

Zusammenfassung der Studie „Theoretische und empirische Analyse zu den Mehrkosten der Kinderspitäler unter SwissDRG“ durch die SwissDRG AG

28.07.2017/RG

1. Kernergebnis 1

Kinder sind grundsätzlich günstiger als Erwachsene.

1.1 Bewertung

Die Tatsache, dass Kinder grundsätzlich günstiger sind als erwachsene Patienten gilt es ausdrücklich zu erwähnen, da dies allgemein nicht so erwartet wurde. Zudem ist die Aussage für Kinder in allen Alterskategorien gültig. Differenziert nach Liegestatus wird ersichtlich, dass einzig die Langlieger-Kinder teurer sind als Ihre erwachsenen Pendanten, Kurz- und Normallieger sind sogar günstiger. Dieses Ergebnis bestätigt die Erkenntnisse der SwissDRG AG umfänglich.

Die Mehrkosten von 60% bei Langlieger-Kindern (bei gleichbleibenden übrigen Merkmalen) erscheinen hoch. Unter Berücksichtigung der relativen Anteile je Liegestatus-Klasse (Kinder sind deutlich öfter Kurzlieger und etwas seltener Langlieger als Erwachsene) werden die Mehrkosten der Langlieger über die Normal- und Kurzlieger überkompensiert. Es gilt zu bemerken, dass es sich um gesamtschweizerische Durchschnittswerte handelt und nicht auf einzelne DRGs geschlossen werden kann.

Für diejenigen Kinder-Fälle, welche in gemischte DRGs (Erwachsene und Kinder) gruppiert werden, werden die Mehr- und Minderkosten gegenüber den Erwachsenen eruiert. Mit den um die geschätzten Kostendifferenzen angepassten Fallkosten werden erneut Fallnormkosten errechnet. Für die Kinderspitäler resultieren um 115 CHF tiefere Fallnormkosten, was bedeutet, dass von den ursprünglich genannten Fallnormkosten von 11'454 CHF (vgl. S.12) 115 CHF (rund 1%), durch die Tatsache legitimiert werden, dass Kinder nicht immer durch reine Kinder-DRG vergütet werden. Obwohl die Kurzlieger- und Inlier-Kinderfälle im Durchschnitt günstiger sind, vermögen diese für die Kinderspitäler die höheren Kosten der Langlieger-Kinder nicht zu kompensieren, zumal die Langlieger-Anteile hier höher ausfallen. Zusätzlich findet die strukturelle Zusammensetzung der Fälle in den Liegestatus-Kategorien hier keine weitere Beachtung. Es ist deshalb schwierig zu beurteilen, ob es sich tatsächlich um „gerechtfertigte“ Mehrkosten der Kinderspitäler handelt.

1.2 Fazit

- Kinder sind grundsätzlich günstiger als erwachsene Patienten.
- Kinder-Langlieger verursachen im Vergleich zu den erwachsenen Pendanten Mehrkosten.

2. Kernergebnis 2

Die Mehrkosten der Kinderspitäler entstehen hauptsächlich bei der Behandlung ihrer Erwachsenen, der Kinder in reinen Kinder-DRGs und bei der Behandlung der Kinder mit sehr langen Liegedauern.

2.1 Bewertung

Der Fakt, dass bei erwachsenen Patienten, welche in den Kinderspitälern behandelt werden Mehrkosten entstehen, soll vernachlässigt werden. Dies weil diese angesichts der Fallzahlen (Abbildung 2) nicht ins Gewicht fallen und weil diese Fälle nicht zum Kerngeschäft der Kinderspitäler gehören.

Die Aussagen betreffend Kinder in reinen Kinder DRGs und hoher Liegedauer muss in Kombination betrachtet werden (Tabelle 6 lässt dazu keine eindeutige Aussage zu). Tabelle 8 dagegen zeigt, dass der Effekt der Langlieger für Kinderspitäler bei gemischten DRGs deutlich schwächer, bei reinen Kinder

DRGs allerdings stärker ausfällt. Weshalb die Kinder, welche in den reinen Kinderspitälern behandelt werden und in reine Kinder-DRGs gruppiert werden teurer sind, wird aus der Analyse nicht ersichtlich.

2.2 Fazit

- Erwachsene Patienten, welche in Kinderspitälern behandelt werden, sind zu vernachlässigen.
- Langlieger-Fälle der Kinderspitäler in reinen Kinder-DRGs weisen gegenüber Langlieger-Kinderfällen welche nicht in einem Kinderspital behandelt wurden Mehrkosten auf. Die Kostentreiber dieser Fälle können aus dieser Analyse nicht eruiert werden.

