



Spitäler schaffen Kostentransparenz

Teilnehmer



Thomas Straumann
CFO Merian Iselin Spital



Thomas Brack
Spitaldirektor Limmattal



Hugo Keune
Direktor Finanzen USZ / stv. Direktor

Wer ist der Verein Spitalbenchmark

Der Verein



Gründung 2007



Aktuell 155 Mitglieder aus den Bereichen Akut / Psychiatrie / Rehabilitation



Erheben und verifizieren von Kosten- und Leistungsdaten der Spitäler und Kliniken

Bereitstellen von Auswertungen für die Mitglieder

Erarbeiten des benchmark-orientierten Kosten- und Leistungsvergleichs

Wer ist der Verein Spitalbenchmark

Kennzahlen

Stationär

- über 7 Mio. Patientenfälle online abrufbar

In der Datenbank enthaltene Kosten für das Geschäftsjahr 2018

- Akut CHF 13'713'034'518
- Psychiatrie CHF 1'435'283'108
- Rehabilitation CHF 926'694'718

Ambulant

Basis Rechnungsstellung

- Umsatz CHF 10'951'209'919
- Rechnungen Anzahl 19.5 Mio.

Stand, 9.6.2019

SpitalBenchmark ist repräsentativ

Breite Abdeckung – alle Angebotsbereiche – Daten aus 25 Kantonen

Fälle im Vergleich zur Gesamtzahl

	BfS* 2017	SBM 2018	Anteil in %
Akut + Spez. Kliniken	1'319'187	1'145'295	86.8
Psychiatrie	65'948	58'015	88.0
Rehabilitation	57'263	51'744	90.3

Stand 9.6.2019

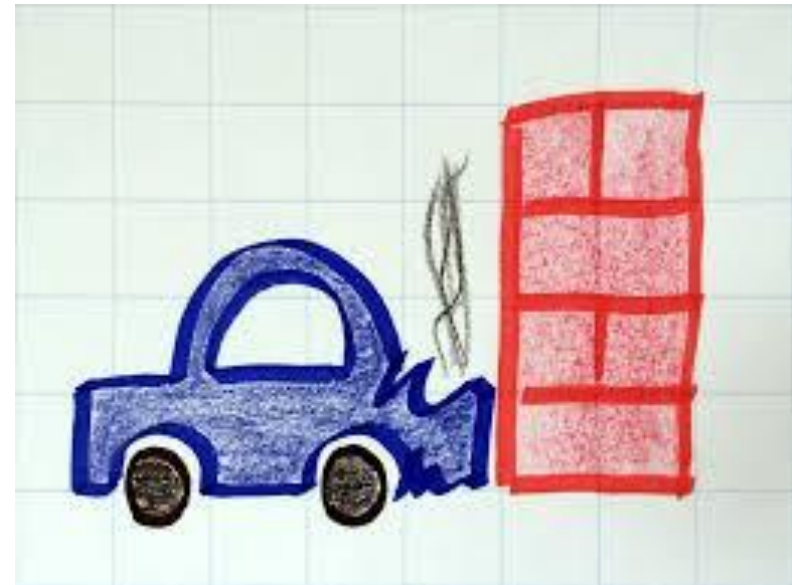
*Quelle: BFS Krankenhausstatistik T 14.04.01.02.01 / 23.11.2018

Warum sind wir hier....

