

Unser Gesundheitswesen im Umbruch!



Muttenz, 21.10.2010

CVP Muttenz, Birsfelden, Pratteln

- *... orientieren über die Realisierbarkeit eines nötigen Umbruches im Gesundheitswesen. ... zeigen auf, was es alles braucht, damit wir zu einer optimalen, für uns alle tragbaren, Krankenversorgung gelangen können.*
- *... Referenten geben Ihnen Einblick in ihren speziellen Bereich*

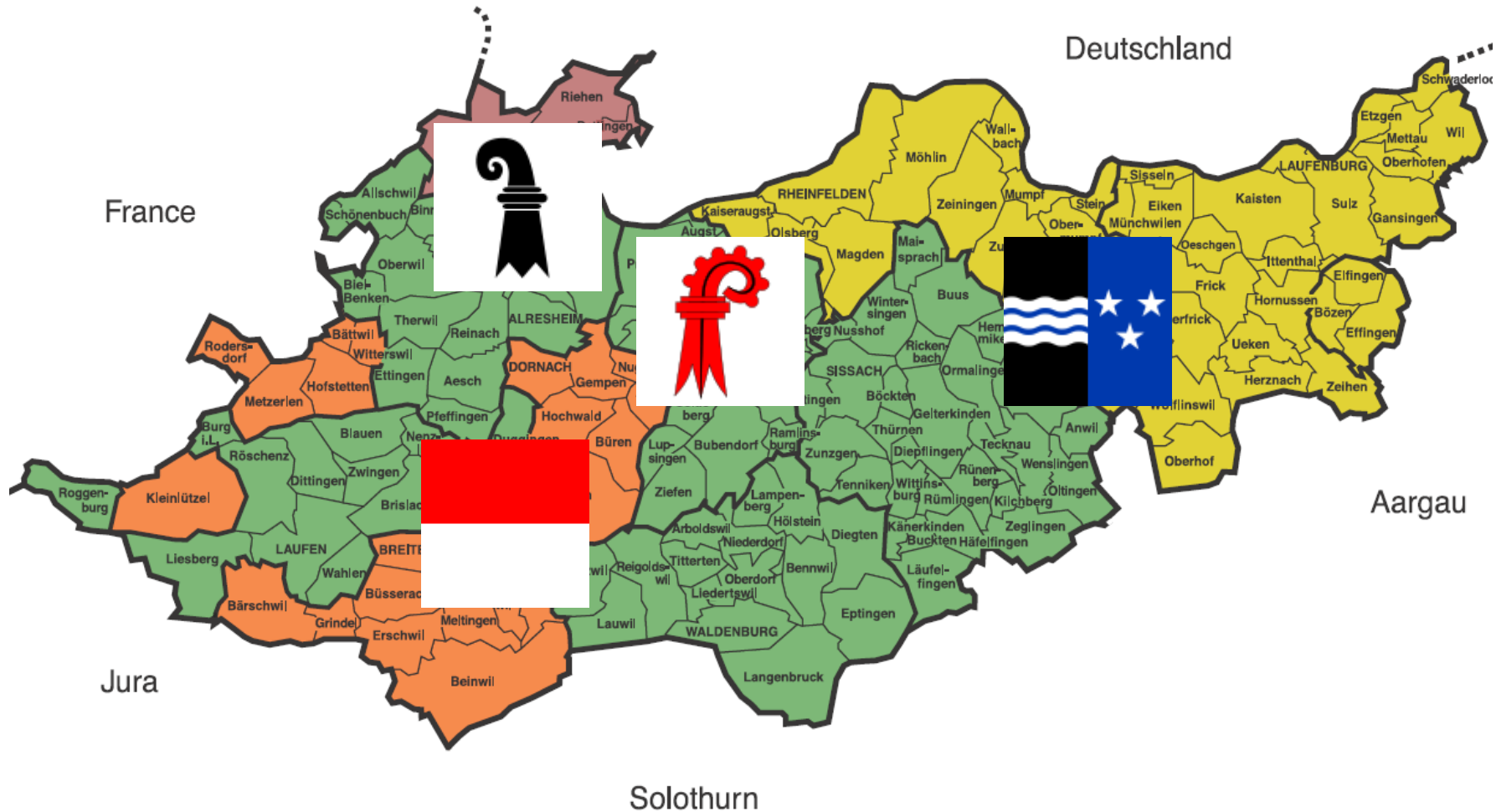
Eröffnungsreferat von Max J. Lenz

➤ ***zur KVG Revision (mit Blick auf 2012)***

Zur KVG Revision

1. Interkantonale Koordination der Planung
2. Vorgaben des Bundes zu den Planungskriterien
3. CH Planung im Bereich der hochspezialisierten Medizin
4. Vorgaben des Bundes zu den Planungskriterien
5. Freie Spitalwahl ganze Schweiz
6. Leistungsfinanzierung
7. Kantonsanteil in der Vergütung
8. Gemeinwirtschaftliche Leistungen

