

Zwischenergebnisse der Versorgungsplanung im Kanton Bern

Unter Berücksichtigung des Leitfadens
AA-LOSP der GDK

Thomas Spuhler, Jonathan Bennett

Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, Spitalamt

Warum braucht es eine neue Methode in der Versorgungsplanung?

- Paradigmawechsel
 - Bisher: Definition der zur Versorgung notwendigen Ressourcen
 - Neu: Kanton bestellt Leistungen
 - leistungsbezogene Planung und Abgeltung
 - Spitalversorgungsgesetz
 - Art. 21: Rahmenleistungsvertrag: Grundzüge der Leistungserbringung
 - Art. 22: Jahresleistungsvertrag: Art und Umfang der Leistungen und deren Abgeltung
 - Art. 29: Grundlage und Umfang der Abgeltung: Keine Abgeltung ausserhalb des Leistungsvertrags; keine Deckung von Betriebsverlusten
 - Art. 30: Leistungsbezogene Pauschalen (SpVV: AP-DRG)

	DRG basierte Systeme				CCS-CH
	AP-DRG	G-APDRG	GSbG	SwissDRG	
Analysemerkmale	ICD-10/ CHOP, Alter, Geschlecht, Austrittsart	ICD10/ CHOP, Alter, Geschlecht, Austrittsart	ICD-10/CHOP, Fachabteilung	ICD-10/CHOP oder Folge- klassifikation (CDM?)	ICD-10/CHOP
Anzahl Fallgruppen	641	87	Je nach verwendetem Patientenklas- sifikationssy- stem	??	23
Anzahl aggregierte Fallgruppen	28 (MDC), 10 (Abteilungen BFS)	24, 10 (Abteilungen BFS)	36 (+9), 10 (Abteilungen BFS)	??	18, 10 (Abteilungen BFS)
CH-spezifisch	Nein (nur vereinzelte Fallgruppen)	Ja	Noch nicht	Ja	Ja
Strukturierung in Versorgungsstufen	Nein	Nein	Ja (mittels Clusteranalysen) 3 Module pro Fachbereich	???	Nein (muss individuell geschehen)

Vorteile der gewählten Planungsmethode

- Einheiten der Planung und Einheiten der Finanzierung sind identisch (AP-DRG)
 - Nicht nur Planung von Art und Umfang der Leistungen, sondern auch Prognose der Kosten (AP-DRG-Budget)

Prognose und Simulation zukünftiger Versorgung

Ist-Datensatz

jedes einzelnen Krankenhausfalles eines Kantons / Landes
über Patientenkodierung jeder weitere Datensatz vor- und nachgelagerter Sektoren anzufügen

GS_bG-Analysen:

- Benchmarking ▪ Screening ▪ Morbidität ▪ DRG-Simulation ▪

Datenbank

Prognose

Virtuelle Zukunfts-Datensätze 2007 bis 2010 bis
jedes einzelnen Krankenhausfalles für ein Krankenhaus / Region / Kanton / Land ...

Planungsbeteiligte:

- Politische Normen • Experten-Einschätzung • Geplante Entscheidungen • Problembereiche

Datenbank

Simulation

Virtuelle Zukunfts-Datensätze 2007 bis 2010 bis
jedes einzelnen Krankenhausfalles für ein Krankenhaus / Region / Kanton / Land ...

Hauptkostenstelle	FZ STAT		FZ STAT		FZ TST		KAP		KAP	
	2010	DELTA 2002	2010	DELTA 2002	2010	DELTA 2002	GESAMT 2010	DELTA 2002	GESAMT VORHALTUNG	DELTA 2002
M000 Fachgebiete (allgemein)	0	-1	20	1	7.01	0	7.01	0	7.01	0
M100 Innere Medizin	617	-95	236	91	14.85	-4.53	16.99	-5.24		
M200 Chirurgie	794	-148	856	157	20.87	-3.04	23.59	-3.54		
M300 Gynäkologie und Geburtshilfe	998	-68	211	64	13.61	-2.41	15.56	-2.79		
M999 Gesamt	2'409	-312	1'323	313	56.33	-9.98	63.14	-11.56		

Hauptkostenstelle	APDRG BUDGET 2002 (SFr)	CM ABS 2010	CM ABS DELTA 2002	CM ABS 2010
M000 Fachgebiete (allgemein)	896'436	99.4	-0.2	4.94784
M100 Innere Medizin	6'781'224	621.4	-132.1	0.72915
M200 Chirurgie	11'492'053	1'153.00	-123.9	0.69893
M300 Gynäkologie und Geburtshilfe	5'867'658	615.9	-36.1	0.50909
M999 Gesamt	25'037'370	2'489.60	-292.3	0.66716