Kostenbenchmark (Median nach VKL): CHF 10'188.-

Vergütungsbenchmark: CHF 9'650.-

Stand 10.6.2019



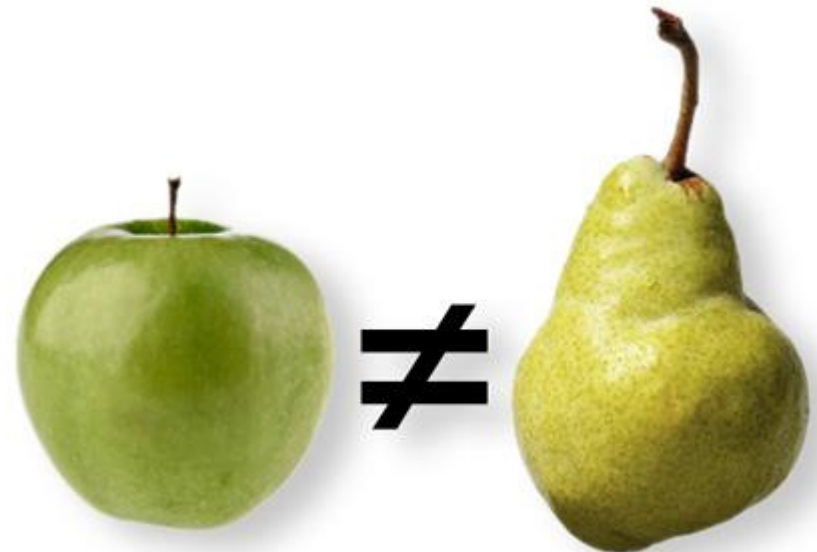
Und es funktioniert doch....

- Quersubventionierung über Zusatzversicherungen
- Fehlfinanzierung der öffentlichen Trägerschaften (Defizite)



Spitalkosten sind nicht gleich Gesundheitskosten...

- „Herstellkosten“ der Spitäler
- Fallpauschalen (Entschädigung für die Spitäler)



Spitalkosten sind nicht gleich Gesundheitskosten...

Herstellkosten der Spitäler sind stabil...

Fallpauschalen sinken..

