

Erwünschte und unerwünschte Optimierungen von Leistungsmengen und -verlagerungen im stationären Spitalbereich

Zusammenfassung

Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)



**Erwünschte und unerwünschte Optimierungen betreffend Leistungsmengen
und -verlagerungen im stationären Spitalbereich
Zusammenfassung**

Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)

Polynomics AG

Dr. Philippe Widmer, Dr. Maria Trottmann, Philip Hochuli, Dr. Harry Telser

Helsana Versicherungen AG

Dr. Oliver Reich, Matthias Früh

19. Mai 2017

Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage	4
2	Ziele der Studie.....	4
3	Auswertungen zur Mengenentwicklung	5
3.1	Theoretisch zu erwartende finanzielle Anreizwirkungen	5
3.2	Hypothesen und Prüfstrategie	5
3.3	Kernergebnisse	7
3.4	Fazit und Limitationen	7
4	Auswertungen zur Leistungsverlagerung	8
4.1	Theoretisch zu erwartende finanzielle Anreizwirkungen	8
4.2	Hypothesen und Prüfstrategie	9
4.3	Kernergebnisse	10
4.4	Fazit und Limitationen	10
5	Schlussfolgerungen.....	11

1 Ausgangslage

Mit der Revision der Spitalfinanzierung wollte der Gesetzgeber die Markttransparenz verbessern und den Wettbewerb zwischen den Spitälern erhöhen. Zudem sollten die Spitäler dank der Einführung von SwissDRG betriebswirtschaftliche Anreize erhalten, ihre Kosteneffizienz zu steigern.

Letzteres muss allerdings nicht automatisch eintreffen. Unschärfen in der SwissDRG-Tarifstruktur und in der Ausgestaltung des Vergütungssystems können zusätzlich ein Verhalten fördern, das den Zielen von SwissDRG entgegenläuft. Dies betrifft beispielsweise die Selektion von lukrativen Patienten oder Leistungen sowie die Mengenausweitung der Patientenfälle, die nicht auf eine Nachfragesteigerung zurückzuführen ist.

Im Schweizer Kontext sind vor diesem Hintergrund seit 2012 zwei grosse Fragen mehrheitlich noch ungeklärt:

- Inwiefern führte SwissDRG dazu, dass die Spitäler angebotsseitig höhere Fallzahlen induzierten (*angebotsinduzierte Nachfrage*)?
- Inwiefern kam es durch die Einführung von SwissDRG zu systematischen Verlagerungen von gesamten Leistungen oder einzelnen Leistungskomponenten in vor- oder nachgelagerte Leistungsbereiche (*Leistungsverlagerungen*)?

Im Rahmen der Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) deshalb Polynomics gemeinsam mit Helsana Versicherungen mit einer wissenschaftlichen Studie beauftragt, in der auffällige Mengenentwicklungen bei Leistungen im stationären Spitalbereich und Verlagerungen von Leistungen aus dem und in den stationären Spitalbereich analysiert werden sollen. Es handelt sich dabei um Folgen, die direkt auf die Einführung von SwissDRG zurückgeführt werden können.

2 Ziele der Studie

Der Fokus der Studie liegt auf den Entwicklungen seit der Einführung von SwissDRG. Dazu wird neben dem theoretischen Potenzial in der empirischen Analyse das beobachtbare Verhalten der Spitäler vor und nach der Einführung von SwissDRG untersucht. Thematisiert werden die folgenden Forschungsfragen:

1. Welche Leistungen bzw. welche Kategorien von Leistungen sind theoretisch interessant und praktisch geeignet für Optimierungen im Bereich der Leistungsmengen und -verlagerungen?
2. Kommt es als Folge der neuen Spitalfinanzierung zu einer unerwünschten Mengenausweitung?
3. Die Häufigkeiten welcher Leistungen haben auffällig zu- oder abgenommen?
4. Welche Unterschiede gibt es entlang verschiedener «Spitalcharakteristika» oder Eigenschaften der Patientinnen und Patienten?
5. Gibt es eine Verbindung zwischen Rentabilität und Volumenentwicklung bestimmter Leistungen?

