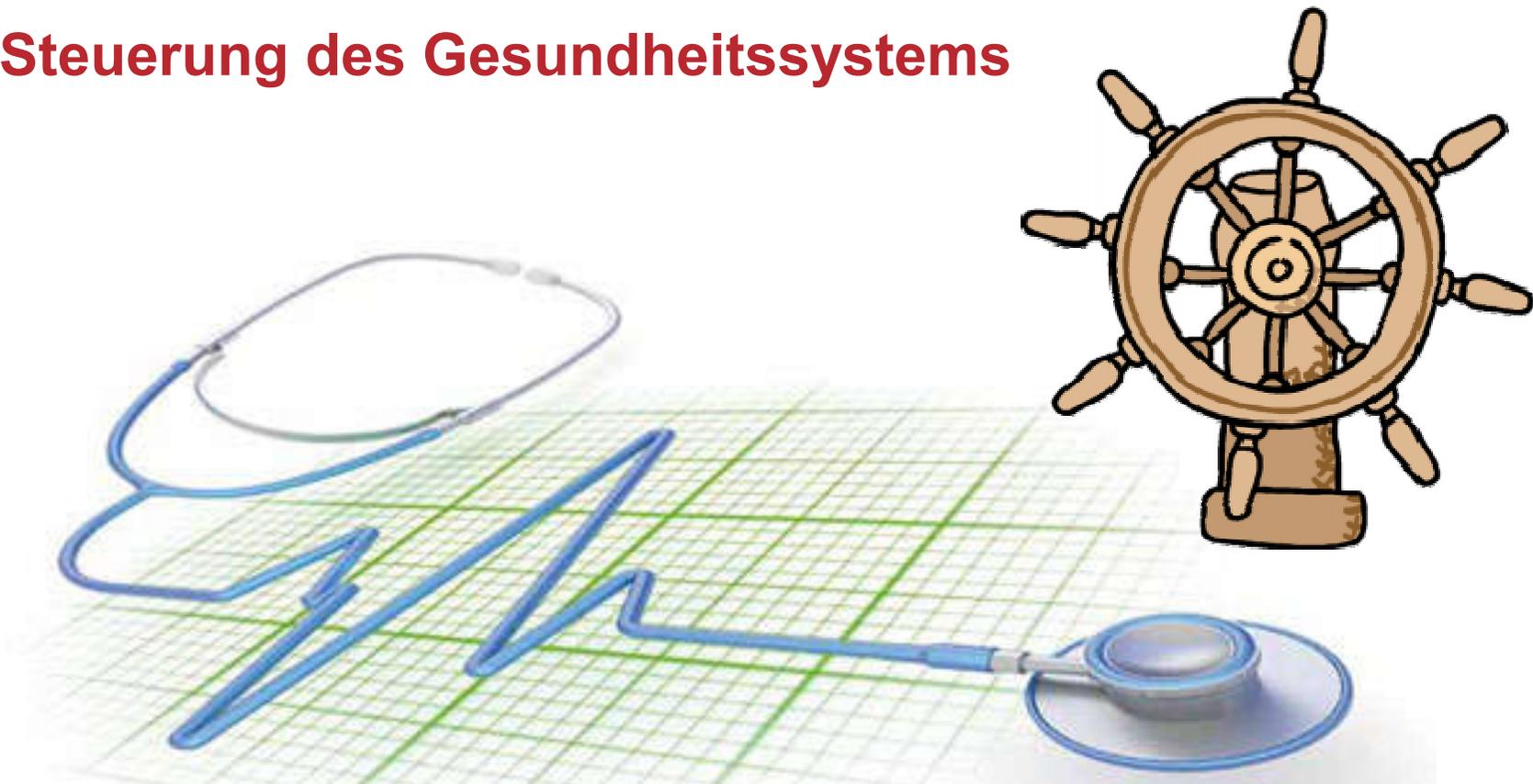
Gefahr von Massnahmenselektion

Zum Teil reversible Effekte

Risikoadjustierung notwendig



Steuerung des Gesundheitssystems



Kantone: Kriterien in Bezug auf die Versorgung

- Eine Systemanpassung soll dazu führen, dass Entscheide über die zweckmässigste und gleichzeitig wirtschaftlichste Behandlungsform (inkl. Behandlungsort) aus fachlichen (medizinischen) Gründen und nicht aufgrund von finanziellen Fehlanreizen erfolgen.
- Bei einem Systemwechsel bleiben die Kantone in der Versorgungsverantwortung.
- Die Kantone müssen zur Wahrnehmung ihrer Versorgungsverantwortung über die dazu notwendigen Instrumente verfügen.

