

Die Finanzierung der Spitäler mittels APDRG und der Risikoausgleich zwischen Versicherer

Luc Schenker

Lehrbeauftragter am Institut d'Economie et Management de la Santé der Universität Lausanne
Direktor der Finanzen des CHUV
Präsident des Vereins APDRG Suisse

Einführung

In kürzlich erschienen Publikationen zum Thema Risikoausgleich in der Schweiz wurde auf die Notwendigkeit der Revision des Risikoausgleichs im Sinne eines Einbezugs der Morbidität des Versichertenkollektivs hingewiesen. Verschiedene Autoren (Konstantin Beck, Willy Oggier, Peter Indra) behaupten, dass die Finanzierung der Spitäler mittels APDRG statt mit Tagespauschalen zu einer Verschlechterung der finanziellen Situation der Krankenversicherer, die schon durch das heutige System des Risikoausgleichs benachteiligt werden, führen würde. Es sei daran erinnert, dass das heutige System lediglich die Auswirkungen im Zusammenhang mit Geschlecht und Alter und nicht den Gesundheitszustand der Versicherten berücksichtigt. Unseres Wissens zitieren diese Autoren keinerlei statistische Analysen um ihre Behauptung zu untermauern. Sie begründen ihre Aussage wie folgt: Die Versicherer mit einem Versichertenkollektiv mit schlechteren Risiken als der Durchschnitt (nach Korrektur des Geschlechtes und des Alters) verursachen im Falle eines Spitalaufenthaltes höhere Kosten pro Tag als der Durchschnitt. Da die DRG die Kosten eines Spitalaufenthaltes genauer widerspiegeln und die Entschädigung mittels Tagespauschalen zur Stärkung der Solidarität unter den Versicherten beitragen, kommen diese Autoren zum Schluss, dass eine Finanzierung mittels DRG zu einer Verschlechterung der finanziellen Situation der Versicherer führt und dass damit die Entsolidarisierung, die dem derzeitigen KVG eigen ist, noch verstärkt wird.

Leider haben solche Schlussfolgerungen ohne genauere Überprüfung dazu geführt, dass einige Versicherer etwas vorschnell im Verwaltungsrat der Santésuisse einen vorläufigen Stopp bezüglich neuer Abschlüsse von DRG-Verträgen per 2006 erwirkt haben.

Um in dieser Sache zu gesicherten Erkenntnissen zu gelangen hat APDRG Suisse eine statistische Analyse, die die Auswirkungen auf die verschiedenen Versicherer darstellen, durchgeführt. Leider existieren keine Daten für eine gesamtschweizerische Analyse. Auch kantonale Daten sind nicht vorhanden. Hingegen sind im CHUV (Centre hospitalier universitaire vaudois) für die Jahre 2002 und 2003 Daten über Kosten pro Patient und Versicherer verfügbar, die es erlauben, die Auswirkungen einer Einführung einer Finanzierung mittels DRG auf eine mögliche Entsolidarisierung unter Versicherern zu prüfen.