6. Inwiefern hat in den letzten Jahren eine gesamthafte oder teilweise Verlagerung gewisser Leistungen zwischen dem akutstationären und den vor- und nachgelagerten Bereichen stattgefunden? Welchen Einfluss hatte die neue Spitalfinanzierung auf diese Entwicklungen?
7. Welche Volumen- und Kosteneffekte haben diese Verlagerungen?

Zur Beantwortung der Fragen haben wir zwei wissenschaftliche Teilstudien erstellt, die getrennt den Fragen zur Leistungsverlagerung und Mengenentwicklung nachgehen. Die vorliegende Zusammenfassung liefert die wichtigsten empirischen Ergebnisse aus beiden Teilstudien. Für eine detaillierte Diskussion zu den Fragen wird auf die einzelnen Studien verwiesen.

3 Auswertungen zur Mengenentwicklung

3.1 Theoretisch zu erwartende finanzielle Anreizwirkungen

Für die Schweizer Spitäler existieren seit 2012 aus zwei Gründen Anreize zur Mengenausweitung:

1. Im Fallpauschalensystem werden die variablen Kosten und die Fixkosten zusammen über die Fallpauschale pro Patientenfall vergütet. Unter solchen Systemvoraussetzungen liefert jeder zusätzliche Patientenfall, der einen positiven Deckungsbeitrag erwirtschaftet, einen Beitrag zur Finanzierung der (fallunabhängigen) Fixkosten. Je mehr Fälle ein Spital somit behandelt und je höher der Deckungsbeitrag pro Fall ist, desto eher kann es seine Fixkosten decken.
2. Das Fallpauschalensystem vergütet jeden Patientenfall mit einer fixen Pauschale, die unabhängig von den tatsächlichen Kosten ist. Dies verursacht dem Spital finanzielle Risiken, die es zu minimieren bemüht ist. Es gibt unterschiedliche Strategien, wie Spitäler sich gegen dieses finanzielle Risiko schützen können (vgl. auch Abschnitt 4.1). Vergleichbar zu den Krankenversicherern besteht eine Möglichkeit darin, das Risiko über möglichst viele Patientenfälle zu poolen. Nach dem Gesetz der grossen Zahl können Verluste durch sehr teure Einzelfälle besser abgedeckt werden, wenn das Spital mehr Fälle behandelt.

Beide Gründe führen dazu, dass die Schweizer Spitäler je nach Ausgangslage in unterschiedlichem Ausmass den Anreizen zur Mengenausweitung ausgesetzt sind.

3.2 Hypothesen und Prüfstrategie

Damit wir in der empirischen Analyse die beobachtbaren Auswirkungen der Anreizwirkungen möglichst umfassend und strukturiert für die einzelnen Spitäler und für das Gesamtsystem untersuchen können, haben wir ein hypothesenbasiertes Vorgehen gewählt. Die einzelnen Hypothesen, die wir zum Thema Mengenentwicklung empirisch prüfen, sind im Folgenden kurz zusammengefasst.

Hypothese 1: Das Schweizer Fallpauschalensystem hat zu einer Steigerung der Leistungsmengen geführt.

Nach der Einführung von SwissDRG ist es für die Spitäler aus den oben genannten Gründen finanziell attraktiv, ihre Fallzahl zu steigern. Je mehr Fälle mit positivem Deckungsbeitrag ein Spital behandelt, desto besser können die Fixkosten gedeckt werden und desto besser kann das finanzielle Risiko abgedeckt werden.

Hypothese 2: Nicht alle Leistungsgruppen sind gleich von Mengenausweitung betroffen.

Die Anreize aus Hypothese 1 gelten nicht für alle Leistungen gleichermaßen, denn es können nicht alle Leistungen von den Spitälern gleich gesteuert werden, und es sind auch nicht alle Leistungen finanziell gleich attraktiv. Eine besonders ausgeprägte Mengenausweitung erwarten wir daher bei planbaren Eingriffen, während systematisch profitable Leistungsgruppen mit einer ausreichenden Fallzahl finanziell die attraktivsten sind.