Schritte Benchmarking für **zukünftigen** Leistungsbedarf

1. Schritt 2007

Prognose Bedarf Spitalversorgung Bern



Benchmarks des **Kantons Bern**

2. Schritt 2010

Prognose Bedarf Spitalversorgung Bern



Benchmarks **der Schweiz und
des Kantons Bern**

(beste Benchmarks)

Verschiedene Benchmarks

1. Aufenthaltsdauer der stationären Fälle pro AP-DRG
2. Anteil der teilstationären Versorgung pro AP-DRG
3. Kooperation zwischen Akutspital und Reha-Klinik
4. (Anteil ambulanter Rehabilitation)

Benchmarking: „Aufenthaltsdauer“

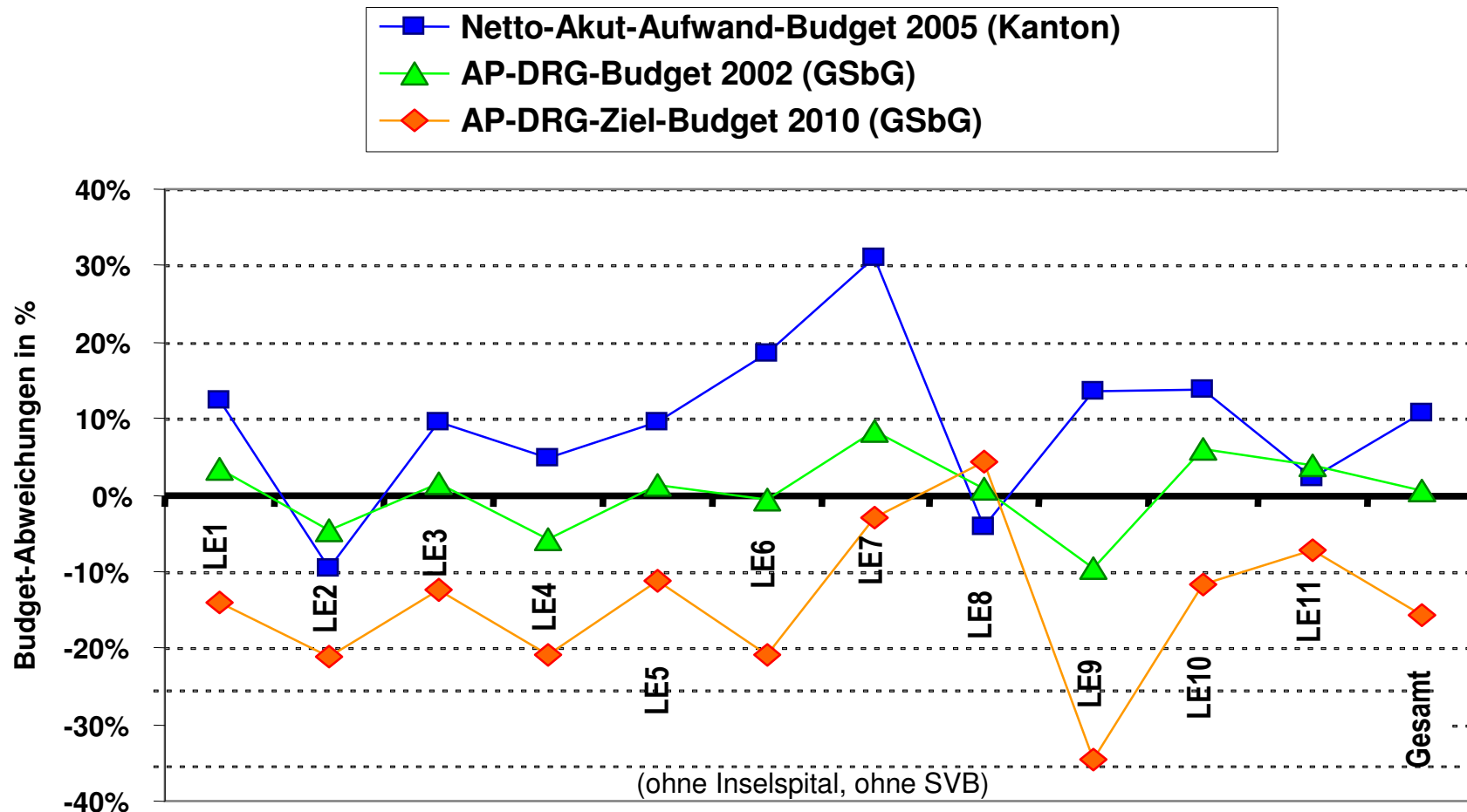
Ø Aufenthaltsdauer pro AP-DRG Nr. X			Benchmark unteres Quartil (25 % Benchmark)
KH-Nr. mit AP-DRG X	AD 2002	AD Neu	
KH 1	3,8 Tage	4,1 Tage	} 25 % Benchmark- Krankenhäuser
KH 2	3,9 Tage	4,1 Tage	
KH 3	4,1 Tage	4,1 Tage	
KH 4	4,3 Tage	4,1 Tage	} 75 % der Krankenhäuser (können sich am Benchmark orientieren)
KH 5	4,9 Tage	4,1 Tage	
KH 6	5,1 Tage	4,1 Tage	
KH 7	5,2 Tage	4,1 Tage	
KH 8	5,2 Tage	4,1 Tage	
KH 9	5,7 Tage	4,1 Tage	
KH 10	6,1 Tage	4,1 Tage	
KH 11	6,8 Tage	4,1 Tage	
KH 12	7,8 Tage	4,1 Tage	