Methode

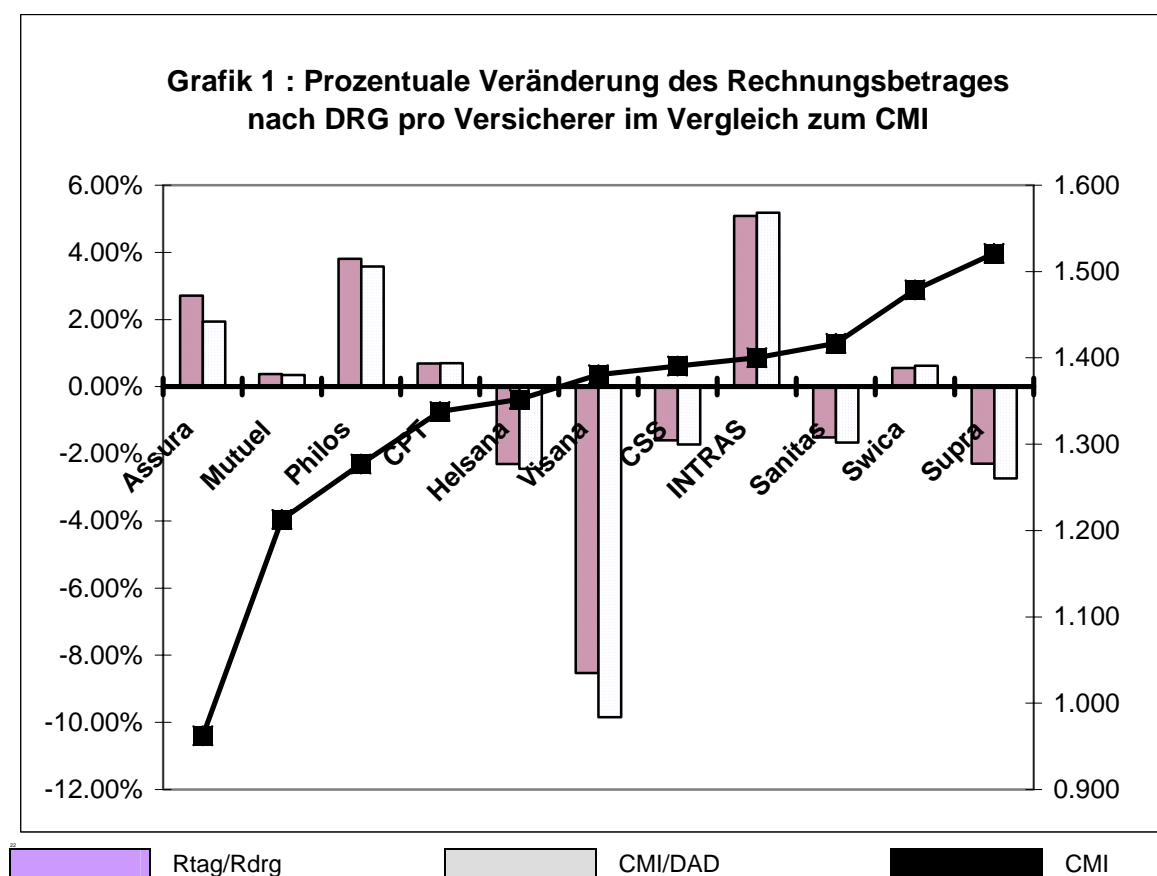
Die zu Verfügung stehende Datenbank enthält 43'903 Patienten des CHUV, die Kantonseinwohner sind, aus den Jahren 2002/2003. Ihre Behandlung verursachten Kosten von total 651,5 Millionen Franken oder knapp 15'000.- Franken pro Spitalaufenthalt. Da das CHUV einen interkantonalen Versorgungsauftrag hat, wurden die ausserkantonalen Patienten (die meist schwerere Fälle repräsentieren) von der Analyse ausgeschlossen, damit die Resultate nicht verfälscht werden. Für jeden Fall umfasst die Datenbank folgende Informationen: Alter, Geschlecht und Versicherer des Patienten wie auch das APDRG-Kostengewicht (Version 5.1), die Kosten und die Aufenthaltsdauer.

Diese Informationen erlauben die effektiven Kosten mit der Entschädigung mit DRG und derjenigen mit Tagespauschalen für jeden Versicherer und für vier Patientengruppen nach Geschlecht und Alter zu vergleichen. Berücksichtigt wurden 11 Krankenversicherer resp. Versicherer-Gruppen, die genügend Patienten auswiesen. Die Differenz zwischen der Finanzierung nach DRG und nach Aufenthaltstag wurde in Beziehung gesetzt zum durchschnittlichen Casemix und zur durchschnittlichen Aufenthaltsdauer pro Versicherer sowie zu verschiedenen Indikatoren (Vgl. Anhang, Tabellen 1 und 2).