Hypothese 3: Nicht alle Spitaltypen sind gleich von Mengenausweitung betroffen

Auch die Spitäler dürften unterschiedlich von den Anreizen aus Hypothese 1 betroffen sein. Zumindest in der kurzen Frist dürften Spitäler am meisten Mengenausweitung betreiben, die eine vergleichsweise geringe Bettenauslastung haben oder eher kleine Spitäler, die den verstärkten Wettbewerbsdruck am deutlichsten spüren. Zudem könnten Spitäler mit Belegarztsystemen bessere Möglichkeiten zur Mengenausweitung haben, weil sie direkten Zugang zum ambulanten Bereich haben und damit implizit die Zuweisung steuern können.

Die Hypothesen testen wir anhand der Methode «Difference-in-Difference». Diese Methode eignet sich für Analysen zur Wirkung eines Ereignisses, wenn sowohl Daten von einer betroffenen Gruppe (Ereignisgruppe) als auch Daten von einer nicht betroffenen Gruppe (Kontrollgruppe) zur Verfügung stehen. Als Datengrundlage haben wir die Medizinische Statistik der Krankenhäuser, die Krankenhausstatistik, die Fallkostenstatistik sowie diverse öffentliche Statistiken zur Bevölkerungsstruktur verwendet, die uns das Bundesamt für Statistik (BFS) zur Verfügung gestellt hat. Der Analysezeitraum für die deskriptiven Analysen umfasste die Jahre 2007 bis 2014. In den Difference-in-Difference-Analysen verglichen wir das Jahr vor der Einführung (2011) mit dem Jahr 2012 (Einführungsjahr), sowie dem Jahr 2014 (letztes Jahr im Analysezeitraum).

Die Kontrollgruppen sind je nach Hypothese unterschiedlich. Bei der *Hypothese 1* bilden Kantone die Kontrollgruppe, die bereits vor 2012 ein Fallpauschalensystem (AP-DRG) anwendeten und das SwissDRG-System nach 2012 mit Massnahmen zur Mengenbeschränkung (Globalbudgets) ergänzten. In diesen Kantonen sind vergleichsweise geringe Anreize zur Mengensteigerung ab 2012 zu erwarten. Als zusätzliche Kontrollgruppe haben wir die Zusatzversicherten verwendet. Bei diesen bestanden schon vor 2012 erhebliche Anreize zur Fallzahlsteigerung, so dass kaum ein Einführungseffekt zu erwarten ist.

Bei der Analyse von *Hypothese 2* folgen die Kontrollgruppen den geäusserten Erwartungen bezüglich der Dimensionen «Steuerbarkeit» und «Rentabilität». Die erste Kontrollgruppe sind Notfall-einweisungen mit der Ambulanz, denn bei diesen gehen wir von einer geringen Steuerbarkeit aus. Die zweite Kontrollgruppe sind wenig rentable Leistungen, die kaum finanzielle Anreize zur Fallzahlausweitung aufweisen.

Die Analyse von *Hypothese 3* erfolgte auf der Ebene des Spitals. Als Kontroll- und Ereignisgruppen wurden Gruppen von Spitälern gebildet, die gemäss unserer Hypothese unterschiedlich von Einführungseffekten betroffen sein dürften (Spitalgrösse, Diversifikation, Überkapazität und Belegarztsystem).

3.3 Kernergebnisse

Die Ergebnisse zu den Auswertungen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- **Ergebnisse zur Steigerung der Leistungsmengen (Hypothese 1)**

Zur Prüfung von Hypothese 1 haben wir die Patienten- oder Fallzahl im Verhältnis zur Bevölkerung ausgewertet. Schon in der deskriptiven Analyse zeigt sich, dass eine Fallzahlsteigerung zwar stattgefunden hat, diese aber schon vor dem Jahr 2011 begann. Ein deutlicher struktureller Bruch im Jahr 2012 ist nicht zu beobachten.

Die Difference-in-Difference-Analysen zeigen, dass die Kantone in der Kontrollgruppe tatsächlich eine etwas geringere Fallzahlsteigerung aufweisen als andere Kantone, was auf eine anreizgetriebene Mengenausweitung hinweist. Die Effekte sind allerdings gering und nicht in allen Berechnungen statistisch signifikant. Eine klare Bestätigung der Hypothese liegt nicht vor.