1. Interkantonale Koordination der Planung



2. Vorgaben des Bundes zu den Planungskriterien

- bedarfsgerechte Versorgung für die Einwohnerinnen und Einwohner im Kanton
- Planangebot = Bedarf – Angebot in nicht Listenspitälern
- Wirtschaftlichkeit (besonders Effizienz)
- Qualität (besonders Qualitätsnachweis, Mindestfallzahlen und Nutzung von Synergien)

Auflagen:

- Leistungsauftrag mit Leistungsspektrum
- Pflicht zum Notfalldienst
- Aufnahmebereitschaft für alle Kantonseinwohner/-innen

2. CH Planung im Bereich der hochspezialisierten Medizin

Interkantonale Vereinbarung zur hochspezialisierten Medizin / IVHSM Beschluss vom 28. Mai 2010:

a. Nierentransplantationen

- *Universitätsspitäler Bern, **Basel**, Zürich, Lausanne und Genf sowie dem Kantonsspital St. Gallen*

b. Lebertransplantationen

- *Universitätsspitäler Bern, Zürich und Genf*

c. Lungentransplantationen

- *Universitätsspitäler Lausanne und Zürich*

d. Pankreastransplantationen

- *Universitätsspitäler Genf und Zürich zugewiesen.*

e. Herztransplantationen

- *Universitätsspitäler Bern, Lausanne und Zürich*

- *Neue Themen sind in Arbeit*

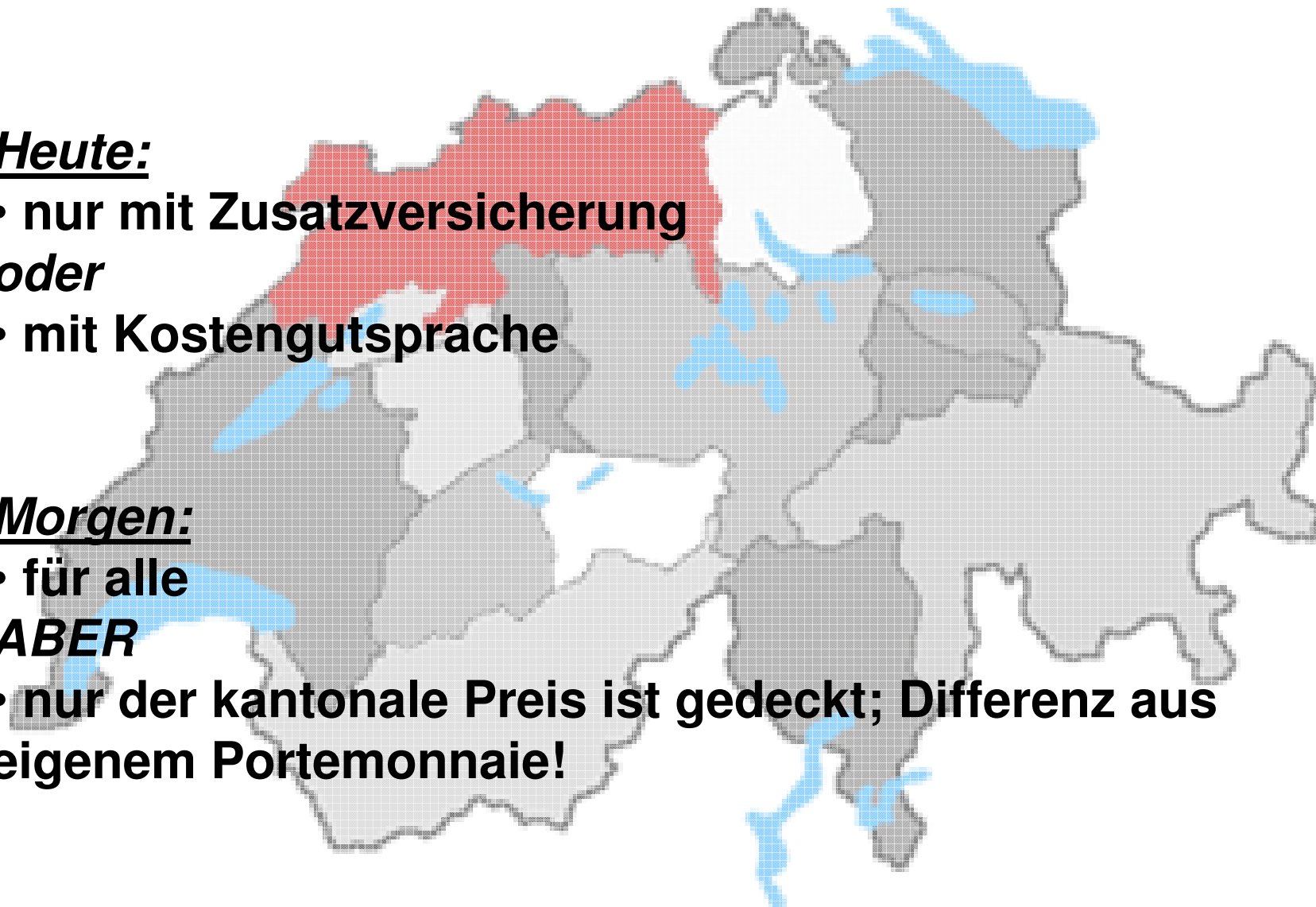
5. Freie Spitalwahl ganze Schweiz

Heute:

- nur mit Zusatzversicherung
- oder
- mit Kostengutsprache

Morgen:

- für alle
- ABER**
- nur der kantonale Preis ist gedeckt; Differenz aus eigenem Portemonnaie!



6. Leistungsfinanzierung

Heisst:

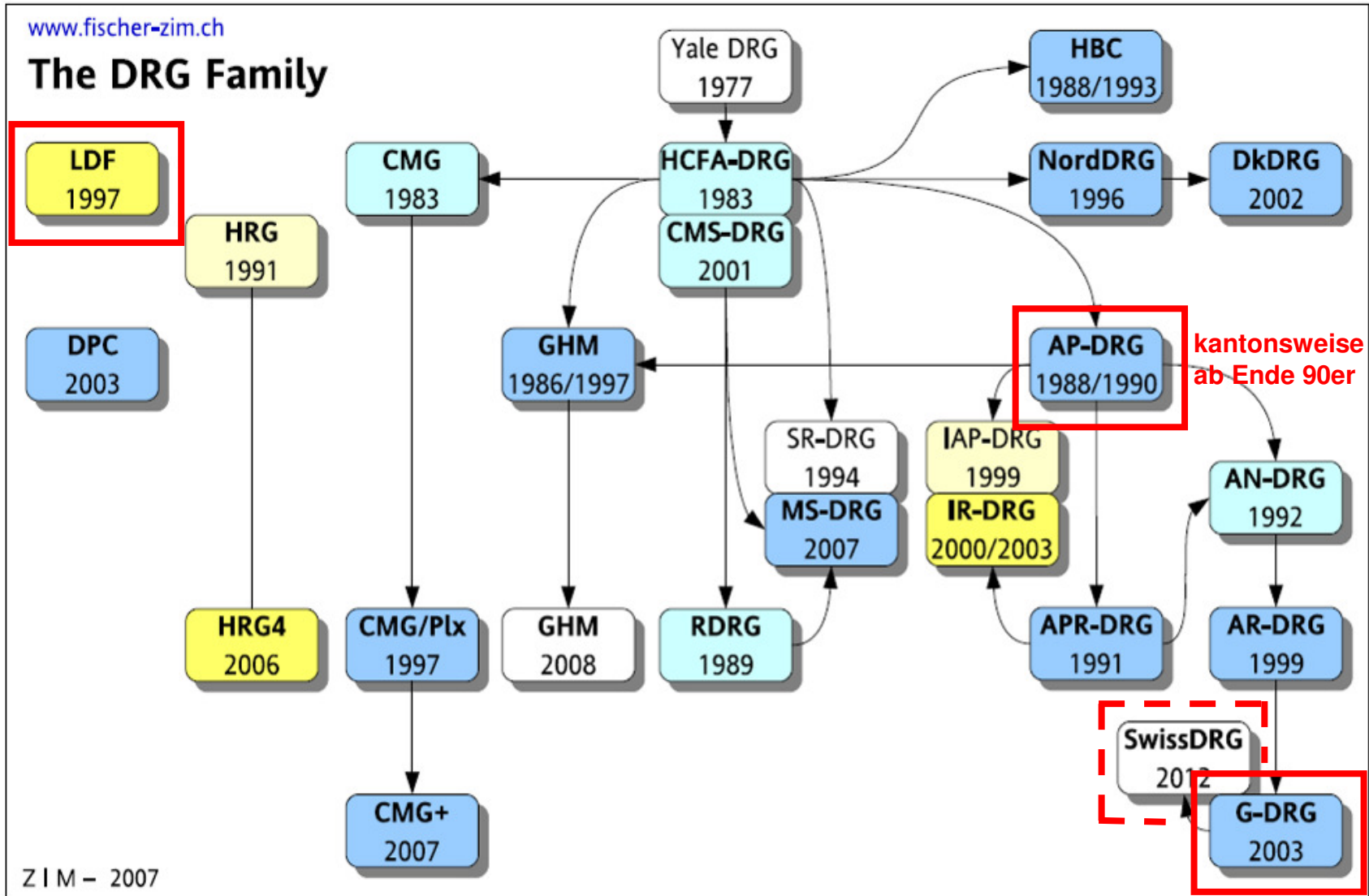
- Leistungsorientierte Abgeltung
- Schweizweit einheitlich
- **SwissDRG** (für akutsomatisch Versorgung)
 - diagnosen- und behandlungsbezogene Fallgruppen
- Günstige Tarife
- Inklusive Investitionskosten