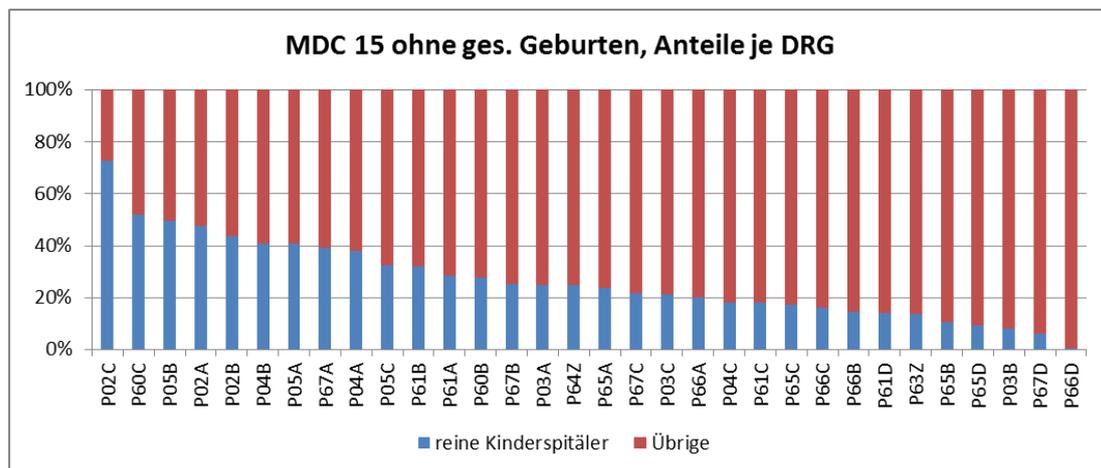
3. Kerneergebnis 3

Bei den Kindern sind die Kinderspitäler aufgrund von erklärbaren Patientenstrukturunterschieden teurer als andere Spitäler. Gemäss Studie lassen sich sämtliche Mehrkosten der Kinderspitäler mit Unterschieden in der Patientenstruktur (Aufnahmeverlegt, IV-Fälle, Anzahl Diagnosen) erklären.

3.1 Bewertung

Die Aussage erscheint auf den ersten Blick plausibel. Von den genannten Patientenmerkmalen sind in erster Linie „Aufnahmeverlegt“ und „IV-Fall“ zu berücksichtigen. Die Anzahl der Diagnosen soll dagegen nicht zu stark ins Gewicht fallen, da diese nicht manipulationsresistent ist.

Betreffend dem Argument, dass den Kinderspitälern aufgrund der tiefen Fallzahlen bei der Kalkulation der Tarifstruktur ein geringes Gewicht zukommt gilt zu sagen, dass dies in der Gesamtsicht der (Kinder-) Fälle zutrifft. Um in der Kalkulation keine Verzerrungen von Spitälern zu generieren, fliesst jeder Fall pro DRG mit derselben Wichtigkeit in die Berechnung der Tarifstruktur ein (One-Hospital-Approach). Weiter ist zu bemerken, dass Betrachtung auf dem Gesamtlevel wenig sinnvoll erscheint, sondern die Anteile in den einzelnen DRGs entscheidend sind. Folgende Grafik verdeutlicht dies anhand der Anteile der Kinderspitäler an den Gesamtfallzahlen der DRGs in der MDC 15.



3.2 Fazit

- Die Patientenstruktur der Spitäler beeinflusst die Kostenstruktur derselben.
- Im One-Hospital-Approach wird bei der Kalkulation der Tarifstruktur jedem Fall pro DRG dieselbe Wichtigkeit zugestanden. Die Kinderspitäler können in diesem Sinn gegenüber anderen Spitalern nicht bevorzugt behandelt werden.

4. Kerneergebnis 4

Kranke Neugeborene mit Aufnahme von anderen Spitalern sind der Haupttreiber für die Mehrkosten bei den Kindern.

4.1 Bewertung

Wird das Kerneergebnis 3 weiter ausdifferenziert, zeigt sich, dass die Fälle von neugeborenen und damit aufnahmeverlegten Patienten in den Kinderspitälern Mehrkosten aufweisen. Sind diese Fälle zudem IV-Fälle, fallen die Kosten im Durchschnitt noch höher aus. In diesem Schritt wird das Modell aus Kerneergebnis 3 dahingehend erweitert, dass die einzelnen Effekte für die Kinderspitäler separat betrachtet werden. Diese Betrachtung führt dazu, dass nicht mehr die gesamten Mehrkosten der Kinderspitäler mit Patientenmerkmalen erklärt werden können (siehe Tabelle 15). Von den ursprünglich ausgewiesenen 6.4% Mehrkosten der Kinderspitäler verbleiben im erweiterten Modell 4.1% Mehrkosten (64%), welche auf unterschiedlichen (Preis-)Faktoren basieren. Auf Details zu den genannten Faktoren geht der Bericht nicht näher ein.

