

Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung

Auswirkungen der Revision auf die Kosten und die Finanzierung des Versorgungssystems

Schlussbericht

Im Auftrag des
Bundesamtes für Gesundheit (BAG)

Autor/innen:
Michael Lobsiger
Miriam Frey

Basel, den 15.01.2019

Vertragsnummer:	16.926347
Laufzeit:	November 2016 – Dezember 2018
Datenerhebungsperiode:	August 2017 – Juli 2018
Projektleitung im BAG:	Cornelia Stadter, Sektion Tarife und Leistungserbringer stationär; Stellvertretung: Markus Weber, Fachstelle Evaluation und Forschung
Meta-Evaluation:	Der vorliegende Bericht wurde vom BAG extern in Auftrag gegeben, um eine unabhängige und wissenschaftlich fundierte Antwort auf zentrale Fragen zu erhalten. Die Interpretation der Ergebnisse, die Schlussfolgerungen und allfällige Empfehlungen an das BAG und andere Akteure können somit von der Meinung, respektive dem Standpunkt des BAG abweichen. Der Entwurf des Berichts war Gegenstand einer Meta-Evaluation durch das BAG und die Begleitgruppe. Die Meta-Evaluation (wissenschaftliche und ethische Qualitätskontrolle einer Evaluation) stützt sich auf die Qualitätsstandards der Schweizerischen Evaluationsgesellschaft (SEVAL-Standards). Das Ergebnis der Metaevaluation wurde dem Evaluationsteam mitgeteilt und fand Berücksichtigung im vorliegenden Bericht.
Bezug:	Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F), www.bag.admin.ch/evaluationsberichte
Originalsprache:	Deutsch
Korrespondenzadresse:	B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung AG, Aeschengraben 9, CH-4051 Basel, Tel: 061-262 05 55, Fax: 061-262 05 57, E-Mail: contact@bss-basel.ch

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	iii
Tabellenverzeichnis.....	v
Abkürzungsverzeichnis	viii
Executive Summary	ix
1. Einleitung.....	1
1.1. Ausgangslage	1
1.2. Gegenstand.....	1
1.3. Ziele und Evaluationsfragen	1
1.4. Aufbau des Berichts	2
2. Konzept der Studie.....	2
2.1. Wirkungszusammenhänge	2
2.2. Methodisches Vorgehen.....	11
3. Umsetzung der Massnahmen der Revision	16
3.1. Dual-fixe Leistungsfinanzierung.....	16
3.2. Spitalplanung	18
3.2.1. Interkantonal koordinierte, bedarfsgerechte Spitalplanungen	18
3.2.2. Erteilung der Leistungsaufträge nach Wirtschaftlichkeit.....	22
3.3. Leistungsbezogene (Fall-)Pauschalen.....	24
3.3.1. Gesamtschweizerische, leistungsbezogene Tarifstrukturen.....	24
3.3.2. Güte der Tarifstruktur SwissDRG	25
3.3.3. Wirtschaftliche Spitaltarife	29
3.3.4. Vergütung der stationären Behandlung unter Einschluss der Investitionskosten	37
3.4. Erweiterte Spitalwahl.....	39
3.4.1. Angemessene Vergütung ausserkantonal stationärer Behandlungen in Listenspitälern durch Kantone und OKP	39
3.4.2. Erfüllung der Aufnahmepflicht durch die Spitäler	41
3.5. Erweiterte Informationsbasis zu Wirtschaftlichkeit.....	44
3.5.1. Öffentlich zugängliche, nachvollziehbare und vergleichbare Spitalkennzahlen zu Kosten, Ausgaben und Finanzierung.....	44
3.5.2. Transparenz hinsichtlich Produktionskosten, Ausgaben und Finanzierung	47
4. Wirkungen auf die Spitäler und deren Reaktionen	49
4.1. Finanzieller Druck auf die Spitäler	50

4.2. Reaktionen der Spitäler	55
4.2.1. Effizienzsteigernde Reaktionen	55
4.2.2. Effizienzmindernde Reaktionen	60
4.3. Zwischenfazit	66
5. Auswirkungen auf das Versorgungssystem	68
5.1. Leistungskonzentration im stationären Versorgungsangebot	69
5.2. Kosten für Erbringung von stationären Spitalleistungen	69
5.3. Ausgaben für stationäre Spitalleistungen und Finanzierungsanteil der OKP	72
5.4. Ausgaben für stationären Spitalbereich	77
5.5. Ausgabenverlagerungen innerhalb der OKP und Entwicklung der OKP-Ausgaben Total	80
5.6. Zwischenfazit	81
6. Wirkung auf Kostenwachstum in der OKP und im Gesundheitswesen	84
6.1. Zwischenfazit	89
7. Gesamtbeurteilung	91
7.1. Auswirkungen der Revision	91
7.2. Zweckmässigkeit der Revision	96
7.3. Handlungsbedarf	100
A Anhang: Umsetzung	101
A.1 Dual-fixe Leistungsfinanzierung	101
A.2 Spitalplanung	102
A.3 Leistungsbezogene (Fall-)Pauschalen	110
A.4 Erweiterte Spitalwahl	117
B Anhang: Wirkungen auf die Spitäler und deren Reaktionen	119
B.1 Finanzieller Druck	119
B.2 Reaktionen der Spitäler	125
C Anhang: Wirkungen auf das Versorgungssystem	128
C.1 Indikatoren	128
C.2 Demografie (Alterung)	129
D Anhang: Interviews	132
E Anhang: Begleitgruppe	140
Literaturverzeichnis	141

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Modell der erwünschten Umsetzung und Wirkungen der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung.....	3
Abbildung 2	Übersicht Bewertungskriterien und Einordnung in Wirkungszusammenhänge.....	14
Abbildung 3	Mittlere EBITDA- und EBITDAR-Margen der Spitäler (gemessen am Median), nach Spitaltypen, 2016.....	53
Abbildung 4	Abgrenzung der Betrachtungsebenen des Gesundheitswesens	68
Abbildung 5	Verteilung der Finanzierung der stationären Spitalleistungen auf die Kostenträger, 2010-2016	76
Abbildung 6	Beurteilung der Wirtschaftlichkeit bei der Vergabe der Leistungsaufträge an die Spitäler durch die Kantone: Verwendung spitalindividueller Daten	106
Abbildung 7	Beurteilung der Wirtschaftlichkeit bei der Vergabe der Leistungsaufträge an die Spitäler durch die Kantone: Geografische Abdeckung der Datengrundlagen	106
Abbildung 8	Beurteilung der Wirtschaftlichkeit bei der Vergabe der Leistungsaufträge an die Spitäler durch die Kantone: Beurteilung Datenqualität	107
Abbildung 9	Beurteilung der Wirtschaftlichkeit bei der Vergabe der Leistungsaufträge an die Spitäler durch die Kantone: Systematischer Vergleich der Fallkosten	107
Abbildung 10	Beurteilung der Wirtschaftlichkeit bei der Vergabe der Leistungsaufträge an die Spitäler durch die Kantone: Verwendung Benchmark	108
Abbildung 11	Box-Plots Spitaltarife (in Franken), 2012-2018	112
Abbildung 12	Praxis der Kantone in Bezug auf Festsetzung Spitaltarife: Spitalindividuelle Daten	113
Abbildung 13	Praxis der Kantone in Bezug auf Festsetzung Spitaltarife: Geografische Abdeckung.....	113
Abbildung 14	Praxis der Kantone in Bezug auf Festsetzung Spitaltarife: Vergleich schweregradbereinigter Fallkosten	114
Abbildung 15	Praxis der Kantone in Bezug auf Festsetzung Spitaltarife: Einschätzung der Qualität der Datengrundlage	114
Abbildung 16	Praxis der Kantone in Bezug auf Festsetzung Spitaltarife: Einschätzung der Entwicklung der Qualität der Datengrundlage	115
Abbildung 17	Praxis der Kantone in Bezug auf Genehmigung Spitaltarife: Verwendung Benchmark zur Prüfung des Kriteriums der Wirtschaftlichkeit durch die Tarifpartner.....	115
Abbildung 18	Verteilung der Ausgaben für den stationären Spitalbereich nach Finanzierungsarten, 2010-2015	117
Abbildung 19	Kriterien für die Differenzierung der Referenztarife.....	117

Abbildung 20	Basis für die Festlegung der Referenztarife	118
Abbildung 21	Wahrnehmung finanzieller Druck durch die Spitäler im Jahr 2016, nach Spitaltyp.....	119
Abbildung 22	Wahrnehmung finanzieller Druck durch die Spitäler vor 2012, nach Spitaltyp.....	119
Abbildung 23	Veränderung des finanziellen Drucks seit 2012 aus Sicht der Spitäler, nach Spitaltyp	120
Abbildung 24	Wahrnehmung finanzieller Druck durch die Spitäler im Jahr 2016, nach Tätigkeitsbereichen	121
Abbildung 25	Wahrnehmung finanzieller Druck durch die Spitäler vor 2012, nach Tätigkeitsbereichen	121
Abbildung 26	Veränderung des finanziellen Drucks seit 2012 aus Sicht der Spitäler, nach Tätigkeitsbereichen	122
Abbildung 27	Veränderung des finanziellen Drucks seit 2012 und finanzieller Druck im Jahr 2016 gemäss Einschätzung der Kantone.....	123
Abbildung 28	Reaktionen der Spitäler auf den finanziellen Druck.....	125
Abbildung 29:	Einfluss der Alterung auf die Entwicklung der OKP-Ausgaben für stationäre Spitalleistungen, 2005-2015	131

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Übersicht Erhebungsmethoden, Sekundärdaten	11
Tabelle 2	Bewertung Umsetzung Dual-fixe Leistungsfinanzierung	17
Tabelle 3	Bewertung Umsetzung Planungskriterien zur Spitalplanung mit Bezug zu Vermeidung/Abbau von Überkapazitäten	21
Tabelle 4	Bewertung Berücksichtigung Kriterium der Wirtschaftlichkeit bei Vergabe der Leistungsaufträge	24
Tabelle 5	Bewertung in Bezug auf Vergütung von stationären Spitalleistungen gemäss KVG auf Basis gesamtschweizerischer, leistungsbezogener Tarifstrukturen	25
Tabelle 6	Bewertung in Bezug auf die Güte der Tarifstruktur SwissDRG	29
Tabelle 7	Bewertung der Wirtschaftlichkeit der Spitaltarife	36
Tabelle 8	Bewertung der Angemessenheit der Vergütung stationäre Behandlungen unter Einschluss der Investitionskosten und ohne Defizitdeckung	39
Tabelle 9	Bewertung der Angemessenheit der Vergütung ausserkantonaler stationärer Leistungen gemäss KVG	41
Tabelle 10	Bewertung in Bezug auf die Erfüllung der Aufnahmepflicht durch die Spitäler	43
Tabelle 11	Übersicht zu Spitalkennzahlen zu Kosten, Ausgaben und Finanzierung	44
Tabelle 12	Bewertung der Verfügbarkeit von öffentlich zugänglichen, nachvollziehbaren und vergleichbaren Spitalkennzahlen zu Kosten und Finanzierung	47
Tabelle 13	Bewertung der Wirkung der Massnahmen der KVG-Revision auf Transparenz hinsichtlich Kosten und Finanzierung	49
Tabelle 14	Gründe für den hohen finanziellen Druck im Jahr 2016	51
Tabelle 15	Bewertung Stand und Entwicklung finanzieller Druck auf die Spitäler	54
Tabelle 16	Bewertung in Bezug auf Auftreten effizienzsteigernde Reaktionen der Spitäler	59
Tabelle 17	Bewertung in Bezug auf das Auftreten effizienzmindernde Reaktionen der Spitäler	65
Tabelle 18	Bewertung in Bezug auf die Entwicklung hin zu einer Leistungskonzentration	69
Tabelle 19	Durchschnittliches jährliches Wachstum der Kosten für die Erbringung von stationären Spitalleistungen („Produktionskosten“)	70
Tabelle 20	Bewertung in Bezug auf Entwicklung der Kosten für die Erbringung von stationären Spitalleistungen gemäss KVG	72
Tabelle 21	Durchschnittliches jährliches Wachstum der OKP-Ausgaben	74

Tabelle 22	Bewertung in Bezug Entwicklung der Ausgaben für stationäre Spitalleistungen gemäss KVG und Stabilisierung des Finanzierungsanteils der OKP	76
Tabelle 23	Durchschnittliches jährliches Wachstum der Ausgaben aller Finanzierungsträger für den gesamten stationären Spitalbereich	78
Tabelle 24	Bewertung in Bezug auf die Entwicklung der Ausgaben aller Finanzierungsträger für den gesamten stationären Spitalbereich	79
Tabelle 25	Bewertung in Bezug auf Ausgabenverlagerungen innerhalb der OKP	81
Tabelle 26	Durchschnittliches jährliches Wachstum der Ausgaben für unterschiedliche Ausgabenindikatoren, Zeitraum 2006-2016	85
Tabelle 27	Bewertung Ausgabenentwicklung im Vergleich zur nominalen BIP-Entwicklung und Lohnentwicklung	88
Tabelle 28	Übersicht in Bezug auf ungenügende Umsetzung der Massnahmen, Ausbleiben von erwünschten und Auftreten von unerwünschten Wirkungen	98
Tabelle 29	Übersicht zum Handlungsbedarf	100
Tabelle 30	Kantonale Finanzierungsanteile ab 2012	101
Tabelle 31	Einschätzungen der Kantone zur Umsetzbarkeit der Planungskriterien aus der KVV, gemäss Kantonsbefragung	102
Tabelle 32	Beurteilung der Methode für die leistungsorientierte Bedarfsermittlung in Bezug auf die Eignung für die interkantonale Zusammenarbeit durch die Kantone	103
Tabelle 33	Beurteilung der Methode für die leistungsorientierte Bedarfsermittlung in Bezug auf die Eignung als Grundlage für die Vermeidung von Überkapazitäten durch die Kantone	103
Tabelle 34	Beurteilung der Methode für die leistungsorientierte Bedarfsermittlung in Bezug auf die Eignung als Grundlage für die Vermeidung von Unterkapazitäten durch die Kantone	104
Tabelle 35	Zusammenarbeit der Kantone bei der Erarbeitung der Versorgungsplanung und der Erstellung der Spitallisten	104
Tabelle 36	Einschätzung der Kantone in Bezug auf Veränderung der Zusammenarbeit bei der Erarbeitung der Versorgungsplanungen aufgrund der KVG-Revision	105
Tabelle 37	Einschätzung der Kantone in Bezug auf Veränderung der Zusammenarbeit bei der Erstellung der Spitallisten aufgrund der KVG-Revision	105
Tabelle 38	Einschätzung der Kantone in Bezug auf Veränderungen der Kriterien der Wirtschaftlichkeit aufgrund der KVG-Revision	108
Tabelle 39	Einschätzung der Kantone in Bezug auf Bewährung der aktuell verwendeten Kriterien zur Wirtschaftlichkeit zur Beurteilung der Leistungsaufträge	109

Tabelle 40	Zusammenfassung Verfahren für Betriebsvergleiche	110
Tabelle 41	Indikatoren Tarifstruktur SwissDRG	111
Tabelle 42	Deckungsgrad pro ausgewählte Gruppen mit virtuellen Einheitsbasispreisen	112
Tabelle 43	Praxis der Kantone in Bezug auf Genehmigung Spitaltarife: Berücksichtigung Kriterium der Wirtschaftlichkeit	115
Tabelle 44	Entwicklung Referenztarife für ausserkantonale stationäre Behandlungen, 2012-2018.....	118
Tabelle 45	Deskriptive Statistik EBITDA- und EBITDAR-Margen, nach Spitaltyp, 2016	123
Tabelle 46	Deskriptive Statistik EBITDA- und EBITDAR-Margen, nach Hauptaktivität, 2016	124
Tabelle 47	Einschätzungen der Spitäler zu Entwicklungen aufgrund der KVG- Revision.....	125
Tabelle 48	Einschätzungen der Kantone in Bezug auf Reaktionen der Spitäler aufgrund der KVG-Revision	127
Tabelle 49	Kennzahlen zu Kodierrevisionsberichten	127
Tabelle 50	Operationalisierung und Quellen der Indikatoren zur Abbildung der Wirkungen der KVG-Revision auf das Versorgungssystem	128
Tabelle 51	Einfluss der Alterung auf die Entwicklung der OKP-Ausgaben für diverse Leistungsbereiche, 2005-2015.....	132
Tabelle 52	Interviewpersonen	132
Tabelle 53	Mitglieder der Begleitgruppe	140

Abkürzungsverzeichnis

ANK	Anlagenutzungskosten
AP-DRG	All Patient Diagnosis Related Groups
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
BIP	Bruttoinlandprodukt
BVGer	Bundesverwaltungsgericht
CM	Case Mix
CMI	Case Mix Index
DRG	Diagnosis Related Groups (diagnosebezogene Fallgruppen)
DSVP	Dachverband Schweizerischer Patientenstellen
FINMA	Finanzmarktaufsicht
GB	Globalbudgets
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GWL	Gemeinwirtschaftliche Leistungen
IVHSM	Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin
ITAR_K	Integriertes Tarifmodell auf Kostenträgerrechnungsbasis
KS	Krankenhausstatistik
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
LOSC	Length of stay compliance
MDC	Major Diagnostic Categories (Hauptdiagnosegruppen)
MOKKE	Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung
MS	Medizinische Statistik der Krankenhäuser
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PUE	Preisüberwachung
REKOLE®	Revision der Kostenrechnung und Leistungserfassung
SECO	Staatssekretariat für Wirtschaft
SNB	Schweizerische Nationalbank
VGR	Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung
VKL	Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung

Executive Summary

Ausgangslage und Ziel

Am 1. Januar 2009 ist die Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) im Bereich Spitalfinanzierung in Kraft getreten. Die Revision umfasste folgende Massnahmen:

- Vergütung stationärer Spitalleistungen mittels leistungsbezogener Pauschalen, die auf schweizweit einheitlichen Tarifstrukturen basieren.
- Dual-fixe Finanzierung stationärer Leistungen durch Versicherer und Kantone.
- Stärkung der Freiheit der Versicherten bei der Wahl eines Spitals (erweiterte Spitalwahl).
- Kantonale Spitalplanungen nach gesamtschweizerisch einheitlichen Kriterien der Wirtschaftlichkeit und Qualität, sowie die Verpflichtung der Kantone zur interkantonalen Koordination bei der Spitalplanung.
- Erweiterung der Informationsbasis zu Wirtschaftlichkeit und Qualität der stationären Spitalleistungen.

Seit dem 1. Januar 2012 wird die Mehrheit der Massnahmen umgesetzt. Mit der Revision soll insbesondere das Kostenwachstum im stationären Spitalbereich gebremst werden. Die Auswirkungen der KVG-Revision werden durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) evaluiert. Die erste Etappe (2012-2015) der Evaluation wurde mit dem Zwischenbericht des BAG an den Bundesrat (BAG 2015) abgeschlossen. In der zweiten Etappe (2016-2018) werden die Wirkungen der KVG-Revision Spitalfinanzierung in drei Themenbereichen *Kosten und Finanzierung des Versorgungssystems* (nachfolgend kurz mit „Kosten und Finanzierung“ bezeichnet), *Qualität der stationären Versorgung* sowie *Entwicklung der Spitallandschaft und Sicherstellung der Versorgung* vertieft untersucht. Im Rahmen des vorliegenden Mandats steht die *Evaluation* der Auswirkungen der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die *Kosten und die Finanzierung des Versorgungssystems* im Fokus. Die Arbeiten im Rahmen dieses Mandats wurden mit den Arbeiten zu den anderen Themenbereichen koordiniert.

Dieses Evaluationsmandat hat erstens zum Ziel, die Umsetzung und Wirkungen der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Kosten und die Finanzierung des Versorgungssystems *aufzuzeigen* und zu *beurteilen*. Dabei werden folgende themenspezifischen Fragestellungen beantwortet:

- A. Inwieweit setzt die *Umsetzung* der Revision die Spitäler unter finanziellen Druck bei der Erbringung stationärer Spitalleistungen?
- B. Welche *Reaktionen*, die die Kosteneffizienz beeinflussen, ruft die Revision bei den Spitälern hervor?
- C. Welche *Auswirkungen* hat die Revision auf die Kosten und die Finanzierung des Versorgungssystems? Bewirkt sie Kostenverlagerungen? Wenn ja, welche?
- D. Wie wirkt sich die Revision auf das Kostenwachstum in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und im Gesundheitswesen aus?

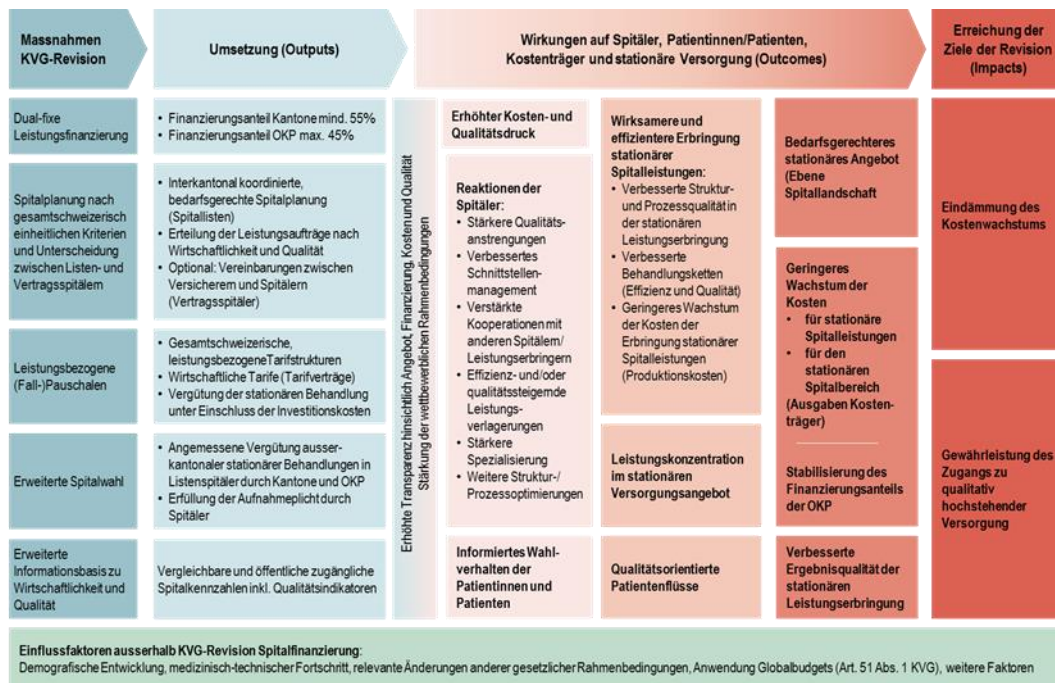
Mit der Beantwortung der themenspezifischen Fragestellungen wird zweitens aus der Perspektive des Themenbereichs „Kosten und Finanzierung“ ein Beitrag zur Beantwortung folgender vom BAG formulierten übergeordneten Fragestellungen geleistet:

- 1) Welches sind die Auswirkungen der Massnahmen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung?
- 2) Welche Auswirkungen hat die Revision auf die jeweils betroffenen Hauptakteure des Gesundheitssystems, d.h. auf die Versicherten, die Kantone, die Versicherer und die Leistungserbringer?
- 3) Welchen Beitrag leistet die Revision zur Erreichung der sozial- und wettbewerbspolitischen Hauptziele des KVG, insbesondere zur Eindämmung des Kostenwachstums in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und zur Sicherstellung des Zugangs zu einer qualitativ hochstehenden Versorgung?
- 4) Wie ist die Zweckmässigkeit der Revision, also das Ausmass der Eignung, eine Eindämmung des Kostenwachstums in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu erzielen, zu beurteilen?
- 5) In welchen Bereichen wird Handlungsbedarf gesehen?

Die übergeordneten Fragestellungen werden im Schlussbericht zur Evaluation der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung des BAG an den Bundesrat (BAG 2019) beantwortet. Das Evaluationsmandat zeigt somit aus der Sicht des Themenbereichs „Kosten und Finanzierung“ allfälligen Handlungsbedarf in Bezug auf Anpassungen auf der gesetzgeberischen Ebene oder bei der Umsetzung der Massnahmen auf.

Konzept und Methodik

Wirkungszusammenhänge: Als theoretischer Bezugspunkt für diese Evaluation dienen Wirkungszusammenhänge, welche die erwünschten Umsetzungen und Wirkungen der Massnahmen der KVG-Revision Spitalfinanzierung abbilden, wie sie in den Gesetzgebungsdokumenten explizit genannt werden oder aus der Logik der Revision abgeleitet werden können (vgl. Abbildung unten). Die erwünschte Umsetzung der Massnahmen der Revision sollte die Transparenz u.a. hinsichtlich Kosten und Finanzierung von stationären Spitalleistungen gemäss KVG erhöhen und den Wettbewerb unter den Spitälern steigern. Damit verbunden war die Erwartung, dass sich der finanzielle Druck auf die Spitäler erhöht, diese darauf reagieren und die Effizienz in der Erbringung von KVG-pflichtigen stationären Spitalleistungen steigern. Dies wiederum sollte sich in einem geringeren Wachstum der Produktionskosten der Spitäler und Kliniken niederschlagen. Ein geringeres Wachstum der Produktionskosten, in Kombination mit der Bemessung der (Fall-)Pauschalen am Kostenniveau effizienter Spitäler, sollte zu einem geringeren Wachstum der Ausgaben für stationäre Spitalleistungen führen, was wiederum zu einem geringeren Wachstum der Ausgaben für den stationären Spitalbereich und das Gesundheitswesen insgesamt beitragen sollte. Die Wirkungszusammenhänge berücksichtigen weiter auch Einflussfaktoren ausserhalb der Revision (bspw. Alterung der Gesellschaft, medizinisch-technischer Fortschritt). Abweichungen von erwünschten Formen der Umsetzung der Massnahmen werden in den Wirkungszusammenhängen nicht aufgeführt. Im Rahmen dieser Evaluation werden diese aber aufgenommen.

Modell der erwünschten Umsetzung und Wirkungen der KVG-Revision Spitalfinanzierung

Quelle: Projektdokument BAG vom 21. Juni 2018.

Methoden der Informationsgewinnung: Es wurden Erkenntnisse aus Studien des BAG im Rahmen der Evaluation zur KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung (insb. die Ergebnisse des Obsan aus dem Monitoring zu Kosten und Finanzierung sowie die Ergebnisse aus den anderen beiden Themenbereichen) und der Begleitforschung von Dritten sowie aus Dokumenten (bspw. Gesetze, Bundesverwaltungsgerichtsentscheide) einbezogen. Im Rahmen der 2. Etappe der Evaluation wurden im Rahmen der anderen beiden Themenbereiche im Herbst 2017 Befragungen der Kantone und der Spitäler durchgeführt. Die Ergebnisse aus diesen Befragungen wurden ebenfalls aufgenommen. Weiter wurden Interviews mit verschiedenen Akteuren, die von der KVG-Revision betroffen sind, geführt. Zudem wurden Sekundärdaten genutzt.

Methoden der Informationsauswertung: Die Informationen wurden qualitativ und quantitativ ausgewertet. Die quantitativen Analysen sind deskriptiver Natur.

Bewertungskriterien: Zur Beurteilung der Umsetzung und der Wirkungen der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung wurden verschiedene Bewertungskriterien herangezogen, die auf Basis der gesetzlichen Grundlagen, der Zielsetzungen der Revision, aus den Wirkungszusammenhängen und Wirkungsüberlegungen, aus Urteilen des Bundesverwaltungsgerichts (BVGer) und Dokumenten der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) operationalisiert wurden.

