

Verwendung der APDRGs im Gesundheitsnetz Wallis (GNW)

Yverdon, 17. November 2005

Rückblick

Ausblick

Themen

- Wer ist das Gesundheitsnetz Wallis (GNW)
 - Organisation des Spitalwesens
 - Herausforderungen, einige Kennzahlen

- Rückblick / Zwischenbilanz
 - APDRGs, eine logische Folge der bisherigen Entwicklung ?
 - Voraussetzungen für die Einführung von APDRGs
 - Anwendungsbereiche der APDRGs
 - Erste Erfahrungen

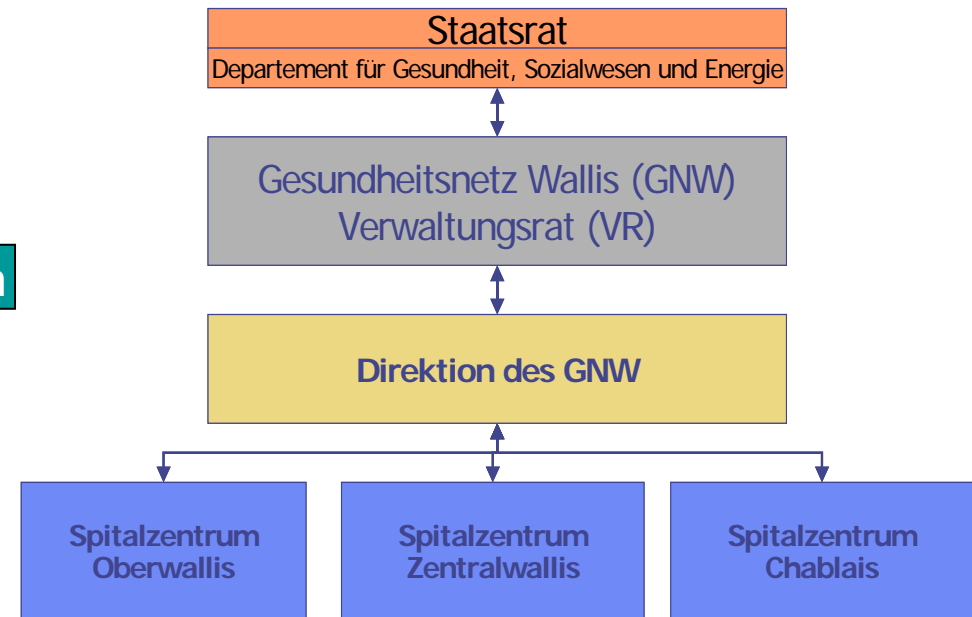
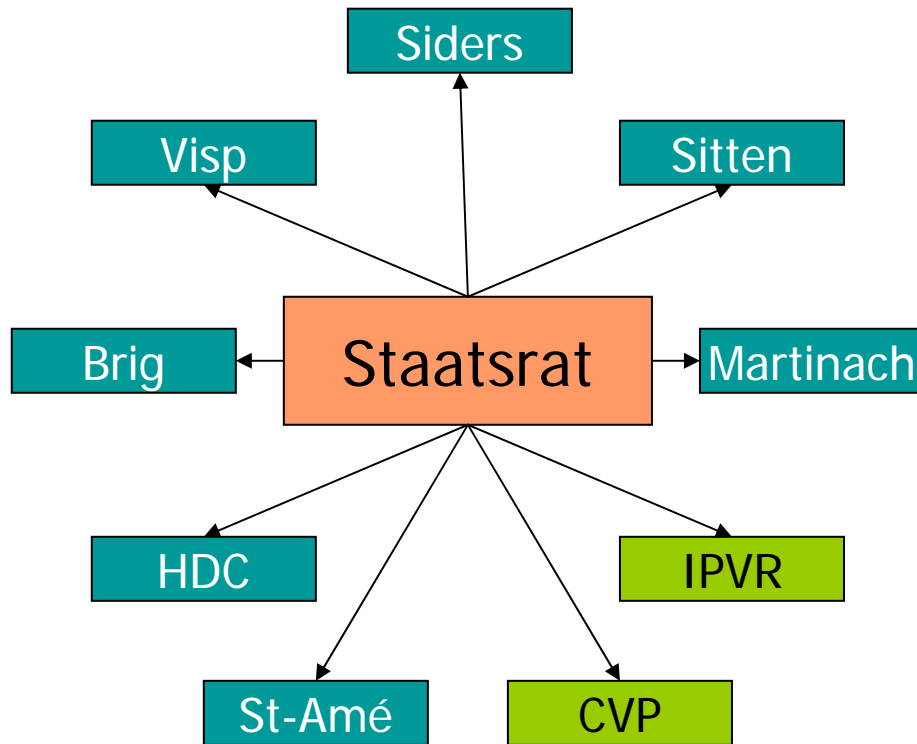
- Ausblick
 - Einführung von Departementsbudgets