4.2 Fazit

- Es existieren Merkmale in der Patientenstruktur, welche für ein Spital nachteilig wirken können. Die kostenreibenden Fallmerkmale können aus dieser Analyse nicht eruiert werden.
- Kinderspitäler weisen im Modell, welches die relevanten Merkmale für die reinen Kinderspitäler separat prüft, unerklärte Mehrkosten von 4.1% gegenüber den übrigen Spitalern auf.

5. Kerneergebnis 5

DRGs mit überdurchschnittlich hohen Fallnormkosten treffen die Kinderspitäler negativ und führen zu Mehrkosten.

5.1 Bewertung

Die Tatsache, dass die Ausfinanzierung jeder einzelnen DRG hinsichtlich der Kalkulation der Tarifstruktur SwissDRG keine Zielgrösse darstellt, lässt zu, dass einzelne DRGs im Durchschnitt über- oder untervergütet werden. Ziel ist es vielmehr, die Normallieger pro DRG kostendeckend zu finanzieren. Abhängig von der Verteilung der Fälle in Kurz- oder Langlieger können sich im Durchschnitt pro DRG unterschiedliche Deckungsgrade ergeben. Analysen, welche eine durchschnittliche Ausfinanzierung aller Fälle einer DRG zur Zielgrösse haben, zeigen, dass Kurzlieger im Durchschnitt stärker übervergütet und Langlieger stärker untervergütet würden. Zudem würde eine Unter-/Übervergütung der Normallieger möglich, was den Bestrebungen der SwissDRG AG widerspricht.

Nach Berücksichtigung der oben erwähnten Einschränkung weist eine Abweichung der mittleren Fallnormkosten von 1% der reinen Kinderspitäler gegenüber den „gemischten Kinderspitälern“ auf eine ausgeglichene Tarifstruktur hin. Zudem bleibt zu bemerken, dass die Abweichung von 1% lediglich auf einem Vergleich von Mittelwerten basiert und demzufolge keine Aussage bezüglich Signifikanz gemacht werden kann.

5.2 Fazit

- Die Methodik zur Kalkulation der Tarifstruktur lässt zu, dass gewisse DRGs im Durchschnitt über- oder untervergütet werden.
- Eine Abweichung der mittleren Fallnormkosten von 1% der reinen Kinderspitäler gegenüber den „gemischten Kinderspitälern“ weist auf eine ausgeglichene Tarifstruktur hin.

6. Allgemeine Bemerkungen

- Entgegen der Vorgaben des Auftraggebers enthält der Schlussbericht neben den statistischen Aussagen auch inhaltliche Wertungen, was eine unvoreingenommene Interpretation der Studie behindern kann.
- Die SwissDRG AG begrüsst es, dass bis auf Kernergebnis 5, strikt die Kosten- und nicht die Vergütungsseite betrachtet wurde. Gemäss Mandatsvertrag zwischen der SwissDRG AG und der Polynomics AG soll ausschliesslich die Kostenseite betrachtet werden.
- In der gesamten Studie werden die reinen Kinderspitäler als homogene Gruppe betrachtet. Diese Spitäler unterscheiden sich aber in entscheidenden Merkmalen, weshalb Resultate, welche einen mittleren Effekt für alle Kinderspitäler gemeinsam ausweisen, mit einer gewissen Vorsicht zu geniessen sind.
Dieser Umstand liegt nicht in der Verantwortung der Auftragnehmer. Dies war von Seiten SwissDRG AG so gewünscht, um die einzelnen Kinderspitäler in der Studie nicht identifizieren zu können.
- Zudem erscheint ein Vergleich der Kinderfälle der reinen Kinderspitäler mit den Kinderfällen aller anderen Spitäler nicht immer sinnvoll. Es ist davon auszugehen, dass die Fälle der Kinderspitäler betreffend deren „Struktur“ jenen der Unispitälern am ehesten entsprechen. Ein Vergleich mit den entsprechenden Fällen der Unispitäler würde die Aussage der Resultate robuster ausfallen lassen.
- Die Ausscheidung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL) in den Kostendaten ist für die SwissDRG AG aktuell nicht nachvollziehbar. Allfällige Unterschiede in diesem Bereich und deren Auswirkung auf die Resultate der Untersuchung sind zurzeit nicht abschätzbar.
- Die Aussagen und Quantifizierungen der einzelnen Kernergebnisse darf nicht isoliert betrachtet und nicht aufsummiert werden, sondern müssen im Gesamtkontext berücksichtigt werden. Es ist zum Beispiel davon auszugehen, dass sich die Langlieger Fälle aus Kinder DRGs (Kernergebnis 2) mit den neugeborenen aufnahmeverlegten Fällen decken. Allerdings kann diese Frage aufgrund des Berichts nicht mit Sicherheit beantwortet werden.