Gültigkeit der Ergebnisse: Im Rahmen dieses Berichts wurden verschiedene Informationsquellen für die Bestandsaufnahme und die Bewertung der Umsetzung und der Wirkungen der Massnahmen der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung berücksichtigt, um Ergebnisse und Einschätzungen zu validieren und ein möglichst umfassendes

Bild zu erhalten. Einige Analysen stellen dennoch stark auf eine / einige wenige Informationsquellen ab (bspw. auf Einschätzungen von Akteuren aus dem Gesundheitswesen). Bei der Analyse der Sekundärdaten mussten aufgrund der Datenverfügbarkeit Einschränkungen bei der zeitlichen Abdeckung und teilweise Unschärfen bei Abgrenzungen hingenommen werden. Primär wird der Zeitraum seit Einführung der neuen Vergütungs- und Finanzierungsregeln (ab 2012 bis 2016 oder 2017) analysiert. Ergänzend werden je nach Indikator auch die Jahre vor 2012 (mehrheitlich ab 2005) einbezogen. Seit 2012 sind zwar bereits einige Jahre vergangen. Dennoch können erwünschte oder auch unerwünschte Wirkungen aufgrund von Übergangsbestimmungen und Umsetzungsschwierigkeiten und aufgrund von zeitverzögerten Verhaltensänderungen noch nicht (vollständig) eingetroffen sein. Die Versorgungsbereiche Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie waren von der Revision bisher unterschiedlich betroffen (ein leistungsbezogenes Tariffsystem war im betrachteten Zeitraum erst in der Akutsomatik etabliert). Sekundärdaten wurden deskriptiv ausgewertet, kausale Effekte lassen sich auf dieser Basis nicht direkt ableiten. Einflüsse anderer Faktoren wurden bei den Analysen jedoch qualitativ einbezogen. Vorher-Nachher-Vergleiche und Vergleiche mit Entwicklungen in anderen Leistungs- und Versorgungsbereichen geben zudem Hinweise, inwiefern die KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung wirkte.

Resultate

Umsetzung der Massnahmen der Revision mit Blick auf Kosten und Finanzierung:

Dual-fixe Leistungsfinanzierung: Seit 2017 (nach einer vom Gesetz vorgesehenen Übergangsfrist) liegt der Finanzierungsschlüssel in allen Kantonen bei 55% (mit Ausnahme des Kantons Basel-Stadt mit einem Finanzierungsschlüssel von 56%). Die effektiven Finanzierungsanteile haben sich gemäss den Erwartungen entwickelt.

Spitalplanung: Die Spitalplanung (Planungsprozesse von der Bedarfsermittlung bis zur Überprüfung der Versorgungsplanung) in den Kantonen richtet sich – zumindest in der Akutsomatik – verstärkt nach den einheitlichen, vom Gesetz vorgegebenen Planungskriterien, was einer erwünschten bedarfsgerechten (Vermeidung von Über- und Unterkapazitäten) und interkantonal koordinierten Planung Vorschub leistet. Im Versorgungsbereich der Rehabilitation fehlt eine allgemein akzeptierte Leistungsgruppen-Systematik. In Bezug auf die interkantonale Koordination gehen die Planungen der Kantone selten über eine Anhörung bzw. Absprache hinaus. Vereinzelt findet keine Zusammenarbeit statt. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung im Rahmen der Beurteilung der Auswahl des auf der Spitalliste zu sichernden Angebots hat an Bedeutung gewonnen. Die Umsetzung ist immer noch heterogen, was auch mit der zumindest in der Anfangsphase schlechten Datenbasis erklärt werden kann.

Leistungsbezogene (Fall-)Pauschalen: Mit SwissDRG existiert seit 2012 eine gesamtschweizerische, leistungsbezogene *Tarifstruktur* für die Akutsomatik. Neue, leistungsorientierte Tarifstrukturen für die Psychiatrie und Rehabilitation wurden auf Anfang 2018 (Psychiatrie: TARPSY) bzw. werden voraussichtlich auf 2022 (Rehabilitation: ST Reha) eingeführt. Die Tarifstruktur SwissDRG ermöglicht grundsätzlich den Vergleich von schweregradbereinigten Fallkosten über die Spitäler hinweg, wobei keine Einigkeit über die Güte der Tarifstruktur und damit verbunden über allfällige Korrekturmassnahmen

besteht (zumindest Tariffdifferenzierungen im Rahmen der Tariffindung scheinen notwendig zu sein). In der Praxis haben sich unterschiedliche Vorgehensweisen für Betriebsvergleiche als Basis für die Festlegung der *Spitaltarife* entwickelt, wobei grundsätzlich die Bestimmung eines Referenzwertes angestrebt wird, der sich an einem effizienten Spital orientiert. Ein allgemein anerkanntes Verfahren existiert nicht. Das Kriterium der Wirtschaftlichkeit wird von den Kantonen im Rahmen der Genehmigung und Festsetzung der Spitaltarife verstärkt berücksichtigt, die Umsetzung ist allerdings heterogen. Insgesamt hat sich die Umsetzung der Massnahme in die gewünschte Richtung entwickelt: Bei der Festlegung der Spitaltarife wird ein verstärkter Fokus auf die Wirtschaftlichkeit gelegt. Dies zeigt auch die Entwicklung der Spitaltarife in der Akutsomatik, die seit 2012 in der Höhe abgenommen haben. Inwiefern die Investitionskosten zur Erbringung von stationären Spitalleistungen gemäss KVG vollständig über die Fallpauschalen abgegolten werden oder durch eine (Mit-)Finanzierung von Investitionen durch Kantone eine Subventionierung stattfindet, kann auf Basis der verfügbaren Informationen nicht beantwortet werden.

Erweiterte Spitalwahl: Die Versicherten können für die stationäre Behandlung unter den Spitälern frei wählen, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind. Kanton und OKP beteiligen sich höchsten nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt (sog. Referenztarif). Bei der Festlegung der Referenztarife orientieren sich einige Kantone am jeweils tiefsten Spitaltarif. Dies schränkt den interkantonalen Wettbewerb ein und läuft der Intention des Gesetzgebers zuwider. Auf der Grundlage von Einschätzungen von Akteuren aus dem Gesundheitswesen lassen sich keine Hinweise auf eine systematische Verletzung der Aufnahmepflicht durch die Spitäler erkennen.

Erweiterte Informationsbasis zu Wirtschaftlichkeit: In Bezug auf Kosten und Finanzierung sind diverse Spitalkennzahlen verfügbar. Gerade die Kennzahlen zu den Kosten sind nur bedingt vergleichbar, da sie auf unterschiedlichen Daten- und Berechnungsgrundlagen basieren. Vom Bund in Zusammenarbeit mit den Kantonen veröffentlichte gesamtschweizerische Betriebsvergleiche sind (noch) nicht verfügbar.

Wirkungen der Massnahmen der Revision:

Transparenz: Insgesamt hat sich die Transparenz in Bezug auf Kosten, Ausgaben und Finanzierung mit der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung erhöht. Teilweise ist die Transparenz noch eingeschränkt, insb. bei den Kosten (aufgrund von Abgrenzungsproblemen bei Kosten für GWL), bei den Ausgabenindikatoren (aufgrund unterschiedlicher Verfahren für Betriebsvergleiche, auf deren Basis die Spitaltarife festgelegt werden) und der Finanzierung (in Bezug auf GWL und kantonale Investitionen im Spitalbereich).

Finanzieller Druck: Einschätzungen von Spitälern im Rahmen der Spitalbefragung lassen vermuten, dass aufgrund der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung der finanzielle Druck (=Druck, die Kosten im stationären KVG-Bereich zu senken und/oder die Erträge zu erhöhen) auf die Spitäler zugenommen hat. Dabei führte ein hoher Anteil der Spitäler den erhöhten finanziellen Druck auf die Spitaltarife im stationären Bereich zurück. Rentabilitäts-Kennzahlen weisen darauf hin, dass der finanzielle Druck nach 2012

hoch ist. Ein eindeutiger Trend seit 2012 in Richtung einer Erhöhung des finanziellen Drucks lässt sich auf dieser Basis nicht festmachen.

Effizienzsteigernde und effizienzmindernde Reaktionen der Spitäler: Einschätzungen von Spitalern im Rahmen der Spitalbefragung und anderer Akteure im Rahmen der Interviews legen verstärkte Struktur- und Prozessoptimierungen aufgrund der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung nahe. Dazu zählen Verbesserungen im Schnittstellenmanagement, was einerseits auf den Druck, die Kosteneffizienz zu erhöhen, aber auch auf die stärkere Beanspruchung der Schnittstellen aufgrund von Leistungsverlagerungen zurückgeführt werden kann. Weiter zählen auch verstärkte Kooperationen mit anderen Leistungserbringern dazu. Ein klarer Trend hin zu einer verstärkten Spezialisierung lässt sich nicht feststellen. Teilverlagerungen von Leistungen können festgestellt werden, nicht aber gesamthafte Verlagerungen. Inwiefern diese Verlagerungen aus Kostensicht erwünscht sind, kann im Rahmen dieser Studie nicht beantwortet werden. Gewisse befürchtete effizienzmindernde Reaktionen der Spitäler aufgrund der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung sind nicht eingetreten (Höherkodierungen, Rationierung). Diesen Schluss lassen zumindest Kennzahlen aus Kodierrevisionsberichten und Einschätzungen von Akteuren aus dem Gesundheitswesen zu. In Bezug auf andere unerwünschte Reaktionen (medizinisch nicht indizierte Mengenausweitung, Risikoselektion) liegen auf der Grundlage der für diese Studie herangezogenen Informationen ebenfalls keine systematischen Hinweise vor, eine abschliessende Bewertung ist aber nicht möglich.

Leistungskonzentration: Eine Leistungskonzentration im Sinne einer Reduktion der Zahl der Leistungserbringer in bestimmten Leistungsbereichen bzw. die Verschiebung von Marktanteilen zugunsten grösserer Leistungserbringer kann bis auf einige Ausnahmen nicht beobachtet werden. Ein möglicher Grund dafür liegt in der Spitalplanung, die Spitallisten und Leistungsaufträge über mehrere Jahre festschreibt und damit Strukturen zu einem gewissen Grad fixiert. Grössere Veränderungen sind daher eher in der langen Frist zu erwarten.

Kosten für die Erbringung von stationären Spitalleistungen (Produktionskosten): Nach 2012 hat sich das Wachstum der Produktionskosten für die Erbringung von stationären Spitalleistungen (für den gesamten stationären Spitalbereich, d.h. unter Berücksichtigung der Versorgungsbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation), nach einem starken Anstieg im Jahr 2012 (4,6%) von Jahr zu Jahr abgeschwächt. Das durchschnittliche jährliche Wachstum im Zeitraum 2013-2016 belief sich auf 2,9%. Im Vergleich dazu belief sich das Wachstum der Produktionskosten im Jahr 2011 auf 2,8% (vgl. Tabelle unten). Insgesamt hat die Entwicklung der Produktionskosten nach 2012 den erwarteten Verlauf genommen. Ein Vergleich zu vor 2012 ist schwierig, da für den Vergleich nur ein Datenpunkt zur Verfügung steht.

Ausgaben für stationäre Spitalleistungen: Die OKP-Ausgaben spitalstationär (gesamter stationärer Spitalbereich) haben sich im Zeitraum 2013-2016 moderater entwickelt als im Zeitraum 2006-2011 (das durchschnittliche jährliche Wachstum betrug für den Zeitraum 2013-2016 1,5%, dasjenige für den Zeitraum 2006-2011 3,2%). Dieses Ergebnis ist allerdings vorbehaltlich möglicher Leistungs- und Ausgabenverlagerungen zu sehen. Weiter

gilt es zu berücksichtigen, dass die zeitlich verzögerte Anhebung des kantonalen Finanzierungsanteils auf min. 55% im Rahmen der gesetzlich vorgesehenen Übergangsfrist bis 2017 einen kostendämpfenden Effekt auf die OKP-Ausgaben spitalstationär hatte. Wird dieser Effekt herausgerechnet, liegt das durchschnittliche jährliche Wachstum der OKP-Ausgaben spitalstationär für den Zeitraum 2013-2016 mit 2,4% immer noch unter dem durchschnittlichen jährlichen Wachstum im Zeitraum 2006-2011. Neben diesen (potenziellen) dämpfenden Effekten gilt es zu berücksichtigen, dass die OKP ab 2012 durch die anteilmässige Abgeltung der Anlagenutzungskosten (ANK) stärker belastet wurde.

Die Ausgaben der Kantone für stationäre Spitalleistungen (inkl. GWL, inkl. kantonale Investitionen, gesamter stationärer Spitalbereich) weisen ebenfalls ein tieferes durchschnittliches jährliches Wachstum im Zeitraum 2012-2016 (0,6%) im Vergleich zum Zeitraum 2006-2011 (3,8%) auf. Aufgrund einer fehlenden systematischen Erfassung der kantonalen Investitionen vor 2012 kann allerdings nicht beurteilt werden, in welchem Ausmass die Kantone durch die Mitfinanzierung der OKP an den ANK entlastet wurden. Insofern ist ein Vergleich der Ausgabenentwicklung vor und nach 2012 nur eingeschränkt möglich. Bei der Interpretation der Entwicklung der kantonalen Ausgaben für stationäre Spitalleistungen gilt es weiter zu berücksichtigen, dass bei den für diese Studie verwendeten Daten sowohl Ausgaben für stationäre Spitalleistungen gemäss KVG wie auch Ausgaben für GWL enthalten sind.

OKP-Ausgaben Total (alle Leistungsarten) und Ausgabenverlagerungen innerhalb der OKP: Das Ausgabenwachstum der OKP insgesamt hat sich nach 2012 im Vergleich zu vor 2012 verstärkt (4,2% im Zeitraum 2013-2016, 3,7% im Zeitraum 2006-2011). Die Auftragsstudien des BAG im Rahmen der Evaluation und Begleitforschung von Dritten liefern Hinweise, dass es aufgrund der Revision zu Leistungs- und somit Kostenverlagerungen in dem akutstationären Bereich vor- und nachgelagerte Bereiche gekommen ist (praxis-/spitalambulant, Rehabilitation, Spitex, Pflegeheime), die für die OKP ebenfalls relevant sind. Die Erwünschtheit von Leistungsverlagerungen vor dem Hintergrund des Kostendämmungsziels bemisst sich daran, ob die Leistungen in einem anderen Bereich in gleicher Qualität zu geringeren Kosten erbracht werden können und die in den anderen Bereichen verursachten Kostenanstiege mit einem grösseren Rückgang der Kosten im stationären Bereich einhergehen. Bei den OKP-Ausgaben Total muss bei dieser Betrachtung auch der Wegfall der kantonalen Mitfinanzierung berücksichtigt werden. Der Gesamteffekt von Leistungsverlagerungen auf die OKP-Ausgaben Total konnte im Rahmen dieser Studie allerdings nicht beurteilt werden.

Ausgaben aller Finanzierungsträger für den gesamten stationären Spitalbereich: Das Wachstum der Ausgaben aller Finanzierungsträger (d.h. OKP, Kantone, Zusatzversicherungen, übrige, Sozialversicherungen, Out-of Pocket) für den stationären Spitalbereich hat sich im Zeitraum 2013-2016 (3,0%) im Vergleich zum Jahr 2011 (6,6%) ebenfalls abgeschwächt (vgl. Tabelle unten). Da für die Zeit vor der Revision nur ein Vergleichspunkt zur Verfügung steht, ist bei der Interpretation Zurückhaltung angezeigt. Im Vergleich zu anderen Leistungsarten (bspw. spitalambulant, Spitex) fällt das durchschnittliche jährliche Ausgabenwachstum aller Finanzierungsträger für den gesamten stationären Spitalbereich im Zeitraum 2013-2016 moderater aus. Dies kann als Hinweis auf einen direkten Einfluss der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung gedeutet werden.

Wiederum können Leistungsverlagerungen zumindest partiell für diese Entwicklung verantwortlich sein.

Durchschnittliches jährliches Ausgabenwachstum im stationären Spitalbereich

	Durchschnittliches jährliches Wachstum (%)		
	2011	2012	2013-2016
Produktionskosten			
Kosten für Erbringung von stationären Spitalleistungen (gesamter stationärer Spitalbereich)	2,8%	4,6%	2,9%
Ausgaben für stationäre Spitalleistungen	2006-2011	2012	2013-2016
OKP-Ausgaben spitalstationär (gesamter stationärer Spitalbereich)	3,2%	10,1%	1,5%
Ausgaben der Kantone für stationäre Spitalleistungen (inkl. GWL, inkl. kantonale Investitionen, gesamter stationärer Spitalbereich)	3,8%	12,1%	0,6%
Ausgaben für den stationären Spitalbereich	2011	2012	2013-2016
Ausgaben aller Finanzierungsträger für stationären Spitalbereich	6,6%	7,2%	3,0%

Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage von Pellegrini und Roth (2018) und der Statistik der Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (BFS). Anmerkungen: Die Entwicklung im Jahr 2012 wird separat ausgewiesen, da sich im Jahr 2012 aufgrund der Revision Schwelleneffekte bemerkbar gemacht haben, die einen Vorher-Nachher-Vergleich beeinträchtigen würden.

Beurteilung der Zielerreichung in Bezug auf die Kostendämpfung: Zur Beurteilung der Zielerreichung in Bezug auf die Kostendämpfung werden die Entwicklungen verschiedener Ausgabenindikatoren der Entwicklung des Bruttoinlandprodukts (BIP) und der Entwicklung des Nominallohnwachstums gegenübergestellt. Das Ziel gilt als erreicht, wenn sich das durchschnittliche jährliche Ausgabenwachstum (pro Kopf) im Zeitraum 2013-2016 höchstens im Ausmass des nominalen BIP-Wachstums (pro Kopf) oder des Nominallohnwachstums bewegt (*starkes Kriterium*) oder wenn das durchschnittliche jährliche Ausgabenwachstum (pro Kopf) und das durchschnittliche jährliche nominale BIP-Wachstum (pro Kopf) / das durchschnittliche jährliche Nominallohnwachstum in der Periode 2013-2016 weniger weit auseinanderklaffen als in der Periode 2006-2011 (*schwaches Kriterium*).

In Bezug auf die OKP-Ausgaben spitalstationär (gesamter stationärer Spitalbereich, d.h. unter Berücksichtigung der Versorgungsbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation) wird das Kostendämpfungsziel (nach dem starken Kriterium) bei der Gegenüberstellung mit dem Lohnwachstum erreicht. Wird der kostendämpfende Effekt aufgrund der zeitlich verzögerten Anhebung des kantonalen Finanzierungsanteils auf min. 55% im Rahmen der gesetzlich vorgesehenen Übergangsfrist bis 2017 auf die OKP-Ausgaben spitalstationär herausgerechnet, wird das Kostendämpfungsziel nicht mehr erreicht.

Die Ergebnisse legen nahe, dass das Kostendämpfungsziel auch in Bezug auf die Ausgaben aller Finanzierungsträger für den gesamten stationären Spitalbereich erreicht wird. Das Ergebnis ist aber aufgrund des kurzen Analysehorizonts mit grosser Zurückhaltung zu interpretieren.

Nicht erreicht werden die Kostendämpfungsziele für andere Ausgabenindikatoren wie die OKP-Ausgaben Total (alle Leistungsarten), für die Ausgaben aller Finanzierungsträger für den Spitalbereich und die Ausgaben aller Finanzierungsträger für das Gesundheitswesen. Das gedämpfte Wachstum der OKP-Ausgaben spitalstationär leistet potenziell einen Beitrag zur Dämpfung der OKP-Ausgaben Total (alle Leistungsarten) (und damit auch der Ausgaben aller Finanzierungsträger für den Spitalbereich und der Ausgaben aller Finanzierungsträger für das Gesundheitswesen). Eine abschliessende Beurteilung kann allerdings nicht vorgenommen werden, da die Implikationen von Leistungsverlagerungen auf die OKP-Ausgaben Total (alle Leistungsarten) offen sind. Mögliche Ausgabendämpfende Effekte aufgrund von Leistungs- und Ausgabenverlagerungen vom spitalstationären Bereich in andere Bereiche (sofern die verlagerten Leistungen in den anderen Versorgungsbereichen effizienter erbracht werden können und im stationären Bereich entsprechende Kosteneinsparungen stattfinden) konnten im Rahmen dieser Studie nicht untersucht werden.

Gesamtbeurteilung

Zweckmässigkeit der Revision: Aufgrund des noch relativ kurzen Analysezeitraums seit der Revision können erwünschte oder auch unerwünschte Wirkungen aufgrund von Übergangsbestimmungen und Umsetzungsschwierigkeiten und aufgrund von zeitverzögerten Verhaltensänderungen noch nicht (vollständig) eingetroffen sein. Eine abschliessende Beurteilung ist daher nicht möglich. Auf Basis der für die Analyseperiode vorliegenden Informationen erscheint die Revision insgesamt aber geeignet, einen Beitrag zur Eindämmung des Ausgabenwachstums in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu leisten. Damit sich die Wirkungen der Massnahmen vollständig entfalten können, sind bei der Umsetzung aber noch Verbesserungen notwendig. Auf der Grundlage der Analyse sieht das Evaluationsteam eine ungenügende Umsetzung der Massnahmen bei der Spitalplanung (teilweise fehlende interkantonale Koordination; teilweise zurückhaltende Wirtschaftlichkeitsprüfung), bei der erweiterten Spitalwahl (Orientierung am tiefsten Spitaltarif eines Spitals auf der kantonalen Spitalliste für die Festsetzung der Referenztarife) und der erweiterten Informationsbasis (keine einheitliche Datenbasis für Betriebsvergleiche; fehlende, durch Bund in Zusammenarbeit mit den Kantonen durchgeführte und veröffentlichte schweizweite Betriebsvergleiche). Erwünschte Wirkungen sind v.a. in Bezug auf die leistungsbezogenen (Fall-)Pauschalen ausgeblieben (noch fehlende Transparenz in Bezug auf Kosten und die Betriebsvergleiche; fehlende Transparenz in Bezug auf die Finanzierung, da kantonale Subventionierung über GWL und/oder kantonale Investitionen/Investitionsbeiträge nicht ausgeschlossen werden können).

Handlungsbedarf: Ergibt sich in Bezug auf eine Harmonisierung der Definition und Bewertung von GWL, eine verstärkte interkantonale Zusammenarbeit bei der Spitalplanung und einer Erhöhung der Transparenz in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit stationärer Spitalleistungen.

1. Einleitung

1.1. Ausgangslage

Am 1. Januar 2009 ist die Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) im Bereich Spitalfinanzierung in Kraft getreten. Die Revision umfasste mehrere Massnahmen (vgl. **Kap 1.2**). Seit dem 1. Januar 2012 wird die Mehrheit der Massnahmen umgesetzt. Mit der Revision soll insbesondere das Kostenwachstum im stationären Spitalbereich gebremst werden. Die Auswirkungen der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung werden durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) evaluiert. Die erste Etappe (2012-2015) der Evaluation wurde mit dem Zwischenbericht des BAG an den Bundesrat (BAG 2015) abgeschlossen. In der zweiten Etappe (2016-2018) werden die Wirkungen der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung in den *Themenbereichen*

- Kosten und Finanzierung des Versorgungssystems
- Qualität der stationären Versorgung
- Entwicklung der Spitallandschaft und Sicherstellung der Versorgung

vertieft untersucht.

Im Rahmen des vorliegenden Mandats steht die *Evaluation* der Auswirkungen der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung auf die *Kosten und die Finanzierung des Versorgungssystems* im Fokus.

Die Arbeiten im Rahmen dieses Mandats wurden mit den Arbeiten zu den Themenbereichen „Qualität der stationären Versorgung“ und „Entwicklung der Spitallandschaft und Sicherstellung der Versorgung“ koordiniert.

1.2. Gegenstand

Die KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung umfasst folgende Massnahmen:

- Vergütung stationärer Spitalleistungen mittels leistungsbezogener Pauschalen, die auf schweizweit einheitlichen Tarifstrukturen basieren.
- Dual-fixe Finanzierung stationärer Leistungen durch Versicherer und Kantone.
- Stärkung der Freiheit der Versicherten bei der Wahl eines Spitals.
- Kantonale Spitalplanungen nach gesamtschweizerisch einheitlichen Kriterien der Wirtschaftlichkeit und Qualität, sowie die Verpflichtung der Kantone zur interkantonalen Koordination bei der Spitalplanung.
- Erweiterung der Informationsbasis zu Wirtschaftlichkeit und Qualität der stationären Spitalleistungen.

1.3. Ziele und Evaluationsfragen

Dieses Evaluationsmandat hat zum Ziel, die Umsetzung und die Wirkungen der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung auf die Kosten und die Finanzierung des Versorgungssystems *aufzuzeigen* und zu *beurteilen*. Dabei werden folgende themenspezifischen Fragestellungen beantwortet:

- A. Inwieweit setzt die *Umsetzung* der Revision die Spitäler unter finanziellen Druck bei der Erbringung stationärer Spitalleistungen?

- B. Welche *Reaktionen*, die die Kosteneffizienz beeinflussen, ruft die Revision bei den Spitälern hervor?
- C. Welche *Auswirkungen* hat die Revision auf die Kosten und die Finanzierung des Versorgungssystems? Bewirkt sie Kostenverlagerungen? Wenn ja, welche?
- D. Wie wirkt sich die Revision auf das Kostenwachstum in der OKP und im Gesundheitswesen aus?

Mit der Beantwortung der themenspezifischen Fragestellungen wird aus der Perspektive des Themenbereichs „Kosten und Finanzierung“ ein Beitrag zur Beantwortung folgender vom BAG formulierten übergeordneten Fragestellungen geleistet:

- 1) Welches sind die Auswirkungen der Massnahmen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung?
- 2) Welche Auswirkungen hat die Revision auf die jeweils betroffenen Hauptakteure des Gesundheitssystems, d.h. auf die Versicherten, die Kantone, die Versicherer und die Leistungserbringer?
- 3) Welchen Beitrag leistet die Revision zur Erreichung der sozial- und wettbewerbspolitischen Hauptziele des KVG, insbesondere zur Eindämmung des Kostenwachstums in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und zur Sicherstellung des Zugangs zu einer qualitativ hochstehenden Versorgung?
- 4) Wie ist die Zweckmässigkeit der Revision, also das Ausmass der Eignung, eine Eindämmung des Kostenwachstums in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu erzielen, zu beurteilen?
- 5) In welchen Bereichen wird Handlungsbedarf gesehen?

Das Evaluationsmandat zeigt somit aus der Sicht des Themenbereichs „Kosten und Finanzierung“ allfälligen Handlungsbedarf in Bezug auf Anpassungen auf der gesetzgeberischen Ebene oder bei der Umsetzung der Massnahmen auf.

1.4. Aufbau des Berichts

Der Bericht ist folgendermassen aufgebaut: **Kap. 2** geht auf die Konzeption der Studie ein. Es werden Wirkungszusammenhänge und Hypothesen präsentiert sowie das methodische Vorgehen erläutert. Anschliessend folgen die Analysen, in **Kap. 3** zur Umsetzung der Massnahmen der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung, in **Kap. 4** zu den Wirkungen auf die Spitäler, in **Kap. 5** zu den Auswirkungen auf das Versorgungssystem, in **Kap. 6** zu den Wirkungen auf das Ausgabenwachstum in der OKP, im stationären Spitalbereich und im Gesundheitswesen. In **Kap. 7** folgt eine Gesamtbeurteilung mit Antworten zu den übergeordneten Fragestellungen und dem Aufzeigen von Handlungsbedarf.