Da der aktuelle Risikoausgleich zwischen Frauen und Männern und nach Altersklassen unterscheidet, wurden die hospitalisierten Patienten in vier Gruppen unterteilt: Frauen bis zum Alter von 59 Jahren (F-60), Frauen mit 60 Jahren und älter (F+60), Männer bis zum Alter von 59 Jahren (M-60), Männer mit 60 Jahren und älter (M+60). Diese Unterteilung drängte sich auf, weil eine Verfeinerung zu kleinen Kohorten geführt hätte und damit Vergleiche zwischen den Versicherern nicht sinnvoll wären. Auch entspricht die gewählte Altersgrenze dem System des gesetzlichen Risikoausgleichs. Im weiteren wurde geprüft, ob das Durchschnittsalter der Gruppen für jeden einzelnen Versicherer in keiner Weise die festgestellten Differenzen unter Versicherern bezüglich der Differenzen in der Fakturierung nach DRG und nach Tagen resp. der Differenzen der Casemix-Indexen erklären. Die Einteilung in die 4 Gruppen kann als adäquat bezeichnet werden.

Resultate

Die 11 berücksichtigten Versicherer repräsentieren 88.6% der Patienten und 85.3% der Gesamtkosten (Tabelle 1.1). Die Fakturierung nach Pflgetagen benachteiligt sie, weil ihr Casemix-Index (CMI) tiefer liegt als der Durchschnitt, während ihre durchschnittliche Aufenthaltsdauer (DAD) nahe am Gesamt-Durchschnitt liegt. Dies widerspiegelt der Indikator CMI/DAD (Tabelle 1.2), d.h. die Abweichung zwischen dem Casemix-Index des Versicherers dividiert durch den durchschnittlichen Casemix-Index und dem Ergebnis der Division der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer des Versicherers mit der gesamten DAD. Mit der Entschädigung nach DRG „sparen“ diese 11 Versicherer gesamthaft 2.3% auf ihren Rechnungen (Rtag/Rdrg).



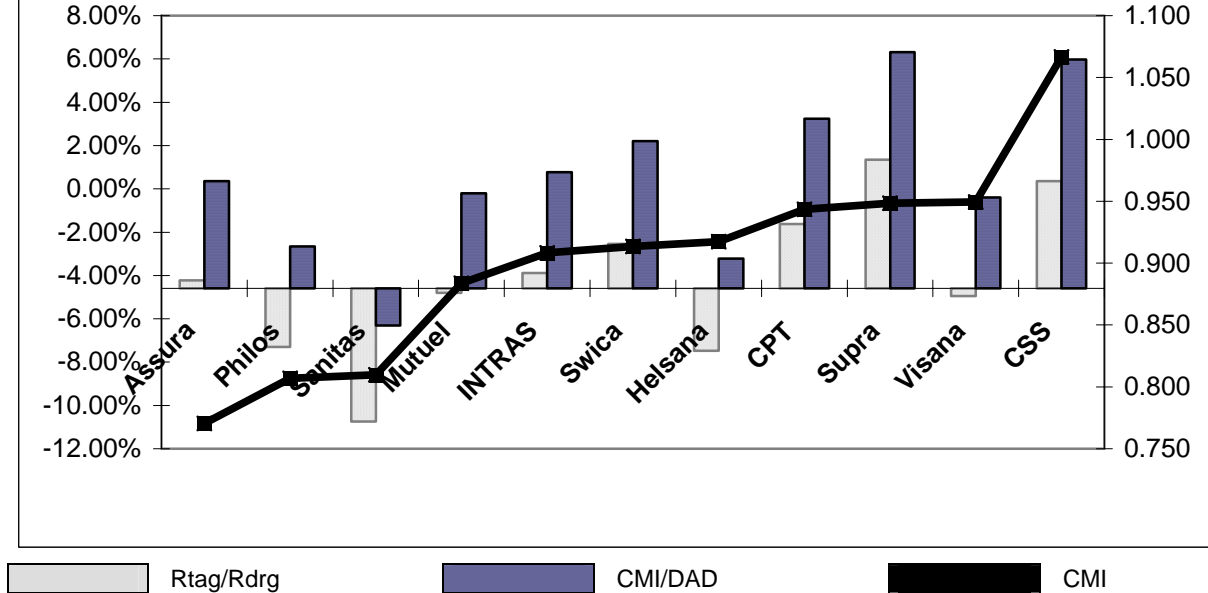
Die gleiche Analyse wurde für die 11 Krankenversicherer unter einander durchgeführt. Die oben aufgeführte Grafik zeigt einerseits die hohe Korrelation zwischen der Varianz des Indikators CMI/DAD und der Varianz Entschädigung und andererseits, dass die „verlierenden“ Versicherer eher jene sind, die einen niedrigen Casemix-Index aufweisen, während jene die im Durchschnitt teurere Fälle haben tiefere Rechnungen erhalten.

