



Kantonsspital
Uri

Finanzierung mit APDRG

Erfahrungen eines Spitaldirektors

Dr. oec. Martin Patzen, Direktor KSU

ÜBERBLICK

A) Die Entwicklung der Spitalfinanzierung KSU 2001-2005

1. Problemlösungsbedarf 2001/2002
2. Die Entwicklungsschritte im Überblick

B) Vorteile, Chancen, Resultate

1. Vereinheitlichung der stationären Leistungsfinanzierung
2. Voraussetzung und Folge von APDRG: „Elektronisierung“ des Spitals
3. Führungs-, Arbeits- und Controllingprozesse, **Kulturprägung**
4. Die Resultate: **Probleme 2001/2002 gelöst**

C) Schwierigkeiten, Risiken und deren Bewältigung

1. Unzureichende Qualität bei Kodierungsdaten und -prozessen
2. Unzureichende Vorbereitungen vor Einführung
3. Schwierigkeiten mit dem Spitaltypus „kleines, einziges Spital im Kanton“
4. **Tarif- und Vertragsverhandlungen**

Fazit: Für das KSU war und ist (AP)DRG nicht nur ein Finanzierungssystem, sondern eine neue „Denkhaltung“, Geburtshilfe zur Modernisierung des Spitals

A1) Problemlösungsbedarf 2001/2002

1. Tarifschock 2001:

Tagespauschale 2001 Fr. 305.- (KDG 44%), Scheitern Tarifverhandlungen für 2002, Tariffestsetzung auf Grund Antrag PüW auf Fr. 263.- (KDG 38%) oder Einheitsfallpauschalen (EFP) von Fr. 2953.-

Strategisches Ziel: zukunftsfähige, leistungsorientierte Finanzierung

2. Antwort auf Wirtschaftlichkeitskritik der PüW:

überlange DAD (im Jahr 2000 11,3 Tage), zu hohe Fallkosten

Strategisches Ziel: DAD senken, Effizienz und Wirtschaftlichkeit ++

3. Neues Kantonsspitalgesetz:

Verselbständigung, Vorgabe **Einführung Globalkreditsystem**

4. Einführung TARMED:

Zwar immer wieder verschoben, aber 2001 in naher Zukunft zu erwarten,

Ziel: Bis Ende 2003 betriebsbereit

A2) Die Entwicklungsschritte im Überblick

2002: Einführung der Einheitsfallpauschale für OKP

2003: Abschluss Vorbereitungen Einführung Tarmed (dezentrale Leistungserfassung), diverse Sparmassnahmen (KDG steigt von 38% auf 42%), **Elektronisierung ärztliche KG, Beginn professionelle Codierung** (remote coding = Onlinecodierung), **Entwicklung, betriebsfähig machen Globalkreditsystem**