2. Konzept der Studie

2.1. Wirkungszusammenhänge

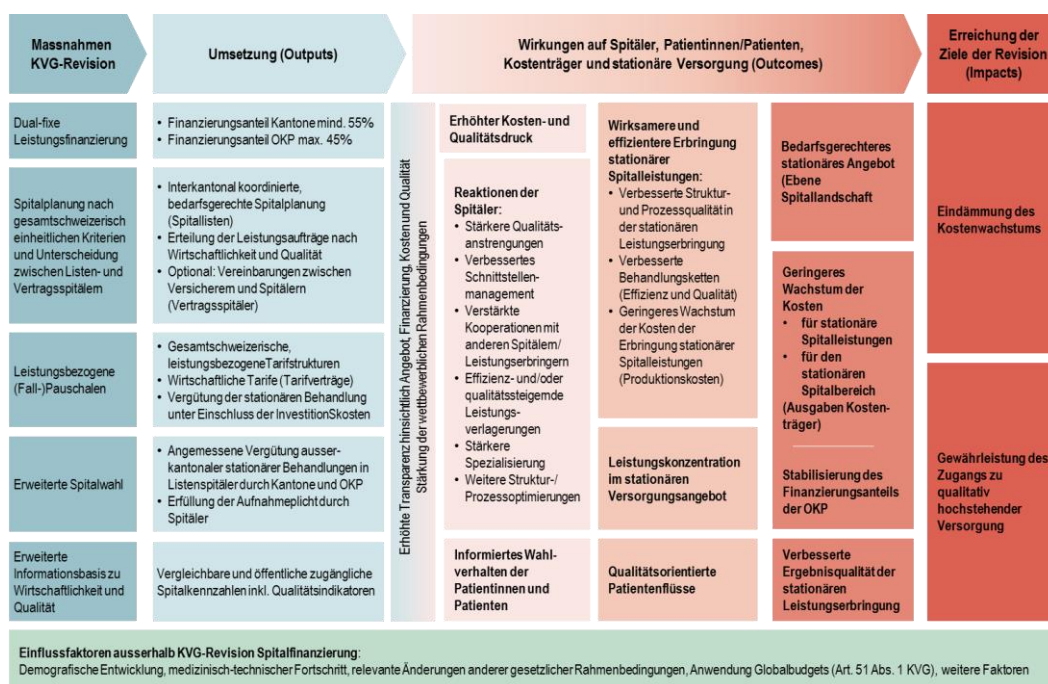
Wirkungsmodell und Wirkungshypothesen

Als theoretischer Bezugspunkt für die Evaluation dienen Wirkungszusammenhänge, die im Wirkungsmodell in Abbildung 1 dargestellt sind. Die Wirkungszusammenhänge bilden die erwünschten Umsetzungen und Wirkungen der Massnahmen der KVG-Revision

im Bereich Spitalfinanzierung ab, wie sie in den Gesetzgebungsdokumenten explizit genannt werden oder aus der Logik der Revision abgeleitet werden können.

Das Wirkungsmodell in Abbildung 1 bildet die Massnahmen der KVG-Revision (vgl. **Kap. 1.2**) und deren Umsetzung (Outputs) ab, geht auf die Wirkungen auf verschiedene Akteure (wie Spitäler, Patientinnen und Patienten, Finanzierungsträger) und Betrachtungsebenen der stationären Versorgung (stationäre Spitalleistungen, stationärer Spitalbereich) (Outcomes) sowie auf die Erreichung der Hauptziele des KVG (Impacts) ein. Die Darstellung der Wirkungsbeziehungen bildete die gemeinsame Basis für die Arbeiten in den Themenbereichen „Kosten und Finanzierung“, „Qualität der stationären Versorgung“ (vgl. INFRAS/InfoNavigation 2018) und „Entwicklung der Spitallandschaft und Sicherstellung der Versorgung“ (vgl. econcept/LENZ 2018).

Abbildung 1 Modell der erwünschten Umsetzung und Wirkungen der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung



Quelle: Projektdokument BAG vom 21. Juni 2018.

Ziele der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung

Mit der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung wurden insbesondere folgende Ziele verfolgt:¹

- *Kosteneindämmung* durch wirtschaftliche Anreize
- Erhöhung des *Wettbewerbs* unter den Spitälern
- Erhöhung der *Effizienz* in der Leistungserbringung

¹ Die Ziele lassen sich aus folgenden Quellen erschliessen bzw. werden in folgenden Quellen genannt: Bundesrat (2004) und Pellegrini et al. (2010). Vgl. zudem auch www.bag.admin.ch/evalspitalfinanzierung

- *Transparenz und Vergleichbarkeit* bzgl. Kosten der Leistungen sowie der Finanzflüsse

Erwünschte Formen der Umsetzung der Massnahmen

Vergütung stationärer Spitalleistungen mittels leistungsbezogener Pauschalen, die auf schweizweit einheitlichen Tarifstrukturen basieren

Vorgaben: Die Vergütung stationärer Spitalleistungen hat mittels leistungsbezogener Pauschalen, die auf schweizweit einheitlichen Tarifstrukturen basieren, zu erfolgen (Art. 49 KVG). Neben den Betriebskosten sind nach neuer Spitalfinanzierung auch die Investitionskosten der stationären Leistungen nach KVG über den Spitaltarif abgedeckt (Art. 49 Abs. 5 KVG). Defizitdeckungen sind mit der neuen Spitalfinanzierung insofern inkompatibel, als hiermit am Schluss nicht Leistungen, sondern Institutionen finanziert werden. Die Spitaltarife haben sich an der Entschädigung jener Spitäler zu orientieren, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen (Art. 49 Abs. 1 Satz 5 KVG). Zur Ermittlung und Auswahl dieser als Referenz massgebenden Spitäler sind Betriebsvergleiche (Benchmarking) durchzuführen (Art. 49 Abs. 8 KVG, BVGE 2014/3 E. 10). Hierfür muss die Tarifstruktur die Leistungen sachgerecht abbilden können (BVGE 2014/36 E.4). Die Spitaltarife werden zwischen den Tarifpartnern (Krankenversicherer und Leistungserbringer) verhandelt. Den Kantonen obliegt bei Einigung der Tarifpartner die Genehmigung der Tarife (Art. 46 Abs. 4 KVG). Sofern keine Einigung zwischen den Tarifpartnern vorliegt, haben die Kantone die Tarife festzusetzen (Art. 47 Abs. 1 KVG).

Erwartungen: Mit der Einführung von leistungsbezogenen (Fall-)Pauschalen wurde eine Verbesserung der *Transparenz* in Bezug auf Leistungen und Kosten angestrebt (vgl. BAG 2009). Die erhöhte Transparenz sollte für eine verbesserte Vergleichbarkeit und damit auch zu einer Steigerung des *Wettbewerbs* unter den Spitälern beitragen, was wiederum Anreize zur Steigerung der *Effizienz* schaffen sollte (vgl. Bundesrat 2004).²

Vorgehen: Im Zusammenhang mit der Umsetzung der Massnahme wird a) die Etablierung von gesamtschweizerischen, leistungsbezogenen Tarifstrukturen im stationären Spitalbereich (**Kap. 3.3.1**), b) die Güte der Tarifstruktur SwissDRG (**Kap. 3.3.2**), c) die Wirtschaftlichkeit der Spitaltarife (**Kap. 3.3.3**) und d) der Einschluss der Investitionskosten in den Fallpauschalen (**Kap. 3.3.4**) betrachtet.

Dual-fixe Finanzierung stationärer Leistungen durch Versicherer und Kantone

Vorgaben: Seit Anfang 2012 müssen KVG-pflichtige stationäre Leistungen von Spitälern, die auf einer Spitalliste stehen (sog. Listenspitäler) nach einem fixen Finanzierungsschlüssel (min. 55% Kantone, max. 45% Krankenversicherungen), unter Einschluss der

² Bezogen auf das DRG-System in der Akutsomatik: Die Berechnung von schweregradbereinigten Fallkosten (Fallnormkosten) sollte Effizienzvergleiche zwischen den Spitälern erlauben. Die Bemessung der Fallpauschalen sollte sich entsprechend am Kostenniveau effizienter und günstiger Spitäler orientieren.

Anlagennutzungskosten (ANK), vergütet werden (Art. 49a KVG).³ Dabei spielt die Trägerschaft der Spitäler (privat, öffentlich) keine Rolle mehr (vgl. BAG 2015).

Erwartungen: Die Verantwortlichkeit der Finanzierungspartner wurde eindeutig festgehalten, was zu einer Erhöhung der *Transparenz* der Finanzierung beitragen sollte (Bundesrat 2004). Aufgrund der neuen Finanzierungsregeln wurden auch Kostenverschiebungen zwischen den Kostenträgern erwartet: Während der fixe Kostenteiler von max. 45% (im Vergleich zu max. 50% der Betriebskosten vor der Revision) die Ausgaben der OKP in der Tendenz drücken sollte, sollte die Inklusion der Anlagennutzungskosten die Ausgaben der OKP erhöhen. Mit der Finanzierung unabhängig von der Trägerschaft des Spitals wurden eine Mehrbelastung der Kantone und eine Entlastung der Zusatzversicherungen erwartet (Pellegrini und Roth 2015). Gemäss Bundesrat (2004) war ursprünglich ein Kostenteiler von je 50% vorgesehen. Das Parlament hat den Finanzierungsschlüssel auf mind. 55% für die Kantone und max. 45% für die OKP festgelegt. Vor dem Hintergrund einer möglichen Mehrbelastung der OKP durch die neuen Finanzierungsregeln (s.o.) kann dies als Bemühung zur *Stabilisierung des Finanzierungsanteils der OKP* interpretiert werden.

Vorgehen: Im Zusammenhang mit der Umsetzung der Massnahme wird a) die Entwicklung der Finanzierungsschlüssel (**Kap 3.1**) und b) die Wirkung auf den effektiven Finanzierungsanteil der OKP (und andere Kostenträger) thematisiert (**Kap. 5.3**).

Stärkung der Freiheit der Versicherten bei der Wahl eines Spitals

Vorgaben: Die Versicherten können für die stationäre Behandlung unter den Spitälern frei wählen, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind. Neben der OKP beteiligt sich neu auch der Wohnkanton an der Finanzierung einer ausserkantonalen Behandlung.⁴ Kanton und OKP beteiligen sich höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt (Art. 41 Abs. 1bis KVG). Gemäss Art. 41 Abs. 3 KVG übernehmen der Versicherer und der Wohnkanton die Vergütung anteilmässig nach Art. 49a KVG nach dem Spitaltarif des behandelnden Spitals, wenn die Versicherten aus medizinischen Gründen ein nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführtes Spital beanspruchen. Mit Ausnahme des Notfalls ist dafür eine Bewilligung des Wohnkantons notwendig (vgl. Art. 41 Abs. 3 KVG).

Erwartungen: Mit der Stärkung der Spitalwahlfreiheit sollte die Mobilität der Versicherten und damit der interkantonale (Qualitäts-) *Wettbewerb* unter den Spitälern gefördert werden (vgl. Rütsche 2011, Pellegrini et al. 2010). Der verstärkte interkantonale Wettbewerb sollte (längerfristig) zu einer Angleichung der Spitaltarife führen (vgl. BVGer-Urteil C-617/2012 E.2.4.3).

³ Dabei ist eine Übergangsfrist bis zum 1.1.2017 zu beachten (vgl. KVG Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007 (Spitalfinanzierung), Abs. 5). Unter gewissen Umständen konnte vor 2017 der kantonale Finanzierungsanteil zwischen 45% und 55% festgelegt werden.

⁴ Vor 2012 konnten die Versicherten ein Spital, das auf einer Spitalliste (Wohn- oder Standortkanton) war, frei wählen. Die Kosten bei einer ausserkantonalen Behandlung in einem Listenspital gingen zu Lasten der OKP, allerdings nur zum Tarif, der im Wohnkanton der versicherten Person galt. Allfällige Mehrkosten mussten von den Versicherten oder deren Zusatzversicherungen getragen werden.

Vorgehen: In Zusammenhang mit der Stärkung der Spitalwahlfreiheit werden in diesem Bericht a) die Angemessenheit der Vergütung ausserkantonaler stationärer Behandlungen durch die Kantone und die OKP (**Kap. 3.4.1**) sowie b) die Erfüllung der Aufnahmepflicht durch die Spitäler (**Kap. 3.4.2**) thematisiert.

Kantonale Spitalplanungen nach gesamtschweizerisch einheitlichen Kriterien der Wirtschaftlichkeit und Qualität, sowie die Verpflichtung der Kantone zur interkantonalen Koordination bei der Spitalplanung

Vorgaben: Der Bundesrat hat gestützt auf Art. 39 Abs. 2ter KVG in der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) (Art. 58a ff. KVV) einheitliche Planungskriterien erlassen. Die Kantone haben die Spitalplanungen entsprechend nach diesen Kriterien vorzunehmen.⁵ Insb. haben die Kantone bei der Beurteilung und Auswahl des auf der Spitalliste zu sichernden Angebots die Kriterien Wirtschaftlichkeit und Qualität zu berücksichtigen (Art. 58b Abs. 4 lit. a KVV). Unter Wirtschaftlichkeit ist in erster Linie die Effizienz der Leistungserbringung zu verstehen (Art. 58b Abs. 5 lit. a KVV). Diese soll durch betriebsvergleiche beurteilt werden (Abs. 3 der Übergangsbestimmungen zur KVG-Revision). Die Kantone sind zudem angehalten, ihre Planungen zu koordinieren (Art. 39 Abs. 2 KVG) und im Bereich der hochspezialisierten Medizin gemeinsam eine gesamtschweizerische Planung vorzunehmen (Art. 39 Abs. 2bis KVG).

Erwartungen: Mit der angepassten Spitalplanung sollte die *Vergleichbarkeit* und der *effiziente Mitteleinsatz* erhöht werden (BAG 2009). Weiter werden die Spitäler ungeachtet ihrer Trägerschaft gleichgestellt. Dadurch sollten *Wettbewerbsverzerrungen vermieden* werden (vgl. Bundesrat 2004). Die Verpflichtung zur interkantonalen Koordination sollte mithelfen, eine bedarfsgerechte Versorgung (Vermeidung von Unter- und Überkapazitäten) sicherzustellen (vgl. BAG 2009). Über die Vermeidung von Überkapazitäten sollte die Revision einen Beitrag zur *Kosteneindämmung* leisten.

Vorgehen: In Zusammenhang mit den Änderungen im Bereich der Spitalplanung wird in diesem Bericht a) die Anwendung der Planungskriterien im Hinblick auf eine interkantonal koordinierte, bedarfsgerechte Spitalplanung (**Kap. 3.2.1**) und b) die Anwendung des Kriteriums der Wirtschaftlichkeit bei der Auswahl des auf der Spitalliste zu sichernden Angebots (**Kap. 0**) analysiert.

Erweiterung der Informationsbasis zu Wirtschaftlichkeit und Qualität der stationären Spitalleistungen

Vorgaben: Die Spitäler müssen gemäss Art. 49 Abs. 7 KVG über geeignete Führungsinstrumente verfügen. Die Spitäler haben insbesondere eine Kostenrechnung und eine Leistungsstatistik zu führen, die auf einer einheitlichen Methode zur Ermittlung der Betriebs- und Investitionskosten und zur Erfassung der Leistungen basieren. Kostenrechnung und Leistungsstatistik haben alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit, für Betriebsvergleiche für die Tarifierung und für die Spitalplanung notwendigen Daten zu enthalten. Gemäss Art. 49 Abs. 8 KVG ordnet der Bundesrat in Zusammenarbeit mit den Kantonen

⁵ Die Kriterien mussten spätestens am 31. Dezember 2014 in den kantonalen Planungen berücksichtigt sein (vgl. Art. 39 und 49a KVG sowie Abs. 3 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des KVG vom 21. Dezember 2007).

schweizweite Betriebsvergleiche zwischen Spitälern an, insbesondere zu Kosten und medizinischer Ergebnisqualität. Die Spitäler und die Kantone müssen dafür die nötigen Unterlagen liefern. Der Bundesrat veröffentlicht die Betriebsvergleiche.

Erwartungen: Mit der erweiterten Informationsbasis sollte die *Transparenz* in Bezug auf die Kosten und die Finanzierung erhöht werden. Die erhöhte Transparenz sollte die Überwachung des Vollzugs des KVG sowie die Beurteilung der Funktions- und Wirkungsweise des KVG erleichtern (vgl. Bundesrat 2004).

Vorgehen: Im Zusammenhang mit der Erweiterung der Informationsbasis zur Wirtschaftlichkeit stationärer Spitalleistungen gemäss KVG wird in diesem Bericht die Vergleichbarkeit und Verfügbarkeit von aussagekräftigen Spitalkennzahlen thematisiert (**Kap. 3.5.1**).

Abweichungen von erwünschten Formen der Umsetzung der Massnahmen

Es sind auch Abweichungen von erwünschten Formen der Umsetzung denkbar. Diese sind in der Darstellung der Wirkungsüberlegungen in Abbildung 1 nicht aufgeführt: Wird bspw. dem Kriterium der Wirtschaftlichkeit bei der Sicherung des Angebots auf der Spitalliste nicht oder nur ungenügend Rechnung getragen, werden Leistungsaufträge auch an weniger effiziente Spitäler vergeben, was den effizienten Mitteleinsatz insgesamt und in letzter Konsequenz die Erreichung des Kostendämpfungsziels beeinträchtigt. Aufgrund von Abweichungen von erwünschten Formen der Umsetzung der Massnahmen können die Wirkungen hinter den Erwartungen zurückbleiben. Die angestrebte Erhöhung der Transparenz in Bezug auf Kosten und Finanzierung sowie der zusätzliche Wettbewerbsdruck treten nicht oder nicht vollumfänglich ein. Die erwünschten (effizienzsteigenden) Reaktionen der Spitäler (s.u.) bleiben in der Konsequenz aus oder treten nur vermindert auf. Die erwartete Wirkung auf die Kostendämpfung wird verfehlt oder abgeschwächt. Abweichungen von erwünschten Formen der Umsetzung werden in **Kap. 3** und deren mögliche Konsequenzen in **Kap. 4, 5 und 6** besprochen.

Hypothesen in Bezug auf erwünschte und unerwünschte Wirkungen

Nachfolgend werden Hypothesen (Erwartungen) in Bezug auf die erwünschten sowie unerwünschten Wirkungen aufgeführt. In Klammern ist jeweils das Kapitel angegeben, das sich mit der jeweiligen Hypothese beschäftigt:

- Der mit der KVG-Revision intendierte (gesteigerte) *Wettbewerbsdruck* (abhängig von der Umsetzung der Massnahmen) führt bei den Spitälern zu *finanziellem Druck*. (**Kap. 4.1**)
- Der *finanzielle Druck* führt bei den Spitälern zu erwünschten *effizienzsteigernden Reaktionen*.⁶ Der finanzielle Druck kann aber auch zu unerwünschten Reaktionen bei den Spitälern führen.⁷ (**Kap. 0**)

⁶ Verbessertes Schnittstellenmanagement, verstärkte Kooperationen, effizienzsteigernde Leistungsverlagerungen, stärkere Spezialisierung, weitere Struktur- und Prozessoptimierungen.

⁷ z.B. Höherkodierungen, Risikoselektionen sowie Leistungsverlagerungen oder unerwünschte Mengenausweitungen

- Durch die effizienzsteigenden Reaktionen der Spitäler wird die Leistungserbringung im stationären Bereich effizienter, was sich unter anderem in einer *Konzentration im Leistungsangebot* niederschlägt. (**Kap. 0**)
- Eine effiziente Leistungserbringung im stationären Spitalbereich führt zu einem *geringeren Wachstum der Kosten* für die Erbringung stationärer Spitalleistungen (Produktionskosten). (**Kap. 5.2**)
- Das geringere Wachstum der Produktionskosten führt in Kombination mit der Bemessung der (Fall-)Pauschalen am Kostenniveau effizienter und günstiger Spitäler zu einem *geringeren Ausgabenwachstum für stationäre Spitalleistungen*. (**Kap. 5.3**)
- Ein geringeres Wachstum der Ausgaben für stationäre Spitalleistungen führt zu einem *geringeren Wachstum der Ausgaben für den stationären Spitalbereich*. (**Kap. 5.4**)
- Aufgrund von erwünschten Leistungsverlagerungen in andere Bereiche kommt es zu *Ausgabenverlagerungen* (innerhalb der OKP, sofern die Ausgaben für die ausgelagerten Leistungen ebenfalls die OKP betreffen). Da die Leistungen in den anderen Bereichen in gleicher Qualität zu geringeren Kosten erbracht werden können und die in den anderen Bereichen verursachten Kostenanstiege mit einem mindestens gleich grossen Rückgang der Kosten im stationären Bereich einhergehen, sollten die Verlagerungen insgesamt zu einer Dämpfung des Ausgabenanstiegs beitragen. (**Kap. 5.5**)
- Ein geringeres Wachstum der Ausgaben für den stationären Spitalbereich führt zu einer *Eindämmung des Kostenwachstums* in der OKP, im stationären Spitalbereich und im Gesundheitswesen. (**Kap. 6**)

Einflussfaktoren ausserhalb der Revision

Das Wirkungsmodell in Abbildung 1 führt verschiedene Faktoren auf, die ausserhalb der KVG-Revision liegen und einen Einfluss auf die Umsetzung und Wirkung der Massnahmen der Revision haben können. Die Faktoren und deren Einfluss werden in den folgenden Abschnitten kurz besprochen und bei der Analyse der Umsetzung und Wirkungen wo angebracht berücksichtigt.

Demografische Entwicklung (Alterung der Gesellschaft)

Einfluss: Die Alterung der Bevölkerung gilt als relevanter Ausgabentreiber.⁸ Da die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen mit dem Alter ansteigt und der Anteil der über 65-Jährigen zunimmt, steigen die Gesundheitsausgaben pro Kopf.

Bedeutung für die nachfolgenden Auswertungen: In der Diskussion der Ergebnisse zu den Ausgabenentwicklungen für stationäre Spitalleistungen (**Kap. 5.3**) wird der Einfluss der Alterung mittels quantitativen Abschätzungen berücksichtigt. Hierzu wird der Einfluss der Alterung auf die Entwicklung der OKP-Ausgaben mittels ökonometrischer Methoden quantifiziert. Wir gehen im Anhang C.1 näher auf die Schätzung des Effekts der Alterung ein. In Bezug auf den Einfluss der Alterung auf die Ausgabenentwicklung im

⁸ Vgl. z.B. Brändle und Colombier (2017), Colombier (2012).

stationären Spitalbereich (**Kap. 5.4**) stützen wir uns auf Abschätzungen aus Pellegrini und Roth (2018).

Medizinisch-technischer Fortschritt

Einfluss: Innovationen im Bereich der Medizintechnik (Technologien zur Diagnostik, zur Therapie oder zur Prävention, vgl. Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich GD ZH 2017) ermöglichen die Anwendung von neuen und besseren Behandlungen. Dabei kann der medizinisch-technische Fortschritt sowohl einen ausgabensteigenden Effekt (ein neues Verfahren wird komplementär zum alten Verfahren eingesetzt) wie auch einen ausgaben senkenden Effekt (ein neues Verfahren ist effizienter und ersetzt das alte Verfahren) haben. In der Regel wird davon ausgegangen, dass der medizinisch-technische Fortschritt einen ausgabensteigenden Effekt hat (vgl. Brändle und Colombier 2017, Colombier 2012). Eine Quantifizierung des Einflusses des medizinisch-technischen Fortschritts auf die Ausgabenentwicklung ist schwierig. Für den stationären Bereich liegen über kantonale Bedarfsprognosen zumindest Abschätzungen zum Einfluss des medizinisch-technischen Fortschritts auf die Fallzahlen vor.⁹ Ein Vergleich mit dem Einfluss der Alterung auf die Entwicklung der Fallzahlen zeigt, dass der Effekt des medizinisch-technischen Fortschritts relativ klein ist.¹⁰ Eine Abschätzung, was der medizinisch-technische Fortschritt für die Ausgabenentwicklung bedeutet, ist schwierig, da neben der Mengen- auch die Preisentwicklung relevant ist und die Preisentwicklung ebenfalls vom medizinisch-technischen Fortschritt abhängig ist.

Bedeutung für die nachfolgenden Auswertungen: Der medizinisch-technische Fortschritt betrifft die Analysen zur Ausgabenentwicklung für stationäre Spitalleistungen (**Kap. 5.3**) und den stationären Spitalbereich (**Kap. 5.4**) sowie die Beurteilung der Erreichung der Kostendämpfungsziele (**Kap. 6**). Der medizinisch-technische Fortschritt ist ein Trend, der unabhängig von der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung auftritt. Aufgrund der vorangehenden Ausführungen ist keine Ausgaben senkung aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts zu erwarten. Unter der Annahme, dass der Effekt über die Zeit konstant ist und nicht von der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung beeinflusst wird, kann der Effekt bei Vorher-Nachher-Analysen ignoriert werden.

Weitere ausgabenwirksame Faktoren

Einfluss: Colombier (2012) und Brändle und Colombier (2017) nennen weitere Ausgabentreiber im Gesundheitswesen wie die Einkommenselastizität der Nachfrage und der Baumoleffekt. Die Entwicklung der Ausgaben im Gesundheitswesen hängt davon ab, wie stark medizinische Leistungen nachgefragt werden. Die Entwicklung der Nachfrage wiederum hängt u.a. von der Einkommenselastizität ab: Diese bildet die prozentuale Veränderung der nachgefragten Menge aufgrund einer Veränderung des Einkommens (bspw.

⁹ Die GD ZH berücksichtigte für die Bedarfsprognose für den Zeitraum 2010-2020 eine Zunahme der Fallzahlen in der Akutstation aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts von 3%. In der aktuellen Bedarfsprognose wird diese Steigerung als zu hoch eingeschätzt (vgl. GD ZH 2017). Für den Zeitraum 2015-2025 wird im Hauptszenario über alle Leistungsbereiche aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts mit einer mittleren Zunahme der Fallzahlen um 0,4 % gerechnet.

¹⁰ Die GD ZH (2017) rechnet in der aktuellen Bedarfsprognose aufgrund der demografischen Entwicklung zwischen 2015 und 2025 mit einer Zunahme der Fallzahlen um rund 17%.

um 1%) ab. Ist sie grösser als eins, steigt die nachgefragte Menge (und bei gleich bleibenden Preisen somit auch die Ausgaben) im Vergleich zum Einkommen überproportional.¹¹ Weiter wird im Gesundheitswesen auch ein Einfluss des sog. Baumoleffekts vermutet. Dieser besagt, dass die Preise in arbeitsintensiven Branchen stärker steigen als in kapitalintensiven Branchen.

Bedeutung für die nachfolgenden Auswertungen: Die Effekte können nicht quantifiziert werden. Der Einfluss dieser Faktoren wird bei der Beurteilung der Erreichung der Kostendämpfungsziele (**Kap. 6**) aufgenommen, da für die Bewertung der Zielerreichung die Ausgabenentwicklungen ins Verhältnis zur Einkommensentwicklung gestellt werden.

Globalbudgets nach Art. 51 KVG und alternative Instrumente der Mengensteuerung

Einfluss: Gemäss Art. 51 Abs. 1 KVG kann der Kanton als finanzielles Steuerungsinstrument einen Gesamtbetrag für die Finanzierung der Spitäler oder der Pflegeheime festsetzen. Die Kostenaufteilung nach Artikel 49a bleibt vorbehalten. Das Instrument des Globalbudgets war nicht Teil der KVG-Revision Spitalfinanzierung. Bereits nach altem Recht stand es den Kantonen zur Verfügung. Dennoch sind Interaktionen zwischen den Massnahmen bzw. den erwünschten/unerwünschten Wirkungen der Massnahmen der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung und dem Instrument des Globalbudgets nach Art. 51 Abs. 1 KVG möglich. Lobsiger und Frey (2019) haben in einer Studie das Instrument des Globalbudgets nach Art. 51 Abs. 1 KVG hinsichtlich der Anwendung beschrieben und hinsichtlich der Kompatibilität mit den Prinzipien¹² der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung sowie der Vereinbarkeit mit den Zielen¹³ des DRG-Systems untersucht und beurteilt. Es existieren Instrumente der Mengensteuerung (direkte Mengenbeschränkung, degressive Vergütung), die in ihrer Wirkung ähnlich zu beurteilen sind wie Globalbudgets gemäss Art. 51 KVG. Um bei der Analyse diesem Umstand Rechnung zu tragen, wurde in Lobsiger und Frey (2019) die Analyse der Wirkungen um diese alternativen Instrumente der Mengensteuerung ausgeweitet.