Für die Gesamtheit der im CHUV hospitalisierten Patienten dieser Versicherer resultiert die Entschädigung nach APDRG in einer generellen Reduktion der Entsolidarisierung.

Wie präsentieren sich die Resultate für die 4 Unter-Gruppen?

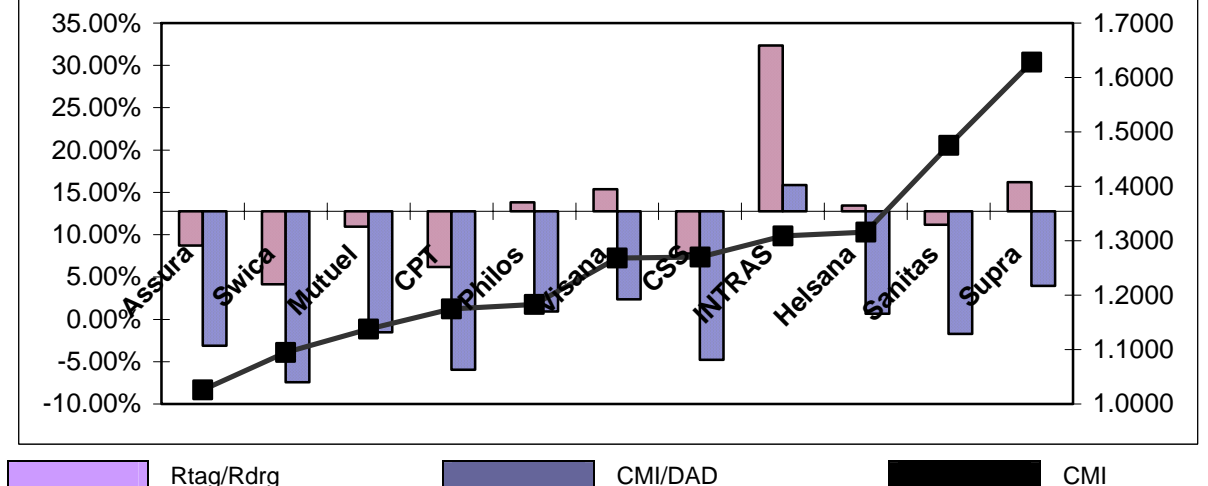
Für die Gruppe **F-60** kann mit der Finanzierung nach DRG eine Reduktion in der Rechnungsstellung von 4.6% gegenüber der Fakturierung nach Aufenthaltstagen festgestellt werden.