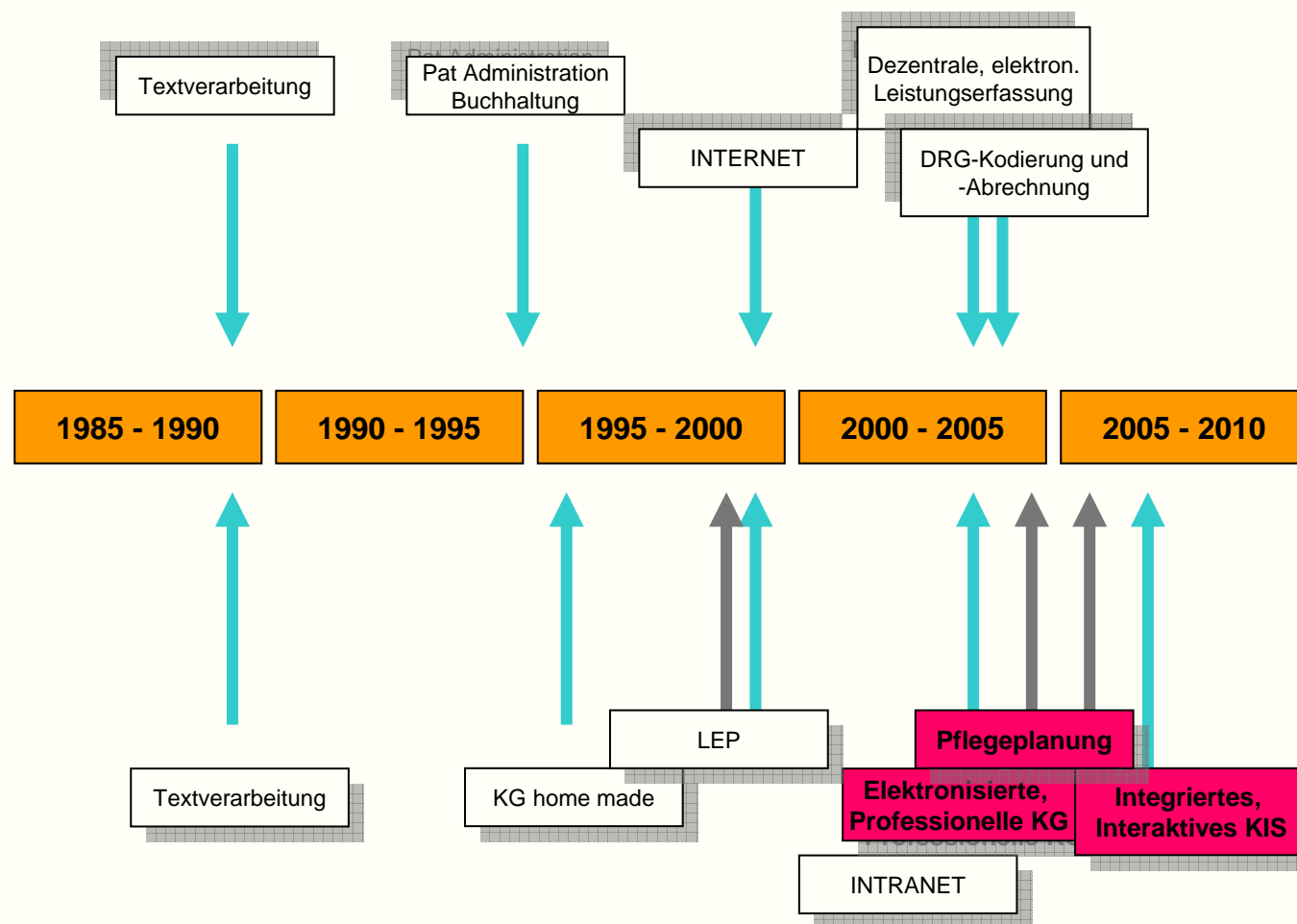
2004: **DRG-Abgeltung MTK ab 01.07.**, Vorbereitung Umstellung auf flächendeckende DRG-Abgeltung von akutstationären Leistungen, neues betriebswirtschaftliches Informatiksystem, Aufbau **Kostenträgerrechnung**

2005: **Alle akutstationären Leistungen mit APDRG finanziert**
Resultat: sämtliche Finanzierungsformen anders als 2001