Wer ist das Gesundheitsnetz Wallis (GNW) ?

Organisation des Spitalwesens

Vor 2002 → Übergang → Ab 2004



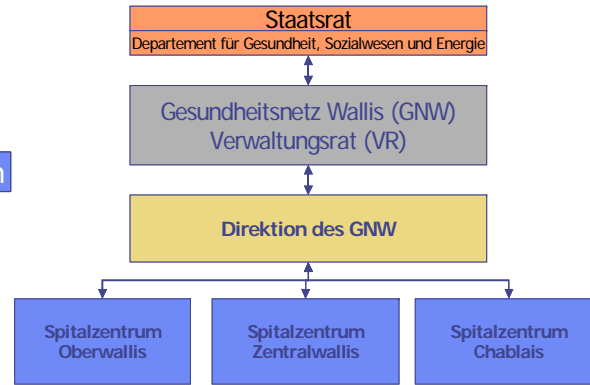
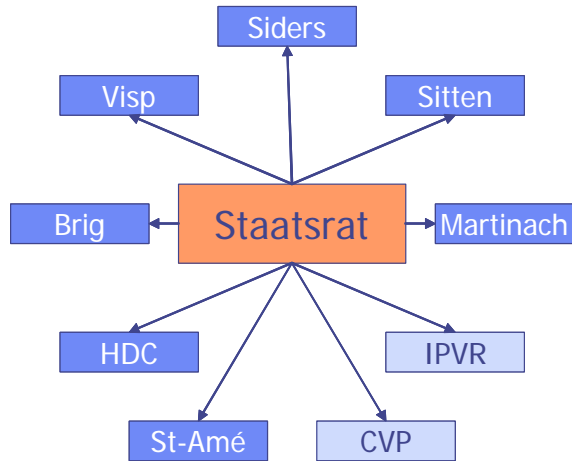
GNW in Zahlen

	Spital- zentrum Oberwallis	Spital- zentrum Mittelwallis	Spital- zentrum Chablais*	Total GNW
Anzahl Mitarbeiter/ innen	980	2400	890	4300
Umsatz (in Mio)	98	248	84	430