Grafik 2 : Prozentuale Veränderung des Rechnungsbetrages nach DRG für die F-60 im Vergleich zum CMI



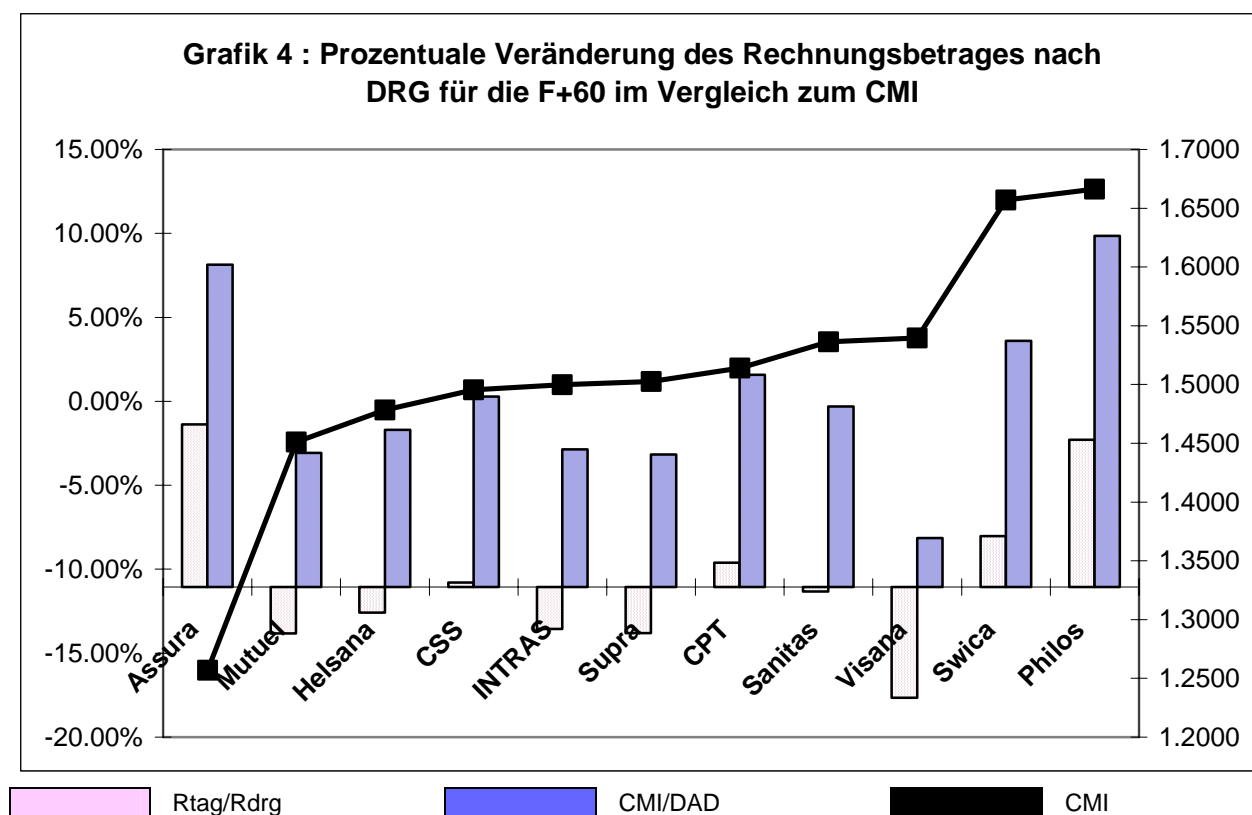
Die Frauen bis 60 Jahre haben im Verhältnis zum Durchschnitt einen tieferen Casemix-Index. Man wird später beobachten, dass dieses Phänomen für die Gruppe F+60 noch markanter auftritt, was wir bereits in einer früheren Studie aufgezeigt haben («Financement des hôpitaux par APDRG versus Financement des hôpitaux par tarif journalier : effets sur les assureurs maladie, en fonction de la structure de leur portefeuille, selon l'âge et le sexe», Luc Schenker, octobre 2004, www.apdrgsuisse.ch): Für jeden Versicherer gilt: Die Frauen weisen im Durchschnitt einen markant tieferen Casemix-Index auf als die Männer, dies bei einer praktisch identischen Aufenthaltsdauer. Daraus folgt: **Mit der Verrechnung nach Tagespauschalen werden die Frauen überfakturiert**, was zu einer Entsolidarisierung zwischen Männer und Frauen führt.