Etwas deutlicher zeigte sich, dass die Fallzahlsteigerung bei den Allgemeinversicherten grösser war als bei den Zusatzversicherten. Allerdings ist dieses Resultat möglicherweise davon beeinflusst, dass im Zeitablauf immer weniger Personen überhaupt eine Zusatzversicherung haben. Daher rechtfertigt auch dieses Resultat eine klare Annahme von Hypothese 1 nicht.

- **Ergebnisse zu den betroffenen Leistungsgruppen (Hypothese 2)**

Bezüglich der Planbarkeit zeigt sich wie erwartet, dass die Notfalleinweisungen nach der Einführung von SwissDRG weniger stark gestiegen sind als die Nicht-Notfalleinweisungen. Der Effekt ist jedoch statistisch nicht signifikant und ist daher kein eindeutiger Hinweis für eine anreizgetriebene Mengensteigerung.

Ebenfalls keinen deutlichen Effekt finden wir in Bezug auf die Rentabilität von Leistungen. Die berechneten Koeffizienten sind insignifikant und haben unterschiedliche Vorzeichen. Wir können daher nicht bestätigen, dass eine besonders starke Fallzahlsteigerung bei besonders rentablen Leistungen stattgefunden hätte.

- **Ergebnisse zu den betroffenen Spitaltypen (Hypothese 3)**

Bezüglich des Belegarztsystems und des Spezialisierungsgrads haben wir keine Unterschiede zwischen den Spitaltypen gefunden. Es hat sich also nicht bestätigt, dass spezialisierte Kliniken und solche mit einem hohen Anteil an Belegärzten in besonderem Masse auf die finanziellen Anreize von SwissDRG reagieren.

Bei der Spitalgrösse sind es vorwiegend mittelgrosse Spitäler (5'300 bis 14'600 Patientenfälle), die signifikant stärker auf die finanziellen Anreize reagiert haben. Erstaunlich ist dabei, dass Spitäler mit geringer Auslastung eher weniger davon betroffen waren.

3.4 Fazit und Limitationen

Bei allen Analysen blieben die berechneten Ergebnisse eher hinter den theoretischen Erwartungen zurück und keine der drei formulierten Hypothesen konnte vollständig bestätigt werden. Bei mehreren Analysen zeigten sich jedoch stärkere Effekte, wenn das Jahr 2014 als Vergleichsjahr genutzt wurde, als bei einer Analyse des Einführungsjahres 2012. Dies legt die Vermutung nahe, dass die Spitäler durchaus auf die finanziellen Anreize reagieren, jedoch etwas Zeit vergeht, bis Veränderungen auch in den Fallzahlen sichtbar sind.

Diese Studie ist mehreren Limitationen unterworfen. Bereits erwähnt wurde der recht kurze Analysezeitraum, eigentlich wurden nur die «Einführungsjahre» analysiert. Speziell bei den Analysen zur Rentabilität ist zusätzlich anzumerken, dass Ärzte und Spitäler über wesentlich genauere Informationen zu Patientenfällen verfügen dürften, als es uns in dieser Analyse möglich war. Es könnte sein, dass eine überproportionale Zunahme bei rentablen Fällen durchaus stattfindet, wir diese Fälle aber nicht identifizieren können. Des Weiteren haben wir die Mengenentwicklung nur bezüglich der Anzahl der behandelten Fälle, und nicht bezüglich der Behandlungsintensität pro Fall analysiert. Es gibt zahlreiche Behandlungen, welche zu einer höheren Vergütung pro Fall führen, sei es durch eine Einteilung in eine schwerere DRG, oder durch ein Zusatzentgelt. Für eine zukünftige Analyse wäre eine Untersuchung der Mengenentwicklung mit Fokus auf diesen Leistungen ein interessantes Thema. Sie ist auch nahe verwandt mit dem Thema des «Up-Coding», wo zwar nicht mehr Leistungen erbracht werden, diese aber «schwerer» als nötig dokumentiert werden.