Kantone: Kriterien in Bezug auf die finanziellen Kostenfolgen einer Systemanpassung

- Systemanpassungen müssen insgesamt zu Minderkosten im Gesamtsystem führen.
- Der Finanzierungsanteil der Kantone an den Gesamtkosten soll insgesamt nicht erhöht werden.
- Ein Systemwechsel gewährleistet die Planbarkeit des Mitteleinsatzes für die Kantone.

Kantone: Kriterien in Bezug auf die Umsetzung/Verfahren eines Systemwechsels

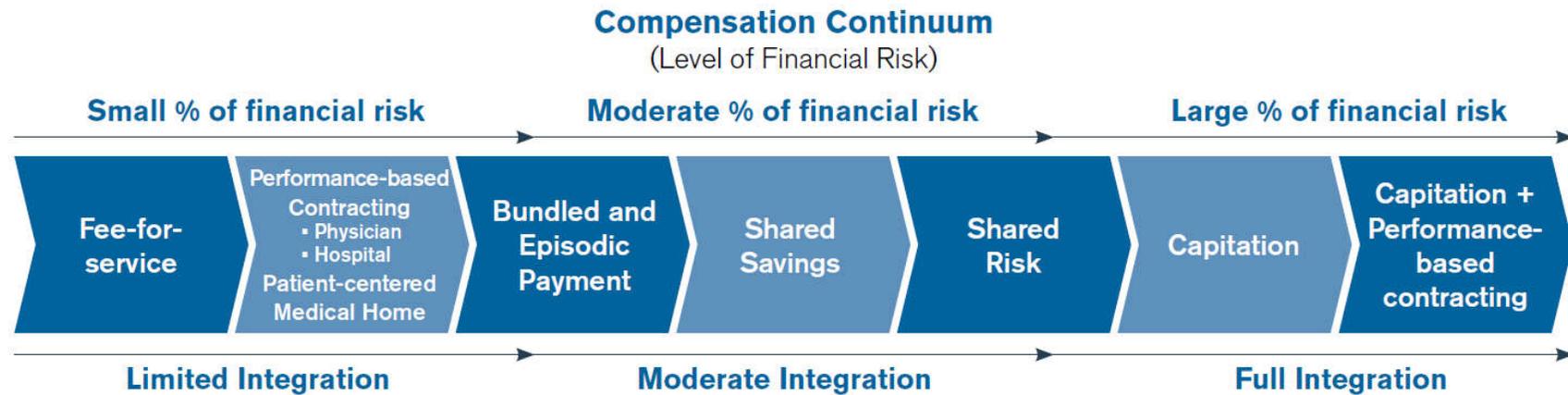
- Die Versorgungssicherheit und Finanzierbarkeit darf durch einen Systemwechsel nicht gefährdet werden.
- Ein Systemwechsel muss insgesamt die Transparenz für alle Beteiligten (auch für die Patienten) erhöhen.
- Ein Systemwechsel darf insgesamt nicht zu einem administrativen Mehraufwand führen.

P4P als Regelvergütung und –steuerung?