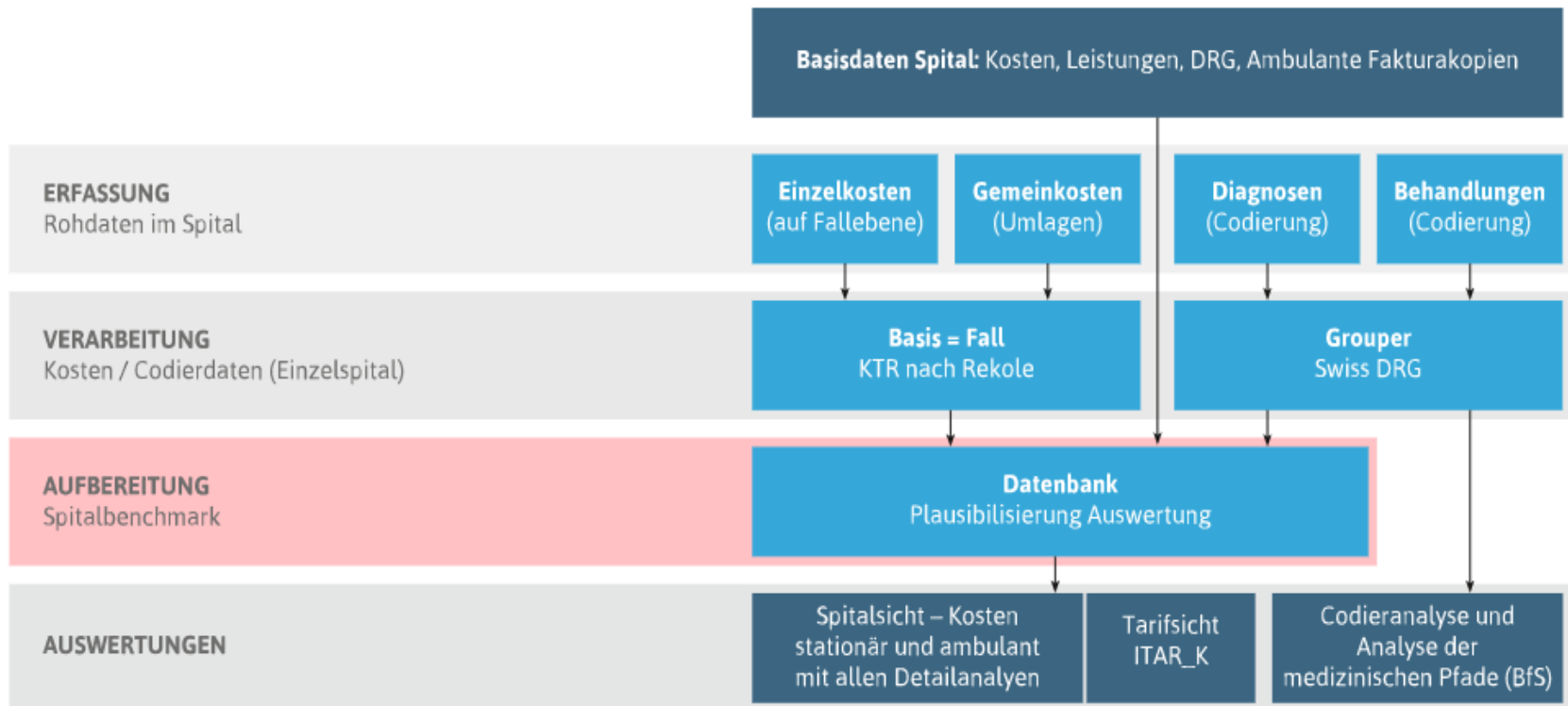
aber

Prämien steigen...



Wie funktioniert die Datenerhebung des SpitalBenchmark?

Prinzip der Datenerhebung



Weshalb sind die Daten «SpitalBenchmark» diejenigen mit der besten Datenqualität?

SB hat die besten Daten um einen Benchmark zu erstellen, weil

- Basis verschiedene Datengrundlagen: Betriebsbuchhaltung, Fallkosten, Kodier-, Finanzdaten, Krankenhausstatistik, Jahresberichte
- Erhebung erfolgt nach rein betriebswirtschaftlichen Grundsätzen und Vorgaben des Spitalverbandes H+
- Verifizierung erfolgt nach schriftlicher Prüfvorgaben. Berücksichtigt Buchführungsvorgaben nach dem Branchenstandard REKOLE⁽¹⁾, Urteile BVG, GDK-Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung
- Prüfungen standardisiert durchgeführt und protokolliert, nachvollziehbar begründet, dem Mitglied zugestellt.
- Mängel werden behoben und nachgeprüft

(1) rund 80% der SBM Mitglieder sind REKOLE zertifiziert; sprich ihre Kostenrechnung hat ein Branchenqualitätslabel erreicht. Das Label wird laufend weiterentwickelt, das Spital muss sich regelmässig rezertifizieren. (Nicht Zertifizierte Mitglieder werden speziell geprüft)

Weshalb sind die Daten «SpitalBenchmark» diejenigen mit der besten Datenqualität?

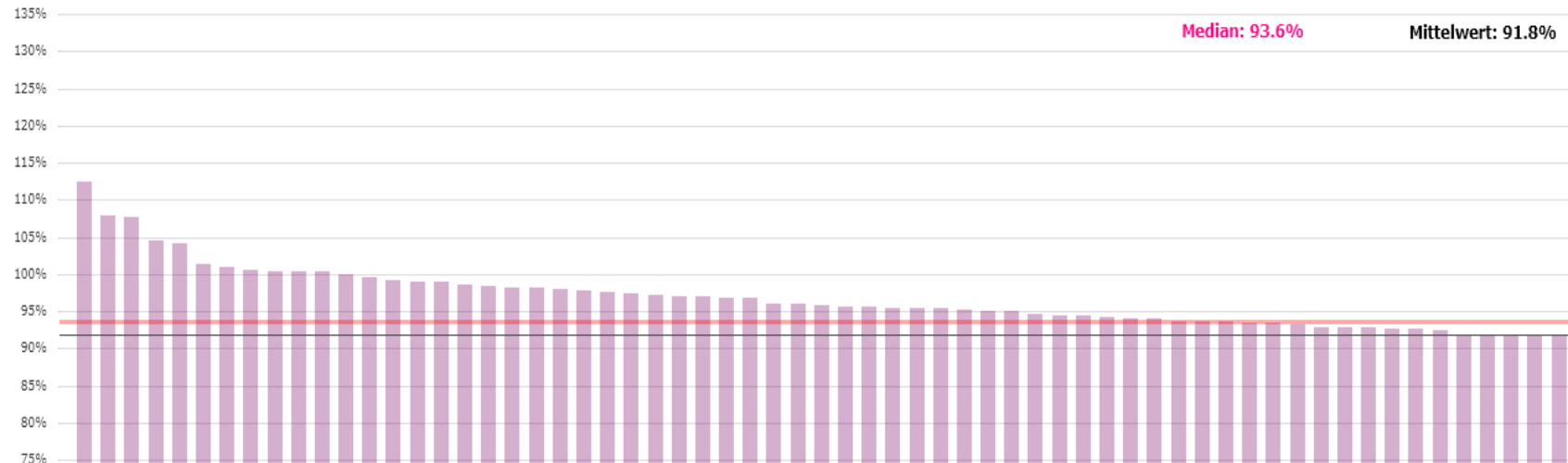
Die Herstellungskosten der Spitäler werden unverfälscht offengelegt!

