

11.10.2011 SGfM Herbstmeeting

AP DRG, SwissDRG 0.3 und 1.0
Unterschiede vom CMI und
Grenzverweildauer in unterschiedlich
grossen Spitälern

Dr. med. Jörk Volbracht und Dr. med. Andreas Irion



**UniversitätsSpital
Zürich**



**SPITALREGION
RHEINTAL
WERDENBERG
SARGANSERLAND**

Fragestellungen

Wie unterscheiden sich die DRG Systeme

- AP
- SwissDRG 0.3
- SwissDRG 1.0

Hinsichtlich CMI pro Klinik

Hinsichtlich Verweildauerbeurteilung

Gibt es Unterschiede zwischen grossen und kleinen Spitälern ?

CMI Betrachtungen auf Klinikebene

Erwartungen:

je differenzierter das DRG System
desto höher die Vergütung in spezialisierten Bereichen

Differenzierte DRG Systeme bringen eine Umschichtung der Erlöse
von „allgemeinen“ Leistungen weg
hin zu spezialisierten Leistungen

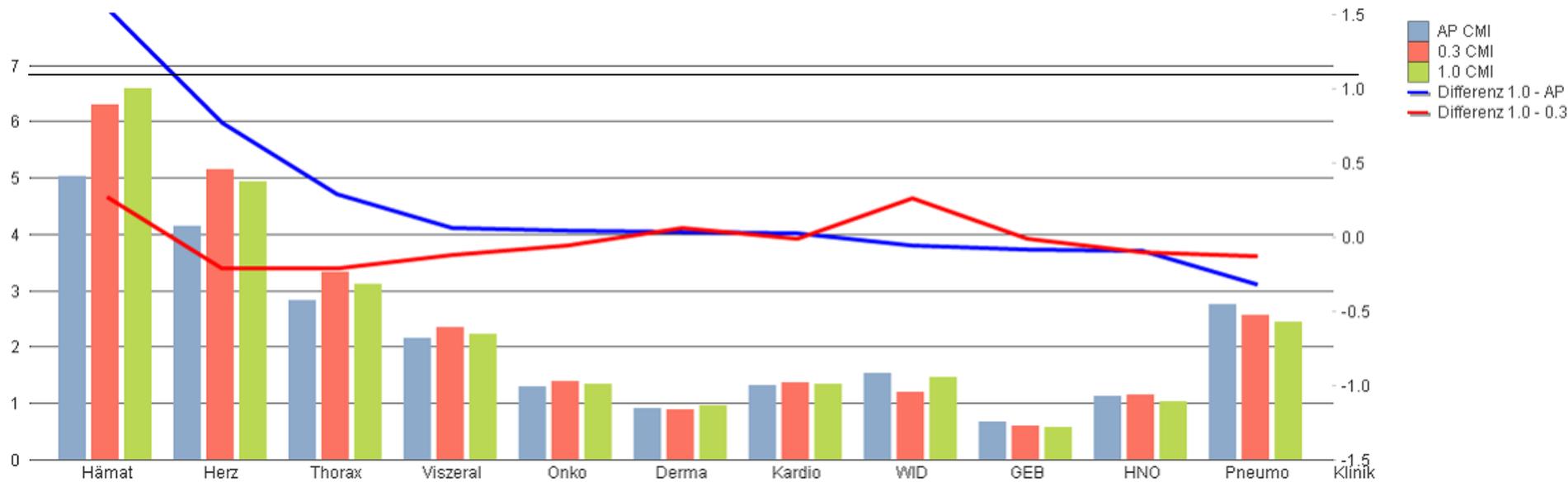
Ausgewählte Kennzahlen der Systeme

DRG Systematik

	AP DRG	% Anteil AP	SwissDRG 0.3	% Anteil 0.3	SwissDRG 1.0	% Anteil 1.0
Kalkulationsgrundlage	2004 / 2005		2008		2009	
Anzahl DRGs	878		1120		1080	
Anzahl DRGs am USZ	785	89.5%	906	80.9%	877	81.2%
Anzahl DRGs SR RWS	550	62.7%			508	47.0%
unbewertete Fälle USZ			165		6	
unbewertete Fälle SR RWS					0	
Maximale CW USZ	82.914		102.314		94.818	
Maximale CW SR RWS	18.67				8.733	