4 Auswertungen zur Leistungsverlagerung

4.1 Theoretisch zu erwartende finanzielle Anreizwirkungen

Für die Schweizer Spitäler bestehen seit 2012 aus zwei Gründen Anreize zur Leistungsverlagerung.

1. Im Fallpauschalensystem wird jeder Fall unabhängig seiner tatsächlichen Kosten vergütet. Diese Unabhängigkeit bietet den Spitalern die Möglichkeit, den Deckungsbeitrag pro Fall durch Reduktion der Kosten zu steigern. Dies können sie einerseits durch Effizienzsteigerung erwirken, sie können aber auch abgrenzbare Teilleistungen wie die Diagnostik, Laboruntersuchungen oder die Pflege an vor- oder nachgelagerte Leistungserbringer auslagern. Die Spitäler haben Anreize zur Verlagerung, wenn durch eine Teil- oder Gesamtverlagerung von Leistungen zusätzliche Deckungsbeiträge für die Spitäler erwirtschaftet werden können. Besonders hohe Anreize bestehen dann, wenn sie auch von den Verlagerungen finanziell profitieren können. Dann verdienen sie doppelt. Teilverlagerungen sind vor allem in der kurzen Frist lukrativ, wenn noch nicht alle Spitäler gleichermaßen optimieren und die Vergütung die niedrigeren Kostenstrukturen noch nicht ausreichend abbilden kann.
2. Die Spitäler haben zusätzlich Anreize zur Leistungsverlagerung, wenn durch eine Teilverlagerung das Risiko der Behandlung für das Spital reduziert und damit die Planungssicherheit erhöht werden kann. Dies gilt beispielsweise dann, wenn durch diagnostische Leistungskomponenten im spitalambulanten Bereich vor dem stationären Aufenthalt mehr über den Patientenfall und über allfällig zu erwartende Komplikationen in Erfahrung gebracht werden kann.

4.2 Hypothesen und Prüfstrategie

Diese Anreizwirkungen haben wir in der empirischen Analyse ebenfalls hypothesenbasiert untersucht.

Hypothese 1: Verlagerung von Leistungskomponenten in den vorstationären, ambulanten Bereich

Vorbereitende Untersuchungen oder Behandlungen werden vor der stationären Einweisung vermehrt ambulant durchgeführt.

Hypothese 2: Verlagerung von Leistungskomponenten in den nachstationären ambulanten Bereich

Nachbereitende Untersuchungen oder Behandlungen werden vermehrt erst nach dem stationären Aufenthalt ambulant untersucht oder behandelt.

Hypothese 3: Verlagerung von Pflegeleistungen in den nachstationären Pflegebereich

Pflegeleistungen werden vermehrt an nachgelagerte Leistungserbringer ausgelagert. Dieser Anreiz besteht, wenn ein Spital dadurch seine Aufenthaltsdauer und seinen Pflegeaufwand minimieren kann. Dies schafft im Spital freie Kapazitäten für zusätzliche Fälle und erhöht den Deckungsbeitrag der einzelnen Fälle.

Hypothese 4: Verlagerung von Rehabilitationsleistungen in den nachstationären Pflegebereich

Rehabilitationsleistungen werden vermehrt an nachgelagerte Leistungserbringer ausgelagert. Dieser Anreiz besteht, wenn ein Spital dadurch seine Aufenthaltsdauer minimieren kann. Dies schafft im Spital freie Kapazitäten für zusätzliche Fälle und erhöht den Deckungsbeitrag der einzelnen Fälle.

Hypothese 5: Verlagerung von Gesamtleistungen in den ambulanten Bereich

Behandlungen werden grundsätzlich vermehrt ambulant statt stationär erbracht. Dieser Anreiz besteht, wenn ein Spital durch eine Gesamtverlagerung seinen Deckungsbeitrag im akutstationären Bereich erhöhen kann.