Grafik 3 : Prozentuale Veränderung des Rechnungsbetrages nach DRG für die M-60 im Vergleich zum CMI

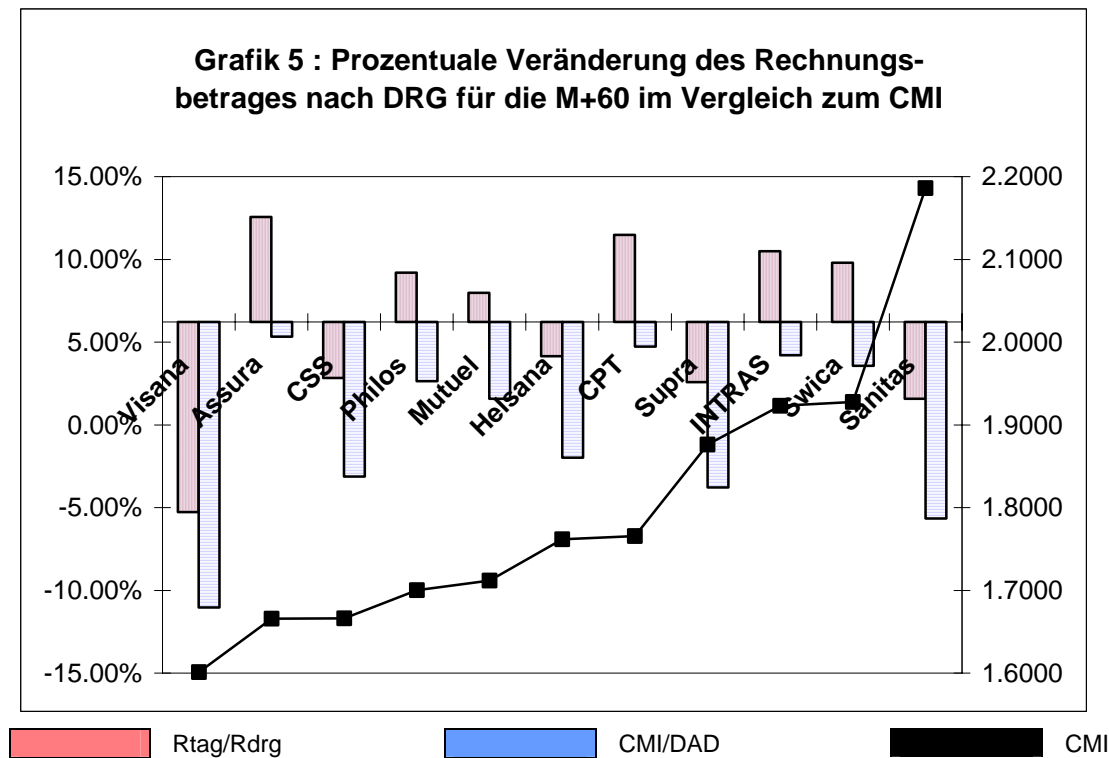


Entscheidend für die einzelnen Versicherer ist jedoch ihre Situation gegenüber den Konkurrenten. Für die Gruppe F-60 zeigt die Analyse markant unterschiedliche Resultate, dies im Gegensatz zum Durchschnitt der Patienten: Gewisse Versicherer mit „guten Risiken“ zahlen wie erwartet mehr mit DRG (Assura), andere weniger (Philos); während gewisse Versicherer mit „schlechten Risiken“ weniger (Helsana), aber andere wesentlich mehr (CSS) zahlen.

Bei der Gruppe **M-60** (Grafik 3), beobachtet man, wie bei der vorhergehenden Gruppe, eine stark unterschiedliche Situation. In ihrer Gesamtheit wird diese Gruppe mit 12% zu tief fakturiert. Unter den Versicherern ist die Differenz beim Casemix-Index markant. Ein einziger Versicherer (INTRAS) mit einer starken Abweichung zwischen CMI und DAD erleidet mit der Umstellung auf DRG ein massiv höheres Rechnungsvolumen. Für die übrigen Versicherer zeichnet sich keine klare Tendenz ab.