- Nur validierte Mitglieder kommen in den Benchmark
- SpitalBenchmark ändert keine Daten und nimmt keine willkürlichen oder normative Abzüge vor
- Der Benchmark von Krankenkassen, Gesundheitsdirektorenkonferenz und Preisüberwachung enthalten solche Abzüge

Kostendeckungsgrad KVG stationär

Auszug

214 Kostendeckungsgrad in % bei Patienten rein stat. KVG akut REKOLE (ITAR_K)



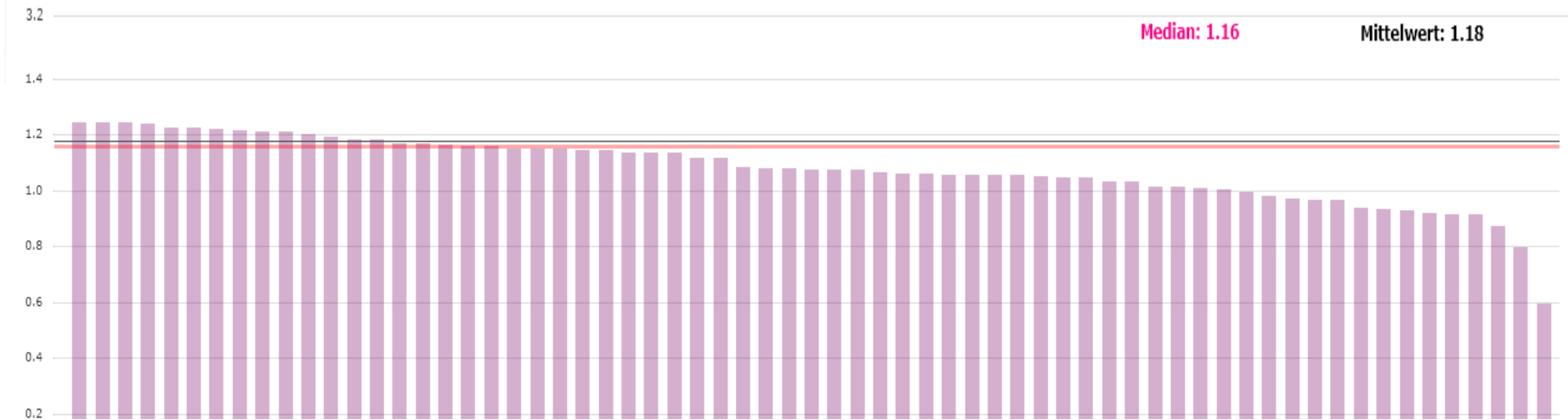
Kommentar:

Kostendeckungsgrad beträgt im Mittel 91.8%

- nur rund 10% der Spitäler und Kliniken können die Kosten decken
- es erfolgt eine Quersubventionierung aus dem Zusatzversicherungsbereich
- Gewinne in notwendiger Höhe für Rückstellungen (Erneuerung Infrastruktur) bestehen nicht
- **viele Spitäler leben von der Substanz. Da es auch in Zukunft Spitäler und Kliniken braucht, wird die «nächste» Generation die Kosten zu tragen haben. -> siehe AHV**