*Spital Chablais: 55%

Herausforderungen Wallis

Fusion von 10 Institutionen



TARMED

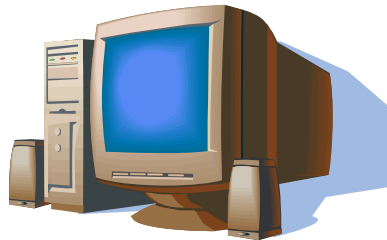
APDRG



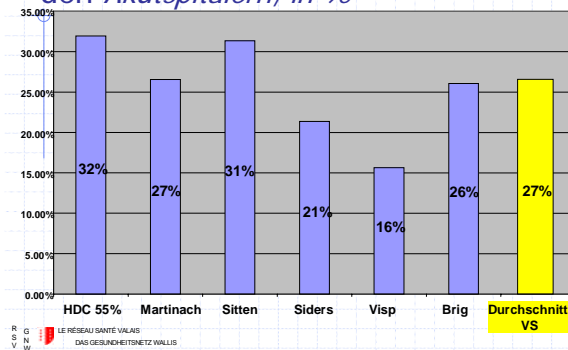
Stopp

Kostensteigerung

Informatik



Entwicklung der Ausgaben 99/03 in den Akutspitalern, in %



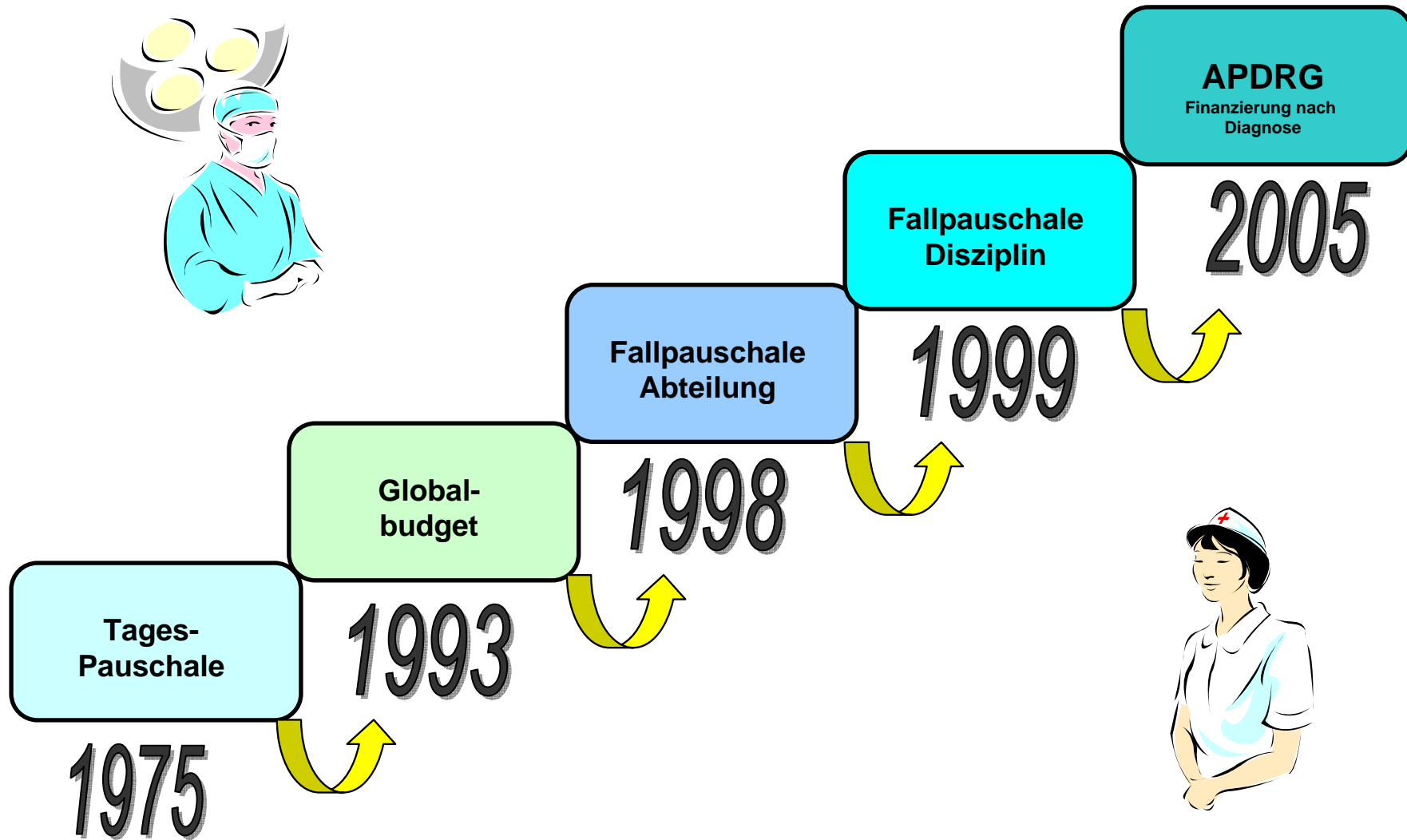
Spitalplanung



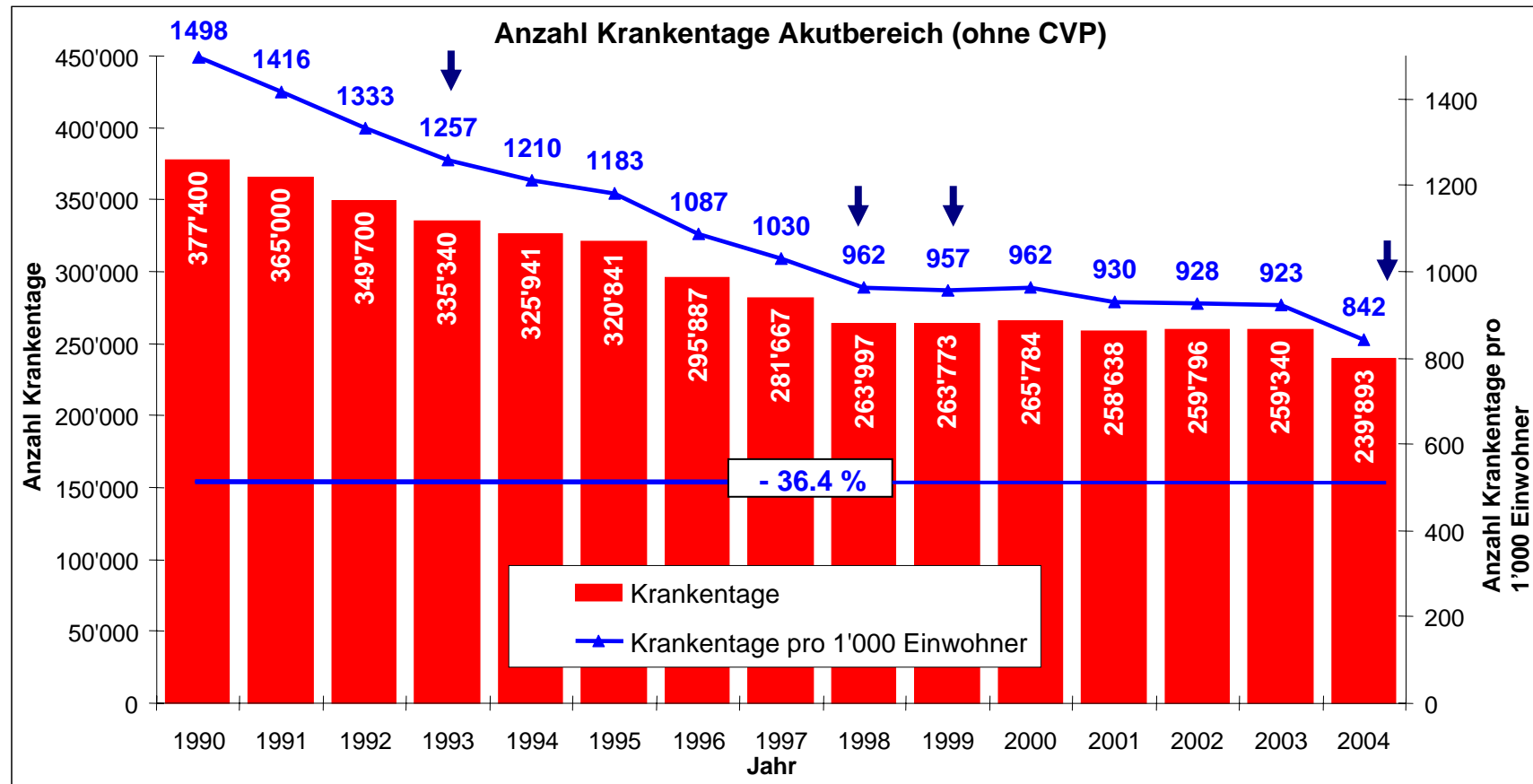


APDRGs – eine logische Folge der bisherigen Entwicklung ?