B1) Vereinheitlichung der akut-stationären Leistungsfinanzierung

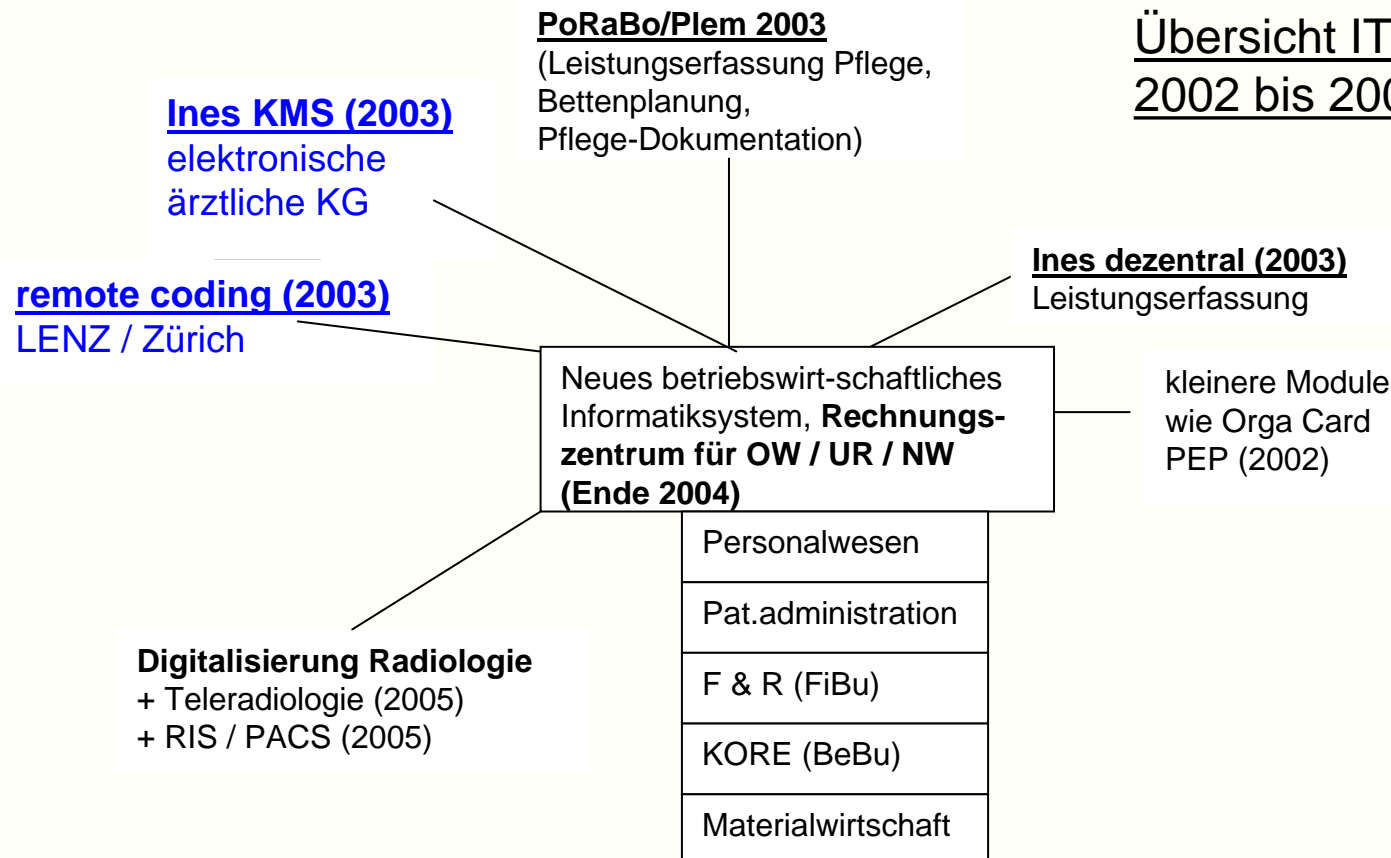
	Tages- pauschalen	Einheitsfall- pauschale	Einzel- leistungen	APDRG (differenziertes Fallpauschalen- System)
1) UV/MV/IV	X			neu
2) HP/P (KVG)	X		X	neu
3) GV (KVG)		X		neu
4) Geriatrie (langzeitstationär) Reha	X			
5) Finanzierungsanteil öffentliche Hand (Kt.)				Globalkredit- system seit 01.01.2004

B2) Voraussetzung und (teilweise) Folge von APDRG: „Elektronisierung“ des Spitals



B2) Voraussetzung und (teilweise) Folge von **APDRG**: „Elektronisierung“ des Spitals

Übersicht IT- Projektlandkarte 2002 bis 2005



B3) Führungs-, Arbeits- und Controllingprozesse, Kulturprägung

1. **Neue Strategien**, bestimmt und teilweise ermöglicht durch APDRG:
2. **Wende zur Leistungsorientierung** Der Fall wird zur beherrschenden Bezugsgrösse bei Ressourceneinsatz, Budgetierung und Controlling
3. Direkte Auswirkungen auf **Führungspraxis und Führungskultur**:
 - Integration von Ökonomie, Medizin und Pflege
 - Kultur- und MentalitätswechselHealth Professionals denken und handeln stärker betriebswirtschaftlich

Wende zur Fall- und Leistungsorientierung (Beispiele von Controllingdaten)

DRG 127 nach Versicherungsklassen

	Anzahl Fälle	Kosten	Ertrag	kumulierte Marge	Kosten pro Fall	Kosten- deckung
A Allgemein	20	204'173	74'375	129'798	10'209	36.4%
HP Halbprivat	7	68'038	78'795	10'757	9'720	115.8%
P Privat	3	42'730	53'288	10'558	14'243	124.7%
** Total	30	314'941	206'458	108'483	10'498	65.6%