Bedeutung für die nachfolgenden Auswertungen: In Bezug auf die Umsetzung der Massnahmen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung wurde in Lobsiger und Frey (2019) auf Spannungsverhältnisse zu gewissen Prinzipien der Revision hingewiesen. Betroffen sind die Prinzipien der Gleichbehandlung von öffentlichen und privaten Spitälern, der dual-fixen Finanzierung und der Stärkung der Freiheit der Versicherten bei der Wahl eines Spitals. Über den Zeitraum 2012-2016 haben drei Kantone durchgängig das Instrument des Globalbudgets nach Art. 51 KVG angewendet. In den Jahren 2012-2014 auch der Kanton Neuenburg. In Bezug auf die Wirkungen auf das Mengen- und

¹¹ Über den Einkommenseffekt werden in Colombier (2012) neben nachfrage- auch angebotsseitige Ausgabentreiber erfasst (bspw. die mit dem Einkommen steigenden Ansprüche der Bevölkerung in Bezug auf die medizinische Versorgung, der medizinisch-technische Fortschritt).

¹² Die Prinzipien sind im Rahmen der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung kein bereits definierter Begriff. In Lobsiger und Frey (2019) wurden folgende Prinzipien aus den Kernelementen der Revision abgeleitet: Leistungsorientierung bei der Finanzierung und Planung, Gleichbehandlung von öffentlichen und privaten Spitälern im Bereich der Spitalfinanzierung, Dual-fixe Finanzierung Kantone und Versicherungen, Stärkung der Freiheit der Versicherten bei der Wahl eines Spitals, Auf einheitlichen Kriterien basierende, interkantonal koordinierte, bedarfsgerechte Planung

¹³ Kosteneindämmung, Wettbewerb, Effizienz, Transparenz und Vergleichbarkeit

Ausgabenwachstum im akutsomatischen Bereich: Die Resultate aus der Analyse von Lobsiger und Frey (2019) vermitteln kein eindeutiges Bild. Je nach betrachtetem Indikator schneidet die Gruppe der Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 Globalbudgets nach Art. 51 KVG und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet hat oder die Gruppe der anderen Kantone besser ab. Die Interpretation der Ergebnisse ist durch den Einfluss verschiedener Faktoren und Abgrenzungsprobleme eingeschränkt. Letztlich kann die Frage, welche Auswirkungen Globalbudgets und alternative Instrumente der Mengensteuerung auf Mengen- und Ausgabenwachstum des akutsomatischen Bereichs haben, auf der Grundlage der Informationen, die in der Studie von Lobsiger und Frey (2019) aufbereitet wurden, nicht abschliessend beantwortet werden. Wir gehen deshalb bei den Analysen zu den Wirkungen nicht weiter auf Globalbudgets gemäss Art. 51 KVG ein.

2.2. Methodisches Vorgehen

Methoden zur Informationsgewinnung

Bei der Informationsgewinnung wurden erstens die Erkenntnisse aus Studien des BAG im Rahmen der Evaluation zur KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung¹⁴ und der Begleitforschung von Dritten einbezogen. Zweitens wurden Dokumente analysiert.¹⁵ Drittens wurden Interviews mit verschiedenen Akteuren, die von der KVG-Revision betroffen sind, geführt (vgl. Anhang D mit einer Übersicht der Akteure in Tabelle 52 und dem Interviewleitfaden). Viertens wurden die Ergebnisse der Spital- und Kantonsbefragungen, die im Rahmen der 2. Etappe der Evaluation durch INFRAS und econcept durchgeführt wurden, einbezogen. Fünftens wurden Sekundärdaten genutzt. In Tabelle 1 werden die angewendeten Erhebungsmethoden und die verwendeten Sekundärdaten aufgeführt und die spezifischen Fragestellungen den jeweiligen Methoden und Daten zugeordnet.

Tabelle 1 Übersicht Erhebungsmethoden, Sekundärdaten

Methoden und Daten	Beschreibung	Spezifische Fragestellungen
Erhebungsmethoden	Dokumentenanalyse	alle
	Literaturanalyse (Ergebnisse/Erkenntnisse aus Studien des BAG im Rahmen der Evaluation und der Begleitforschung von Dritten).	alle
	Interviews mit betroffenen Akteuren (GDK, H+, santésuisse, curafutura, HSK, CSS Versicherung, PUE, SwissDRG AG, DVSP)	A, B

¹⁴ Dabei handelt es sich insb. um Ergebnisse des Obsan aus dem Monitoring zu Kosten und Finanzierung (Pellegrini & Roth 2018), sowie die Ergebnisse aus den Themenbereichen Entwicklung der Spitallandschaft und Sicherstellung der Versorgung (econcept / LENZ 2018) und Qualität der stationären Versorgung (INFRAS / InfoNavigation 2018).

¹⁵ Unter Dokumenten werden Gesetze, Bundesverwaltungsgerichtsentscheide, Empfehlungen von Akteuren des Gesundheitswesens (bspw. GDK, H+), Spitalplanungsdokumente der Kantone und Methodenbeschreibungen verstanden.

Methoden und Daten	Beschreibung	Spezifische Fragestellungen
	Kantonsbefragung (econcept 2018)	A
	Spitalbefragung (INFRAS 2018)	A, B
Sekundärdaten	Kennzahlen der Spitäler (BAG) bzw. KS/MS (BFS)	A
	Fallkostenstatistik (BFS)	A
	Spitaltarife (tarifsuisse, HSK, CSS Versicherung)	A
	OKP-Ausgaben (Obsan-Monitoring Kosten und Finanzierung, MOKKE BAG bzw. Datenpool SASIS AG)	D
	Synthesestatistik Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (BFS)	D

Anmerkungen: Als Dokumente werden im Rahmen dieses Berichts Gesetze, Bundesgerichtsentscheide, Empfehlungen von Akteuren des Gesundheitswesens (bspw. GDK, H+), Spitalplanungsdokumente der Kantone, Methodenbeschriebe etc. verstanden.

Methoden zur Informationsauswertung

Die Auswertung der Informationen erfolgte je nach zur Verfügung stehenden Daten quantitativ (deskriptive Analyse) oder qualitativ. Bei den quantitativen Analysen wurde aufgrund der Vielzahl der einbezogenen Themenfelder und der Komplexität der Themen auf die Verwendung von ökonometrischen Methoden verzichtet. Eine kausale Zuschreibung der Wirkung der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung auf die beobachteten Entwicklungen der betrachteten Indikatoren ist deshalb nicht abschliessend möglich. Der Einfluss von Faktoren ausserhalb der Revision (vgl. **Kap. 2.1**) wurde wo angebracht bei der Diskussion der Ergebnisse zu den einzelnen Indikatoren besprochen. Zudem wurden wo immer möglich Vorher-Nachher-Vergleiche (bezogen auf das Jahr 2012) oder Vergleiche zu Entwicklungen in anderen Leistungs- und Versorgungsbereichen angestellt, um zumindest qualitative Aussagen zum Einfluss der Revision machen zu können.

Bewertungskriterien

Neben einer deskriptiven Analyse der Informationen und der Aufnahme von Einschätzungen von betroffenen Akteuren erfolgt jeweils abschliessend eine Beurteilung durch das Evaluationsteam. Für diese Beurteilung sind Bewertungskriterien notwendig. Die Abbildung 2 zeigt einen Überblick über die für diese Evaluation verwendeten Bewertungskriterien und deren Einordnung in ein allgemeines Wirkungsschema.

- *Angemessenheit:* Das Kriterium der Angemessenheit bildet ab, ob Leistungen gemäss Erwartungen/Vorgaben erbracht wurden und fokussiert dabei auf die Umsetzung der Massnahmen. Grundsätzlich wird für die Beurteilung ein Soll-Ist-Vergleich durchgeführt. Das Kriterium der Angemessenheit wird für die Beurteilung der Umsetzung herangezogen (vgl. **Kap. 3**).
- *Effektivität/Wirksamkeit:* Das Kriterium der Effektivität bildet Verhaltensänderungen gemäss Erwartungen (bzw. unerwünschte Verhaltensänderungen) ab. Das Kriterium der Wirksamkeit bildet ab, ob Wirkungen gemäss Erwartungen/Zielerreichung bzw. unerwünschte Wirkungen eingetreten sind. Für die Be-

urteilung wird in der Regel ein Vorher-Nachher-Vergleich durchgeführt, da bestimmte intendierte Wirkungen/Ziele der Revision ausschliesslich im Sinne einer Verbesserung (d.h. ohne konkreten Zielwert) formuliert wurden. Das Kriterium der Effektivität wird für die Beurteilung der Reaktionen der Spitäler auf Veränderungen durch die Revision herangezogen (vgl. **Kap. 0**). Das Kriterium der Wirksamkeit wird zur Beurteilung der Wirkungen der Revision auf die Spitäler (vgl. **Kap. 4.1**), die Auswirkungen der Revision auf das Versorgungssystem (vgl. **Kap. 5**) und der Wirkungen auf das Kostenwachstum (vgl. **Kap. 6**) angewendet.

- *Zweckmässigkeit*: Das Kriterium der Zweckmässigkeit bildet das Ausmass der Eignung einer Massnahme, ein Ziel zu erreichen, ab. Dieses Kriterium kommt am Schluss des Berichts in der Gesamtbeurteilung zur Anwendung (vgl. **Kap. 7**).

Für die Operationalisierung der Bewertungskriterien haben wir uns an verschiedenen Grundlagen und Quellen orientiert. Dazu gehören:

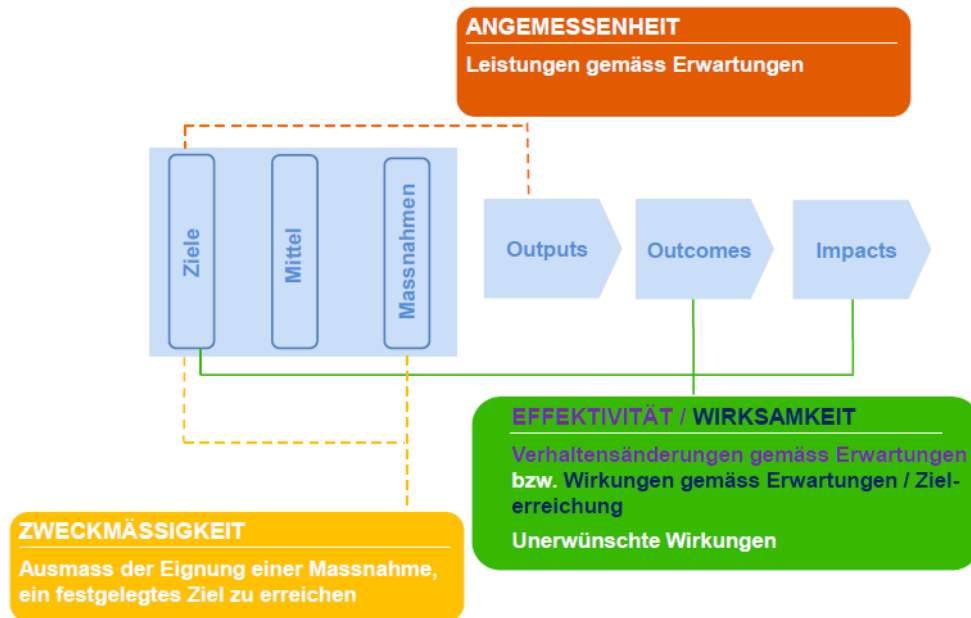
- Gesetzliche Grundlagen (Krankenversicherungsgesetz KVG; Verordnung über die Krankenversicherung KVV; Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung VKL),
- Zielsetzungen der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung¹⁶,
- Wirkungszusammenhänge und Wirkungsüberlegungen zur KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung (vgl. **Kap. 2.1**)¹⁷,
- Urteile des Bundesverwaltungsgerichts (BVGer) zu Aspekten der Umsetzung der Massnahmen der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung,
- Dokumente der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren und -direktoren (GDK) (Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung, Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung, Empfehlungen zum Verfahren betreffend die Beiträge der Kantone bei ausserkantonalen Behandlungen).

Die einzelnen Bewertungskriterien bzw. deren Operationalisierung werden im Bericht jeweils an den entsprechenden Stellen hergeleitet.

¹⁶ Wie sie aus den einschlägigen Botschaften abgeleitet werden können. Dazu gehören: Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991 (SR 91.071), Botschaft betreffend die Änderungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung) vom 15. September 2004 (SR 04.061), Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Strategie und dringliche Punkte) (SR 04.031).

¹⁷ Diese bilden u.a., wie im **Kap. 2.1** bereits dargelegt, die erwünschten Umsetzungen und Wirkungen der KVG-Revision Spitalfinanzierung ab, wie sie in Gesetzgebungsdokumenten explizit genannt werden oder aus der Logik der Revision abgeleitet werden können.

Abbildung 2 Übersicht Bewertungskriterien und Einordnung in Wirkungszusammenhänge



Quelle: Projektdokument BAG vom 22. Februar 2017.

Gültigkeit der Ergebnisse

Die Gültigkeit der Ergebnisse hängt insbesondere von den Erhebungs- und Auswertungsmethoden ab:

Methoden der Informationsgewinnung: Im Rahmen dieser Evaluation wurden verschiedene Informationsquellen für die Bestandsaufnahme und die Bewertung durch die Akteure des Gesundheitswesens berücksichtigt, um Ergebnisse und Einschätzungen zu validieren und ein möglichst umfassendes Bild zu erhalten. In Bezug auf die Informationsgewinnung gilt es folgende Punkte zu beachten:

- Einzelne Indikatoren basieren mehrheitlich auf *Einschätzungen* der Spitäler (Spitalbefragung), der Kantone (Kantonsbefragung) oder anderen Akteuren aus dem Gesundheitswesen (Interviews). Sofern möglich wurden verschiedene Quellen genutzt und die darin enthaltenen Informationen einander gegenübergestellt, um ein möglichst verlässliches Bild zu erhalten.
- Bei der Analyse der Sekundärdaten mussten aufgrund der Datenverfügbarkeit *Einschränkungen bei der zeitlichen Abdeckung* hingenommen werden. Primär wird der Zeitraum seit Einführung der neuen Vergütungs- und Finanzierungsregeln (ab 2012 bis – je nach Datenverfügbarkeit – 2016 oder 2017) analysiert. Seit 2012 sind zwar bereits einige Jahre vergangen. Dennoch können erwünschte oder auch unerwünschte Wirkungen aufgrund von Übergangsbestimmungen und Umsetzungsschwierigkeiten (noch keine vollständige Umsetzung einzelner Massnahmen im betrachteten Analysezeitraum) und aufgrund von zeitverzögerten Verhaltensänderungen möglicherweise noch nicht (vollständig) eingetroffen sein. Für die Untersuchung der Wirkungen der Revision wurde der Analysehorizont verlängert und auch Daten vor 2012 (ab Jahr 2005) einbezogen. Allerdings stan-

den für die Abbildung von Entwicklungen vor 2012 teilweise nur wenige Datenpunkte zur Verfügung, was einen Vorher-Nachher-Vergleich stark einschränkte. Bei der Wahl des Starts des Analysezeitraums galt es, zwischen Aktualität (der Startzeitpunkt sollte nicht zu weit weg vom Jahr 2012 entfernt liegen) und Robustheit (der Zeitraum vor 2012 sollte genügend lang sein, damit ein Trend und nicht zufällige Schwankungen abgebildet werden) abzuwägen. Bei der Analyse der Zielerreichung, wo der erweiterte Analysezeitraum einbezogen wird, wird die Robustheit des Resultats in Bezug auf den gewählten Startzeitpunkt (als alternativen Zeitpunkt wird sofern möglich das Jahr 1997 – aufgrund der Datenverfügbarkeit gegeben) näher untersucht. Weiter mussten aufgrund der Datenverfügbarkeit teilweise auch *Unschärfen bei Abgrenzungen* (bspw. Ausgaben der Kantone für stationäre Spitalleistungen, Differenzierung zwischen Ausgaben stationäre Spitalleistungen nach KVG und GWL) hingenommen werden.

- Für die Beschreibung und Bewertung gewisser Dimensionen (bspw. in Bezug auf die Investitionstätigkeiten der Kantone im Spitalbereich und der kantonalen Ausgaben für GWL) standen noch keine validen Daten zur Verfügung, was eine abschliessende Bewertung verunmöglichte.
- In dieser Studie wurden Spitaltarife für die Vergütung für stationäre Spitalleistungen gemäss KVG untersucht. Nicht untersucht wurde die Entwicklung von Spitaltarifen im Zusatzversicherungsbereich. Mögliche Wechselwirkungen zwischen OKP- und Zusatzversicherungstarifen (Kompensation von tieferen Spitaltarifen für die Vergütung von stationären Spitalleistungen gemäss KVG durch höhere Tarife im Zusatzversicherungsbereich) und deren Implikationen auf die Wirkung der Revision auf das Wachstum der Ausgaben aller Finanzierungsträger für den gesamten stationären Spitalbereich wurden in dieser Studie nicht untersucht.
- Schliesslich gilt es zu beachten, dass die Versorgungsbereiche Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie von der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung im betrachteten Analysezeitraum (je nach Indikator bis 2016 oder 2017) unterschiedlich betroffen waren: Eine gesamtschweizerische, leistungsbezogene Tarifstruktur wurde mit SwissDRG ab 2012 für die Akutsomatik eingeführt. Für die Versorgungsbereiche Psychiatrie und Rehabilitation erst später (2018 bzw. voraussichtlich ab 2022). Die Versorgungsbereiche Psychiatrie und Rehabilitation waren wie die Akutsomatik aber durch die erweiterte Spitalwahl und die dual-fixe Leistungsfinanzierung betroffen.

Methoden der Informationsauswertung: Wie bereits bei den Methoden zur Informationsauswertung besprochen, kann im Rahmen dieses Berichts keine abschliessende Aussage zur kausalen Wirkung der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung auf die untersuchten Indikatoren gemacht werden. Aussagen zur kausalen Attribution basieren auf mehr oder weniger starken Hinweisen aus Vorher-Nachher-Vergleichen oder Vergleichen mit anderen Bereichen. Einflussfaktoren ausserhalb der Revision werden soweit möglich ebenfalls berücksichtigt.

Eine ausführlichere Diskussion in Bezug auf die Sicherheit/Unsicherheit der Ergebnisse bzw. deren Aussagekraft erfolgt bei der Beurteilung in **Kap. 3 bis 6**.

3. Umsetzung der Massnahmen der Revision

Hinweis zur Struktur der folgenden Kapitel: In den Kapiteln zur Darstellung und Bewertung der Umsetzung der Massnahmen der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung werden jeweils zunächst die gesetzlichen Vorgaben bzw. Vorgaben auf Verordnungs- und Konkretisierungen durch die GDK und das BVGer aufgeführt. Danach wird deren Umsetzung dargestellt. Die Bewertung des Evaluationsteams erfolgt im Anschluss in einer Tabelle.

3.1. Dual-fixe Leistungsfinanzierung

Vorgaben

Seit 2012 sollen KVG-pflichtige stationäre Leistungen von Spitälern, die auf einer Spitalliste stehen (Listenspitäler), gemäss Art. 49a KVG nach einem fixen Finanzierungsschlüssel (min. 55% Kanton, max. 45% OKP), unter Einschluss der Anlagenutzungskosten, vergütet werden.¹⁸ Dabei soll die Trägerschaft (privat, öffentlich) keine Rolle mehr spielen (BAG 2015).

Umsetzung

Gemäss einer Zusammenstellung der GDK liegen die Finanzierungsschlüssel der Kantone ab 2017 bei mindestens 55% (im Kanton Basel-Stadt beträgt der Anteil 56%, in allen anderen Kantonen 55%) (vgl. Tabelle 30 im Anhang A.1). Gemäss Pellegrini und Roth (2018) ist die Entwicklung hin zu einem Finanzierungsanteil der Kantone von 55% auch empirisch festzustellen. Im Jahr 2016 lag der effektive Finanzierungsanteil bei 51,4%, im Jahr 2012 lag er noch bei 40,4%.

Im Zusammenhang mit der dual-fixen Leistungsfinanzierung ist auch die Anwendung von Instrumenten der Mengensteuerung zu diskutieren.¹⁹ Die in Lobsiger und Frey (2019) untersuchten Anwendungen von Globalbudgets nach Art. 51 KVG haben zwar keinen Einfluss auf den festgelegten Finanzierungsanteil, können aber den effektiven Finanzierungsanteil beeinflussen. So bezieht sich bei Globalbudgets der Anteil von min. 55% auf vereinbarte Spitalleistungen von Spitälern auf der kantonalen Spitalliste, nicht auf die gesamten Spitalleistungen. Der effektive kantonale Finanzierungsanteil kann somit unter 55% sinken. Diese Situation eröffnet zwar ein gewisses Spannungsverhältnis zwischen der dual-fixen Finanzierung und dem effektiven kantonalen Finanzierungsanteil. Die Situation ist aber als gesetzeskonform zu betrachten (vgl. Lobsiger und Frey 2019).

Im Rahmen der Interviews wurde in Bezug auf die Umsetzung der dual-fixen Leistungsfinanzierung auf die mit der Anwendung von Globalbudgets nach Art. 51 KVG und anderen Instrumenten der Mengensteuerung verbundene Problematik der Ungleichbehandlung der Spitäler (und damit einhergehenden Wettbewerbsverzerrungen) hingewiesen,

¹⁸ Dabei ist eine Übergangsfrist bis zum 1.1.2017 zu beachten. Unter gewissen Umständen konnte vor 2017 der kantonale Finanzierungsschlüssel zwischen 45% und 55% festgelegt werden.

¹⁹ Im Jahr 2017 wendeten die Kantone Tessin, Waadt und Genf Globalbudgets nach Art. 51 KVG an. Weiter wendeten die Kantone Waadt, Genf und Neuenburg im Jahr 2017 (auch) direkte Mengenbeschränkungen und der Kanton Wallis eine degressive Vergütung an.

die sich daraus ergibt, dass je nach Trägerschaft (öffentlich, privat) unterschiedliche Instrumente der Mengensteuerung mit unterschiedlichen Wirkungen auf die Finanzierung angewendet werden. Durch die Einführung von Kontingenten für Privatspitäler in Bezug auf Leistungen gemäss KVG werde die Gleichbehandlung ausgehebelt. Die Anwendung von Globalbudgets nach Art. 51 KVG beeinträchtigt zudem die Vergleichbarkeit und Transparenz der Finanzierung. Daneben wurden auch Probleme, welche die dual-fixe Leistungsfinanzierung mit sich bringen kann, benannt: In einem Interview wurde die Angemessenheit der Lastenverteilung auf die Ausgabenträger angesprochen, wobei v.a. auf die erhöhte Belastung der Kantone hingewiesen wurde. In zwei Interviews wurde auf die grundlegende Problematik der unterschiedlichen Finanzierung im stationären und ambulanten Bereich bzw. der damit einhergehenden (Fehl-)Anreize hingewiesen. Die Ausgabenträger (Kantone, Krankenversicherer) seien je nachdem, ob die Behandlung im stationären oder ambulanten Bereich stattfinde, mit unterschiedlichen finanziellen Auswirkungen konfrontiert.²⁰

Bewertung

In Tabelle 2 erfolgt die Bewertung der Umsetzung der dual-fixen Leistungsfinanzierung durch das Evaluationsteam anhand eines Soll-Ist-Vergleichs, wobei sich das Soll an den oben genannten Vorgaben orientiert.

Tabelle 2 Bewertung Umsetzung Dual-fixe Leistungsfinanzierung

Soll	Ist	Bewertung
Fixer Finanzierungsschlüssel (min. 55% Kantone, max. 45% Krankenversicherungen), Gleichbehandlung der Listenspitäler bei der Finanzierung unabhängig von der Trägerschaft.	Gemäss Zusammenstellung der GDK liegt fixer Finanzierungsschlüssel seit 2017 (nach Übergangsfrist) bei min. 55% Kantone/max. 45% Versicherungen. Gilt für Listenspitäler unabhängig von der Trägerschaft (vorbehaltlich je nach Trägerschaft unterschiedlicher Anwendung von Mengensteuerungsinstrumenten mit Auswirkungen auf die Finanzierung der Spitäler). Vorgabe zumindest in Bezug auf allfällige vereinbarte Leistungsmengen umgesetzt. Gemäss Daten aus Pellegrini und Roth (2018) ist eine Entwicklung des effektiven Finanzierungsanteils gemäss Erwartungen zu beobachten. Gemäss Studie von Lobsiger und Frey (2019) tritt ein Spannungsverhältnis zwischen dual-fixer Finanzierung und dem effektiven kantonalen Finanzierungsanteil aufgrund der Anwendung von Globalbudgets gemäss Art. 51 KVG auf, die Anwendung des Instruments ist aber als gesetzeskonform.	✓

Anmerkung: ✓ erfüllt; ≈ teilweise erfüllt; ✗ nicht erfüllt; ?: kann nicht beurteilt werden

²⁰ Diese Problematik wird aktuell im Parlament diskutiert. Vgl. hierzu die Vernehmlassung zum Vorentwurf zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) unter dem Titel „Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich“ zur Umsetzung der Parlamentarischen Initiative 09.528 „Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus“: <https://www.parlament.ch/press-releases/Pages/mm-sgk-n-2018-05-15.aspx?lang=1031> (zuletzt konsultiert: 10.7.2018).

3.2. Spitalplanung

3.2.1. Interkantonal koordinierte, bedarfsgerechte Spitalplanungen

Vorgaben

Die Kantone sind verpflichtet, eine *bedarfsgerechte* Spitalplanung durchzuführen (Art. 39 Abs. 1 KVG), diese zu koordinieren und im Bereich der hochspezialisierten Medizin gemeinsam eine gesamtschweizerische Planung vorzunehmen (Art. 39 Abs. 2 bzw. Abs. 2bis KVG).²¹ Im Rahmen der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung wurde der Bundesrat beauftragt, einheitliche Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit zu erlassen (Art. 39 Abs. 2^{ter}, vgl. BAG 2009). Diese Kriterien werden in Art. 58a ff. KVV ausgeführt.²² Einerseits wurden bestehende Richtlinien, welche der Entscheidpraxis des Bundesrates zu Grunde lagen, die er im Rahmen seiner Rolle als Entscheidinstanz im Beschwerdeverfahren zu kantonalen Planungen entwickelt hatte, aufgearbeitet und konsolidiert (vgl. BAG 2009). Andererseits wurden auch neue Vorgaben aus der Revision, wie die Verpflichtung zur Koordination der Planungen zwischen den Kantonen aufgenommen (vgl. BAG 2009). Insgesamt mussten die Planungskriterien mit den neuen Vorgaben der Leistungsfinanzierung und der freien Spitalwahl abgestimmt werden (vgl. BAG 2009). Gemäss GDK (2018a) ist eine Spitalplanung dann *bedarfsgerecht*, wenn der ermittelte Bedarf der Wohnbevölkerung gedeckt wird, die ausserkantonale Nachfrage berücksichtigt wird und Überkapazitäten vermieden oder reduziert werden, ausser es handelt sich um aus regionalpolitischen Gründen aufrechterhaltene Spitalkapazitäten.²³

Aus Sicht des vorliegenden Mandats ist in erster Linie der Aspekt der Überkapazitäten von Interesse, da diese kostentreibend wirken und dem Ziel der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung eine Eindämmung des Kostenwachstums zu erreichen, zuwiderlaufen. Zu beachten gilt es dabei, dass mit der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung, zumindest im akutsomatischen Bereich, die Planungen leistungsbezogen, nicht mehr kapazitätsbezogen erfolgen müssen. Auf die Kapazitäten kann nur begrenzt über die Steuerung des Angebots, das auf der Spitalliste aufgenommen wird, Einfluss genommen werden (vgl. BAG 2009). Nachfolgend steht die Umsetzung derjenigen Planungskriterien im Vordergrund, die einen direkten Bezug zur Vermeidung/zum Abbau von Überkapazitäten haben. Erstens handelt es sich um das Kriterium aus Art. 58b Abs. 1 KVV, wonach die Bedarfsermittlung auf Grundlage statistisch ausgewiesener Daten und Vergleiche zu erfolgen hat. Je genauer die Bedarfsprognose, desto bedarfsgerechter ist das Angebot. Zweitens handelt es sich um diejenigen Kriterien, die sich auf die Berücksichti-

²¹ Zur Umsetzung des Auftrags zur kantonalen Koordination im Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) haben die Kantone am 1.1.2009 die Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) unterzeichnet. Für die HSM gibt es eine, von allen Kantonen getragene Planung (<https://www.gdk-cds.ch/index.php?id=822>, Stand: 22.6.2018). Stand und Umsetzung der Koordination im Bereich der HSM werden in diesem Bericht nicht weiter betrachtet.