6.1. *SwissDRG*

- DRG-Familie
- Einfluss über die Zeit
- 1 Beispiel unter 3 DRG Systemen
- 1 Tiefbohrung zur Spitalsterblichkeit / Qualitätsfrage



6.2. DRG-Familie

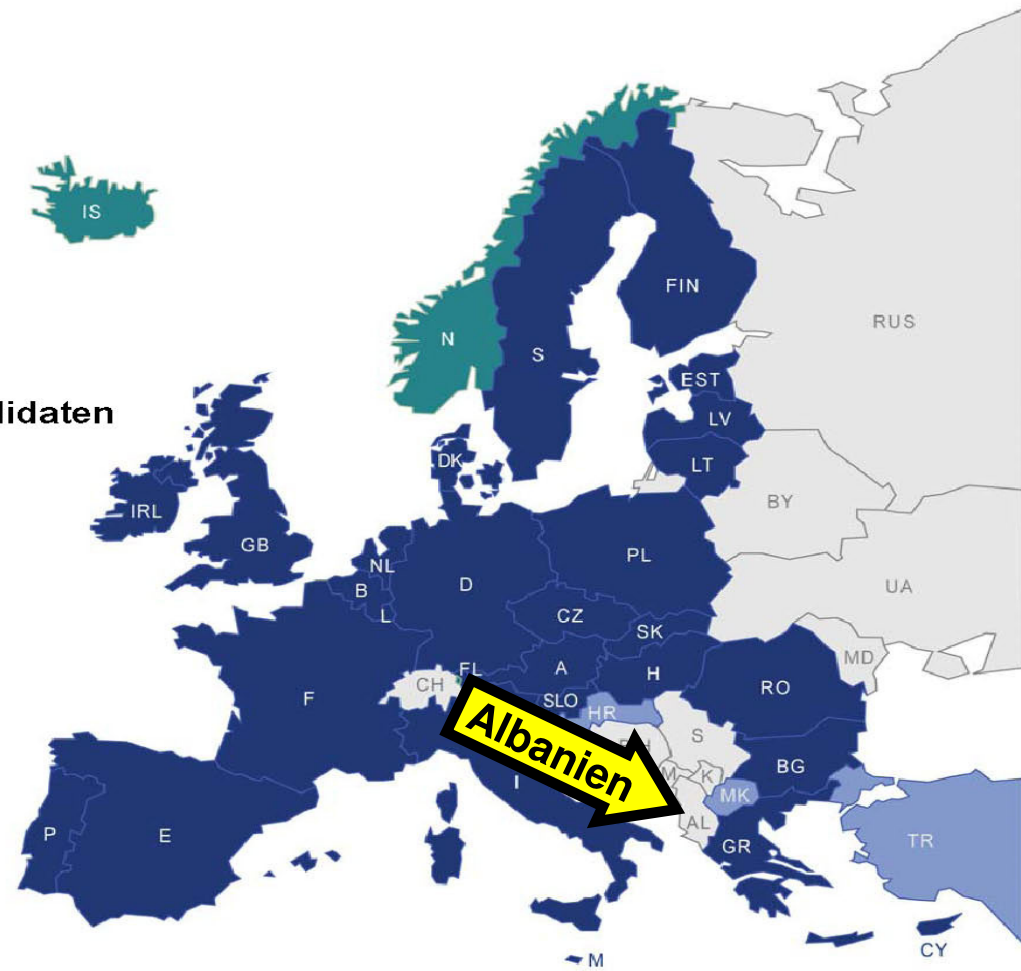


6.3. DRG Ausweichstrategie

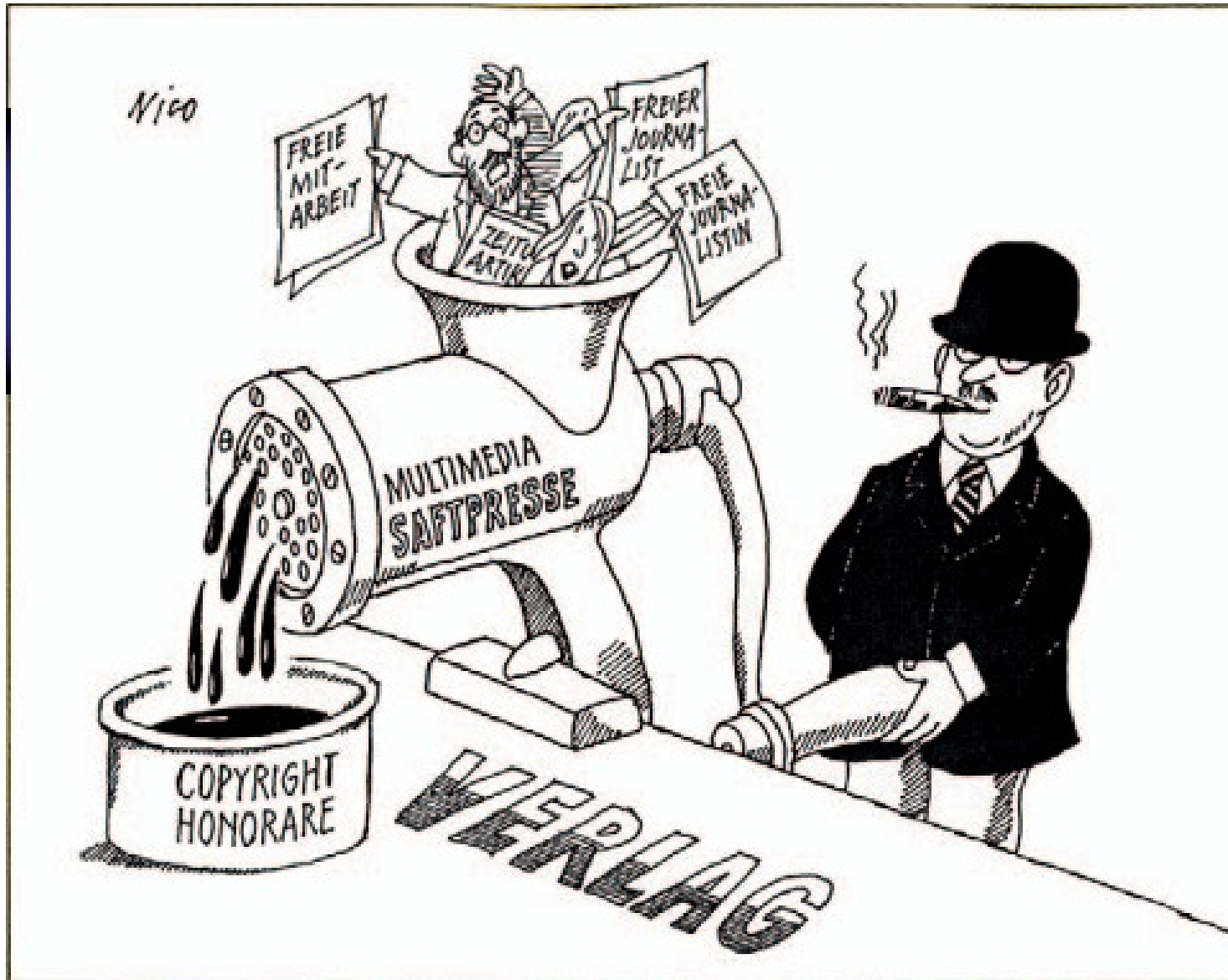


Europa heute

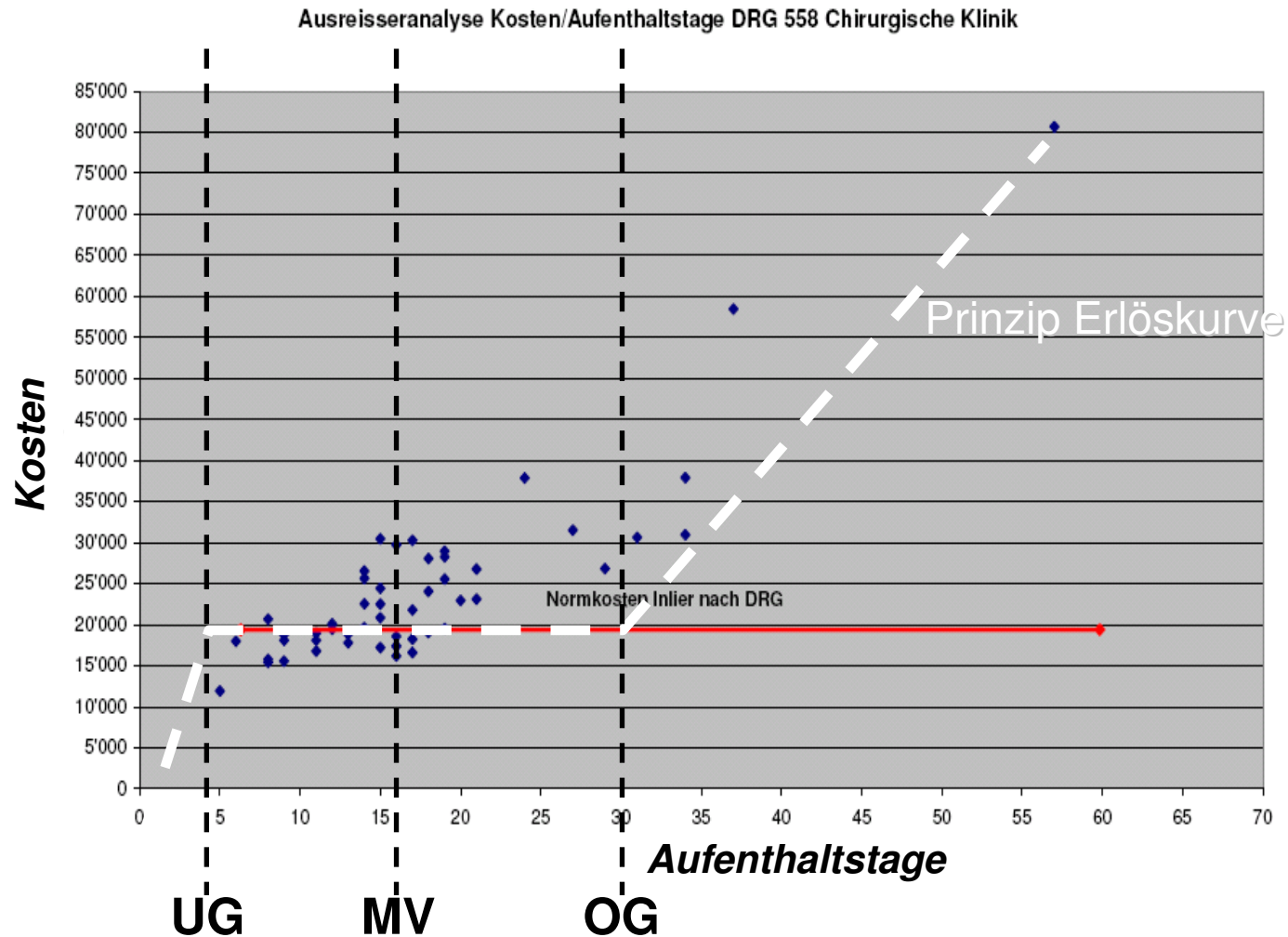
- EU-27
- EWR
- EU-Beitrittskandidaten



6.4. DRG-Zuteilung von Patientinnen und Patienten