Beispiel: Auswirkungen des Benchmarkings im
Fachbereich Ophthalmologie für das Jahr 2007

	FZ gesamt	FZ akut st	FZ akut tst	Kap ges	Kap st	Kap tst
Spital 1	-0.0%	-64%	+506%	-50%	-60%	+140%
Spital 2	-0.0%	-25%	+0.6%	-0.5%	-9%	+0.2%
Spital 3	-0.0%	-85%	+19%	-8%	-75%	+5%
Spital 4	-0.0%	-77%	+10%	-8%	-66%	+3%
Spital 5	-0.0%	-85%	+79%	-32%	-79%	+24%

Budgets Kanton und GSbG im Vergleich

Abweichungen von der Rechnungslegung 2003 (Null-Linie)



Akutspitäler Kanton Bern

Zuordnung des Leistungsangebots zu Versorgungsstufen

- Kt BE: zweistufiges Versorgungssystem
 - Regionale Spitalzentren: zuständig für die umfassende Grundversorgung in den Regionen
 - Universitätsspitäler: zusätzlich für die hochspezialisierte Versorgung zuständig

Zuordnung des Leistungsangebots zu Versorgungsstufen (2)

- Für die Planung der hochspezialisierten Medizin braucht es Angaben auf der Ebene der einzelnen Diagnosen (ICD-10) und Eingriffe (CHOP)
 - Wo werden hochspezialisierte Leistungen ausserhalb der Universitätsspitäler angeboten?
 - v. a. private Leistungserbringer
 - Nach welchen Kriterien kann vom Prinzip der zentral und universitär erfolgenden hochspezialisierten Versorgung abgewichen werden? (z.B. Mindestfallzahlen)

Evaluation der heutigen Angebotsstrukturen

- Substitutionspotential in Richtung teilstationärer Versorgung
 - bis 2010 können rund 20% der heute stationär behandelten Fälle teilstationär behandelt werden
 - Problematik: Teilstationäre Behandlungsformen benötigen weniger Bettenkapazitäten, stellen aber eigene Anforderungen an die Infrastruktur der Spitäler

Evaluation der Angebotsstrukturen (2) - Intersektorale Zusammenarbeit

- Benchmarking der stationären Verweildauer bei Kooperation eines Akutspitals mit einer Rehabilitationsklinik
- Wirkung des Benchmarks auf stationäre Behandlungstage eines Akutspitals
- Definition Benchmark
 - Bildung von Patientenkarrieren mit Aufenthalt in Akutspital und danach (innerhalb von 14 Tagen) Aufenthalt in Rehabilitationsklinik oder in einem anderen Spital
 - Benchmark der Aufenthaltsdauer des verlegenen Akutspitals pro Patient und AP-DRG
 - Benchmark = Spital mit Wert oberhalb des des unteren Quartils
- Durchführung Benchmarking
 - Einsetzen des Aufenthaltsdauer-Benchmarks als Aufenthaltsdauer pro AP-DRG und pro Spital (gilt für jedes Spital mit Behandlung über oder unter Benchmark) für jeden Fall mit Falleinschlusskriterien

Auswirkungen auf die Spitalliste

- Die Grundlage für eine leistungsbezogene Spitalliste ist geschaffen
- Mögliche Alternative zur Gestaltung der Leistungsaufträge als Fachbereiche
 - MDCs
- Möglichkeit zur Erstellung von Positiv- und Negativlisten
- Bedeutung der Spitalliste als Steuerungsinstrument nimmt zu

Umsetzung SpVG

- Abschluss von Jahresleistungsverträgen vor der Genehmigung der ersten Versorgungsplanung durch den Regierungsrat

Ungelöste Probleme

- Substitutionspotential in den ambulanten Sektor lässt sich nicht beziffern
- Rehabilitation
 - praktisch einheitliche Behandlungsdauer
 - keine Differenzierung bezüglich Diagnosegruppen

Fazit

- Eine leistungsbezogene Versorgungsplanung gemäss dem Leitfaden AA-LOSP ist durchführbar
- Die vorgestellte Methode der Versorgungsplanung liefert zahlreiche neue Einsichten
- Raum für Simulationen
 - z.B. Kooperation zwischen Akutspitälern und Reha-Kliniken
 - z.B. Kostengewichte
 - z.B. Casemix