²² Die Kriterien mussten spätestens am 31. Dezember 2014 in den kantonalen Planungen berücksichtigt sein (vgl. Art. 39 und 49a KVG sowie Abs. 3 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des KVG vom 21. Dezember 2007).

²³ Überkapazitäten solcher Art sind gemäss BVGer als gemeinwirtschaftliche Leistungen zu finanzieren (BVGer-Urteil C-4232/2014 E. 5.4.4).

gung von Zu- und Abflüssen von Patientinnen und Patienten beziehen: Die Kantone müssen gemäss Art. 58b Abs. 3 KVV berücksichtigen, dass ein Teil der Kantonsbevölkerung ein Angebot in einem Vertragsspital (d.h. Spital, das einen Vertrag über die Vergütung von Leistungen der OKP mit einem Krankenversicherer abgeschlossen hat) oder – aufgrund der erweiterten Spitalwahlfreiheit – in einem ausserkantonalen Spital in Anspruch nehmen. Zudem ist die mit der erweiterten Spitalwahl möglicherweise einhergehende Zunahme von ausserkantonalen (Wahl-)Behandlungen zu berücksichtigen, um ein bedarfsgerechtes Angebot für die Kantonsbevölkerung sicherstellen zu können (vgl. BAG 2009, GDK 2018a).²⁴ Drittens handelt es sich um diejenigen Kriterien, die sich auf die interkantonale Koordination der Planungen beziehen. Als Grundlage für die Berücksichtigung von Zu- und Abflüssen von Patientinnen und Patienten sind Informationen zu Patientenströmen notwendig, deren Beschaffung die Zusammenarbeit zwischen den betroffenen Kantonen nötig macht (Art. 58d lit. a KVV) (vgl. BAG 2009). Um Überkapazitäten zu vermeiden, sind die Planungsmassnahmen mit den davon in ihrer Versorgungssituation betroffenen Kantonen zu koordinieren (Art. 58b lit. b KVV).²⁵

Umsetzung

Daten und Methoden zur Bedarfsermittlung: Als Basis für die Bedarfsplanung dienten für die vergangenen Planungen in der Regel Leistungsgruppensystematiken (Jörg und Ruflin 2016). Gemäss Kantonsbefragung wendeten 23 Kantone in der Akutsomatik die SPLG-Systematik an. In den Bereichen Rehabilitation und Psychiatrie gaben nur wenige Kantone an, keine Differenzierung nach Leistungsgruppen anzuwenden (Rehabilitation: ein Kanton, Psychiatrie: drei Kantone) (vgl. econcept 2018). Gemäss Oggier (2018) fehlt im Bereich der Rehabilitation eine einheitliche Leistungsgruppensystematik. Die Kantone wendeten zur Ermittlung des Versorgungsbedarfs unterschiedliche Prognosemodelle an, wobei die Modelle der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich und des Obsan/STATVD am verbreitetsten waren (gilt für alle drei Versorgungsbereiche) (vgl. econcept 2018). Die Kantone schätzten die Vorgabe, wonach die Bedarfsermittlung auf Grundlage statistisch ausgewiesener Daten und Vergleiche zu erfolgen hat, grossmehrheitlich als sehr gut umsetzbar oder zumindest eher umsetzbar ein (vgl. Tabelle 31 im Anhang A.2). Rund die Hälfte der Kantone beurteilte die angewandten Methoden zur leistungsorientierten Bedarfsermittlung als eher geeignet zur Vermeidung von Über- und Unterkapazitäten (vgl. Tabelle 33 und Tabelle 34 im Anhang A.2).

Berücksichtigung von Zu- und Abflüssen bei der Angebotsbestimmung: Ob und in welchem Ausmass die Kantone bei der Bestimmung des auf der Spitalliste zu sichernden Angebots Zu- und Abflüsse berücksichtigen, ist auf der Grundlage der im Rahmen dieses Mandats aufgearbeiteten Informationen nicht direkt bekannt. Immerhin schätzt die Mehrheit der Kantone im Rahmen der Kantonsbefragung die Vorgabe, die sich auf die Be-

²⁴ Grund: wird zu „knapp“ geplant, stehen keine Kapazitäten für ausserkantonale Patientinnen und Patienten zur Verfügung, was die erweiterte Spitalwahl einschränken würde.

²⁵ Überkapazitäten würden bspw. dann entstehen, wenn beide Kantone die gleiche Nachfrage einplanen würden.

rücksichtigung von *Zu- und Abflüssen* bezieht²⁶, mehrheitlich als eher umsetzbar oder sehr gut umsetzbar ein (vgl. Tabelle 31 im Anhang A.2).

Interkantonale Koordination: Die Resultate aus der Kantonsbefragung zeigen, dass mehrheitlich eine Anhörung bzw. Absprache zwischen den Kantonen bei der Erarbeitung der Versorgungsplanung und der Erstellung der Spitallisten stattgefunden hat. Deutlich seltener fand eine gemeinsame Erarbeitung statt. Rund ein Fünftel der Kantone führte keine Zusammenarbeit bei der Erarbeitung der Versorgungsplanung oder der Erstellung der Spitalliste durch (vgl. Tabelle 35 im Anhang A.2). Mehr als die Hälfte der Kantone gab an, dass aufgrund der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung eine viel oder leicht stärkere Zusammenarbeit bei der Erarbeitung der Versorgungsplanungen und der Erstellung der Spitallisten erfolgte (vgl. Tabelle 36 und Tabelle 37 im Anhang A.2). Als Hinweis auf mögliche Probleme kann das Ergebnis gedeutet werden, wonach die Kantone die Vorgabe, dass sie ihre Planungsmassnahmen mit den davon betroffenen Kantonen koordinieren müssen, in Bezug auf die Umsetzbarkeit etwas weniger gut einschätzten als die Umsetzbarkeit anderer Planungskriterien (vgl. Tabelle 31 im Anhang A.2). Gemäss Oggier (2017) fehlt für den Versorgungsbereich der Rehabilitation ein einheitliches Verständnis darüber, was Rehabilitation im Sinne des KVG ist.

Bei den präsentierten Ergebnissen zur Umsetzung sind folgende Einschränkungen zu berücksichtigen: Die Resultate aus der Kantonsbefragung sind insb. auch vor dem Hintergrund zu sehen, dass sich die Antworten der Kantone auf die letzte durchgeführte Spitalplanung beziehen. In einigen Kantonen liegen die letzten Spitalplanungen teilweise schon einige Jahre zurück (vgl. econcept 2018). In einem Interview wurde denn auch erwähnt, dass in Bezug auf die Berücksichtigung der ausserkantonalen Nachfrage und den Abbau von Überkapazitäten teilweise noch Handlungsbedarf bestehe. Zu bedenken sei aber, dass die Spitalplanungen erst auf das Jahr 2015 (Übergangsfrist von 3 Jahren) angepasst werden mussten. Anpassungen der Planungen erfolgten, allerdings unter grosser Unsicherheit, da Konkretisierungen der vom Gesetz vorgegebenen Planungskriterien fehlten. Für die nächsten Planungen seien u.a. in Bezug auf den Abbau von Überkapazitäten und die Berücksichtigung der ausserkantonalen Nachfrage weitere Verbesserungen zu erwarten.²⁷

In den Interviews wurden keine grundsätzlichen Probleme in Bezug auf Unterkapazitäten gesehen.²⁸ Überkapazitäten sind hingegen gemäss Aussagen von vier Interviewpersonen noch vorhanden. Folgende Gründe wurden dafür genannt: zu kleinräumig organisierte Versorgungsplanung und -steuerung im stationären Bereich, überregionale Planungen seien selten, die Mobilität der Patientinnen und Patienten werde zu wenig berücksichtigt;

²⁶ Namentlich die Ermittlung des Angebots, das in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf der von ihnen erlassenen Liste aufgeführt sind (Art. 58b Abs. 2 KVV) und die Auswertung von Informationen über die Patientenströme und der Austausch dieser Informationen mit den betroffenen Kantonen (Art. 58d lit. a KVV).

²⁷ Im Frühjahr 2018 sind die aktualisierten GDK-Empfehlungen zur Spitalplanung (vgl. GDK 2018a) u.a. mit Konkretisierungen in Bezug auf die Berücksichtigung der ausserkantonalen Nachfrage und der Koordination zwischen den Kantonen erschienen.

²⁸ Ausnahme: In einem Interview wurde erwähnt, dass alte Strukturen nach wie vor eine starke Rolle spielten und dadurch Unterkapazitäten bspw. im Palliativbereich, bestehen würden.

interkantonale Koordination finde zu wenig statt; die Schnittstellen der stationären Versorgung zu anderen Bereichen werde bei der Spitalplanung zu wenig berücksichtigt. In einem Interview wurde darauf hingewiesen, dass keine Definition von Überkapazitäten existiere und bemängelt, dass in der Diskussion um Überkapazitäten der Blick zu häufig rückwärtsgewandt sei und relevante Entwicklungen nicht einbezogen würden. Gemäss einer Interviewperson sollten die Planungen in kürzeren Zeitabständen (bspw. alle drei Jahre) aktualisiert werden, um der Dynamik im Gesundheitswesen besser Rechnung zu tragen.

Bewertung

In Tabelle 3 erfolgt die Bewertung der Umsetzung der Planungskriterien zur Spitalplanung mit Bezug zu Vermeidung/Abbau von Überkapazitäten durch das Evaluationsteam anhand eines Soll-Ist-Vergleichs, wobei sich das Soll an den oben genannten Vorgaben orientiert.

Tabelle 3 Bewertung Umsetzung Planungskriterien zur Spitalplanung mit Bezug zu Vermeidung/Abbau von Überkapazitäten

Soll	Ist	Bewertung
Bedarfsgerechte und interkantonale koordinierte Spitalplanung (Fokus: Vermeidung von Überkapazitäten): Bedingt, dass die Kantone eine den Planungskriterien (Art. 58a ff. KVV) entsprechende Spitalplanung durchführen (Fokus: Methode bei der Bedarfsplanung, Berücksichtigung von Zu- und Abflüssen bei der Angebotsbestimmung, interkantonale Koordination).	Basierend auf Angaben der Kantone im Rahmen der Kantonsbefragung und Einschätzungen von Akteuren aus dem Gesundheitswesen im Rahmen der Interviews lässt sich festhalten, dass sich die Versorgungsplanung in den Kantonen verstärkt nach den gesetzlichen Vorgaben (Planungskriterien) richtet. Im Bereich der Rehabilitation fehlt gemäss Oggier (2018) eine einheitliche Leistungsgruppensystematik. In Bezug auf die interkantonale Koordination gehen Erarbeitung der Versorgungsplanung und der Spitallisten selten über eine Anhörung bzw. Absprache hinaus (zu beachten: eine gemeinsame Erarbeitung wird von Gesetzes wegen nicht verlangt). Vereinzelt findet keine Zusammenarbeit statt, was in Bezug auf eine bedarfsgerechte Spitalplanung nicht vereinbar ist. Gemäss Oggier (2017) fehlt ein einheitliches Verständnis von Rehabilitation gemäss KVG. Insgesamt ist eine Entwicklung in Richtung der vom Gesetzgeber erwarteten Umsetzung zu beobachten.	≈ ^(a)

Anmerkung: ✓ erfüllt; ≈ teilweise erfüllt; ✗ nicht erfüllt; ?: kann nicht beurteilt werden. ^(a) Zu beachten: Die interkantonale Koordination betrifft nicht den Hauptteil der Spitalplanung (gemessen an der Anzahl Hospitalisationen bzw. am der Anteil der ausserkantonalen Hospitalisationen an der Gesamtzahl der Hospitalisationen, vgl. Gruber und Lippitsch 2018a für Daten hierzu) und wird bei der Bewertung daher auch nicht zu stark gewichtet.

3.2.2. Erteilung der Leistungsaufträge nach Wirtschaftlichkeit

Vorgaben

Zur Beurteilung und Auswahl des auf der Spitalliste zu sichernden Angebots sind gemäss Art. 58b Abs. 4 KVV u.a. die Kriterien Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung zu berücksichtigen. Im vorliegenden Bericht zu Kosten und Finanzierung wird der Aspekt der Wirtschaftlichkeit thematisiert. Darunter ist in erster Linie die Effizienz der Leistungserbringung zu verstehen (Art 58b Abs. 4 Bst. a KVV). Während das Kriterium der Wirtschaftlichkeit bereits vor der Revision zu berücksichtigen war, wurden mit der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung die Kantone zur Durchführung von Betriebsvergleichen verpflichtet (Abs. 3 der Übergangsbestimmungen zur KVG-Revision) (vgl. Rütsche 2011, Rz. 100; BVGer-Urteil C-4232/2014, E. 5.1, GDK 2018a).^{29 30}

Umsetzung

Bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei der Vergabe der Leistungsaufträge im Bereich der Akutsomatik stützte sich Rund die Hälfte der Kantone gemäss Kantonsbefragung auf Leistungs- und Kostendaten nach der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) oder Kostendaten nach REKOLE®³¹ ab. Es wurden aber auch Daten nach kantonalen Vorgaben oder andere Daten genutzt. Keine Datenauswertung fand in vier (Akutsomatik), sechs (Rehabilitation) bzw. sieben (Psychiatrie) Kantonen statt (vgl. Abbildung 6 im Anhang A.2). Rund ein Viertel der Kantone nutzte gesamtschweizerische Daten (bspw. über einen interkantonalen Datenaustausch) zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit. Die anderen Kantone nutzten Daten mit regionaler, kantonaler oder einer anderen Abdeckung oder führten keine Datenauswertung durch, was vermuten lässt, dass einige Kantone zum Befragungszeitpunkt (noch) keine (datengestützte) Wirtschaftlichkeitsprüfung durchführten (vgl. Abbildung 7 im Anhang A.2). Die Mehrheit der Kantone beurteilte die Qualität³² der verwendeten Daten als eher gut. Die Beurteilung fiel für die Bereiche Psychiatrie und Rehabilitation im Vergleich zur Akutsomatik etwas weniger gut aus (vgl. Abbildung 8 im Anhang A.2). Die Mehrheit der Kantone sah sich in der Lage, im Bereich der Akutsomatik einen systematischen Vergleich der Fallkosten vorzunehmen. In den Bereichen Rehabilitation und Psychiatrie war es weniger als die Hälfte der Kantone (vgl. Abbildung 9 im Anhang A.2). Mindestens die Hälfte der Kantone (17 im

²⁹ Auf die Betriebsvergleiche im Rahmen der Tariffindung geht Kapitel 3.3.3 näher ein. Im vorliegenden Abschnitt wird daher nur die Berücksichtigung des Kriteriums der Wirtschaftlichkeit mittels Betriebsvergleichen bei der Erteilung von Leistungsaufträgen thematisiert.

³⁰ Bei der Beurteilung der Effizienz der Leistungserbringung (Fallkostenvergleiche) kann die Qualität der Leistungserbringung insofern eine Rolle spielen, als Rehospitalisierungen (d.h. Wiedereintritte in das gleiche Spital mit derselben Major Diagnostic Categories (MDC) und/oder aufgrund von Komplikationen innerhalb von 18 Tagen ab Erstaustritt, vgl. Hedinger et. al. 2017) die Fallkosten pro DRG und damit auch die Spitaltarife (Baserates) beeinflussen können. Der oben skizzierte Einfluss der Qualität auf die Fallkosten pro DRG wurde im Rahmen dieser Studie nicht weiter untersucht.

³¹ REKOLE® steht für Revision der Kostenrechnung und Leistungserfassung und liefert in Form eines Handbuchs Leitlinien für die Kosten- und Leistungserfassung in Spitälern (vgl. H+ 2017).

³² Zweckmässiger Detaillierungsgrad, transparente und sachgerechte Abgrenzung der Kosten.

Bereich der Akutsomatik, 14 im Bereich der Rehabilitation und 13 im Bereich der Psychiatrie) gaben im Rahmen der Kantonsbefragung an, einen Benchmark zur Bestimmung der Wirtschaftlichkeit der Spitäler verwendet zu haben (Abbildung 10 im Anhang A.2). Insgesamt war das Vorgehen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung zwischen Kantonen, aber auch zwischen den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie, heterogen.

Gemäss Beurteilung der Kantone haben sich die Kriterien zur Wirtschaftlichkeit aufgrund der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung verschärft (rund ein Drittel der Kantone) oder keine Veränderung erfahren (rund ein weiteres Drittel der Kantone) (vgl. Tabelle 38 im Anhang A.2). Die Kriterien zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit haben sich gemäss Einschätzung nur rund der Hälfte der Kantone eher bis sehr bewährt (wobei sich die Kriterien zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit des Leistungsangebots im Bereich der Akutsomatik etwas besser bewährt haben als in den Bereichen Rehabilitation und Psychiatrie) (vgl. Tabelle 39 im Anhang A.2). Rund 60% der Kantone schätzten die Vorgabe, wonach die Wirtschaftlichkeit bei der Beurteilung und Auswahl des auf der Spitalliste zu sichernden Angebots zu berücksichtigen ist (gemäss Art. 58b Abs. 4 lit. a KVV) als eher oder sehr gut umsetzbar ein. Ähnlich präsentieren sich die Resultate in Bezug auf die Umsetzbarkeit der Vorgabe, bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit die Effizienz der Leistungserbringung zu beachten (Art. 58b Abs. 5 lit. a KVV). Im Vergleich zu den Einschätzungen zur Umsetzbarkeit der anderen Planungskriterien ist der Anteil der Kantone, der die Vorgaben für eher oder sehr gut umsetzbar hielt, bei der Wirtschaftlichkeit und Effizienz deutlich tiefer (vgl. Tabelle 31 im Anhang A.2), was als Hinweise auf mögliche Probleme gedeutet werden kann. Oggier (2017) weist darauf hin, dass in der Rehabilitation Leistungsbereiche über die Kantone hinweg nicht einheitlich definiert sind. Auf dieser Basis liessen sich Effizienzvergleiche zwischen Leistungserbringern kaum durchführen.

Die Interviews bieten mögliche Erklärungsansätze für die beobachtete Heterogenität in und mögliche Probleme bei der Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit zur Beurteilung der Leistungsangebote: Eine Interviewperson gab zu bedenken, dass in der Anfangsphase aufgrund einer mangelhaften Datenqualität dem Kriterium der Wirtschaftlichkeit noch wenig Rechnung geschenkt wurde. Mittlerweile habe sich die Datenlage allerdings verbessert; dem Kriterium der Wirtschaftlichkeit werde nun eine grössere Bedeutung beigemessen. In einem anderen Interview wurde darauf hingewiesen, dass keine einheitliche Definition von „Wirtschaftlichkeit“ existiere; entsprechend unterschiedlich würde die Anwendung des Kriteriums in den Kantonen ausfallen. Zudem wurde darauf hingewiesen, dass 18 Kantone heute eine Einheitsstruktur im Spitalbereich (d.h. nur ein öffentliches Spital mit einem breiten Leistungsangebot pro Kanton) aufweisen, was die Vergleichsmöglichkeiten innerhalb eines Kantons stark einschränken würde. Auch wenn Spitäler aus anderen Regionen für einen Betriebsvergleich zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit des Leistungsangebots hinzugezogen würden, seien die Ausweich- bzw. Handlungsmöglichkeiten im Falle eines unwirtschaftlichen Angebots sehr beschränkt.

Bewertung

In Tabelle 4 erfolgt die Bewertung in Bezug auf die Berücksichtigung des Kriteriums der Wirtschaftlichkeit bei der Vergabe der Leistungsaufträge durch das Evaluationsteam

anhand eines Soll-Ist-Vergleichs, wobei sich das Soll an den oben genannten Vorgaben orientiert.

Tabelle 4 Bewertung Berücksichtigung Kriterium der Wirtschaftlichkeit bei Vergabe der Leistungsaufträge

Soll	Ist	Bewertung
Das Planungskriterium der Wirtschaftlichkeit wird bei der Beurteilung der Auswahl des auf der Spitalliste zu sichernden Angebots berücksichtigt. Die Beurteilung basiert auf Betriebsvergleichen zur Effizienz des Leistungsangebots.	Auf Basis von Angaben der Kantone im Rahmen der Kantonsbefragung und Einschätzungen von Akteuren aus dem Gesundheitswesen im Rahmen der Interviews lässt sich schliessen, dass die Wirtschaftlichkeitsprüfung an Bedeutung gewonnen hat. Es ist eine heterogene Umsetzung in den Kantonen zu beobachten, welche aber auch vor dem Hintergrund der in der Vergangenheit eingeschränkten Datenverfügbarkeit und mangelhaften Datenqualität zu sehen ist. Die Resultate aus der Kantonsbefragung lassen vermuten, dass einige Kantone zum Zeitpunkt der Befragung (noch) keine (datengestützte) Wirtschaftlichkeitsprüfung durchgeführt haben. Insgesamt ist eine Entwicklung in Richtung der vom Gesetzgeber erwarteten Umsetzung zu beobachten.	≈

Anmerkung: ✓ erfüllt; ≈ teilweise erfüllt; ✗ nicht erfüllt; ?: kann nicht beurteilt werden

3.3. Leistungsbezogene (Fall-)Pauschalen

Die Leistungen gemäss KVG im stationären Spitalbereich sollen über Pauschalen vergütet werden. Die Pauschale soll sich dabei auf der Grundlage einer gesamtschweizerischen, leistungsbezogenen *Tarifstruktur*, die eine relative Bewertung der Leistungen vorgibt, und einem *Spitaltarif* (im akutsomatischen Bereich wird der Begriff Baserate verwendet; nachfolgend wird jeweils von Spitaltarif gesprochen), der die absolute Höhe der Pauschale determiniert, berechnet werden.

3.3.1. Gesamtschweizerische, leistungsbezogene Tarifstrukturen

Vorgaben

Für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt und Pflegeleistungen in einem Spital (Art. 39 Abs. 1 KVG) oder einem Geburtshaus (Art. 29 KVG) haben die Vertragsparteien i.d.R. Fallpauschalen zu vereinbaren. Die Pauschalen müssen leistungsbezogen sein und haben auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen zu beruhen (Art. 49 KVG).

Umsetzung

Im akutstationären Bereich kommt für die Vergütung von Leistungen gemäss KVG seit 2012 die schweizweit einheitliche, leistungsbezogene und pauschalierende Tarifstruktur SwissDRG zur Anwendung. In der Psychiatrie und Rehabilitation erfolgte die Vergütung bis anhin vorwiegend nach Tagespauschalen. Neue leistungsorientierte Vergütungssys-

teme wurden auf Anfang 2018 (Psychiatrie: TARPSY) bzw. werden voraussichtlich ab 2022 (Rehabilitation: ST Reha) eingeführt.

Bewertung

In Tabelle 5 erfolgt die Bewertung in Bezug auf die Vergütung von stationären Spitalleistungen gemäss KVG auf Basis gesamtschweizerischer, leistungsbezogener Tarifstrukturen durch das Evaluationsteam anhand eines Soll-Ist-Vergleichs, wobei sich das Soll an den oben genannten Vorgaben orientiert.

Tabelle 5 Bewertung in Bezug auf Vergütung von stationären Spitalleistungen gemäss KVG auf Basis gesamtschweizerischer, leistungsbezogener Tarifstrukturen

Soll	Ist	Bewertung
Es sind gesamtschweizerische, leistungsbezogene Tarifstrukturen zur Vergütung von Leistungen von stationären Spitalleistungen gemäss KVG vorhanden.	In der Akutsomatik mit SwissDRG seit 2012 erfüllt. In den Bereichen Psychiatrie und Rehabilitation erst auf 2018 eingeführt bzw. Einführung auf 2022 geplant.	≈

Anmerkung: ✓ erfüllt; ≈ teilweise erfüllt; ✗ nicht erfüllt; ?: kann nicht beurteilt werden

3.3.2. Güte der Tarifstruktur SwissDRG

Erwartung

Als Grundlage für die Bewertung der Güte der Tarifstruktur SwissDRG werden die *Datenqualität* und die *Sachgerechtigkeit* der Abbildung der Leistungen anhand verschiedener Indikatoren untersucht. Eine gute Datenqualität und eine sachgerechte Abgrenzung der Leistungen sind Voraussetzung dafür, dass keine tarifstrukturbedingten Verzerrungen in der Vergütung auftreten.

Stand und Entwicklung

Datenqualität: Eine hohe Datenqualität setzt voraus, dass die Daten vergleichbar (d.h. nach einheitlichen Regeln erhoben), vollständig, sachgerecht abgegrenzt sowie repräsentativ sind (vgl. BVGE 2014/36)³³:

- *Vergleichbarkeit:* Vergleichbarkeit erfordert, dass Kosten und Leistungen nach einheitlichen Methoden erhoben werden. Als Grundlage für die Systementwicklung bzw. die Berechnung der Kostengewichte dienen Daten aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS) des Bundesamts für Statistik (BFS)³⁴, Kostendaten nach REKOLE® sowie zusätzliche Erhebungen der SwissDRG AG.

³³ Es gibt insgesamt Hinweise, dass die Datenqualität teilweise noch mangelhaft ist. Dies zeigt u.a. die Tatsache, dass die SwissDRG AG für die Systementwicklung Spitäler ausschliesst. Für die Tarifstruktur 2018 (Datenjahr 2015) wurden von 118 Netzwerkspitalern 13 Spitäler gelöscht (davon drei Spitäler, weil sie keine Daten geliefert hatten) (vgl. Tabelle 41 im Anhang A.3).

³⁴ Die Operationsklassifikation CHOP und Diagnosenklassifikation ICD-10 bieten die Grundlage für eine einheitliche Leistungserfassung. In einem Interview wird zu bedenken gegeben, dass trotz einheitlicher Methoden in der Praxis auch bei Vorliegen der gleichen Fakten Diagnosen unterschiedlich ausfallen können.

In vier Interviews wurde die Vergleichbarkeit in Bezug auf die Methoden zur Datenerhebung als gut bis sehr gut beurteilt. In einem weiteren Interview wurde die Vergleichbarkeit in Bezug auf die Leistungserfassung als gut (etablierte Methoden und Klassifikationen), bezogen auf die Kostenerhebung teilweise als noch nicht genügend beurteilt.³⁵ Bspw. lasse REKOLE® den Spitälern teilweise Wahlmöglichkeiten (bspw. in Bezug auf Berechnungsvarianten) offen, die im Resultat einen Vergleich der Kostendaten unter den Spitälern erschweren würde.

- *Vollständigkeit und sachgerechte Abgrenzung:* Vollständigkeit und sachgerechte Abgrenzung verlangen, dass nur Kosten für stationäre Leistungen gemäss KVG, unter Einschluss der ANK, in die Kalkulation der Kostengewichte einfließen (d.h. insb., dass Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) nicht einfließen dürfen) und dass die Kosten für stationäre Leistungen gemäss KVG vollumfänglich abgebildet sind. Die Berechnung der ANK erfolgt dabei gemäss REKOLE®.³⁶ In einem Interview wurde allgemein bemerkt, dass nicht sichergestellt sei, dass nur Kostenelemente mit Bezug zu Leistungen gemäss KVG eingeschlossen werden. In fünf Interviews wurde spezifisch auf Abgrenzungsprobleme in Bezug auf Kosten für GWL hingewiesen. Weitere Probleme lägen in der Abgrenzung von liegeklassebedingten Mehrleistungen sowie von Honoraren für ärztliche (Zusatz-)Leistungen für zusatzversicherte Patientinnen und Patienten. Während bei den GWL eine einheitliche Definition der Leistungen fehle, fehlten für die anderen Abgrenzungen einheitliche Methoden, weshalb Normabzüge angewandt würden.
- *Repräsentativität:* Repräsentativität erfordert, dass die Kostengewichte auf einer Stichprobe von Spitälern berechnet werden, die das gesamte Spektrum der akut-somatischen Leistungen und der Leistungserbringer hinreichend abdeckt. Als Indikatoren ziehen wir den Anteil der Netzwerkspitäler an der Gesamtzahl der Spitäler und den Anteil der verwendeten Fälle an der Gesamtzahl der Fälle heran. Die verwendeten Indikatoren vermögen den Aspekt des Leistungsspektrums nicht genau abzubilden. Diese Einschränkung gilt es bei der folgenden Einschätzung zu beachten. Für die Tarifversion 7.0 (Abrechnungsjahr 2018) umfasst die Stichprobe 88% aller Fälle resp. 57% der Spitäler. Die Abdeckung hat sich im Vergleich zur Tarifversion 1.0 (Abrechnungsjahr 2012) deutlich erhöht (vgl. Tabelle 41 im Anhang A.3). In sechs Interviews wird die Repräsentativität als gut bis sehr gut beurteilt.