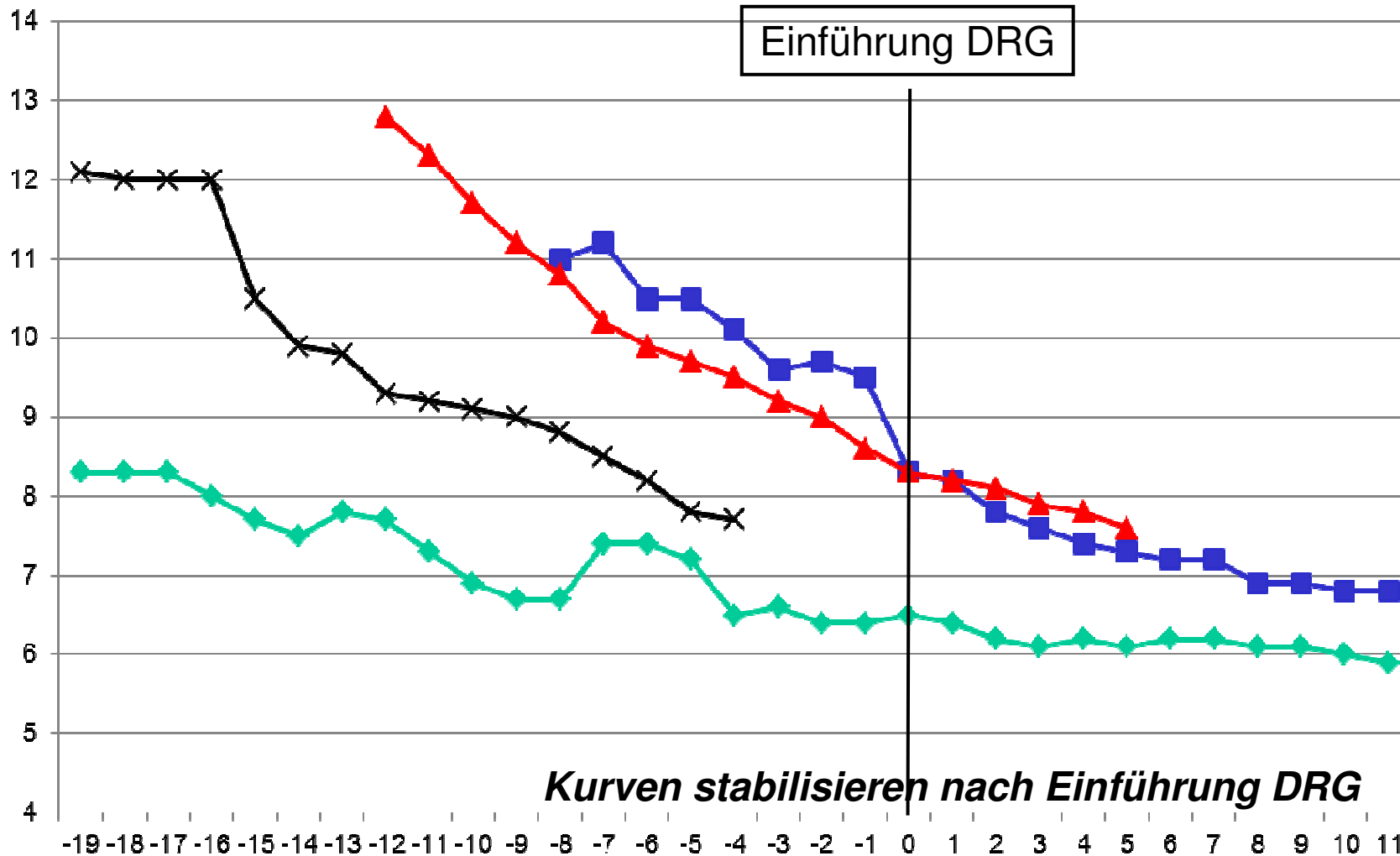


6.5. Aufenthaltsdauer → Kosten / Erlöse



Wenn man an der „Medizin“ nichts ändert, steigt der Druck auf die Verweildauer!

6.6. Aufenthaltsdauer relativ zu DRG-Einführungen



Quelle: OECD

— Australia — Austria — Germany — Switzerland

6.7 Fallbeispiel: Herzinfarkt

Falldaten:

männlicher Patient, 56 Jahre alt, Hauptdiagnosen **akuter transmuraler Myokardinfarkt**, Nebendiagnose **Hypertonie und artherosklerotische Herzkrankheit, Linksherz-Katheter und Gefäßintervention (Ballon und Stent)** im Spital, Verweildauer 7 Tage (vollstationär auf Hauptabteilung), reguläre Entlassung nach Hause

	Deutschland	Schweiz (ZH)	Österreich(Wien)
Hauptdiagnose	I21.0	I21.0	I21.0
Nebendiagnose	I10.00 I25.11	I10.00 I25.11	I10,- und I25.1
Prozeduren	1-275.2 8-837.0 8-837.k0	00.66 37.22 36.06	DD010 DD040 DD050
		00.40 00.45	LKF 2009
Systematik	G-DRG 2009	SwissDRG 0.3	

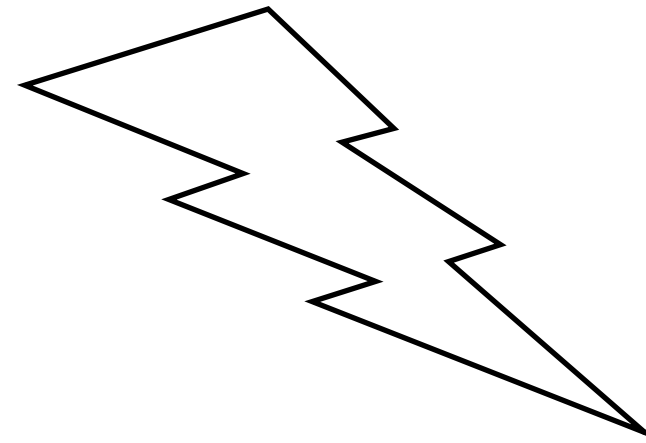
Ergebnisse:

Klassifikation	F52B	F52B	MEL 21.02/A
Verweildauer Katalog	6.7	<u>7.0</u>	BDMW: <u>7,7</u>
CW Kataolg	1.401	1.669	Gesamtpunkte: 4.584
CW effektiv	1.401	1.669	
Faktor CW eff. (zu D)	100%	<u>119%</u>	
Baserate	2'700 €	5'066 €	
Ertrag effektiv	3'783 €	8'455 €	3'484 €
Faktor Ertrag (zu D)	100%	<u>224%</u>	