Um die Hypothesen zu prüfen, haben wir wiederum die Analysemethode «Difference-in-Difference» angewendet. In allen Hypothesen definieren wir jene Kantone als Kontrollgruppe, die vor Einführung von SwissDRG bereits ein Fallpauschalensystem nach AP-DRG hatten. In diesen Kantonen sind vergleichsweise geringe Anreize zur verstärkten Leistungsverlagerung ab 2012 zu erwarten, da sie bereits vor 2012 Anreize zur Verlagerung hatten. Alle anderen Kantone wurden der Ereignisgruppe zugeordnet. Dabei haben wir zwischen Kantonen unterschieden, die früher ein Abrechnungssystem mit Tagespauschalen oder mit Prozessleistungstarifizierung hatten.

Als Datengrundlage haben wir die Abrechnungsdaten der Helsana-Versicherungen der Jahre 2011 und 2014 verwendet, die sowohl den stationären Bereich als auch die vor- und nachgelagerten

Bereiche der Leistungserbringung (ambulant und stationär) zu erfassen vermögen. Gegenwärtig gibt es keine öffentlichen Statistiken, mit denen die obigen Hypothesen untersucht werden können.

4.3 Kernergebnisse

Im Hinblick auf das beobachtete Verhalten der Spitäler finden wir in unseren ökonometrischen Analysen folgende Ergebnisse:

- Seit 2011 existiert ein nachweisbarer Trend zur Verlagerung von *Leistungskomponenten* aus dem akutstationären Sektor zu vor- und nachgelagerten Leistungsbereichen. Mehr Patienten weisen seit SwissDRG vor- und/ oder nachgelagerte Leistungen auf. Dies betrifft die Hypothesen 1 bis 4.
- Von den Teilverlagerungen sind besonders Spitäler in Kantonen betroffen, in denen die stationären Leistungen vor SwissDRG mit Tagespauschalen vergütet wurden und welche damit nach Einführung von SwissDRG mit diametral gegensätzlichen Anreizstrukturen konfrontiert sind. Dies betrifft die Hypothesen 1 bis 4.
- Der spitalambulante Bereich ist von Teilverlagerungen besonders stark betroffen bzw. wird für Optimierungen genutzt. Dies betrifft die Hypothesen 1 und 2.
- Besonders stark erhöht hat sich auch die Anzahl Patienten, die nach dem Spitalaufenthalt Pflegeleistungen im Pflegeheim beziehen. Dies deckt sich mit anderen Studien und Auswertungen zu Pflegeheimen, welche berichten, dass diese seit SwissDRG verstärkt unter Druck stehen. Dies betrifft die Hypothese 3.
- Bei den Gesamtverlagerungen finden wir entgegen der Hypothese eher Evidenz für Verlagerungen in den stationären Bereich. Die Effekte unterliegen aber erheblicher Heterogenität zwischen den medizinischen Bereichen. Betroffen sind die Bereiche der Angiologie, der Ophthalmologie, der Proktologie sowie der Viszeralchirurgie. Gründe für diese Verlagerungen von Gesamtleistungen könnten in einer erhöhten finanziellen Attraktivität solcher Leistungen unter dem DRG-System liegen. Dies betrifft die Hypothese 5.
- Für einige Leistungsbereiche (ambulante Pflege, ambulante Rehabilitation, stationäre Rehabilitation) finden wir mögliche Indizien für zeitverzögerte Verlagerungstendenzen aufgrund eines prospektiven Vergütungssystems. Für diese Leistungsbereiche konnte die Studie keine klaren Resultate aufzeigen. Wir empfehlen für diese Bereiche eine erneute Analyse zu einem späteren Zeitpunkt. Dies betrifft alle Hypothesen.
- Die finanziellen Auswirkungen der gegenwärtig beobachtbaren Teilverlagerungen in den ambulanten Bereich sind mit rund CHF 10 Mio. vernachlässigbar klein. Dies betrifft die Hypothese 1 und 2.

4.4 Fazit und Limitationen

Die Ergebnisse der Studie deuten darauf hin, dass die Spitäler sich unter der neuen Spitalfinanzierung neu positionieren und ihr Verhalten zu optimieren versuchen. Die Erkenntnisse sind konsistent mit denjenigen, die wir in anderen Ländern mit prospektiven Vergütungssystemen beobachten können. Durch die Anreizmechanismen eines prospektiven Vergütungssystems wie SwissDRG kommt es vor allem zu Verlagerungen vom stationären in den spitalambulanten Bereich. Zusätzlich kommt es zu Verlagerungen vom akutstationären Sektor in post-akutstationäre Sektoren wie die stationäre Pflege.