Die Gruppe **F+60** „gewinnt“ mit der Umstellung auf DRG mehr als 11%. Bei den einzelnen Versicherer sind nach Umstellung die zwei Ausreisser „Verlierer“, während mit der Umstellung auf DRG sich bei den Übrigen nur wenig verändert.



Bei der Gruppe **M+60**, die mit Tagespauschalen um 6% tiefer fakturiert wird, finden wir keine Relation zwischen CMI und Varianz in der Höhe der Rechnungsstellung.

Schlussfolgerung

Auf der Basis der Analyse der Daten des CHUV – und nichts spricht dagegen, dass die Resultate nicht verallgemeinert werden können, da das CHUV sowohl universitäre wie auch Grundversorgungs-Aufgaben wahrnimmt – kann festgestellt werden, dass die Rechnungsstellung mit APDRG

- keinen Entsolidarisierungs-Effekt unter Krankenversicherern hat;
- im Gegenteil wird die Tendenz zur Korrektur der Effekte der Entsolidarisierung auf Grund der Morbidität verstärkt, weil die „guten Risiken“ sehr oft eine kürzere Aufenthaltsdauer aufweisen als der Durchschnitt mit gleichem Casemix-Index.

Die APDRG nehmen nicht in Anspruch alle Finanzierungs-Probleme des Risikoausgleichs zu lösen. Ihr Ziel ist es jedoch, die Entschädigung an die effektiven Kosten eines Falles besser anzugleichen.

Hingegen erlauben es die im Rahmen der Rechnungsstellung nach APDRG gesammelten Daten, wie die Studien des Institut d'Economie et Management de la Santé de l'Université de Lausanne (Prof. Alberto Holly und Andere) zeigen, den Risikoausgleich auf der Basis der Morbidität zu verbessern.

Es ist bedauerlich, dass Thesen veröffentlicht werden, ohne dass diese mit Fakten belegt werden. Umso mehr als diese verschiedene Krankenversicherer verunsichert und zu einem Einführungs-Stopp des APDRG-Systems verleitet hat. Dies behindert ein System, das sowohl im Interesse der Versicherer und der Spitäler, insbesondere bezüglich Benchmarking und Managed Care liegt.

Versicherer	Fälle	Kosten	Rechn_DRG	Rechn_tag	Tage	Punkte (V5.1)	DAD	CMI
11 KV.	38'904	555'694'913	560'160'614	573'296'430	373'944	50'872	9.61	1.308
IV	1'022	37'593'779	33'666'614	24'722'869	16'126	3'057	15.78	2.992
Andere.	2'870	40'912'585	40'514'655	37'840'480	24'682	3'679	8.60	1.282
UVG	1'107	17'254'410	17'113'804	15'595'906	10'173	1'554	9.19	1.404
Total	43'903	651'455'687	651'455'687	651'455'687	424'925	59'163	9.68	1.348

Versicherer	R_T/Fall	Kosten/Fall	Kosten/Punkt	Kosten/Tag	Rdrg/Kosten	Rtag/Kosten	Rtag/Rdrg	CMI/DAD
11 KV	14'736	14'284	10'923	1'486	0.80%	3.17%	-2.29%	-2.28%
IV	24'191	36'785	12'296	2'331	-10.45%	-34.24%	36.18%	58.98%
Andere.	13'185	14'255	11'119	1'658	-0.97%	-7.51%	7.07%	6.28%
UVG	14'088	15'587	11'102	1'696	-0.81%	-9.61%	9.73%	9.24%
Total	14'839	14'839	11'011	1'533	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%

Tabelle 2.1 Hospitalisierte Patienten (Kantonseinwohner) des CHUV 2002-2003 der 11 Vers.