Entwicklung Finanzierungssystem Akutspitäler

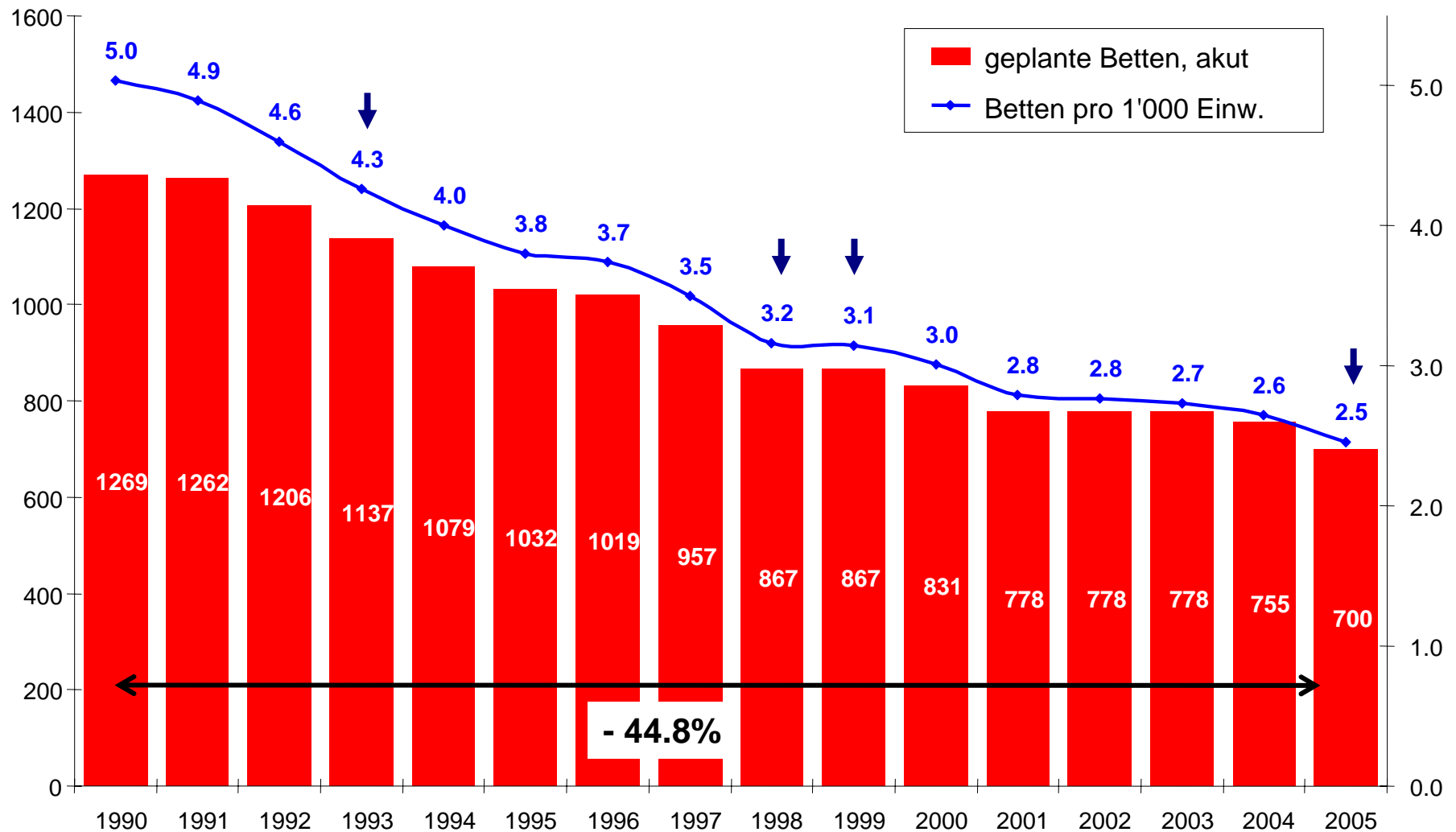


Krankentage Akutbereich von 1990 bis 2004



➔ **Änderung Finanzierungssystem**

Geplante Betten Akutbereich, 1990-2005



➔ Änderung Finanzierungssystem



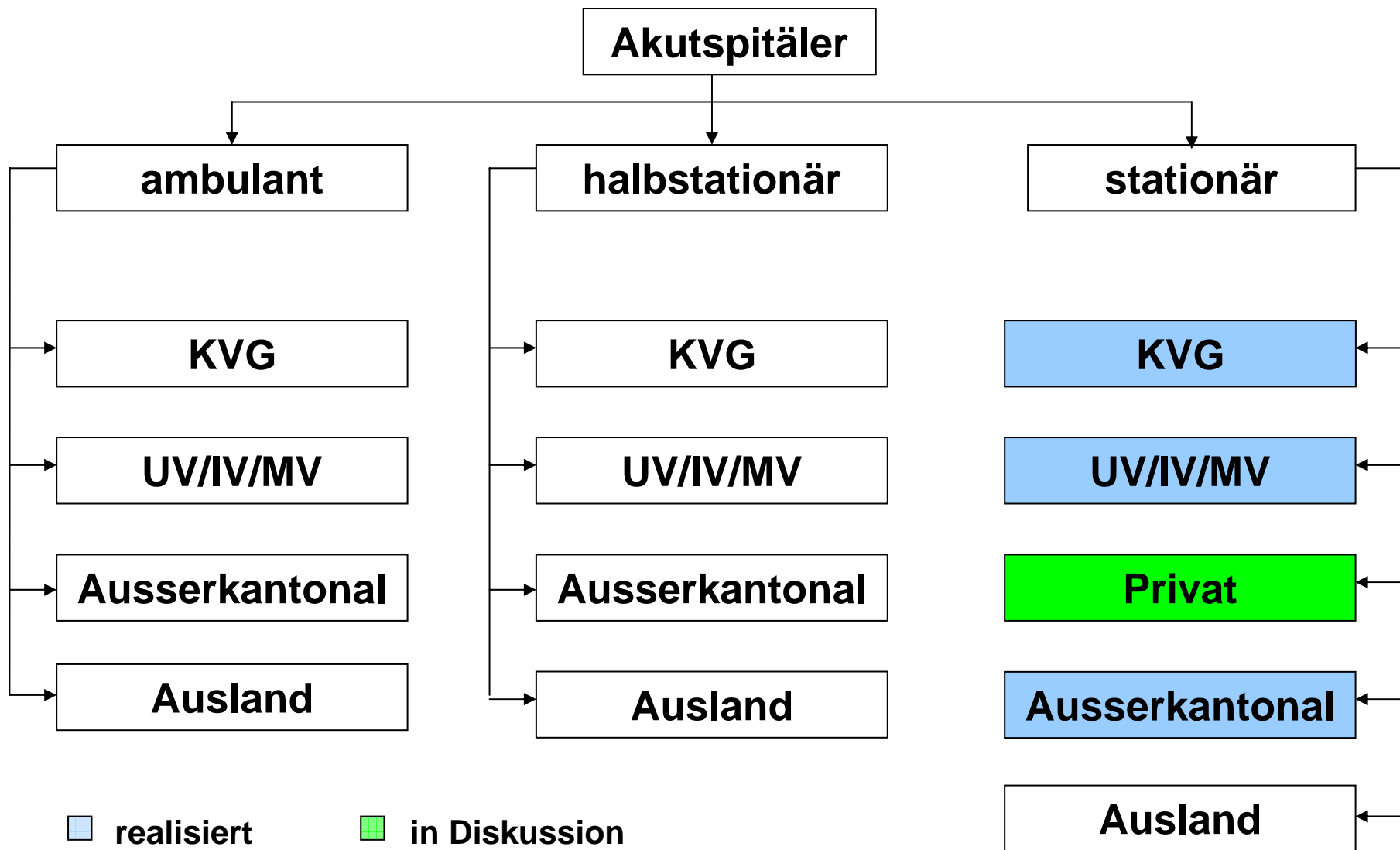
Vorraussetzungen für die Einführung von APDRGs

Anwendungsbereich

Voraussetzungen für die Einführung von APDRGs

- **Informatisierung der Walliser Spitäler**
 - Phoenix (elektronische Patientendossier)
 - OPALE (administratives Informatiksystem)
 - LEP / PEP (Pflegebereich, Assistenten,...)
- **Schaffung einer „Kodifizierungseinheit“**
 - unabhängig
 - einheitlich, unter einer Führung
 - professionell (Aus- und Weiterbildung)
 - jährliches externes Audit, im Verbund mit anderen, insbesondere Westschweizer-Kantonen
- **Vereinheitlichung Finanzbuchhaltung**
- **Leistungsfähige Kostenrechnung**

Anwendungsbereich der APDRGs





Erste Erfahrungen / Zwischenbilanz

Erste Erfahrungen mit APDRGs I



- **Gezielte Ressourcenzuteilung**
 - Abkehr vom „Vergangenheitsbudget“
 - leistungsorientiert
 - Budget basierend auf geplanter Leistung – Entschädigung basierend auf erbrachter Leistung*
 - gleiche Leistung → gleiche Entschädigung
 - Umverteilungseffekte zwischen den Leistungserbringern*