Kosten je TP TARMED (Grafik = Auszug)

324,1 Ambulant: Kosten je Taxpunkt TARMED inkl. Anlagennutzung VKL (ITAR_K)

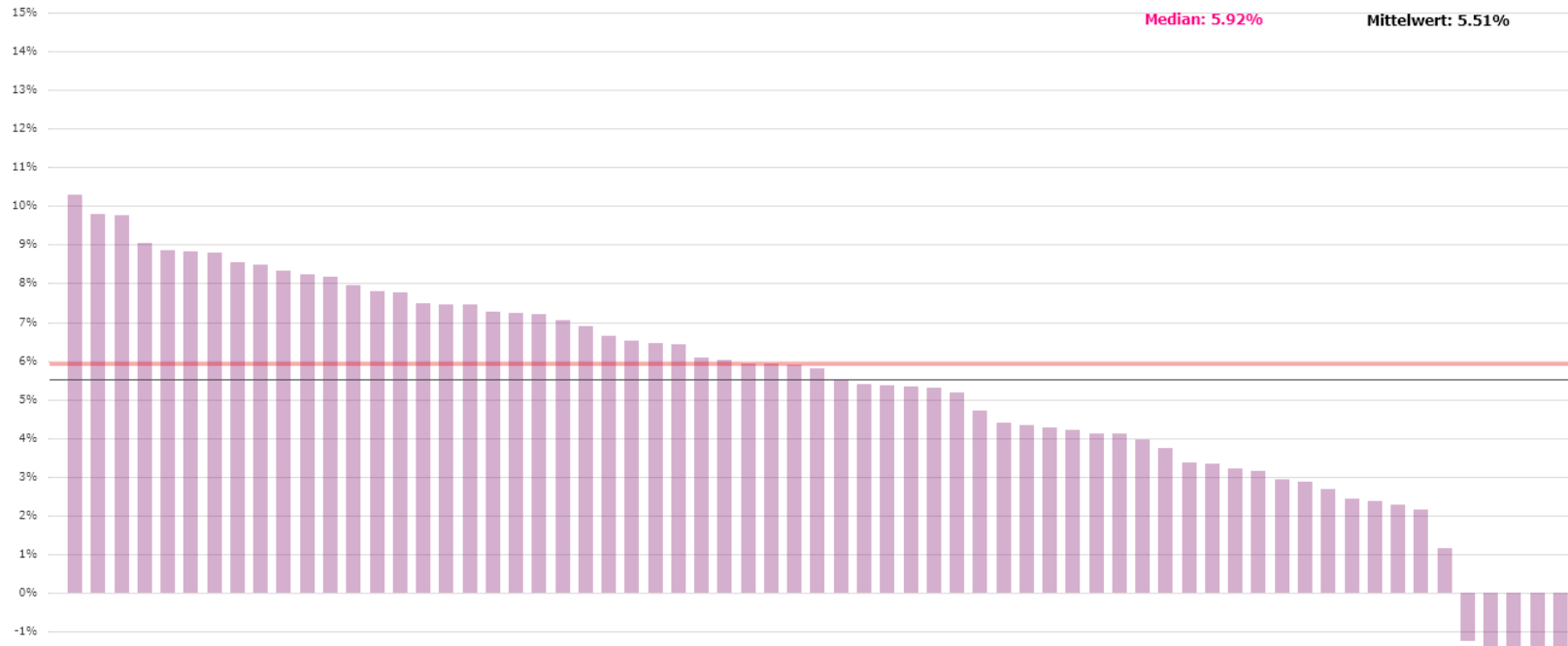


Kommentar:

- Median 2018: CHF 1.16 (Kostendeckungsgrad 84.6%)
- Mittelwert 2018: CHF 1.18 (Kostendeckungsgrad 84.1%)
- Von 102 Spitälern haben nur 12 Spitäler tiefere Kosten als CHF 1.00 pro TP

EBITDA (Grafik = Auszug)

152 EBITDA Marge (EBITDA im Verhältnis zum Umsatz)



Kommentar:

- Median 2018: CHF 5.92
- Mittelwert 2018: CHF 5.51
- PWC Studie besagt, dass 10% EBITDA Marge für nachhaltige Finanzierung nötig ist
- Nur 5 Mitglieder (inkl. Hirslanden Konzern) erreichen 10% Marge.