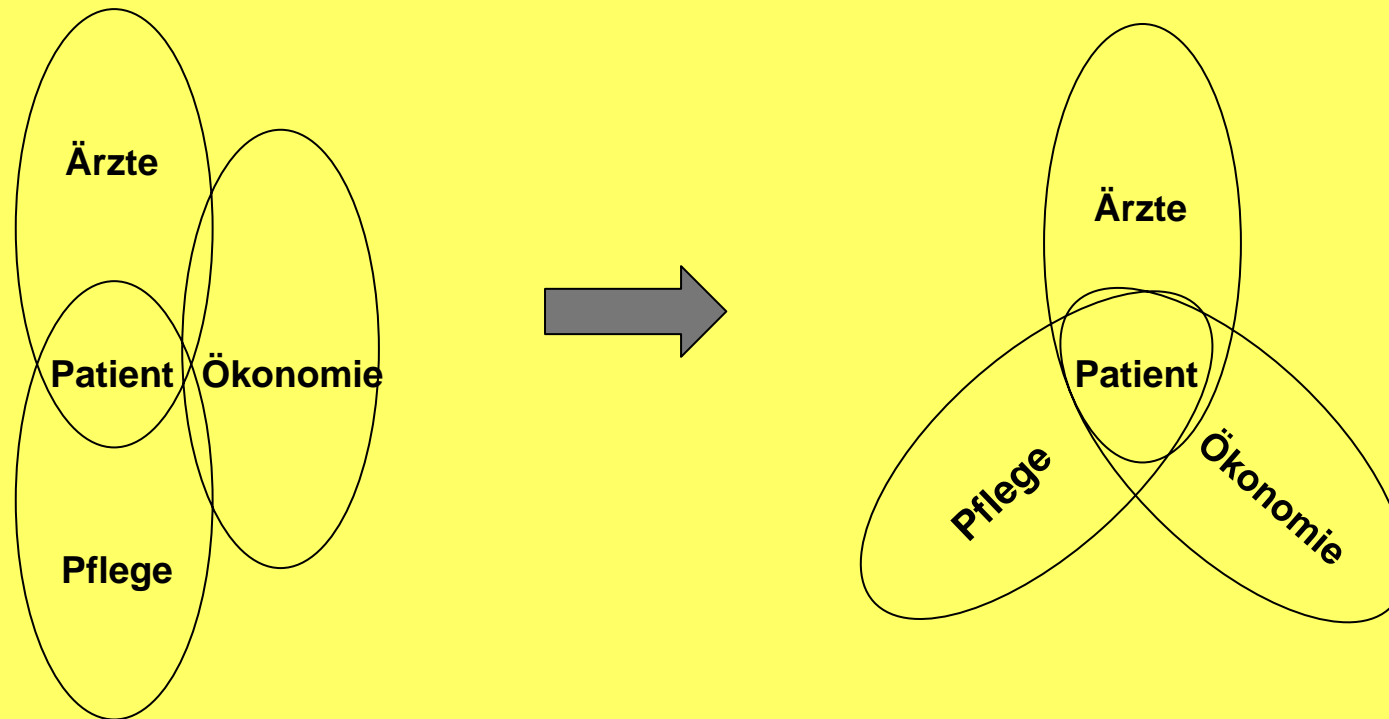
**Wende zur Fall- und Leistungsorientierung
(Beispiele von Controllingdaten)**

DRG 127 – Analyse Arztdienst + Pflege

DRG 127, 2005	KS URI	Spital 1	Spital 2
Analyse Ärzte			
Arztleistungen	1'972	1'749	2'356
Arzthonorare	181	282	331
	2'153	2'031	2'687
Verrechnung der Arztleistungen	über CW	über Pflage tage	TP TM + Pflage tage
Anteil OKP / VVG	nicht erhoben	nicht erhoben	nicht erhoben

DRG 127, 2005	KS URI	Spital 1	Spital 2
Analyse Pflege			
Lep-Minuten pro Fall	3'205	2'144	2'429
Pflege CHF pro Fall	3'222	4'227	2'592
Lep-Stunden pro Fall	53.42	35.73	40.48
Lep-Stunden pro Tag	3.74	3.22	2.81
Kostensatz pro Lep-Minute	1.01	1.97	1.07