Sachgerechtigkeit der Abbildung: Eine sachgerechte Abbildung der Leistungen durch die Tarifstruktur setzt voraus, dass die Kostengewichte korrekt bewertet sind und die Tarifstruktur ausreichend ausdifferenziert ist, damit keine tarifstrukturbedingten Verzerrungen auftreten (vgl. BVGE 2014/36):

³⁵ Was gemäss zwei Interviewpersonen mitunter daran liegt, dass REKOLE® nicht spezifisch für die Aufgaben der Tarifsystementwicklung und die Berechnung der Kostengewichte entwickelt wurde.

³⁶ In einem Interview wurde auf die grosse Schwankung der ANK-Anteile an den Gesamtkosten zwischen den Spitälern hingewiesen. Erklärungen dafür fehlten aber noch. Auch Ingenpass und Meyer (2016) weisen auf eine grosse Spannweite des ANK-Anteils an den Gesamtkosten zwischen den Spitälern von 4% bis 18% hin.

- *Bewertung der Kostengewichte*: Eine korrekte Bewertung verlangt, dass das einer Fallgruppe zugeordnete Kostengewicht die erwartete durchschnittliche Fallschwere dieser Fallgruppe abbildet (vgl. Waldner 2015).³⁷ Gemäss SwissDRG (2017b) ist in der Tarifversion 7.0 (Abrechnungsjahr 2018) ein sog. Kompressionseffekt weiterhin vorhanden, d.h. eine Überbewertung von einfachen (Standard-)Fällen und eine Unterbewertung von komplexen Fällen.³⁸ In zwei Interviews wurde die (gewollte) Überbewertung von Kurzliegern erwähnt.³⁹ In Bezug auf Korrekturen bei der Bewertung von unter-/überbewerteten Kostengewichten erwähnte eine Interviewperson, dass die Systementwicklung auf die Aufwertung von unterbewerteten Fällen fokussiere, eine systematische Überprüfung von überbewerteten Fällen aber auch angezeigt wäre.
- *Ausdifferenzierung der Tarifstruktur*: Eine ausreichend ausdifferenzierte Tarifstruktur bemisst sich an einer hohen Abbildungsgenauigkeit und einer möglichst homogenen Kostenverteilung innerhalb der Fallgruppen.
 - Als Mass für die *Abbildungsgenauigkeit* wird das sog. R^2 verwendet. Es zeigt auf, welcher Anteil der Fallkosten durch die Klassifikation der Fälle erklärt werden kann. Das R^2 nimmt Werte zwischen 0 und 1 an, dabei gilt: Je grösser das R^2 , desto besser ist die Güte der Tarifstruktur. Das R^2 ist von 0,60 (alle Fälle) bzw. 0,75 (nur Inlier/Normallieger, d.h. Fälle, die innerhalb einer definierten Verweildauer liegen) im Jahr 2012 auf 0,70 (alle Fälle) bzw. 0,83 (nur Inlier) im Jahr 2017 angestiegen (vgl. Tabelle 41 im Anhang A.3). In vier Interviews wird die Güte der Tarifstruktur, gemessen am R^2 , als gut bis sehr gut beurteilt.
 - Die *Kostenhomogenität* bemisst sich an der Streuung der Fallkosten innerhalb einer DRG. Dabei gilt: Je tiefer, desto besser. Eine hohe Streuung ist problematisch, wenn sich Fälle mit über- bzw. unterdurchschnittlichen Kosten bei einzelnen Spitälern häufen. In diesem Zusammenhang wird insb. die Problematik der Hochkostenfälle diskutiert (Hochuli et al. 2017). Analysen zeigen, dass insb. Endversorgerspitäler (d.h. Spitäler, die am Ende der Versorgungskette sind, wie bspw. Universitätsspitäler) höhere schweregradbereinigte Fallkosten aufweisen als andere Spitäler (Widmer et al. 2015a und 2017c, HSK 2018). Diese Unterschiede werden zumindest teilweise auf die Problematik der Hochkostenfälle zu-

³⁷ Bestehen Unter- oder Überbewertungen, können sich je nach Leistungsangebot eines Spitals systematische Gewinne oder Verluste ergeben (vgl. Widmer et al. 2015a, BVGE 2014/36, E. 22.5).

³⁸ Als möglicher Faktor nennt SwissDRG (2017b) die Datengrundlage (unzureichende verursachergerechte Zuordnung der Kosten auf die einzelnen Behandlungsfälle). Näher auf den Kompressionseffekt gehen Hölzer und Schmidt (2010) ein. Auch die Studie von Widmer et al. (2015a) weist auf Fehlbewertungen hin, wobei sich diese Untersuchung auf ältere Tarifversionen (2.0 und 3.0) bezieht. Als Haupttreiber werden tiefe Fallzahlen (bezogen auf eine Fallgruppe) und Outlier-Korrekturen benannt.

³⁹ Eine Interviewperson nannte als Grund für diese Überbewertung, dass zumindest in der Anfangsphase eine Abnahme der Aufenthaltsdauer als erwünscht erachtet wurde. Heute sei diese Erwartung, vor dem Hintergrund der Diskussion über Leistungsverchiebungen vom stationären in den ambulanten Bereich, zu hinterfragen, da eine Überbewertung Anreize zur Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Bereich reduziert.

rückgeführt.⁴⁰ Abhilfe geschaffen wird einerseits durch Zusatzentgelte⁴¹, Langliegerzuschläge und differenzierte Spitaltarife. Letztere bergen allerdings die Gefahr, dass neben gerechtfertigten Leistungsunterschieden auch Ineffizienzen in die Vergütung einfließen (vgl. Cosandey et al. 2018, Hochuli et al. 2017). Andererseits wird versucht, die Situation über die Weiterentwicklung der Tarifstruktur zu entschärfen (vgl. Hochuli et al. 2017, Meyer 2017 und den Aktionsplan SwissDRG AG 2016). In zwei Interviews wurden die Fortschritte in Bezug auf die Ausdifferenzierung der Tarifstruktur hervorgehoben. Als Beleg für die Zunahme des Reifegrades der Tarifstruktur nannte eine Interviewperson, dass sich das Hochdefizitvolumen über die Jahre reduziert habe. Gemäss der Aussage einer anderen Interviewperson sei es offen, ob die Problematik der Hochkostenfälle je über die Verbesserung der Tarifstruktur gelöst werden könne.

Auswertungen zum Deckungsgrad, der sich aus dem Quotienten aus der Summe der Vergütung (berechnet anhand einer hypothetischen Baserate, die über alle Fälle einen Nullgewinn verspricht) und der Summe der Kosten ergibt, liefern Hinweise, dass für gewisse Spitäler systematische Verluste zu erwarten sind. Die Resultate in Tabelle 42 im Anhang A.3 zeigen, dass Universitätsspitäler und die selbstständigen Kinderspitäler bei Verwendung der Tarifversion 7.0 (Abrechnungsjahr 2018) und bei Anwendung einer hypothetischen Baserate im Durchschnitt Verluste aufweisen (Deckungsgrad unter 100%), die anderen Spitäler Gewinne (Deckungsgrad über 100%). Im Vergleich zur Tarifversion 6.0 (Abrechnungsjahr 2017) hat sich der Deckungsgrad der Universitätsspitäler und der selbstständigen Kinderspitäler allerdings verbessert. Nicht abschliessend geklärt ist, ob der unterschiedliche Deckungsgrad aufgrund von inhomogenen Kostenverteilungen innerhalb von Fallgruppen kombiniert mit einer ungleichen Verteilung der Fälle über die Spitäler sowie Fehlbewertungen entsteht oder ob Ineffizienzen dafür verantwortlich sind. In einem Interview wurde angemerkt, dass es Spitäler gebe, die Probleme haben, die Kosten zu decken. Dies habe aber nicht notwendigerweise mit der Güte der Tarifstruktur zu tun. Eine andere Interviewperson wies darauf hin, dass unter den Tarifpartnern kein einheitliches Verständnis dahingehend bestehe, auf welche Gründe Unterschiede in den schweregradbereinigten Fallkosten zurückzuführen seien: Während die Kostenträger mit Effizienzunterschieden bzw. Ineffizienzen argumentieren, würden die Leistungserbringer Mängel der Tarifstruktur vorbringen.

Bewertung

Tabelle 6 fasst die wichtigsten Ergebnisse zusammen und liefert die Bewertung in Bezug auf die Güte der Tarifstruktur SwissDRG durch das Evaluationsteam.

⁴⁰ In einem Interview werden folgende Bereiche genannt, die davon betroffen sind: Seltene Krankheiten, Demenz, Palliative-Care.

⁴¹ Die Anzahl der Zusatzentgelte hat von 5 im Jahr 2012 auf 93 im Jahr 2018 zugenommen (vgl. Tabelle 41 im Anhang A.3).

Tabelle 6 Bewertung in Bezug auf die Güte der Tarifstruktur SwissDRG

Soll	Ist	Bewertung
Vergleichbarkeit	Eine einheitliche und somit vergleichbare Erhebung der Daten findet bei der Leistungserfassung statt, bei der Kosten-erfassung nur teilweise.	≈
Sachgerechte Abgrenzung	Es bestehen insb. Abgrenzungsprobleme bei Kosten für GWL, aber auch für Kosten aus liegeklassebedingten Mehrleistungen sowie der Abgrenzung von Arzthonoraren.	✗
Vollständigkeit	Die ANK werden nach einheitlicher Methode (REKOLE®) berechnet und inkludiert.	✓
Repräsentativität	Die betrachteten Indikatoren weisen darauf hin, dass die Berechnung der Kostengewichte auf einer repräsentativen Datenbasis erfolgt. Die verwendeten Indikatoren vermögen die Dimension der Repräsentativität allerdings nicht in ihrer gesamten Breite abzubilden.	✓
Fehlbewertungen	Kompressionseffekt (Überbewertung leichter Fälle, Unterbewertung komplexer Fälle) noch vorhanden.	✗
Abbildungsgenauigkeit	Aktuell ist eine hohe Abbildungsgenauigkeit (gemessen am R ²) erreicht.	✓
Kostenhomogenität	Weiterhin inhomogene Kostenverteilungen innerhalb von Fallgruppen, Problematik hat sich aber reduziert.	≈
Gesamtbewertung (Güte der Tarifstruktur SwissDRG)	Die Güte der Tarifstruktur SwissDRG (gemessen an der Datenqualität und der Sachgerechtigkeit der Abbildung der Leistungen) hat sich in den letzten Jahren verbessert und ist heute als eher gut zu bezeichnen. Nach wie vor gibt es aber Probleme in Bezug auf Kostenabgrenzungen, Fehlbewertungen und inhomogene Kostenverteilungen innerhalb von Fallgruppen. Aufgrund der zwei letztgenannten Probleme können je nach Leistungsangebot systematische Verluste oder Gewinne nicht ausgeschlossen werden.	≈

Anmerkung: ✓ erfüllt; ≈ teilweise erfüllt; ✗ nicht erfüllt; ?: kann nicht beurteilt werden

3.3.3. Wirtschaftliche Spitaltarife

Vorgaben/Erwartungen

Gemäss Art. 49 Abs. 1 Satz 5 KVG haben sich die Spitaltarife an der Entschädigung jener Spitäler zu orientieren, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Zur Ermittlung und Auswahl dieser als Referenz massgebenden Spitäler sind Betriebsvergleiche (Benchmarking) notwendig (vgl. BVGE 2014/3 E.10). Voraussetzung dafür ist, dass Kosten und Leistungen zwischen den Spitälern vergleichbar sind. Damit belastbare Betriebsvergleiche durchgeführt werden können, bedarf es einer Tarifstruktur, die Leistungen sachgerecht abzubilden vermag, was insb. auch eine gute Datenqualität voraussetzt⁴² (BVGE 204/36 E.4).

⁴² Eine mangelhafte Datenqualität, bspw. aufgrund einer uneinheitlichen Kodierpraxis, kann zu einer hohen Streuung der Fallkosten innerhalb einer Fallgruppe (inhomogene Kostenverteilung) und damit zu einer Beeinträchtigung der Güte der Tarifstruktur führen.

Der Bund ist in der Pflicht, in Zusammenarbeit mit den Kantonen einen schweizweiten Betriebsvergleich zu den Kosten durchzuführen und diesen zu publizieren (Art. 49 Abs. 8 KVG). Die Preisfindung ist grundsätzlich Sache der Tarifpartner/Vertragsparteien (Spitäler, Krankenversicherer). Die Kantone haben die Spitaltarife, auf die sich die Tarifpartner/Vertragsparteien geeinigt haben, zu genehmigen (Art. 46 Abs. 4 KVG). Falls sich die Tarifpartner/Vertragsparteien im Rahmen der Tarifverhandlungen nicht einigen können, setzt der Kanton den Spitaltarif fest (Art. 47 Abs. 1 KVG). Die Kantone haben sowohl bei der Genehmigung als auch bei der Festsetzung der Spitaltarife das Kriterium der Wirtschaftlichkeit zu berücksichtigen (vgl. Rüttsche 2011, Rz 65; GDK 2017⁴³).

Die Höhe, Verteilung und Entwicklung der Spitaltarife können Hinweise auf deren Wirtschaftlichkeit geben. Wie Cosandey et al. (2018) darlegen, wurde mit der DRG-Vergütung in der Akutstation das finanzielle Risiko auf die Spitäler übertragen. Liegen die Fallkosten über der Fallpauschale, trage das Spital den Verlust. Liegen die Fallkosten unter der Fallpauschale, mache das Spital einen Gewinn. Dies setze Anreize zu Effizienzsteigerungen, die sich mittel- bis langfristig in sinkenden durchschnittlichen Fallkosten reflektieren sollten. Da sich die Spitaltarife an den Kosten einer effizienten Leistungserbringung zu orientieren haben, ist somit zu erwarten, dass längerfristig zumindest der Anstieg der Spitaltarife über die Zeit gebremst werden kann. Dabei gilt es zu beachten, dass das KVG keinen schweizweit einheitlichen Spitaltarif vorschreibt und daher Unterschiede in den Spitaltarifen zwischen den Spitälern aber auch innerhalb der Spitäler (zwischen den Spitaltarifen der Einkaufsgemeinschaften/Krankenversicherer) existieren können. Diese Unterschiede sollten allerdings, da sich die Spitaltarife an den Kosten einer effizienten Leistungserbringung zu orientieren haben, in Grenzen halten.

Aus den im vorangehenden Abschnitt genannten Vorgaben und Erwartungen können folgende Dimensionen abgeleitet werden, die zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Spitaltarife näher untersucht werden: a) Anwendbarkeit der Tarifstruktur für Betriebsvergleiche, b) Praxis der Betriebsvergleiche, c) Praxis der kantonalen Genehmigung und Festsetzung der Spitaltarife und d) Höhe, Verteilung und Entwicklung der Spitaltarife.

Bei der Analyse der zwei erstgenannten Dimensionen liegt der Fokus auf dem akutstationären Bereich, da mit der Tarifstruktur SwissDRG seit 2012 eine zentrale Grundlage für die Durchführung von Betriebsvergleichen vorhanden ist (vgl. **Kap. 3.3.1**). Auch die Analysen zu den Spitaltarifen (Dimension d) beschränken sich auf den akutstationären Bereich.

Anwendbarkeit der Tarifstruktur SwissDRG für Betriebsvergleiche

Wie die Analyse in **Kap. 3.3.1** gezeigt hat, hat sich die Güte der Tarifstruktur in den letzten Jahren verbessert. Es bestehen in Bezug auf die Datenqualität und der Sachgerechtigkeit der Abbildung der stationären Leistungen gemäss KVG bei der Tarifstruktur SwissDRG teilweise noch Probleme, die die Anwendbarkeit der Tarifstruktur für Betriebsvergleiche beeinträchtigt.

Praxis der Betriebsvergleiche

⁴³ Diese Studie stützt sich auf GDK (2017). Mittlerweile gibt es die Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung bereits in einer neuen Version (GDK 2018b).

Der Bund ist seiner Pflicht, in Zusammenarbeit mit den Kantonen einen schweizweiten Betriebsvergleich zu den Kosten durchzuführen und diesen zu publizieren (Art. 49 Abs. 8 KVG), (noch) nicht nachgekommen.⁴⁴ Konkretisierungen auf Verordnungsstufe in Bezug auf das Vorgehen bei Betriebsvergleichen (bspw. zur Wahl des Effizienzmassstabs) sind nicht vorhanden. In der Praxis haben sich daher unterschiedliche Verfahren für Betriebsvergleiche entwickelt. Tabelle 40 im Anhang A.3 fasst die Verfahren von verschiedenen Akteuren zusammen.⁴⁵ Diese Verfahren basieren auf einer nach einheitlicher Methode (ITAR_K⁴⁶)⁴⁷ und möglichst breit (schweizweit) ermittelten Datenbasis. Soweit möglich stützen sich die Verfahren auf effektive Fallkosten ab. Wo dies nicht möglich ist, kommen auch normative Ansätze zur Anwendung (bspw. für die Abgrenzung von Kosten für GWL). Die Berechnung der ANK erfolgt nach VKL.⁴⁸ Während die Versicherer und die Preisüberwachung (PUE) beim Vergleich der schweregrad-bereinigten Fallkosten auf Benchmarkingkategorien verzichten⁴⁹, ist eine Gruppenbildung gemäss den Empfehlungen der GDK und von H+ möglich (vgl. GDK 2017, H+ 2015). Zur Auswahl des Benchmarks wird ein Effizienzmassstab angelegt. Der Massstab wird je nach Verfahren unterschiedlich angesetzt und bewegt sich zwischen dem 20. und 30. Perzentil.⁵⁰ Auch der gewichtete Mittelwert der Fallnormkosten wird empfohlen (vgl. H+ 2015). Mit Ausnahme des Verfahrens der PUE sind Tariffdifferenzierungen (Abweichungen vom Referenzwert) möglich bzw. werden sogar als notwendig erachtet (und in der Praxis auch vorgenommen).

Im Rahmen der Interviews wurde die Qualität der Datengrundlage für Betriebsvergleiche und mögliche Probleme bei der Durchführung der Betriebsvergleiche thematisiert. Die

⁴⁴ Dies wurde auch in einem Interview erwähnt. Ohne vom Bund in Zusammenarbeit mit den Kantonen durchgeführte Betriebsvergleiche würde das Benchmarking leiden, da gewisse Spitäler Daten nicht liefern und dafür nicht sanktioniert werden könnten.

⁴⁵ Die Verfahren werden in HSK (2017), tarifsuisse (2017a), GDK (2017), PUE (2016), H+ (2015) näher beschrieben. Weiter geht auch SpitalBenchmark (2018) in einem Überblick auf verschiedene Verfahren für Betriebsvergleiche ein.

⁴⁶ ITAR_K steht für Integriertes Tarifmodell auf Kostenträgerrechnungsbasis und ist eine Methode zur Ermittlung der tarifrelevanten Betriebskosten in Spitälern. Das Modell basiert auf der Kostenträgerrechnung REKOLE®. Das Modell liefert u.a. die Datenbasis für die Preisfindungsverfahren im stationären Bereich (vgl. H+ 2017).

⁴⁷ Ausnahme: Der Betriebsvergleich der PUE basiert auf Daten aus der KS des BFS (vgl. PUE 2016).

⁴⁸ Eine Berechnung nach REKOLE® wird teilweise aber als besser erachtet (vgl. H+ 2015). REKOLE® und VKL schreiben andere Abschreibungsregeln vor. Nach REKOLE® werden die Anlagen über die Lebensdauer abgeschrieben (auch wenn sie keinen Restwert mehr haben). Basis ist der Wiederbeschaffungswert. Nach VKL werden die Anlagen bis zum Restwert = 0 abgeschrieben, Basis ist der Anschaffungswert. Dies führt in der Tendenz dazu, dass die ANK nach VKL tiefer ausfallen als nach REKOLE®.

⁴⁹ Die tarifsuisse AG begründet dies bspw. damit, dass die Einführungsphase der Tarifstruktur SwissDRG beendet sei (vgl. tarifsuisse 2017a).

⁵⁰ Als Methode zur Bestimmung des Referenzspitals (Basis für Bestimmung des Referenz- bzw. Benchmarkingwerts) hat sich die sog. Perzentil-Methode etabliert. Dabei werden die Fallnormkosten der Spitäler in aufsteigender Reihenfolge sortiert. Mit der Wahl eines Perzentils x_p (wobei $0 < p < 1$) werden die Spitäler gemäss ihren Fallnormkosten in zwei Gruppen eingeteilt: Ein Anteil von $p\%$ der Spitäler weist dabei Fallnormkosten tiefer als das p -Perzentil (x_p) auf, die Fallnormkosten der anderen Spitäler liegen darüber.

Beispiel: Es werden fünf Spitäler mit Fallnormkosten von Fr. 5'000, Fr. 6'000, Fr. 7'000, Fr. 9'000 und Fr. 12'000 betrachtet. Das 50. Perzentil ($x_{0.5}$; Median) weist einen Wert von Fr. 7'000 auf. Die Hälfte der Spitäler liegt unter, die andere Hälfte über diesem Wert.

Einschätzungen zur Datenqualität decken sich grundsätzlich mit den Ergebnissen in Bezug auf die Qualität der für die Berechnung der Kostengewichte verwendeten Daten (vgl. **Kap. 3.3.1**). Die Einschätzungen werden nachfolgend wieder differenziert nach den in **Kap. 3.3.1** verwendeten Dimensionen Vergleichbarkeit, Vollständigkeit und sachgerechte Abgrenzungen sowie Repräsentativität aufgenommen:

- *Vergleichbarkeit*: Gemäss Aussagen von drei Interviewpersonen liegen mit REKOLE® bzw. ITAR_K einheitliche Methoden für die Erhebung von Leistungs- und Kostendaten vor. Die Einschätzungen in Bezug auf die Qualität dieser Methoden gehen aber auseinander. Während eine Interviewperson die Methoden als ausreichend beurteilt, bemängelt eine andere Interviewperson den Umstand, dass die Methoden gewisse Interpretationsspielräume offen liessen. Ebenfalls erwähnt wurde, dass die Krankenversicherer, im Gegensatz zu den Kantonen, nicht die Vollversion der ITAR_K-Modelle erhalten, was die Möglichkeit zur Plausibilisierung der Daten einschränken würde. Auf der Grundlage von HSK (2017) und tarifsuisse (2017a) lässt sich schliessen, dass diese Methoden in der Praxis in der überwiegenden Zahl der Spitäler auch angewendet werden.
- *Vollständigkeit und sachgerechte Abgrenzungen*: In vier Interviews wird die Vollständigkeit der Daten (d.h. vollständige Erfassung der Kosten und Leistungen) als gut beurteilt. In einem Interview wurden die Methoden für Kostenabgrenzungen generell bemängelt. Zudem würden die angewandten Methoden gegenüber den Krankenversicherern zu wenig transparent ausgewiesen. Vier Interviewpersonen verweisen speziell auf Abgrenzungsprobleme von Kosten für GWL. Als Grund wurde die fehlende Definition von GWL genannt. In einem Interview wurde auf die Auswirkungen einer mangelhaften Abgrenzung von Kosten aus GWL eingegangen: GWL könnten wettbewerbsverzerrend wirken, falls Spitäler einen Teil der Vergütung der GWL für die Deckung von Defiziten bei der Erbringung von Leistungen gemäss KVG verwenden würden (vgl. auch Widmer et al. 2016).⁵¹
- *Repräsentativität*: Wird in zwei Interviews als gut bis sehr gut beurteilt.

In Bezug auf das *Vorgehen* bei den Betriebsvergleichen wurde in zwei Interviews grundsätzlich bemängelt, dass unter den verschiedenen Akteuren keine Verständigung über ein einheitliches Vorgehen beim Benchmarking vorliegen würde. Differenzen wurden bei der Auswahl des Benchmarks (Wahl des Effizienzmassstabs) gesehen: Fünf Interviewpersonen wiesen auf die Anwendung von unterschiedlichen Effizienzmassstäben durch die verschiedenen Akteure hin. Eine Verständigung oder Festlegung eines einheitlichen Effizienzmassstabs fehle. Schwierigkeiten wurden aber auch bei der Festlegung des Tarifs (Tarifdifferenzierungen) verortet: In zwei Interviews wurde auf fehlende Datengrundlagen, die ein datengestütztes Nachvollziehen von spitalindividuellen Besonderheiten erlauben würden, hingewiesen. Aus der Sicht einer Interviewperson würden Tarifdifferenzierungen nicht ausreichen, um „gerechtfertigte“ Kostenunterschiede zwischen den Spitälern zu berücksichtigen. Es sei notwendig, Benchmarkinggruppen zu bilden (zumindest folgende: Geburtshäuser, Universitätskliniken, andere Spitäler und Kliniken).

⁵¹ Aufgrund von uneinheitlichen Definitionen und einer unzureichenden Datenabdeckung kann das Ausmass von GWL nicht abgeschätzt werden.

Praxis der kantonalen Genehmigung und Festsetzung der Spitaltarife

Die Kantone haben bei der Genehmigung und Festsetzung der Spitaltarife das Kriterium der Wirtschaftlichkeit zu berücksichtigen. Gemäss BVGer unterscheiden sich jedoch die Aufgaben der Kantone, je nachdem ob es sich um ein Festsetzungs- oder Genehmigungsverfahren handelt: Im Genehmigungsverfahren sei zu prüfen, ob der von den Tarifpartnern bestimmte Tarif u.a. mit dem Gebot der Wirtschaftlichkeit im Einklang stehe. Die Kantone hätten dabei den Ermessensspielraum der Tarifpartner und das Verhandlungsprimat zu beachten. Demgegenüber habe die kantonale Behörde im Festsetzungsverfahren selbst einen Tarif zu bestimmen, wobei auch dieser u.a. mit dem Gebot der Wirtschaftlichkeit im Einklang stehen müsse (vgl. BVGE 2014/37, E. 3.1). Diese unterschiedlichen Aufgaben widerspiegeln sich auch in den von den Kantonen im Rahmen der Kantonsbefragung genannten wichtigsten Änderungen in Bezug auf die Berücksichtigung des Kriteriums der Wirtschaftlichkeit bei der Festsetzung/Genehmigung der Spitaltarife seit dem Inkrafttreten der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung.⁵² In Bezug auf die Festsetzung von Spitaltarifen nannten die Kantone als wichtigste Änderungen das Benchmarking (15 Nennungen) bzw. allgemein die Wirtschaftlichkeitsprüfung (eine Nennung). Aus der Sicht von zwei Kantonen gab es keine Veränderungen.⁵³ In Bezug auf die Genehmigung von Spitaltarifen wurden von den Kantonen als wichtigste Änderungen wiederum das Benchmarking (14 Nennungen) und die Wirtschaftlichkeitsprüfung (eine Nennung) genannt. Sieben Kantone wiesen im Zusammenhang mit der Genehmigung von Spitaltarifen explizit auf die Tarifautonomie/das Verhandlungsprimat der Tarifpartner/Vertragsparteien hin. Wiederum zwei Kantone gaben an, dass in Bezug auf die Wirtschaftlichkeitsprüfung seit der KVG-Revision Spitalfinanzierung keine Veränderungen eingetreten sind.