Keine kostendeckende Tarife → Massive Unterfinanzierung

- Spitäler engagieren sich für möglichst kostengünstigen Leistungserbringung
- Benchmark auf dem 20. Perzentil - wie von tarifsuisse und Preisüberwachung gefordert ist weder methodisch (Basis Anzahl Spitäler) noch inhaltlich gerechtfertigt
- 20. Perzentil bedeutet dass rund 80% der Spitäler und Kliniken unterfinanziert sind
- Das BVG erachtet 40. Perzentil (fallgewichtet) auch unter dem Aspekt der Versorgungssicherheit als angemessen.

Regulierungsdichte nimmt massiv zu

Spitalbezogene Basisdaten

(Basisjahr 2018 für Tarife 2020)

B) Stellen (Vollzeitäquivalent)	Gesamt
Ärzte	0.0
Pflegepersonal	0.0
Medizinisch-therapeutisches Personal	0.0
Sozialdienste (Beratung und Unterstützung)	0.0
Hausdienstpersonal	0.0
Technische Dienste	0.0
Administrativpersonal	0.0
C) Betten	Gesamt
Normalbetrieb	0
Betriebene Betten	0
S'il vous plait indiquer dans le commentaire	
D) Mehrwertsteuer:	Gesamt
Enthalten die ausgewiesenen Kostendaten (gemäss ITAR_K) Steuerkosten aus der MwSt?	
Falls ja, wie hoch ist die zurückgeforderte Vorsteuer in CHF?	

Jährlich fordern die Krankenkassen neue Statistiken, Auswertungen, Formulare, welche für die Preisfindung keine Relevanz haben

Beispiele:

- Anzahl VVG-Versicherte, Dotation von Personal, «Gemeinwirtschaftlichen Leistungen» usw. Alles Daten, welche für die Preisfindung keine Relevanz haben.
- komplette Betriebskostenrechnung muss BAG und den GD's offengelegt werden.

Fazit: Es gibt keine andere Branche, die so umfassend Transparenz schafft!

Unterfinanzierung hält an

Gestehungskosten (Fallnormkosten) der Spitäler sind – trotz Preiserhöhung bei Löhnen und Sachkosten – seit 2015 gleich geblieben bzw. sogar **gesunken**.