Allgemeine Gestaltung von Vergütungssystemen		
Vergütungsform	erwünschter Effekt	unerwünschter Effekt
Gehalt	- Anreiz zur Gesunderhaltung des Patienten	- keine Wirtschaftlichkeitsanreize - Warteschlangen
Kopfpauschale	- Anreiz zur Gesunderhaltung des Patienten - Wirtschaftlichkeitsanreize - geringe Verwaltungskosten	- Risikoselektion - Kostenverlagerung - Qualitätsgefährdung
Fallpauschale	- ohne Anreiz zur Leistungsausweitung - Wirtschaftlichkeitsanreize	- Unterlassen erwünschter Leistungen - upgrading - Kostenverlagerung
Tagespauschale	- Minimierung der Kosten pro Tag	- Ausdehnung der Verweildauer
Leistungskomplex	- kein Anreiz zur Ausweitung von Einzelleistungen	- Inhalte der Leistungen nur durch Zusatzmaßnahmen gesichert
Einzelleistung	- leistungsorientierte Vergütung - produktivitäts- und leistungssteigernd	- unerwünschte Leistungsausweitung - Rosinenpicken, z. B. Bevorzugung von Geräteleistungen
Erstattung der Faktorkosten	- Planungssicherheit für Leistungserbringer - innovationsfördernd	- keine Wirtschaftlichkeitsanreize, Leistungsausweitung
erfolgsorientierte Vergütungsformen	- Qualitätsverbesserung - Arztinteresse und Patienteninteresse sind deckungsgleich	- Messprobleme - hohe Kontrollkosten

Pathway to Evolving Payment and Delivery System Models

Our objective is to transform the payment system from a fee-for-service model to one that rewards for quality and outcomes.



Continuum of risk represents multiple value-based contracting options. UnitedHealthcare is working to deploy a variety of options with its network of providers based on their readiness to accommodate varying levels of risk.



The Spectrum of Value-based Reimbursement



Chancen	Vorteile
Optimierung der Behandlungsqualität	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Anreiz für LeistungserbringerInnen eine qualitativ hochwertige Behandlung durchzuführen (v.a. im Bereich chronischer Erkrankungen und Früherkennung/Prävention) ✓ Qualitätsverbesserung der Versorgung ✓ Reduktion von Behandlungs- als auch Medikationsfehler durch den Einsatz evidenzbasierter Medizin
Mehr Transparenz im Gesundheitswesen	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Langfristige Messung der Qualitätsindikatoren ✓ P4P häufig in Kombination mit Veröffentlichung der Leistungsdaten
Kostensoptimierung	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Senkung der Wahrscheinlichkeit für Folgeerkrankungen und Komplikationen

Quellen: Emmert 2008, Scheppach et al. 2011, Veit et al. 2012

Risiken	Gefahren
Selektionseffekte	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cherry Picking (Selektion der PatientInnen) ✓ Selektion von Maßnahmen (evtl. falsche Anreize durch vorgegebene Prozessschritte)
Beeinflussung der medizinischen Praxis	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Gaming (verändertes Kodierverhalten um Bonuszahlungen zu erhöhen) ✓ Indikatorenbereiche, welche mit einer Bonuszahlung verbunden sind werden bevorzugt, während andere nicht belohnte Tätigkeiten evtl. vernachlässigt werden
Aussagekraft der Messergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Einhaltung von Prozessvorgaben garantiert nicht automatisch eine hervorragende Behandlungsqualität (z.B. bei multi-morbiden PatientInnen) ✓ Komplexität der Gesundheit
Akzeptanz der ÄrztInnen	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bürokratischer Mehraufwand je nach Ausgestaltung der Programme ✓ Individuelle Therapiefreiheit wird evtl. eingeschränkt ✓ P4P-Programme ✓ Senkung der intrinsischen Motivation

Quellen: Emmert 2008, Scheppach et al. 2011, Veit et al. 2012

Fazit zu P4P als generelles Steuerungsmittel

Nein

- Aufwändig in Administration und Kontrolle
- Messbarkeit der Performance unklar
- Manipulationsanfällig
- Möglichkeit von Mengenanreizen
- Eher Non-Pay-for Non-Performance als P4P



Fazit zu P4P als generelles Steuerungsmittel

Ja

- In Einzelfällen ist ein Einsatz denkbar (Bsp. Pharmazeutika)
- Fragmentierung der Behandlungs- und Finanzierungskette ist ein Problem; bei integrierter Versorgung und Bezahlung denkbar
- Einbettung ins DRG-System möglich, wo sinnvoll
- Versorgungsforschung muss als Controlling-Instrument eingesetzt werden



Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