Die Praxis der Kantone in Bezug auf die Berücksichtigung des Kriteriums der Wirtschaftlichkeit bei der *Genehmigung* der Spitaltarife stellt sich auf der Grundlage der Angaben der Kantone aus der Kantonsbefragung folgendermassen dar: Im Bereich Akutso-matik verlangten sechs Kantone von den Tarifpartnern, dass sie einen Benchmark zur Prüfung des Kriteriums der Wirtschaftlichkeit verwenden. In den Bereichen Rehabilitation und Psychiatrie waren es fünf bzw. vier Kantone (vgl. Abbildung 17 im Anhang A.3). Als Gründe für Abweichungen eines zur Genehmigung beantragten Tarifs vom Benchmarkwert wurden Verhandlungsprimat, spitalindividuelle Besonderheiten, Rückmeldung der Preisüberwachung, rechtskonform erstelltes Benchmarking und Ermessensspielraum der Tarifpartner genannt (vgl. Tabelle 43 im Anhang A.3) (gilt für alle drei Versorgungsbereiche). Kantone, die von den Tarifpartnern keinen Benchmark zur Prüfung des Kriteriums der Wirtschaftlichkeit verlangten, verwiesen auf ein (eigenes) Benchmarking, auf den PUE und auf das Verhandlungsprimat der Tarifpartner/Vertragsparteien. Spezifisch für die Bereiche Rehabilitation und Psychiatrie wurden ebenfalls genannt: Tarifvergleiche und Beurteilung Standortkanton. Ein Kanton führte für die Tarife in den Bereichen

⁵² Eigene Auswertung der offenen Frage „Bitte nennen Sie die wichtigsten Änderungen in Ihrem Kanton in Bezug auf die Berücksichtigung des Kriteriums der Wirtschaftlichkeit bei der Festsetzung / Genehmigung der Spitaltarife seit Inkrafttreten der KVG-Revision Spitalfinanzierung“ aus der Kantonsbefragung.

⁵³ Acht Kantone vermerkten, dass sie bisher noch kein Festsetzungsverfahren hatten.

Rehabilitation und Psychiatrie im Rahmen der Genehmigung der Spitaltarife keine Wirtschaftlichkeitsprüfung durch (vgl. Tabelle 43 im Anhang A.3).

Bei der *Tariffestsetzung* stützte sich gemäss Kantonsbefragung die Mehrheit derjenigen Kantone, die bis zum Zeitpunkt der Befragung bereits Tariffestsetzungen durchgeführt hatte, auf Leistungs- und Kostendaten nach VKL oder Kostendaten nach REKOLE® ab. Im Bereich Rehabilitation und Psychiatrie wurden von zwei Kantonen noch andere Daten benutzt oder es wurde keine Datenauswertung durchgeführt (vgl. Abbildung 12 im Anhang A.3). Gut die Hälfte der Kantone nutzten gesamtschweizerische Daten zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Spitaltarife. Dies gilt sowohl für die Akutsomatik wie auch die Rehabilitation und die Psychiatrie (vgl. Abbildung 13 im Anhang A.3). Die Mehrheit der Kantone beurteilte die Qualität⁵⁴ der verwendeten Daten als sehr gut oder eher gut und die Mehrheit war in der Lage, einen Vergleich der schweregradbereinigten Fallkosten vorzunehmen. Dies wiederum für die Akutsomatik, die Rehabilitation und die Psychiatrie (vgl. Abbildung 14 und Abbildung 15 im Anhang A.3).⁵⁵ Gemäss der Mehrheit der Kantone hat sich die Qualität der für die Bewertung der Wirtschaftlichkeit der Spitaltarife des Jahres 2017 verwendeten Datengrundlagen im Vergleich zur Datengrundlage zur Bewertung der Wirtschaftlichkeit der Spitaltarife des Jahres 2012 stark oder zumindest leicht verbessert, wobei sich die Datenqualität für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Spitaltarife im akutsomatischen Bereich stärker verbessert hat als in den Bereichen Rehabilitation und Psychiatrie (vgl. Abbildung 16 im Anhang A.3). Als Effizienzmassstab wurde das 35., 40. oder 50. Perzentil genannt. Einige Kantone nannten die GDK-Empfehlungen.⁵⁶

Die Praxis der kantonalen Genehmigung und Festsetzung der Spitaltarife wurde auch im Rahmen der Interviews thematisiert. In fünf Interviews wurde die Mehrfachrolle der Kantone (Eigentümer, Genehmigungs-/Festsetzungsbehörde) als problematisch erwähnt. Standortpolitik und Eigentümerfragen würden daher bei der Genehmigung und Festsetzung der Spitaltarife auch eine Rolle spielen. In der Konsequenz würden zu hohe Spitaltarife festgesetzt. In einem Interview wurde die Heterogenität in Bezug auf die Verfahren bemängelt. In einem anderen Interview wurde diesbezüglich allerdings auch darauf hingewiesen, dass eine Konvergenz in den Verfahren zu beobachten sei, welche auf die Schaffung einer einheitlichen Datenbasis (Datenaustausch über die GDK) zurückgeführt werden könne. In einem Interview wurde zu bedenken gegeben, dass die Wirtschaftlichkeitsprüfung in der Anfangsphase aufgrund der Datenlage noch schwierig war (dies zeigten auch die Gerichtsfälle, in welchen u.a. die mangelhafte Datengrundlage moniert worden sei). Die Anzahl der Festsetzungsverfahren sei mittlerweile aber zurückgegangen.

Höhe und Verteilung der Spitaltarife sowie deren Entwicklung

⁵⁴ Zweckmässiger Detaillierungsgrad, transparente und sachgerechte Abgrenzung der Kosten.

⁵⁵ Vier Kantone nannten für die Bereiche Rehabilitation und Psychiatrie als Vergleichsbasis „Tarife“.

⁵⁶ Eigene Auswertung der offenen Frage „Beschreiben Sie bitte den oder die verwendeten Benchmark(s) bzw. führen Sie aus, ab wann die Wirtschaftlichkeit nicht mehr gegeben ist?“ aus der Kantonsbefragung. In Bezug auf die GDK-Empfehlungen vgl. GDK (2017, 2018b). Die Empfehlungen stellen allgemeine Grundsätze zusammen, verzichten aber auf die Nennung eines bestimmten Effizienzmassstabs.

Die Auswertung der Spitaltarife in den Jahren 2012-2018 (tarifsuisse AG, HSK, ab 2016 auch CSS Versicherung) (vgl. für eine Übersicht zur Entwicklung und Verteilung der Spitaltarife Abbildung 11 Anhang A.3) zeigt folgendes Bild:

- *Die Spitaltarife haben im Vergleich zum Jahr 2012 abgenommen:* Der mittlere Spitaltarif (gemessen am Median) ist zwischen 2012 und 2015 von Fr. 9'735 auf Fr. 9'570 gesunken (-1,7%).⁵⁷ Von 2015 bis 2017 nahm der mittlere Spitaltarif um 0,3% auf Fr. 9'600 leicht zu und blieb im Jahr 2018 auf diesem Niveau. Ein Vergleich zur Entwicklung der Produktionskosten im akutstationären Bereich zeigt: Während sich die Produktionskosten pro Fall im akutstationären Bereich zwischen 2012 und 2016 um 3,9% erhöht haben (vgl. Pellegrini und Roth 2018, **Kap. 5.2**), hat der mittlere Spitaltarif (gemessen am Median) im gleichen Zeitraum um 1,5% abgenommen.
- *Unterschiede in Bezug auf die Höhe der Spitaltarife zwischen den Spitälern bestehen weiterhin, haben sich aber reduziert:* Die Differenz zwischen dem höchsten und dem tiefsten Spitaltarif (Spannweite) hat sich von Fr. 6'750 im Jahr 2012 auf Fr. 4'908 im Jahr 2018 reduziert. Die gleiche Entwicklung lässt sich auch an anderen Streuungsmassen wie der Standardabweichung oder dem Interquartilsabstand (IQR) ablesen.
- *Unterschiede in Bezug auf die Höhe der Spitaltarife zwischen den Einkaufsgemeinschaften bzw. Krankenversicherern (innerhalb eines Spitals) bestehen weiterhin, haben sich aber reduziert:* Die mittlere Differenz zwischen dem höchsten und dem tiefsten Spitaltarif hat sich von Fr. 130 im Jahr 2012 auf Fr. 65 im Jahr 2018 reduziert.

Die empirisch festgestellte Tendenz in der Entwicklung der Spitaltarife (leichter Rückgang) deckt sich mit den Einschätzungen, die im Rahmen der Interviews abgegeben wurden. Als Gründe wurden genannt: Verbesserte Datengrundlage, verbesserte Tarifstruktur SwissDRG, Benchmarking. Ob die aktuellen Spitaltarife das Niveau eines effizienten Spitals reflektieren, wurde unterschiedlich eingeschätzt („kann nicht beantwortet werden“, „Luft nach unten kaum vorhanden“, „immer noch zu hoch“). In Bezug auf die Unterschiede zwischen den Spitälern wurde in zwei Interviews darauf hingewiesen, dass objektive Kriterien zur Erklärung der Unterschiede fehlten. In einem weiteren Interview wurde als Grund die unterschiedliche Praxis der Kantone in Bezug auf die Wirtschaftlichkeitsprüfung im Rahmen der Genehmigung und Festsetzung der Spitaltarife genannt. In zwei weiteren Interviews wurden höhere Spitaltarife für gewisse Spitaltypen (bspw. für Universitätsspitäler) als gerechtfertigt angesehen. Während Unterschiede innerhalb eines Spitals zwischen den Einkaufsgemeinschaften/Krankenversicherungen gemäss einer Interviewperson nur schwer zu rechtfertigen seien, erklärt ein anderer Interviewpartner die Unterschiede mit unterschiedlichen Verfahren der Einkaufsgemeinschaften/Krankenversicherungen.

⁵⁷ Die Resultate bestätigen somit Ergebnisse aus Cosandey et al. (2018).

Bewertung

In Tabelle 7 erfolgt die Bewertung der Wirtschaftlichkeit der Spitaltarife durch das Evaluationsteam anhand eines Soll-Ist-Vergleichs, wobei sich das Soll an den oben genannten Vorgaben/Erwartungen orientiert.

Tabelle 7 Bewertung der Wirtschaftlichkeit der Spitaltarife

Soll/Erwartung ^(a)	Ist	Bewertung
Die Tarifstruktur SwissDRG eignet sich für das Benchmarking (d.h. Fallkosten können über die Spitäler verglichen werden)	Die Güte der Tarifstruktur SwissDRG hat sich in den letzten Jahren verbessert. Anwendbarkeit der Tarifstruktur für Betriebsvergleiche grundsätzlich erfüllt. Auf der Grundlage der Tarifstruktur SwissDRG kann allerdings (noch) kein einheitlicher, für alle Spitäler valider Benchmarkingwert ermittelt werden (zumindest Tariffdifferenzierungen scheinen notwendig).	≈
Die Spitaltarife haben sich an der Entschädigung jener Spitäler zu orientieren, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Zur Ermittlung und Auswahl dieser als Referenz massgebenden Spitäler sind Betriebsvergleiche notwendig. Diese basieren auf Kosten- und Leistungsdaten in guter Qualität.	In der Praxis haben sich unterschiedliche Vorgehensweisen für Betriebsvergleiche entwickelt, die bestrebt sind, einen Referenzwert zu ermitteln, der sich an einem effizienten Spital orientiert. Für eine abschliessende Beurteilung, inwiefern sich die Spitaltarife tatsächlich an einem effizienten Spital orientieren, fehlt ein allgemein akzeptiertes Vorgehen (insb. in Bezug auf den Effizienzmassstab).	✓/ ?
	Qualität der Datenbasis in Bezug auf Vergleichbarkeit und sachgerechte Abgrenzung (insb. Kosten für GWL) teilweise noch mangelhaft.	≈
Kantone führen eine Wirtschaftlichkeitsprüfung im Rahmen der Tariffindung durch. Diese basiert auf einem kostenbasierten Benchmarking (Betriebsvergleich).	Kriterium der Wirtschaftlichkeit wird von den Kantonen im Rahmen der Genehmigung und Festsetzung der Spitaltarife verstärkt berücksichtigt. Hinweise, dass vereinzelt noch kein kostenbasiertes Benchmarking zugrunde liegt (keine Datenauswertung, Tarifvergleiche) (zumindest teilweise auch einer mangelhaften Datenqualität bzw. dem Fehlen von Daten in der Anfangsphase geschuldet).	≈
Entwicklung Spitaltarife im Rahmen der Entwicklung der Produktionskosten, Differenzen zwischen Spitälern/innerhalb von Spitälern nicht allzu gross	Der Vergleich der Entwicklung der Spitaltarife (Akutsomatik) im Vergleich zur Entwicklung der Produktionskosten (Akutsomatik) deutet auf eine Zunahme der Wirtschaftlichkeit hin. Differenzen zwischen den Tarifen zwischen/innerhalb der Spitäler bestehen weiterhin, wobei seit 2012 eine Konvergenz zu beobachten ist.	✓

Anmerkung: ✓ erfüllt; ≈ teilweise erfüllt; ✗ nicht erfüllt; ?: kann nicht beurteilt werden. ^(a) In Bezug auf die Entwicklung der Spitaltarife.

3.3.4. Vergütung der stationären Behandlung unter Einschluss der Investitionskosten

Vorgaben

Neben den Betriebskosten sind nach neuer Spitalfinanzierung auch die Investitionskosten, die mit der Erbringung von stationären Spitalleistungen nach KVG in Verbindung stehen, über den Spitaltarif abgedeckt und werden damit nicht mehr nur vom Kanton getragen, wie das vor der Revision für die öffentlichen/subventionierten Spitäler der Fall gewesen war (Art. 49 Abs. 5 KVG, BVGE 2014/36, E. 4.9.5). Eine (Mit-)Finanzierung der Investitionen im Spitalbereich steht den Kantonen weiterhin offen, die Kosten von Investitionen, die für die Erbringung von KVG-pflichtigen Leistungen notwendig sind, müssen aber in den benchmarking-relevanten Kosten (d.h. den Kosten, die für die Bestimmung der Spitaltarife und die Tarifstruktur relevant sind und damit die Vergütung massgeblich bestimmen) vollständig enthalten sein. Weiter sind Defizitdeckungen mit einer leistungsorientierten Finanzierung nicht vereinbar.

Umsetzung

Nachfolgend wird das Investitionsverhalten der Kantone im stationären Spitalbereich auf der Grundlage von Studien dargestellt, welche die Übergangsphase zur bzw. die Anfangsphase der neuen Spitalfinanzierung betrachten. Eine aktuelle Bestandsaufnahme in Bezug auf kantonale Investitionen im Spitalbereich ist noch nicht verfügbar.⁵⁸ Ebenfalls dargestellt wird das Ausmass (gemessen an den betroffenen Spitälern und den Ausgaben) von kantonalen Defizitdeckungen im stationären Spitalbereich.

Bei den folgenden Analysen gilt es erstens zu berücksichtigen, dass offenbleibt, ob allfällige kantonale Investitionen oder Investitionsbeiträge (bspw. in Form von Darlehen) nur die Erfüllung des Leistungsauftrags der Spitäler in Bezug auf die Erbringung von stationären Leistungen gemäss KVG betreffen oder auch die Erbringung weiterer Leistungen (wie GWL). Zweitens sind kantonale Investitionen im stationären Spitalbereich oder kantonale Beiträge an die Spitäler auch unter der neuen Spitalfinanzierung nicht verboten. Es muss aber sichergestellt werden, dass für die Betriebsvergleiche, auf der die Tariffestlegung basiert, die effektiven Kosten der Anlagennutzung einfließen und keine Verfälschung dieser Kosten bspw. durch eine Subventionierung stattfindet.

Kantonale Investitionen im stationären Spitalbereich: Gemäss der Umfrage, die INFRAS (2016) bei den Kantonen durchgeführt hat, gaben 14 Kantone an, für 2014 selber nicht mehr in Spitäler investiert zu haben, fünf Kantone gaben an, im Jahr 2014 weiterhin in Spitäler investiert zu haben. Sieben Kantone lieferten keine Angaben. Gemäss INFRAS (2016) sind die Investitionen der Kantone in den Jahren 2010-2014 stetig zurückgegangen, die Investitionen der Spitäler haben in den Jahren 2010-2013 demgegenüber zugenommen. Für die Jahre 2012-2014 dokumentieren INFRAS (2016) verschiedene Formen von Investitionstätigkeiten der Kantone im Spitalbereich: Zehn Kantone hatten die Liegenschaften an die Spitäler übertragen und seit 2012 keine Investitionen mehr getätigt. In

⁵⁸ Das BAG lässt diese Thematik in einer separaten Studie vertieft analysieren.

zehn Kantonen kamen Spezialregelungen zur Anwendung.⁵⁹ Bspw. wurden Investitionen, die vor 2012 getätigt wurden, noch zu alten Konditionen weitergeführt oder eine Miete für Immobilien, die im Eigentum des Kantons verblieben waren, verlangt.⁶⁰

Auf die Regelungen in Bezug auf Investitionen, die die Kantone vor 2012 im Spitalbereich getätigt hatten, gehen Poledna und Vokinger (2014) ein. Eine erste Gruppe von Kantonen hatte die Investitionen bzw. Restbuchwerte in Darlehen an die Spitäler umgewandelt. Eine zweite Gruppe hatte die Investitionen im Rahmen der Verselbstständigung der Spitäler als Sacheinlage an die Spitäler übertragen (dabei bestanden allerdings Unterschiede in Bezug auf die finanzielle Abgeltung dieser Einlagen). In einer dritten Gruppe fanden sich Kantone ohne Regelungen und mit anderen Lösungen. Gemäss Poledna und Vokinger (2014) sind die Regelungen in den ersten zwei Gruppen zumindest dem Konzept nach (allerdings abhängig von der konkreten Umsetzung) im Einklang mit Ziel und Zweck von Art. 49 KVG. Insgesamt stellen Poledna und Vokinger (2014) einen heterogenen und damit verbunden intransparenten Umgang mit Investitionen, die die Kantone vor 2012 im Spitalbereich getätigt hatten, fest.

Gemäss Aussagen von drei Interviewpersonen können kantonale Subventionen in Form von Investitionskrediten und Darlehen an ausgewählte Spitäler nicht ausgeschlossen werden. Es fehle hier aber an Transparenz, um diese Vermutung zu belegen.

Kantonale Deckung von Spitaldefiziten: Gemäss Pellegrini und Roth (2018) (vgl. Abbildung 18 im Anhang A.3) ist das Ausmass der Defizitdeckung durch die Kantone (gemessen an der Anzahl der betroffenen Spitäler und den Ausgaben) seit dem Jahr 2010 stark zurückgegangen. Im Jahr 2016 erhielten sieben Spitäler eine Defizitdeckung (im Jahr 2010 waren es noch 50). Im Jahr 2016 machten die Defizitdeckungen weniger als 1% der Gesamtfinanzierung des Spitalbereichs aus.

Bewertung

In Tabelle 8 erfolgt die Bewertung der Angemessenheit der Vergütung stationärer Behandlungen unter Einschluss der Investitionskosten und ohne Defizitdeckung durch das Evaluationsteam anhand eines Soll-Ist-Vergleichs, wobei sich das Soll an den oben genannten Vorgaben orientiert.

⁵⁹ Sechs Kantone machten für den gesamten Zeitraum von 2012-2014 keine Angaben.

⁶⁰ Auch wenn die Kantone keine Investitionen mehr tätigten bzw. tätigen: Spitäler, die im Besitz der öffentlichen Hand sind, können auf dem Kapitalmarkt zumindest indirekt über eine „implizite“ Staatsgarantie von besseren Konditionen profitieren. Im Rahmen der Kantonsbefragung zu den Investitionen im Spitalbereich, die durch INFRAS (2016) durchgeführt wurde, wiesen drei Kantone auf diesen Mechanismus hin.

Tabelle 8 Bewertung der Angemessenheit der Vergütung stationäre Behandlungen unter Einschluss der Investitionskosten und ohne Defizitdeckung

Soll	Ist	Bewertung
Investitionskosten im Zusammenhang mit Erbringung von stationären Spitalleistungen gemäss KVG werden ausschliesslich über die Fallpauschalen abgegolten: a) Keine Subventionen für stationäre Spitalleistungen gemäss KVG über kantonale Investitionen oder Investitionsbeiträge, b) keine Defizitdeckungen.	Inwiefern die Investitionskosten im Zusammenhang mit der Erbringung von stationären Spitalleistungen gemäss KVG ausschliesslich über die Fallpauschalen abgegolten werden oder ob eine Subventionierung durch kantonale Investitionen oder Investitionsbeiträge stattfindet (d.h. dass die Spitäler die tatsächlichen Kosten für Investitionen zur Erfüllung des Leistungsauftrags nicht in der vollen Höhe selber tragen) kann auf der Grundlage der vorliegenden Informationen nicht abschliessend beantwortet werden. Eine aktuelle Bestandsaufnahme über kantonale Investitionen im Spitalbereich fehlt noch.	?
	Die Vorgabe, wonach keine Defizitdeckungen mehr gewährt werden, ist nahezu erreicht.	✓

Anmerkung: ✓ erfüllt; ≈ teilweise erfüllt; ✗ nicht erfüllt; ?: kann nicht beurteilt werden

3.4. Erweiterte Spitalwahl

3.4.1. Angemessene Vergütung ausserkantonalen stationärer Behandlungen in Listenspitälern durch Kantone und OKP

Vorgabe

Die Versicherten sollen für die stationäre Behandlung unter den Spitälern frei wählen können, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind. Kanton und OKP haben sich höchstens nach dem Spitaltarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt, zu beteiligen (vgl. Art. 41 Abs. 1bis KVG). Gemäss Empfehlungen der GDK zum Verfahren betreffend die Beiträge der Kantone bei ausserkantonalen Spitalbehandlungen nach Art. 41 Abs. 3 KVG (vgl. GDK 2011, Empfehlung 3) komme als Referenztarif in der Regel ein mit den Patientenströmen gewichteter Tarif aus den relevanten Tarifen der Spitäler der Spitalliste des Wohnkantons der behandelten Person zur Anwendung. Der Referenztarif sei nach Akut-somatik, Psychiatrie und Rehabilitation zu differenzieren, wobei eine weitere Differenzierung (bspw. nach Universitätsspitalern) möglich sei. Die Referenztarife seien vom Kanton jährlich festzulegen und zu publizieren. Gemäss Art. 41 Abs. 3 KVG übernehmen der Versicherer und der Wohnkanton die Vergütung anteilmässig nach Art. 49a KVG nach dem Spitaltarif des behandelnden Spitals, wenn die Versicherten aus medizinischen Gründen ein nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführtes Spital beanspruchen. Mit Ausnahme des Notfalls ist dafür eine Bewilligung des Wohnkantons notwendig (vgl. Art. 41 Abs. 3 KVG). Die GDK hat Empfehlungen formuliert, nach welchen Kostengutsprachen bei Listenspitälern des Standortkantons erforderlich sind, die nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons stehen; sofern der Kanton nicht grundsätzlich auf das Instrument der Kostengutsprache verzichtet (vgl. GDK 2011). Gemäss diesen Empfehlungen ist bei einer positiven Beurteilung oder bei Notfällen der Spitaltarif des

behandelnden Spitals anwendbar, sonst der Referenztarif.⁶¹ Bei Notfällen ist eine Kostengutsprache ebenfalls erforderlich, falls die Behandlung in einem Vertragsspital stattfindet.

Umsetzung

Für die Untersuchung der Umsetzung betrachten wir nachfolgend a) die Ausgestaltung der Referenztarife und b) mögliche Auflagen der Kantone für die Kostenübernahme bei ausserkantonalen Behandlungen.

Ausgestaltung und Entwicklung der Referenztarife: Gemäss Kantonsbefragung erfolgte in der Akutsomatik eine Differenzierung der Referenztarife nach Spitaltyp (neun Kantone), Leistungsgruppen (acht Kantone) oder anderen Kriterien (zwei Kantone). Sieben Kantone gaben an, dass keine Differenzierung vorgenommen wurde. In der Rehabilitation und der Psychiatrie sind Differenzierungen nach Spitaltyp, Leistungsgruppen oder anderen Kriterien im Vergleich zur Akutsomatik verbreiteter (vgl. Abbildung 19 im Anhang A.3).⁶² In allen drei Versorgungsbereichen orientierte sich mehr als die Hälfte der Kantone bei der Festlegung der Referenztarife am jeweils tiefsten Wert. Lediglich ein Kanton orientierte sich am höchsten Wert. An einem gewichteten Durchschnitt orientierten sich sechs (Akutsomatik), vier (Rehabilitation) bzw. drei (Psychiatrie) Kantone. Fünf (Akutsomatik, Rehabilitation) bzw. sechs (Psychiatrie) Kantone orientierten sich am Spitaltarif eines Spitals/einer Gruppe von Spitälern (vgl. Abbildung 20 im Anhang A.3).

Die Ausgestaltung der Referenztarife wurde auch in den Interviews thematisiert. In vier Interviews wurde die Orientierung des Referenztarifs am tiefsten Wert kritisiert. Diese würden den angestrebten interkantonalen Wettbewerb behindern. Teilweise wurde für die Abschaffung der Referenztarife plädiert. Gelten würde in diesem Fall nur noch der Spitaltarif des Standortkantons. In einem weiteren Interview wurde darauf hingewiesen, dass die Patientinnen und Patienten zu wenig über allfällige finanzielle Konsequenzen bei ausserkantonalen Behandlungen wüssten.⁶³ Aus Sicht der Patientinnen und Patienten brauche es immer noch eine Zusatzversicherung, um sicher zu gehen, dass die Kosten von einer Versicherung übernommen werden.

Zur Abbildung der Entwicklung der Referenztarife haben wir eigene Berechnungen auf Basis von Daten der HSK durchgeführt. In Tabelle 44 im Anhang A.3 sind die zentralen Informationen zu Höhe und Entwicklung der Referenztarife aufgeführt. Im Jahr 2012 betrug der mittlere Referenztarif über alle Kantone Fr. 9'652 (Minimum) bzw. Fr. 10'598 (Maximum). Im Jahr 2018 betrug der mittlere Referenztarif demgegenüber Fr. 9'288 (Minimum) bzw. Fr. 10'543 (Maximum). Der mittlere Referenztarif hat zwischen 2012 und 2018 um 3,8% (Minimum) bzw. 0,5% (Maximum) abgenommen.

⁶¹ Bei Verzicht auf Kostengutsprachen kommt der Tarif des behandelnden Spitals zur Anwendung.

⁶² Die Kantonsbefragung wurde im Jahr 2017 durchgeführt. Eine grobe Einschätzung zur zeitlichen Entwicklung erlaubt die Studie von Widmer et al. (2016), die sich auf das Jahr 2015 bezieht. Diese stellt fest, dass im Vergleich zum Jahr 2012 eine klare Tendenz in Richtung leistungsorientierter Abstufung der Referenztarife zu beobachten ist.

⁶³ Anmerkung des Evaluationsteams: Die wirtschaftliche Aufklärungspflicht obliegt der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt.

Auflagen für Kostenübernahmen bei ausserkantonalen Behandlungen: Gemäss Befragung der Kantone orientierte sich die Mehrheit der Kantone (22 von 26) an den Empfehlungen der GDK (vgl. econcept 2018). Ein Kanton nannte Abweichungen in Bezug auf Auflagen für die Kostenübernahme: In Abweichung von den Empfehlungen der GDK würden Kostengutsprachen auch bei Notfällen (zur Prüfung, ob es sich wirklich um einen Notfall gehandelt hat) und bei Listenspitälern, die nicht mit dem gesamten Leistungsspektrum auf der kantonalen Spitalliste sind, eingefordert. In einem Interview wurde erwähnt, dass in den Bereichen Psychiatrie und Rehabilitation teilweise zusätzliche Auflagen in Form von zeitlichen Beschränkungen der Kostengutsprachen gemacht würden.

Bewertung

In Tabelle 9 erfolgt die Bewertung in Bezug auf die Angemessenheit der Vergütung ausserkantonomer stationärer Leistungen gemäss KVG durch das Evaluationsteam anhand eines Soll-Ist-Vergleichs, wobei sich das Soll an den oben genannten Vorgaben orientiert.