CMI Analyse USZ Austritte 2010

CMI Vergleich Daten 2010 (ausgewählte Kliniken)



CMI Betrachtungen auf Klinikebene

Ergebnis:

Spezialisierte Kliniken gewinnen im SwissDRG System 1.0 gegenüber AP DRG

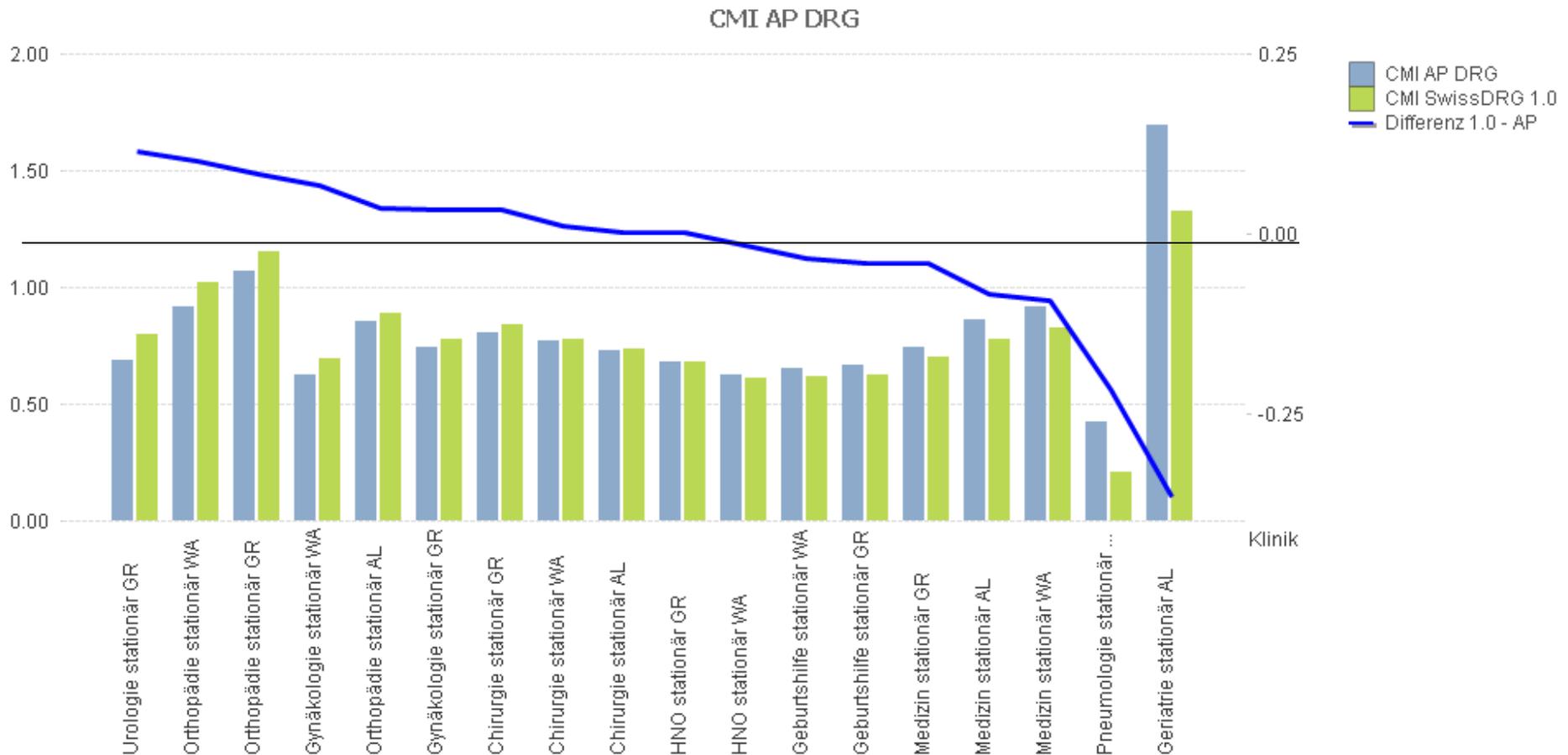
„Grundversorgende“ Kliniken verlieren in diesem Vergleich

Ausnahme Pneumologie:

80% der Leistungen sind Vorbereitungen zur Lungentransplantation

Streichung der A63Z führt zu Verlusten

CMI Analyse SRRWS Austritte 2010



**UniversitätsSpital
Zürich**



**SPITALREGION
RHEINTAL
WERDENBERG
SARGANSERLAND**

CMI Betrachtungen auf Klinikebene

Ergebnis in kleineren Spitälern:

Spezialisierte Kliniken (Urologie, Orthopädie) gewinnen im SwissDRG System 1.0 gegenüber AP DRG

Kliniken mit dem Spektrum von Grundversorgern verlieren in diesem Vergleich

Fazit:

- SwissDRG 1.0 spreizt die Vergütung von Leistungen versus AP DRG
- Die Spreizung führt zur Umverteilung von Erlösen auf Klinikebene
- Es ist zu vermuten, dass in Zukunft Erlöse auch auf Spitalebene umverteilt werden

Verweildauer-Betrachtungen auf Klinikebene

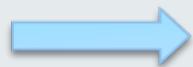
Vorbemerkung:

Allgemeine Verweildauerverkürzungen werden von den DRG Systemen übernommen und „einkalkuliert“

Zu erwarten:

Je jünger das DRG System desto kürzer die erwarteten mittlere Verweildauer

Bei gleichen Daten (2010 und unterschiedlichen DRG Systemen):

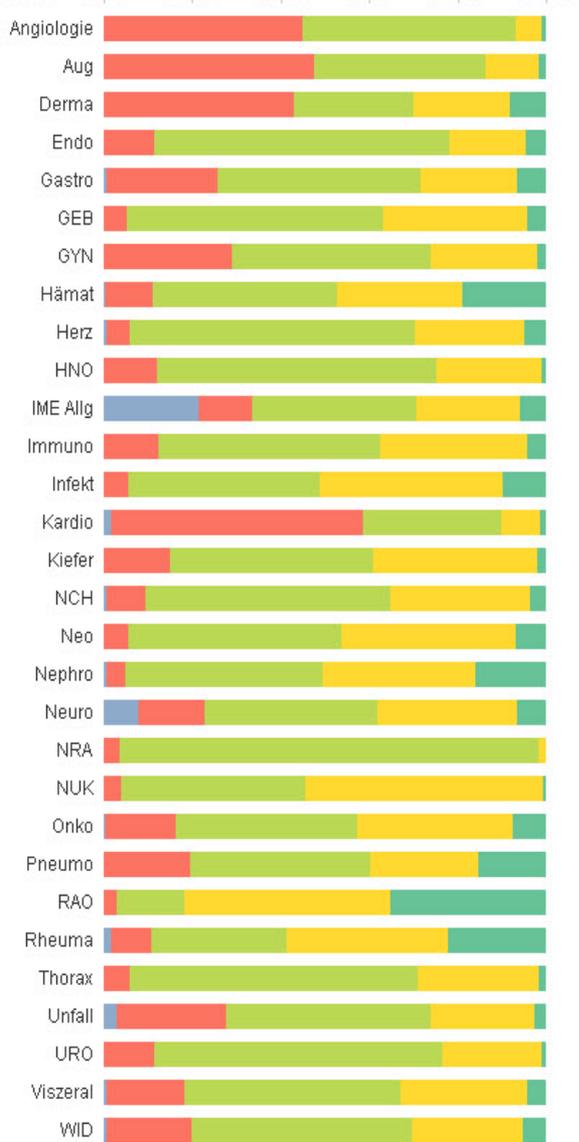


Kurzlieger (low outlier) nehmen von AP nach 1.0 ab
Langlieger (high outlier) nehmen von AP nach 1.0 zu