Auswirkungen auf Führungskultur



„Traditionelle“ Situation:

Verwaltung (Ökonomie) ist isolierter Funktionsbereich

Neue Situation:

Unternehmerische, prozess-, leistungs- und patientenorientierte Führung; Höhere und andere Anforderungen an Management für Ärzte, Pflege, Verwaltung

Auswirkungen auf Führungskultur



B2) Die Resultate: Probleme 2001/2002 gelöst

Strategische Ziele 2001 (vgl. A1) erreicht: zukunftsfähige, leistungsorientierte Finanzierung, DAD senken, Effizienz und Wirtschaftlichkeit verbessern

Entwicklung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer im KSU (in Tagen):

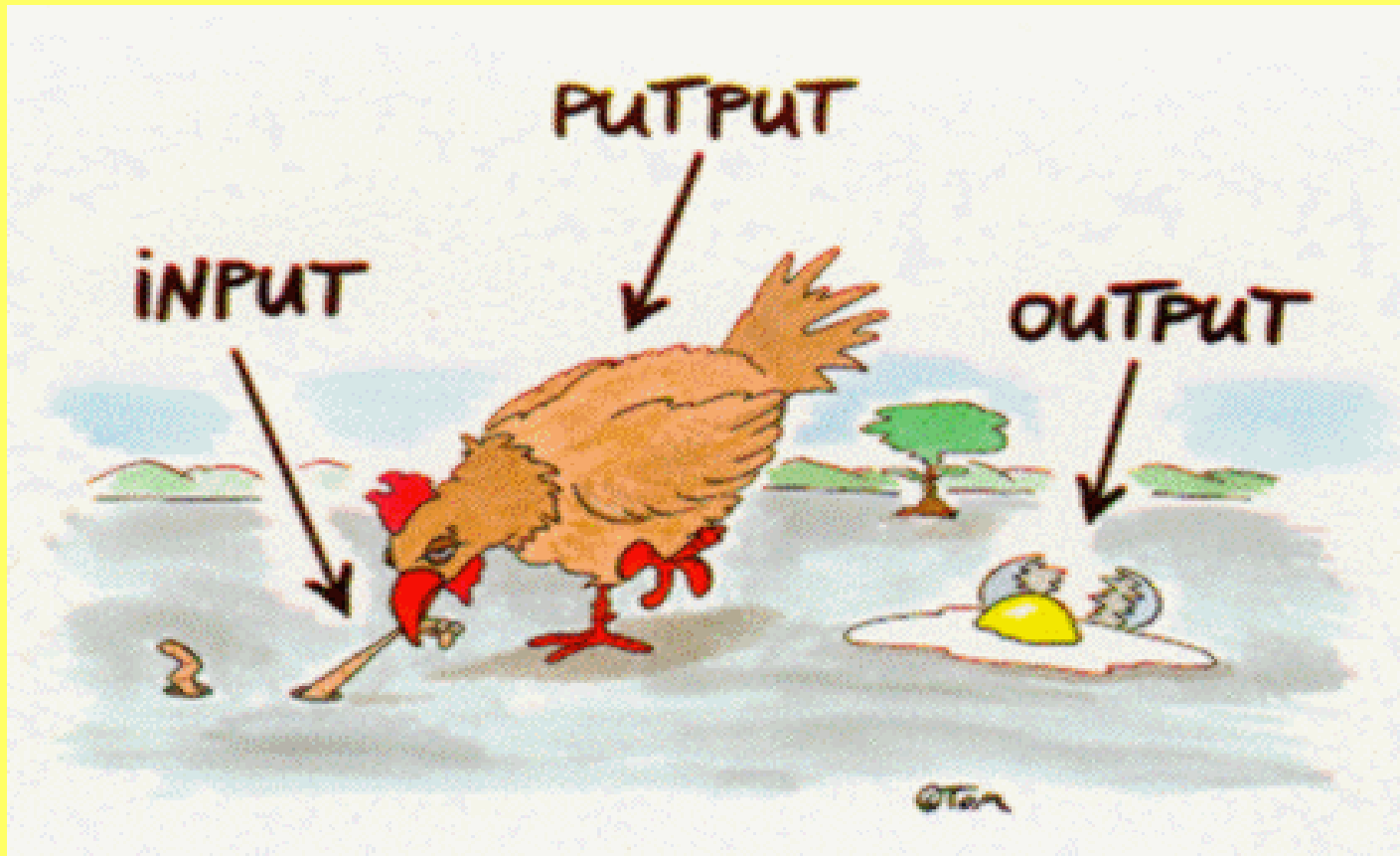
<u>2001</u>	<u>2002</u>	<u>2003</u>	<u>2004</u>	<u>2005</u>	
11,2	9,6	9,3	8,8*	8,1*	*) Berechnung inkl. Säuglinge