Versicherer	Fälle	Kosten	Rechn_DRG	Rechn_Tag	Tage	Pte (V5.1)	DAD	CMI
Assura	3'340	34'439'100	35'107'889	34'181'295	23'002	3'214	6.89	0.962
CPT	3'123	45'558'295	45'636'772	45'323'861	30'500	4'178	9.77	1.338
CSS	3'344	51'647'837	50'789'213	51'612'264	34'731	4'650	10.39	1.390
Helsana	6'301	93'705'991	93'064'110	95'262'429	64'105	8'520	10.17	1.352
INTRAS	2'322	34'699'487	35'510'269	33'793'252	22'741	3'251	9.79	1.400
Mutuel	6'753	88'948'415	89'462'190	89'130'820	59'979	8'190	8.88	1.213
Philos	6'807	94'170'417	94'966'808	91'487'488	61'565	8'694	9.04	1.277
Sanitas	804	12'963'050	12'445'034	12'636'604	8'504	1'139	10.58	1.417
Supra	3'666	60'761'106	60'916'599	62'346'100	41'955	5'577	11.44	1.521
Swica	878	14'157'167	14'182'378	14'104'239	9'491	1'298	10.81	1.479
Visana	1'566	24'644'048	23'613'652	25'816'561	17'373	2'162	11.09	1.380
11 Vers.	38'904	555'694'913	555'694'913	555'694'913	373'944	50'872	9.61	1.308

Tabelle 2.2 Hospitalisierte Patienten (Kantonseinwohner) des CHUV 2002-2003 der 11 Vers.

Versicherer	R_T/Fall.	Kosten/Fall	Kosten/Punkt	Kosten/Tag	Rdrg/Kosten	Rtag/Kosten	Rtag/Rdrg	CMI/DAD
Assura	10'234	10'311	10'715	1'497	1.94%	-0.75%	2.71%	1.94%
CPT	14'513	14'588	10'905	1'494	0.17%	-0.51%	0.69%	0.70%
CSS	15'434	15'445	11'108	1'487	-1.66%	-0.07%	-1.59%	-1.72%
Helsana	15'119	14'872	10'999	1'462	-0.68%	1.66%	-2.31%	-2.44%
INTRAS	14'554	14'944	10'674	1'526	2.34%	-2.61%	5.08%	5.18%
Mutuel	13'199	13'172	10'861	1'483	0.58%	0.21%	0.37%	0.34%
Philos	13'440	13'834	10'832	1'530	0.85%	-2.85%	3.80%	3.58%
Sanitas	15'717	16'123	11'378	1'524	-4.00%	-2.52%	-1.52%	-1.67%
Supra	17'007	16'574	10'896	1'448	0.26%	2.61%	-2.29%	-2.73%
Swica	16'064	16'124	10'904	1'492	0.18%	-0.37%	0.55%	0.62%
Visana	16'486	15'737	11'400	1'419	-4.18%	4.76%	-8.53%	-9.85%
11 Vers.	14'284	14'284	10'923	1'486	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%

Erklärung zu den Indikatoren

Rechn_DRG (Rechnung) Entschädigung der Kosten nach Punkten DRG

Rechn_Tag (Rechnung) Entschädigung der Kosten nach Tagen

Punkte(V5.1) Anzahl Punkte APDRG gemäss Version 5.1 der Kostengewichte APDRG Suisse

CMI Casemix-Index (Anzahl Punkte/Anzahl Fälle)

Rechn_t/Fall. (Rechnung) Entschädigung der Kosten nach Anzahl Tage/Anzahl Fälle

Rdrg/Kosten (Rechnung) Entschädigung der Kosten nach Punkten APDRG/Kosten

Rtag/Kosten (Rechnung) Entschädigung der Kosten nach Anzahl Tage/Kosten

Rtag/Rdrg (Rechnung) Entschädigung der Kosten nach Punkten APDRG/Entschädigung der Kosten nach Anzahl Tage

CMI/DAD Verhältnis zwischen dem Casemix-Index einer gegebenen Gruppe im Verhältnis zur durchschnittlichen Aufenthaltsdauer der gleichen Gruppe zum Durchschnitt.