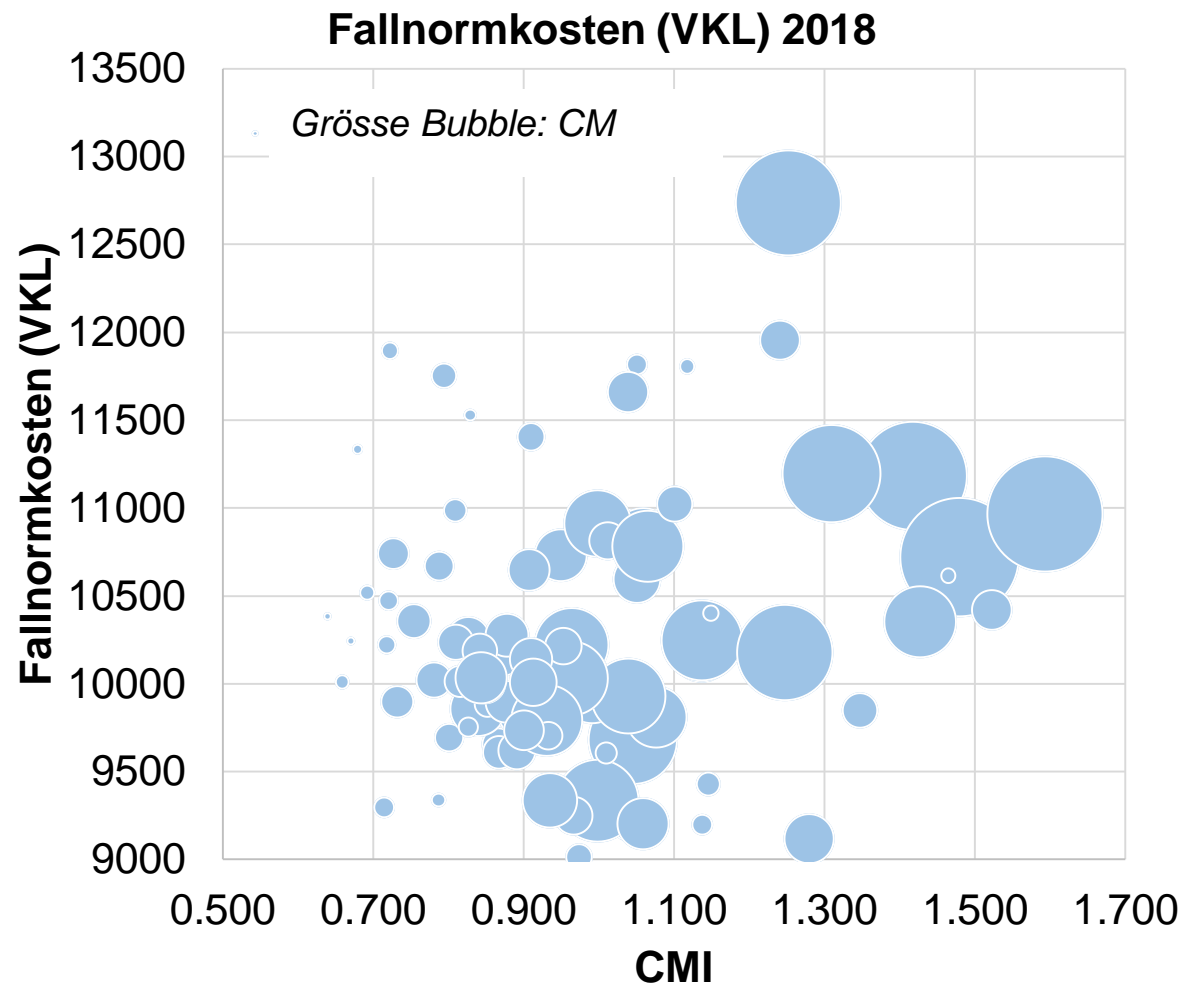
Unterfinanzierung hat sich 2018 leicht verringert, ist aber mit rund **600 Mio. CHF** immer noch massiv.

Jahr	Baserate HSK	Median Fallnormkosten nach VKL	Differenz	Casemix	Unterfinanzierung
2015	9'701	10248	547	1'187'869	649'178'122
2016	9'735	10240	505	1'224'695	618'551'547
2017	9'765	10301	536	1'241'362	664'854'141
2018	9'721	10188	467	1'236'526	576'333'527

Fallnormkosten lassen sich nicht 1:1 vergleichen

Blosser Vergleich der Fallnormkosten zur Bestimmung eines wirtschaftlichen und fairen Benchmarking-Preises reicht nicht aus.

Verein Spitalbenchmark liefert die richtigen Kosten (Zähler). Für einen fairen Vergleich muss Swiss DRG die richtigen Kostengewichte (Nenner) liefern. Diese Voraussetzung besteht noch nicht. Daher braucht es **differenzierte Baserates**.



Politiker machen Politik...

Spitalbetreiber betreiben Spitäler...

Wir machen unsere Aufgaben!



Verein SpitalBenchmark schafft Transparenz...

- Validierte, unverfälschte Daten
- Aufzeigen von Zusammenhängen
- Schaffen von Optimierungspotential