6.8. Herzinfarkt für < 4'000 € in einer D-Gruppe

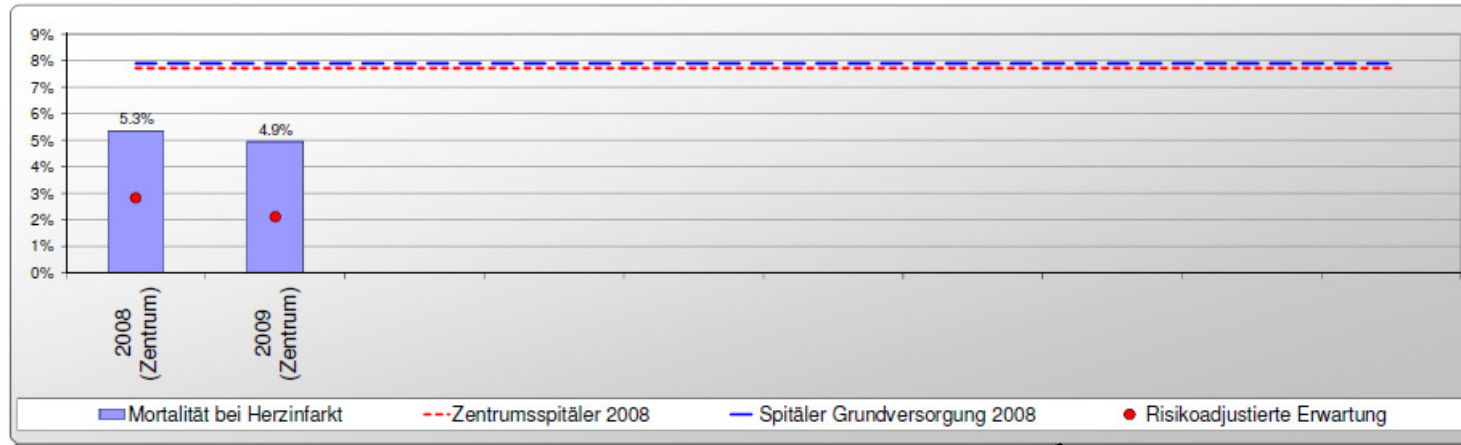


Erkrankungen des Herzens			
1	Herzinfarkt		
1.1	Hauptdiagnose Herzinfarkt, Anteil Todesfälle, aufgetreten	unter Erwartungswert	St. BA 8,3%
	Hauptdiagnose Herzinfarkt, Anteil Todesfälle, erwartet	(Bund 10,7%)	St. BA 11,0%



- Anzahl Todesfälle, aufgetreten 8.3%
 - Anzahl Todesfälle, erwartet 11.0%
 - Anzahl Todesfälle, erwartet (Bund) 10.7%
- (Vorsicht: Kollektiv whs. nicht mit F52B identisch)*

6.9. Herzinfarkt für > 8'000 € in einer CH-Gruppe



	2008 (Zentrum)	2009 (Zentrum)	Zentrum 2008	Grundvers. 2008	Ziel
1.1 Fallzahl mit Herzinfarkt	225	223			
Verstorbene bei Herzinfarkt	12	11			
Mortalität bei Herzinfarkt	5.3%	4.9%	7.7%	7.9%	▼
Risikoadjustierte Erwartung	2.8%	2.1%			
Signifikanz	*	**			
Effektstärke	0.130	0.160			
Signifikanz zum Vorjahr		n.s.			

- Anzahl Todesfälle, aufgetreten 4.9%
- Anzahl Todesfälle, erwartet 2.1%
- Anzahl Todesfälle, aufgetreten (Zentrumsspitäler CH) 7.7%
(Vorsicht: Kollektiv zu +/- 90% mit F52B identisch)

7. Kantonsanteil in der Vergütung

- Versicherer zahlt $\leq 45\%$
- Öffentliche Hand zahlt $\geq 55\%$

Für anrechenbare Leistungen!

8. Gemeinwirtschaftliche Leistungen

- Tarife dürfen keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen enthalten. Dazu gehören insbesondere die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen (Art. 49 Abs 3 KVG)
- Regionale Strukturierung und Überkapazitäten → Kostenübernahme? Kanton!

Was bringt's?

- „You get, what you pay for!“

- Fallpauschalen:
 - Fälle → Mengen (Ausweitung)
 - Pauschal → Qualität (Standardisierung)
 - Pauschale → Preis (Druck)

- Menge, Qualität und Preis hängen zusammen!

Chancen und Risiken

- Transparenz und Vergleichbarkeit
- Steuerung durch Preisbildung
- Interner und externer Wettbewerb
- Abbau (nicht zweckmässiger) und Auslagerung von Einzelleistungen
- Abbau (un- / angemessener) Spitaltage
- Standardisierung
- Veränderung der Machtverhältnisse
- Gewinner & Verlierer