Die Feststellung, dass Spitäler in Kantonen mit ehemals Tagespauschalvergütungen besonders stark von Leistungsverlagerungen betroffen sind, verdeutlicht die Bedeutung der neuen Anreizmechanismen. Ein System mit Tagespauschalen setzt grundsätzlich diametral gegensätzliche Anreize gegenüber einem Fallpauschalensystem wie SwissDRG. So belohnt ein System auf Basis von Tagespauschalen möglichst lange Aufenthalte im Spital, wohingegen unter SwissDRG grundsätzlich das Gegenteil der Fall ist. Diese Veränderung widerspiegelt sich in einer besonders starken Leistungsverlagerung für diese Kantone und in einem markanten Rückgang in der Liegedauer der Patienten mit nachgelagertem Pflegeheimaufenthalt.

Die präsentierten Ergebnisse sind mit gewisser Vorsicht zu interpretieren. Erstens liegt der Fokus der Studie klar auf den kurzfristigen Effekten seit Einführung von SwissDRG. Über die Effekte in der langen Frist können wir zum jetzigen Zeitpunkt keine Aussagen treffen. Zweitens ist die Aussagekraft der Ergebnisse aus methodischer Sicht eingeschränkt, da für die empirische Untersuchung keine perfekte Kontrollgruppe existiert, zu der der Einfluss von SwissDRG relativ bestimmt werden kann. Drittens bestehen in Bezug auf die Daten dahingehend Einschränkungen, dass die Daten der Helsana-Gruppe nicht zu 100 Prozent repräsentativ für das gesamtschweizerische Versichertenkollektiv sein könnten. Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse aber relativ deutlich, dass die Spitäler in der Schweiz durch die neue Spitalfinanzierung seit 2011 Leistungskomponenten verlagert haben.

5 Schlussfolgerungen

Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit hat Polynomics zwischen 2016 und 2017 zusammen mit der Helsana Versicherungen zwei Studien verfasst, die das Verhalten der Schweizer Akutspitäler vor und nach der Einführung der neuen Spitalfinanzierung untersuchen.

Die Ergebnisse der beiden Studien bestätigen, dass die aus theoretischer Sicht zu erwartenden Leistungsverlagerungen und Mengenentwicklungen bis 2014 nicht im erwarteten Umfang eingetroffen sind. Zwar zeichnen sich bei der Leistungsverlagerung erste strategische Verschiebungen in den vor- und nachgelagerten spitalambulantem Bereich sowie in die stationäre Pflege ab. Die beobachtbaren Verlagerungen sind jedoch für das Gesamtsystem noch unbedeutend. Bei der Mengenentwicklung können im Gegensatz zu den Leistungsverlagerungen noch keine klaren Tendenzen festgestellt werden. Zwar gibt es gewisse Spitäler, die stärker von Mengenausweitungen betroffen sind. Es ist jedoch unklar, ob diese auf das Tarifsysteem zurückzuführen sind, denn auf Gesamtebene zeigen sich keine Mengenausweitungen, die eindeutig auf das Tarifsysteem zurückgeführt werden können.

Beide Studien kommen zum Schluss, dass der Betrachtungszeitraum noch zu kurz ist, um klare Effekte empirisch bestimmen zu können. Ergebnisse aus der internationalen Literatur lassen aber vermuten, dass diese Effekte in der mittleren Frist auch in der Schweiz eintreffen dürften. Unter diesem Aspekt wäre es zielführend die vorliegenden Analysen zu einem späteren Zeitpunkt zu wiederholen oder zumindest die wichtigsten Leistungen fallweise auf mögliche Veränderungen zu beobachten.

Polynomics AG
Baslerstrasse 44
CH-4600 Olten

www.polynomics.ch
polynomics@polynomics.ch

Telefon +41 62 205 15 70
Fax +41 62 205 15 80