- **Erhöhung Leistungstransparenz**

- **Monitoring Einhaltung Spitalplanung / Leistungsaufträge**
 - Spitalplanung: Bildung von Kompetenzzentren
 - klare Leistungsaufträge pro Standort resp. Spitalzentrum
 - Steuerung der Patientenflüsse

Beispiel Umverteilungseffekt

- **Fall innere Medizin**

- Fallpauschale/Abteilung 2004 Sitten CHF 6'985.-
- Fallpauschale/Abteilung 2004 Brig CHF 5'799.- } 20%
- Einfache Pneumonie und Pleuritis, Alter > 17, ohne KK
APDRG 90, CW (v4.1) $0.883 * 6'835.- = 6'035.30$

- **Fall Chirurgie**

- Fallpauschale/Abteilung 2004 Sitten CHF 7'882.-
- Fallpauschale/Abteilung 2004 Visp CHF 6'115.- } 29%
- Andere Eingriffe (OP) nach Verletzungen, ohne KK
APDRG 443 CW (v4.1) $0.968 * 6'835.- = 6'616.30$

Erste Erfahrungen mit APDRGs II



- **Verhandlung mit den Krankenkassen wird komplexer**
 - Volumen → CMI + Aktivität → base rate
 - Risiko: Veränderung CMI
 - „Schattenrechnung“ auf der Basis von Fallpauschalen (Übergangsfrist von 2 Jahren)
- **Einfluss auf die Liquidität**
 - Zeit von der Erbringung der Leistung bis zum Inkasso nimmt zu (Fallpauschale war sehr einfaches System)
 - genaue Leistungserfassung sehr wichtig (Vollständigkeit)
 - striktes Monitoring des Leistungserfassungs- und Fakturierungsprozesses erforderlich
- **Administrativer Aufwand nimmt zu**
 - Leistungserfassung (vollständiges medizinisches Dossier) → Kodifizierung → Fakturierung → Kontrolle durch Krankenkassen → Inkasso

Erste Erfahrungen mit APDRGs III

- **Virtuelle Erhöhung „base rate“** durch Wechsel von Version 4.1 auf 5.1 um grösser 10%
(negativer psychologischer Effekt auf Tarifverhandlungen)

Einsatz APDRGs für eine verfeinerte interne Ressourcenzuteilung als logischer nächster Schritt

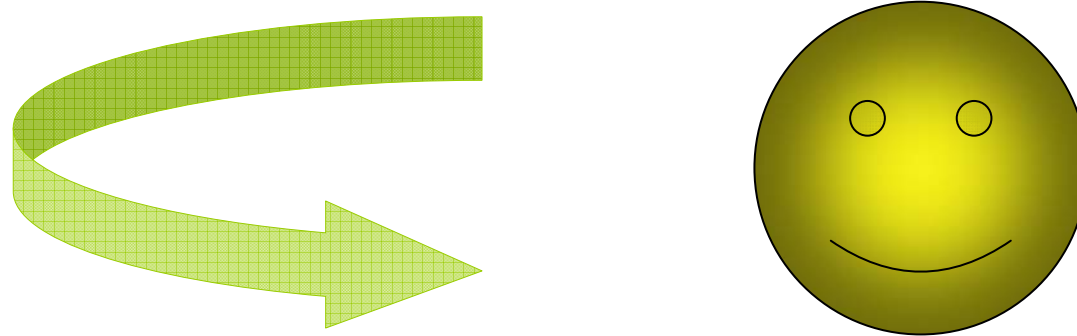


Perspektive

Einführung von Departementsbudgets

- Konsolidierung von standortübergreifenden medizinischen Departementen (Standardisierung, Spezialisierung)
- verstärkte Einbindung von Pflege und Administration in die Departementsleitung
- Departementsbudgets → Übertragung von finanzieller Verantwortung
- Leistungsorientierte Zuteilung der Ressourcen
- zur Verfügungsstellung eines „Cockpits“

APDRGs



**Aufwendiger und anspruchsvoller
als die bisherigen Finanzierungssysteme
jedoch gezielter und leistungsorientierter**