adj. CMI (V 3.2) 2003 OKP:	1,212	
adj. CMI (V 3.2) 2005 OKP:	1,048	(- 13,5%)
Langliegerquote 2003 (alle Patienten):	8,8%	
Langliegerquote 2005 (alle Patienten):	4,7%	(- 47%)

Ressourceneinsatz (in Mio. Fr.)	Rechnung 2003	Rechnung 2004	Rechnung 2005 (DRG)	Budget 2006 (DRG)
Betriebsaufwand ohne Investitionen	45,6	44,5	45,6	47,4
Kantonsbeitrag <u>vor</u> Nachkalkulation, ohne Investitionen	14,2			tiefere als 2003

B2) Die Resultate: Probleme 2001/2002 gelöst

Leistungsvolumen 2003-2005 insgesamt etwa gleichbleibend, Ressourceneinsatz trotz markanter Teuerung bei med. Bedarf und Personalkosten ebenfalls gleichbleibend, d.h. gleicher Output mit weniger Input (= ökonomisches Prinzip = Effizienz verbessert)



C) Schwierigkeiten, Risiken und deren Bewältigung

Risiko 1: Unzureichende Qualität bei Kodierungsdaten und -prozessen

Lösungsansatz KSU:

Elektronisierung der (ärztlichen) KG bedingt Vorbereitung, Standardisierung der Falldokumentation. Remote Coding, Neuorganisation der Kodierung.

Risiko 2: Unzureichende Vorbereitungen vor Einführung

Minimalbedingungen (2004 knapp erreicht):

Fallkosten- und Kodierungsdaten (CMI) mit entsprechenden Chancen/Risiken (in einem zunehmend wettbewerblichen System) sind bekannt;
Grundkenntnisse und Akzeptanz des DRG-Systems bei Kadermitarbeitenden und strategischer Führung.

Schwierigkeit 3: Spitaltypus „kleines, einziges Spital im Kanton“

Konflikte mit Versorgungszielen und -gewohnheiten: Druck auf Aufenthaltsdauern im Konflikt mit „schweren Fällen“ und Urner Gewohnheiten

Beschränkung bei spezialisierten Fachkenntnissen: Bis Ende 2005 kein Codierer im Haus, kein Medizincontroller, keine Kostenrechnungsspezialisten.

Risiko 4: Tarif- und Vertragsverhandlungen

1. Lang dauernde, wenig plan- und kalkulierbare Verhandlungen
2. Tarifunsicherheit:
Tarifentscheid OKP für 2005: Ende November 2004
Tarifentscheid OKP für 2006: Mitte November 2005, Tarif noch nicht genehmigt, Empfehlung PüW auf Baseratesenkung, Situation immer noch unklar
3. Anwendung von Benchmark (mit DRG tatsächlich verbesserte Möglichkeiten), aber bisher hinsichtlich Methodik, relevanter Vergleichskriterien und Transparenz problematisch
4. Budget-, Planungs- und Ertragsunsicherheit, Vertragsrechts-Unsicherheiten
5. Bindung von Führungskräften unverhältnismässig (Opportunitätskosten zu hoch)

Finanzierung mit APDRG, Fazit:

APDRG war und ist nicht nur ein Finanzierungssystem, sondern kulturprägend, eine neue „Denkhaltung“, Geburtshilfe zur Modernisierung des Spitals. APDRG gewährleistet bestmögliche Vorbereitung auf Swiss (G-)DRG

Wichtig für ein Kleinspital mit begrenzten finanziellen und personellen Ressourcen: eigene (auch unkonventionelle) Lösungen suchen, Erfahrungen von andern verwenden, aber kritisch