Verweildaueranalyse USZ Austritte 2010

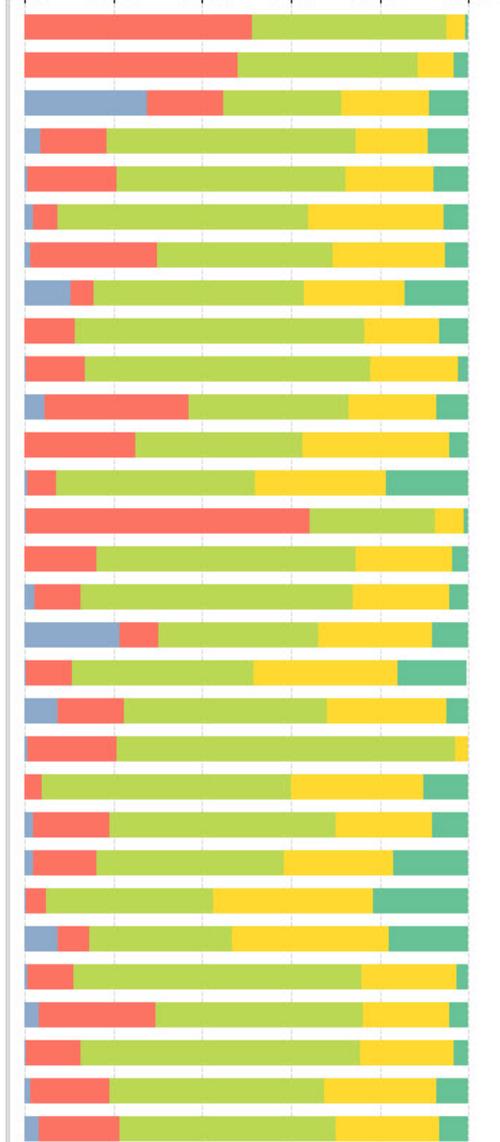
Verweildaueranalyse APDRG

Klinik 0.0% 20.0% 40.0% 60.0% 80.0% 100.0%



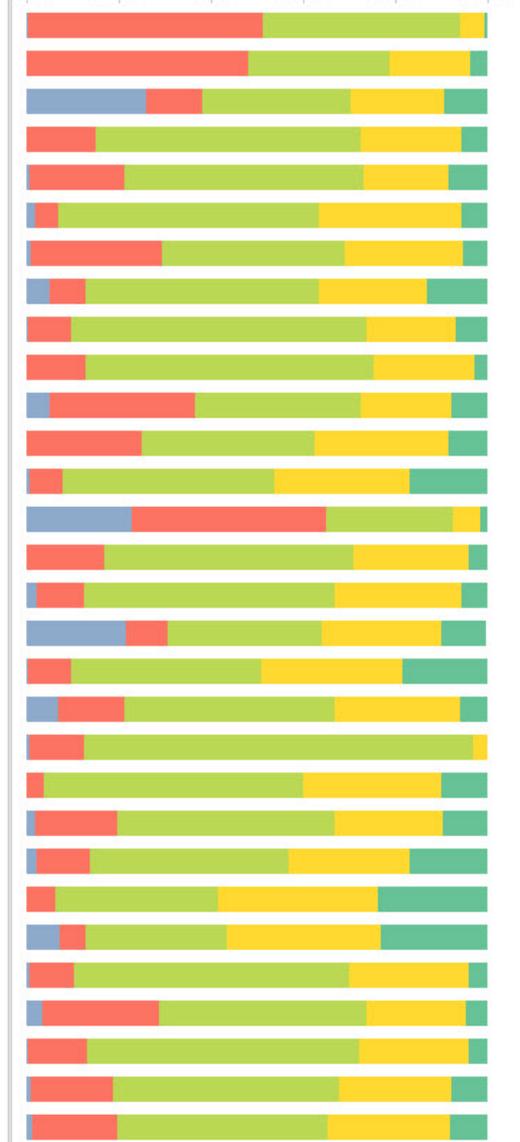
Verweildaueranalyse 0.3

0.0% 20.0% 40.0% 60.0% 80.0% 100.0%



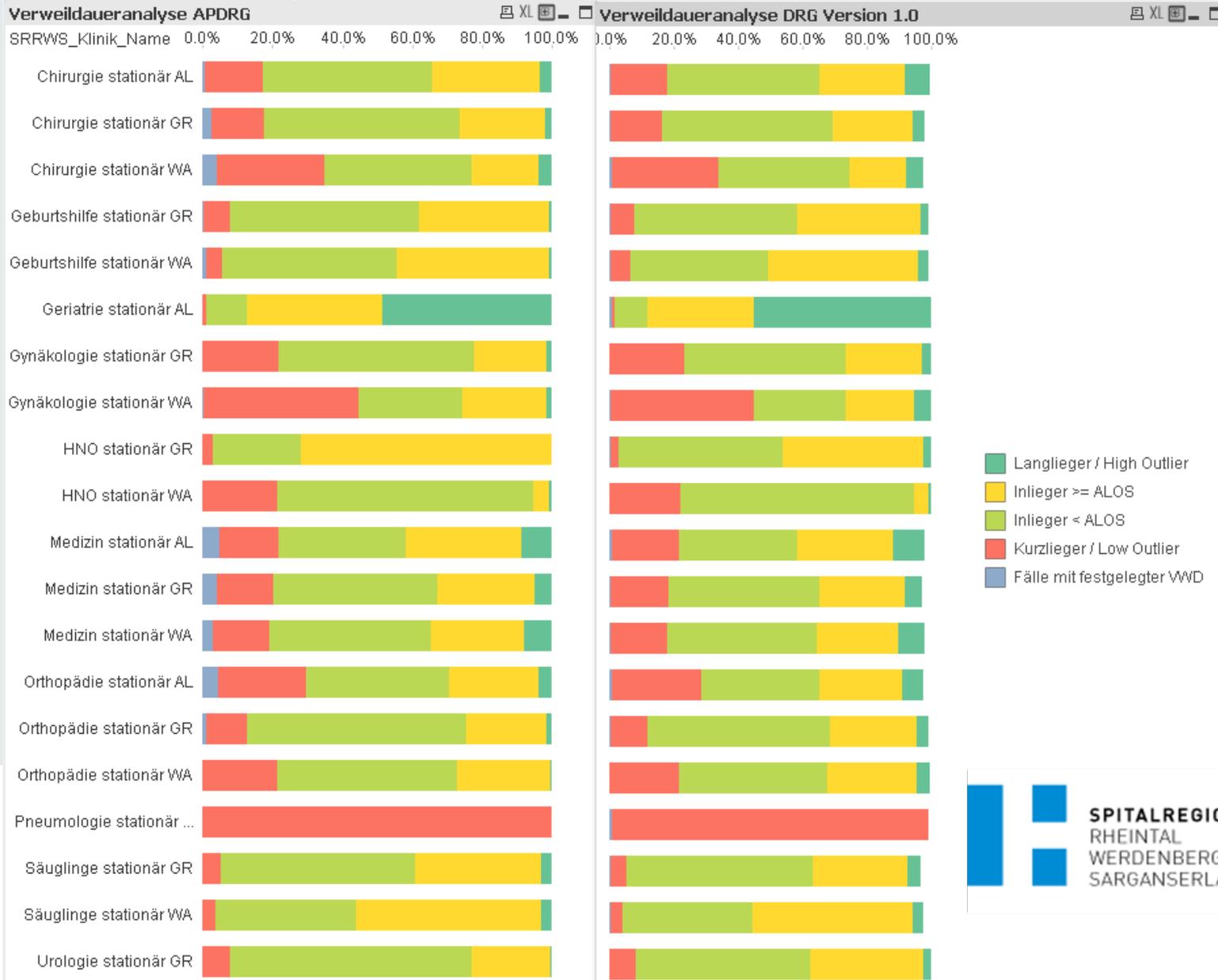
Verweildaueranalyse DRG Version 1.0

0.0% 20.0% 40.0% 60.0% 80.0% 100.0%



- Langlieger / High Outlier
- Inlieger >= ALOS
- Inlieger < ALOS
- Kurzlieger / Low Outlier
- Fälle mit festgelegter WVD

VWD Analyse SRRWS Austritte 2010



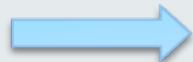
Verweildauer-Betrachtungen auf Klinikebene

Ergebnisse:

Die Erwartungen an die unterschiedlichen DRG Systeme sind nicht erfüllt.

Erklärungsversuch:

Der Korridor der Inlier im AP DRG System ist größer als der von SwissDRG 1.0



Verweildauervergleiche auf der Basis von Kurzliegern / Langliegern zwischen AP DRG und Swiss DRG sind nur über aufwändige Zusatzanalysen möglich – und dadurch fraglich.



Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit

Dr. Jörk Volbracht



**UniversitätsSpital
Zürich**

11.10.2011 SGfM Herbstmeeting



**SPITALREGION
RHEINTAL
WERDENBERG
SARGANSERLAND**

06.10.2011