Tabelle 9 Bewertung der Angemessenheit der Vergütung ausserkantonomer stationärer Leistungen gemäss KVG

Soll	Ist	Bewertung
Die Festlegung der Referenztarife orientiert sich am (gewichteten) Mittelwert der Spitaltarife der Spitäler auf der Spitalliste des jeweiligen Kantons	Rund die Hälfte der Kantone orientiert sich gemäss Aussage im Rahmen der Kantonsbefragung bei der Festlegung der Referenztarife am jeweils tiefsten Wert. Dies kann den interkantonalen Wettbewerb einschränken und würde in diesem Fall der Intention des Gesetzgebers zuwiderlaufen.	✖
Keine über die GDK-Empfehlungen hinausgehenden Auflagen in Bezug auf die Vergütung ausserkantonomer stationärer Behandlungen	Gemäss Angaben der Kantone im Rahmen der Kantonsbefragung bestehen nur vereinzelt kantonale Auflagen in Bezug auf ausserkantonale stationäre Behandlungen, die über die GDK-Empfehlungen hinausgehen. Eine bedeutende Einschränkung der erweiterten Spitalwahl ist nicht zu erkennen.	✓
Gesamtbewertung (Angemessene Vergütung ausserkantonomer Leistungen)	Aufgrund der verbreiteten Orientierung am tiefsten Spitaltarif bei der Festsetzung der Referenztarife ist die Angemessenheit der Vergütung ausserkantonomer Leistungen nur teilweise erfüllt.	≈

Anmerkung: ✓ erfüllt; ≈ teilweise erfüllt; ✖ nicht erfüllt; ?: kann nicht beurteilt werden

3.4.2. Erfüllung der Aufnahmespflicht durch die Spitäler

Vorgabe

Art. 41a KVG verpflichtet die Listenspitäler, im Rahmen ihrer Leistungsaufträge und ihrer Kapazitäten für alle versicherten Personen mit Wohnsitz im Standortkanton des Listenspitals eine Aufnahmebereitschaft zu gewährleisten (Aufnahmespflicht). Für versicherte Personen mit Wohnsitz ausserhalb des Standortkantons des Listenspitals gilt die Aufnahmespflicht nur aufgrund von Leistungsaufträgen sowie in Notfällen (Abs. 2). Die Kantone haben für die Einhaltung der Aufnahmespflicht zu sorgen.

Umsetzung

Für die Untersuchung der Umsetzung betrachten wir nachfolgend, a) inwiefern die Kantone die Einhaltung der Aufnahmepflicht überprüfen und b) ob Hinweise auf Verletzungen der Aufnahmepflicht vorliegen.

Überprüfung der Einhaltung der Aufnahmepflicht durch die Kantone: Basierend auf der Kantonsbefragung⁶⁴ lässt sich feststellen, dass eine systematische Überprüfung der Aufnahmepflicht (bspw. unter Zuhilfenahme von Indikatoren) zum Zeitpunkt der Befragung nur in wenigen Kantonen vorgenommen wurde. Kantone, die für die Überprüfung der Einhaltung der Aufnahmepflicht einen Indikator beizogen, stellten auf den Anteil an (ausschliesslich) Grundversicherten am Total der behandelten Patientinnen und Patienten ab. Im Detail: Fünf Kantone gaben im Rahmen der Kantonsbefragung an, dass sie keine direkte Prüfung vornehmen würden (zwei Kantone begründeten dies damit, dass es bis zum Befragungszeitpunkt keine Hinweise auf Verletzungen der Aufnahmepflicht gegeben hätte). 12 Kantone gaben an, dass sie Rückmeldungen von Patientinnen und Patienten sowie zuweisenden Stellen, die auf Verletzungen der Aufnahmepflicht hindeuten, nachgehen würden. Davon verwiesen vier Kantone explizit auf Patienten- und Ombudsstellen, an die sich Patientinnen und Patienten wenden könnten. Vier Kantone gaben an, dass sie den Anteil der (ausschliesslich) Grundversicherten am Total der behandelten Patientinnen und Patienten analysieren würden (ein Kanton wird dies gemäss Angabe in der Kantonsbefragung künftig ebenfalls tun). Davon nannten drei Kantone Mindestwerte (50%, aber auch höher).

Beispiele: Der Kanton Tessin hat diesen Anteil im kantonalen Ausführungsgesetz zum KVG (Art. 63e LCAMal) bei 50% verankert und prüft diesen Anteil bei den Listenspitälern jährlich. Gemäss Aussage einer Fachperson des Gesundheitsdepartements des Kantons Tessin wurde dieses Kriterium von den Listenspitälern bisher immer erfüllt.⁶⁵ Im Rahmen der jährlichen Berichterstattung zur Beschreibung des Stands und der Entwicklung der Gesundheitsversorgung im Kanton Zürich weist die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich u.a. auch Zahlen zum Anteil der Patientinnen und Patienten, die auf einer halbprivaten oder privaten Abteilung in der Akutsomatik behandelt wurden, aus.⁶⁶ Über alle Spitäler betrug dieser Anteil im Jahr 2016 30%, für Spitäler mit Leistungsauftrag 27%, allerdings mit starker Variation zwischen den Spitälern (der Anteil bewegt sich zwischen 0% und 72%) (vgl. GD ZH 2017).⁶⁷

⁶⁴ Die Kantone wurden im Rahmen der Kantonsbefragung gebeten zu beschreiben, auf welche Weise die Einhaltung der Vorgaben gemäss der Aufnahmepflicht überprüft wird. Die Auswertung der offenen Frage erfolgte durch B,S,S.

⁶⁵ Interview im Rahmen der Studie von Lobsiger und Frey (2019).

⁶⁶ Die Resultate sind mit Vorsicht zu interpretieren, da von der Liegeklasse nicht notwendigerweise auf die Versichertenkategorie geschlossen werden kann.

⁶⁷ Eine analoge Auswertung für die gesamte Schweiz kann auf der Grundlage der Kennzahlen der Spitäler des BAG vorgenommen werden. Eine Differenzierung nach Spitälern mit und ohne kantonalem Leistungsauftrag ist allerdings nicht möglich, da diese Information nicht zur Verfügung steht. Werden alle Spitäler mit Aktivitätstyp „Akutbehandlung“ betrachtet, ergibt sich für das Jahr 2016 ein mit der Anzahl der Austritte gewichteter Mittelwert von 22,4%.

In einem Interview wurde gesagt, dass für die Überprüfung der Aufnahmepflicht klare Auflagen festgelegt werden (bspw. min. 50% Grundversicherte) und bei Nichterfüllung der Auflagen entsprechende Konsequenzen (bis hin zum Entzug des Leistungsauftrags) erfolgen müssten.⁶⁸ In einem zweiten Interview wird zu bedenken gegeben, dass die Überprüfung der Einhaltung der Aufnahmepflicht mangels guter Indikatoren schwierig wenn nicht gar unmöglich sei. Der Anteil der Grundversicherten am Total der behandelten Patientinnen und Patienten – ein oft diskutierter und in einigen Kantonen auch angewandter Indikator – könne lediglich Hinweise auf Verletzungen der Aufnahmepflicht geben.

Verletzungen der Aufnahmepflicht durch Listenspitäler: Auf der Grundlage der Resultate der Kantonsbefragung lassen sich keine Hinweise auf systematische Verletzungen der Aufnahmepflicht erkennen. Kantone, die auf die Frage, auf welche Weise die Einhaltung der Vorgaben gemäss der Aufnahmepflicht überprüft wird, angaben, sie würden keine Prüfung vornehmen (s.o.), begründeten dies bspw. damit, dass es keine Hinweise auf Verletzungen geben würde.

Die Interviews lieferten ebenfalls keine Hinweise auf systematischen Verletzungen der Aufnahmepflicht, was Verletzungen in Einzelfällen aber nicht ausschliesst. In einem Interview wurde ausgesagt, dass Patientinnen und Patienten sich – bspw. durch Wartelisten – „abwimmeln“ liessen; Verletzungen der Aufnahmepflicht auch subtil erfolgen könnten. Eine weitere Interviewperson gab zu bedenken, dass (systematische) Verletzungen der Aufnahmepflicht dann zu erwarten wären, wenn Kapazitätsengpässe bestehen würden. Da in der Schweiz aber eher Überkapazitäten bestünden, sei nicht von systematischen Verletzungen der Aufnahmepflicht auszugehen.

Bewertung

In Tabelle 10 erfolgt die Bewertung in Bezug auf die Erfüllung der Aufnahmepflicht durch die Spitäler durch das Evaluationsteam anhand eines Soll-Ist-Vergleichs, wobei sich das Soll an den oben genannten Vorgaben orientiert.

Tabelle 10 Bewertung in Bezug auf die Erfüllung der Aufnahmepflicht durch die Spitäler

Soll	Ist	Bewertung
Die Spitäler kommen der Aufnahmepflicht nach.	Auf Grundlage von Angaben der Kantone im Rahmen der Kantonsbefragung und Einschätzungen von Akteuren des Gesundheitswesens im Rahmen der Interviews finden sich keine Hinweise auf systematische Verletzungen der Aufnahmepflicht. In Einzelfällen sind Verletzungen der Aufnahmepflicht allerdings nicht ausgeschlossen. Die Informationsbasis, die dieser Analyse zugrunde liegt, lässt eine abschliessende Beurteilung aber nicht zu.	?

Anmerkung: ✓ erfüllt; ≈ teilweise erfüllt; ✗ nicht erfüllt; ?: kann nicht beurteilt werden

⁶⁸ Vgl. aber auch Rütsc (2015, Rz. 7ff.) mit einer kritischen Einschätzung in Bezug auf die Anwendung des Anteils Zusatzversicherter zur Gewährleistung der Erfüllung der Aufnahmepflicht gemäss Art. 41a KVG.

3.5. Erweiterte Informationsbasis zu Wirtschaftlichkeit

3.5.1. Öffentlich zugängliche, nachvollziehbare und vergleichbare Spitalkennzahlen zu Kosten, Ausgaben und Finanzierung

Vorgabe

Mit der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung sollte die Informationsbasis erweitert werden, um den Akteuren im Gesundheitswesen (insb. Bund und Kantonen) die Überwachung des Vollzugs sowie die Beurteilung der Funktions- und Wirkungsweise des KVG zu ermöglichen (vgl. Bundesrat 2004). Die Spitäler haben hierfür eine Kostenrechnung und eine Leistungsstatistik zu führen, die auf einer einheitlichen Methode zur Ermittlung der Betriebs- und Investitionskosten und zur Erfassung der Leistungen basieren. Kostenrechnung und Leistungsstatistik haben alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit, für Betriebsvergleiche für die Tarifierung und für die Spitalplanung notwendigen Daten zu enthalten (vgl. Art. 49 Abs. 7 KVG). Gemäss Art. 49 Abs. 8 KVG hat der Bund in Zusammenarbeit mit den Kantonen Betriebsvergleiche zwischen Spitälern anzuordnen, insbesondere zu Kosten und medizinischer Ergebnisqualität. Die Spitäler haben dafür die nötigen Unterlagen zu liefern. Der Bundesrat hat die Betriebsvergleiche zu veröffentlichen.

Für die oben aufgeführten Aufgaben sollten öffentlich zugängliche, nachvollziehbare und vergleichbare Spitalkennzahlen zu Kosten, Ausgaben und Finanzierung zur Verfügung stehen. Unter Spitalkennzahlen werden nachfolgend einerseits Kennzahlen auf dem Niveau der Spitäler verstanden, aber andererseits auch Kennzahlen, die auf einem höheren Aggregationsniveau zur Verfügung stehen, und über Kosten und Finanzierung der Spitäler Auskunft geben.

Umsetzung

Die Tabelle 11 bietet einen Überblick über öffentlich zugängliche Spitalkennzahlen zu Kosten und Finanzierung. Vier Quellen (Kennzahlen der Spitäler des BAG, Benchmarking des Vereins SpitalBenchmark und der Preisüberwachung sowie die Veröffentlichung der Spitaltarife über die Plattform der PUE) bieten dabei Kennzahlen auf dem Niveau der Spitäler (mit einer Ausnahme mit der namentlichen Nennung der Spitäler). Die restlichen Quellen bieten Kennzahlen zu Kosten, Ausgaben und Finanzierung auf anderen Aggregationsniveaus.

Tabelle 11 Übersicht zu Spitalkennzahlen zu Kosten, Ausgaben und Finanzierung

Anbieter	Inhalt/Beschreibung
Kennzahlen der Spitäler (BAG)	
Quelle	www.bag.admin.ch/kzss
Inhalt	Basierend auf der KS und der MS (beide BFS) werden Kennzahlen zu den Kosten und zur Finanzierung (Erträge der Spitäler) u.a. für den stationären Spitalbereich aufbereitet.
Aggregationsniveau	Spitäler (nominativ, d.h. mit Nennung der Namen der Spitäler)
Kennzahlen	– Gesamtkosten stationär (insgesamt, nach Aktivitätstypen)

Anbieter	Inhalt/Beschreibung
	- davon Kosten zulasten OKP, nur Grundversicherte / davon ANK - davon Kosten zulasten OKP, Zusatzversicherte / davon ANK - Kosten für Aus- und Weiterbildung, Forschung - Erlös stationär OKP (nur Grundversicherte KVG, Zusatzversicherte) - Beiträge, Subventionen und Defizitdeckung
Verwendungszweck	Monitoring Kosten und Finanzierung
SpitalBenchmark ⁶⁹	
Quelle:	https://www.spitalbenchmark.ch/
Inhalt:	Benchmarking auf der Grundlage von Daten einer Stichprobe von Spitälern.
Aggregationsniveau:	Spitäler (nominativ)
Kennzahlen:	- Fallnormkosten Akutsomatik (exkl. ANK, inkl. ANK nach VKL und REKOLE®; Stichprobe Benchmark 2018 / Daten 2017: 87 Spitäler/Kliniken, ohne Universitätsspitäler) - Kosten pro Pflegetag Psychiatrie (exkl. ANK, inkl. ANK nach VKL und REKOLE®; Stichprobe Benchmark 2018 / Daten 2017: 39 Spitäler/Kliniken, ohne Universitätsspitäler) - Kosten pro Pflegetag Rehabilitation exkl. ANK, inkl. ANK nach VKL und REKOLE®; Stichprobe Benchmark 2018 / Daten 2017: 46 Spitäler/Kliniken, ohne Universitätsspitäler) - Diverse Statistiken zur Verteilung der Fallnormkosten bzw. der Kosten pro Pflegetag.
Verwendungszweck	Tariffindung
Benchmarking (PUE)	
Quelle:	vgl. PUE (2016)
Inhalt:	Vorgehen und Resultate Benchmarking 2016 (Daten 2014).
Aggregationsniveau:	Spitäler (anonymisiert)
Kennzahlen:	Fallnormkosten (Akutsomatik) (Stichprobe: 160 Spitäler)
Verwendungszweck	Tariffindung
Spitaltarife (PUE)	
Quelle:	https://www.spitaltarife.preisueberwacher.ch/
Inhalt:	Tarifüberblick von häufigen stationären Spitalbehandlungen im KVG-Bereich (Baserate 100%), bezogen auf Wohnkanton (keine Referenztarife).
Aggregationsniveau:	Spitäler (nominativ)
Kennzahlen:	Spitaltarife
Verwendungszweck	Finanzierung (Spitaltarife)
Datenspiegel SwissDRG (SwissDRG AG)	
Quelle:	https://datenspiegel70.swissdrg.org/
Inhalt:	Kennzahlen (u.a. zu Fallkosten, vgl. Kennzahlen) basierend auf Kalkulationsdaten

⁶⁹ SpitalBenchmark ist als Verein organisiert und bezweckt „Spitalvergleiche zu erstellen, Fachtagungen für die Mitglieder durchzuführen, Auswirkungen auf Tarifsyste me zu prüfen, die Öffentlichkeit über den Benchmark zu informieren und Grundlagen für Tarifverhandlungen/Verfahren bereit zu stellen.“ (vgl. SpitalBenchmark 2018). Mitglied sind Spitäler unterschiedlicher Spitaltypen (vgl. <https://www.spitalbenchmark.ch/vereinsmitglieder/> für eine Liste der Mitglieder).

Anbieter	Inhalt/Beschreibung
	der SwissDRG Version 7.0 Katalogversion (Kosten- und Leistungsdaten der Netzwerkhospitäler des Jahres 2015).
Aggregationsniveau:	MDC (Hauptdiagnosekategorien), DRG (Diagnosegruppen)
Kennzahlen:	Diverse deskriptive Statistiken (Median, Mittelwert, Standardabweichung, Homogenitätskoeffizient, Deckungsgrad) zu Fallkosten im akutsomatischen Bereich.
Verwendungszweck	Finanzierung (Tarifstruktur)
Synthesestatistik Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (BFS)	
Quelle:	https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/kosten-finanzierung.html
Inhalt:	Die Synthesestatistik Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens fasst die gesamten Ausgaben für das Gesundheitswesen zusammen und erlaubt nach Leistungen, Leistungserbringern und Finanzierungsregimes differenzierte Auswertungen.
Aggregationsniveau:	Leistungen, Leistungserbringer, Finanzierungsregime
Kennzahlen:	Ausgaben
Verwendungszweck	Monitoring Finanzierung
Monitoring Obsan zu Kosten und Finanzierung der Spitäler (vgl. Pellegrini und Roth 2015, 2016, 2017, 2018)	
Quelle:	https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/entwicklung-der-kosten-und-der-finanzierung-des-versorgungssystems-seit-der-revision-0
Inhalt:	Das Monitoring basiert auf diversen Kennzahlen zu Kosten und Finanzierung der Spitäler und wurde im Rahmen der Evaluation der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung durchgeführt.
Aggregationsniveau:	Spitalleistungen (stationär), Spitalbereich (stationär)
Kennzahlen:	Produktionskosten und Erträge der Spitäler im stationären Spitalbereich, Finanzierung stationärer Spitalleistungen (u.a. Finanzierungsanteile Kanton/OKP, Anteil Defizitdeckung)
Verwendungszweck	Monitoring Kosten und Finanzierung
H+ Spital- und Klinikmonitor	
Quelle:	http://www.hplus.ch/de/zahlen_fakten/h_spital_und_klinik_monitor/
Inhalt:	Abbildung von Leistungen, Strukturen, Entwicklungen und Trends in der Spitalbranche.
Aggregationsniveau:	Gesundheitswesen, Spitalleistungen
Kennzahlen:	Ausgaben für Spitalleistungen (insgesamt, OKP)
Verwendungszweck	Monitoring Finanzierung

Bewertung

In Tabelle 12 erfolgt die Bewertung in Bezug auf die Verfügbarkeit von öffentlich zugänglichen, nachvollziehbaren und vergleichbaren Spitalkennzahlen durch das Evaluationssteam anhand eines Soll-Ist-Vergleichs, wobei sich das Soll an den oben genannten Vorgaben orientiert.

Tabelle 12 *Bewertung der Verfügbarkeit von öffentlich zugänglichen, nachvollziehbaren und vergleichbaren Spitalkennzahlen zu Kosten und Finanzierung*

Soll	Ist	Bewertung
Es sind öffentlich zugängliche, nachvollziehbare und vergleichbare Spitalkennzahlen zu Kosten und Finanzierung vorhanden	Es sind diverse Spitalkennzahlen vorhanden, die öffentlich zugänglich sind. Die Nachvollziehbarkeit ist insofern gegeben, als Methodenberichte dazu vorhanden sind. Vergleichbarkeit der Kennzahlen zu Tariffindung nur bedingt gegeben, da unterschiedliche Datengrundlagen und Berechnungsmethoden angewendet werden. Vom Bund in Zusammenarbeit mit den Kantonen veröffentlichte gesamtschweizerische Betriebsvergleich (gemäss Art. 49 Abs. 8 KVG) sind (noch) nicht vorhanden.	≈

Anmerkung: ✓ erfüllt; ≈ teilweise erfüllt; ✗ nicht erfüllt; ?: kann nicht beurteilt werden

3.5.2. Transparenz hinsichtlich Produktionskosten, Ausgaben und Finanzierung

Erwartung

Verschiedene Massnahmen der Revision (dual-fixe Leistungsfinanzierung, Vergütung stationärer Spitalleistungen über (Fall-)Pauschalen, erweiterte Informationsbasis zu Wirtschaftlichkeit und Qualität) sollten die Transparenz hinsichtlich Kosten, Ausgaben und Finanzierung erhöhen (vgl. Wirkungsüberlegungen in **Kap. 2.1**).

Die Analyse und Bewertung erfolgt nach den Kriterien Vergleichbarkeit, Nachvollziehbarkeit, Validität und Vollständigkeit in Bezug auf die zur Verfügung stehenden Informationen für folgende Indikatoren (in Klammern jeweils, für welche Akteure die Transparenz wichtig ist):

- Produktionskosten der Spitäler für die Erbringung von stationären Leistungen gemäss KVG (Akteure: in Tariffindung involvierte Akteure, SwissDRG AG)
- Ausgabenfaktoren (Akteure: Finanzierungsträger)
- Ausgaben (Akteure: Finanzierungsträger, Politik/Verwaltung)
- Finanzierung (Akteure: Finanzierungsträger, Politik/Verwaltung)

Entwicklung/Wirkung KVG-Revision

Produktionskosten für die Erbringung von stationären Leistungen gemäss KVG: Die Kostenrechnung in den Spitälern wurde mit der Etablierung von REKOLE® in Bezug auf die Definitionen und Bewertung der Kosten vereinheitlicht. Die Daten sind nicht öffentlich verfügbar, werden aber von verschiedenen Akteuren (Spitäler, Krankenversicherer, Kantone) im Rahmen der Tariffindung genutzt. Die Transparenz ist insofern noch eingeschränkt, als das Vorgehen für die Kostenabgrenzungen (insb. Kosten für GWL, Kosten für Mehrleistungen an zusatzversicherte Personen) für gewisse Akteure (Krankenversicherer, SwissDRG AG) nicht immer nachvollzogen werden kann, was auch die Vergleichbarkeit über die Spitäler hinweg einschränkt (vgl. die Ausführungen dazu in **Kap. 3.3.3**). Die Leistungen werden nach einheitlichen Methoden erfasst (vgl. Ausführungen in **Kap. 3.3.1**). Mit der KS und der MS stehen Kostendaten- und Leistungsdaten

der Spitäler öffentlich zur Verfügung, wobei bei den Kostendaten Probleme in Bezug auf die Definition und Bewertung der Kosten für GWL bestehen (vgl. Pellegrini und Roth 2018).

Ausgabenfaktoren (Tarifstruktur und Spittarife): Im akutstationären Bereich besteht mit SwissDRG eine schweizweit einheitliche Tarifstruktur, die Leistungen in Bezug auf die Kosten grundsätzlich vergleichbar macht. Es herrscht Uneinigkeit darüber, inwiefern die Tarifstruktur die Kostenunterschiede zwischen den Leistungserbringern sachgerecht abzubilden vermag (vgl. **Kap. 3.3.1**). In der Konsequenz werden die Spittarife im Rahmen der Tariffindung nach unterschiedlichen Kriterien differenziert, was die Transparenz einschränkt.⁷⁰ Die Spittarife werden auf der Grundlage von Betriebsvergleichen festgelegt. Es bestehen allerdings unterschiedliche Verfahren für die Betriebsvergleiche, was die Transparenz einschränkt (vgl. **Kap. 3.3.3**).

Ausgaben: Über die Ausgaben für stationäre Spitalleistungen und den stationären Spitalbereich informiert als Primärquelle die KS. In der KS werden die Erträge der Spitäler abgebildet.⁷¹ Dabei kann (u.a.) zwischen den Erträgen für stationäre Spitalleistungen und für den gesamten Spitalbereich unterschieden werden. Die Informationen zu den Erträgen aus der Erbringung von stationären Spitalleistungen weisen je nach betrachtetem Zeitraum und Auswertungstiefe eine gute Qualität aus.⁷² Für die Betrachtung der OKP-Ausgaben bieten sich überdies die Daten der SASIS AG an. Informationen zu Erträgen des stationären Spitalbereichs sind gemäss Pellegrini und Roth (2018) in der KS nur auf Niveau des Spitals verwertbar. Ab 2016 ist keine Differenzierung nach Sektoren (ambulant, stationär) mehr möglich, d.h. die Erträge können nur noch für den gesamten Spitalbereich ausgewertet werden. Zudem herrscht wenig Transparenz über die Ausgaben für GWL. Der Anteil der Ausgaben für GWL an den Ausgaben für den stationären Spitalbereich ist zwar gesunken (vgl. Pellegrini und Roth 2018). Es sind aber grosse kantonale Unterschiede festzustellen (vgl. INFRAS 2016)⁷³. Mit ein Grund für diese Situation ist das Fehlen einer einheitlichen Definition (vgl. INFRAS 2016).

Finanzierung: Das Monitoring des Obsan zu Kosten und Finanzierung im Gesundheitssystem (vgl. u.a. Pellegrini und Roth 2018), die Synthesestatistik Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens des BFS und auch die Kennzahlen der Spitäler des BAG (vgl. Tabelle 11 in **Kap. 3.5.2**) geben u.a. Auskunft über die Finanzierung von stationären Spitalleistungen, des stationären Spitalbereichs und des gesamten Spitalbereichs (ambulant und stationär). Die genannten Quellen stützen sich u.a. auf Daten aus der MS und KS des BFS. In Bezug auf die Finanzierung von GWL und Investitionen können auf der

⁷⁰ Dies gilt sowohl für vereinbarte/genehmigte wie auch für festgesetzte Spittarife.

⁷¹ Die Erträge der Spitäler für die Erbringung von (stationären) Spitalleistungen sind aus Sicht der Kostenträger Ausgaben.

⁷² Gemäss Pellegrini und Roth (2018) können die Informationen über die Erträge für stationäre Spitalleistungen ab 2013 verwendet werden. Die Aufteilung auf die Finanzierungsträger wird allerdings als heikel erachtet, da die Daten keine Unterscheidung zwischen fehlenden Werten und „echten Nullen“ zulassen.

⁷³ Felder et al. (2016, 2017) und Cosandey et al. (2018) weisen ebenfalls Ausgaben zu den kantonalen Ausgaben für GWL aus. Die Werte sind allerdings umstritten.

Grundlage von bestehenden, öffentlich verfügbaren Statistiken gemäss INFRAS (2016) keine validen Resultate ermittelt werden.⁷⁴

Bewertung

In Tabelle 13 erfolgt die Bewertung in Bezug auf die Wirkung der Massnahmen der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung auf die Transparenz hinsichtlich Kosten und Finanzierung durch das Evaluationsteam anhand eines Vorher-Nachher-Vergleichs.

Tabelle 13 Bewertung der Wirkung der Massnahmen der KVG-Revision auf Transparenz hinsichtlich Kosten und Finanzierung

Erwartung: Zunahme der Transparenz in Bezug auf ...	Vorher-Nachher-Vergleich	Bewertung
Produktionskosten der Spitäler für die Erbringung von stationären Leistungen gemäss KVG	Transparenz hat aufgrund der Revision zugenommen. Es gibt teilweise noch Abgrenzungsprobleme (bspw. bei Kosten für GWL). Diese Entwicklung ist der Einführung von leistungsbezogenen (Fall-)Pauschalen und der Wirtschaftlichkeitsprüfung im Rahmen der Spitalplanung zuzuschreiben, da die Kosten der Spitäler im Rahmen der Tariffindung und der Spitalplanung als Basis für Betriebsvergleiche sowie für die Akut-somatik für die Pflege und Weiterentwicklung der Tarifstruktur SwissDRG eine zentrale Rolle spielen. Das Bewusstsein in Bezug auf eine gute Datenqualität wurde dadurch geschärft. Die Nachvollziehbarkeit der Abgrenzungen ist für gewisse Akteure aufgrund fehlender Informationen nur eingeschränkt möglich.	≈
Ausgabenfaktoren	Es bestehen unterschiedliche Verfahren für Betriebsvergleiche, auf deren Basis die Spitaltarife festgelegt werden. Aufgrund der unterschiedlichen Einschätzung der Güte der Tarifstruktur erfolgen Tariffdifferenzierungen nach unterschiedlichen Kriterien.	≈
Ausgaben	Die Qualität der Datengrundlagen zur Abbildung der Ausgaben hat seit der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung zugenommen. Es bestehen noch Einschränkungen, bspw. in Bezug auf die GWL.	≈
Finanzierung	Verschiedene Quellen geben u.a. Auskunft über die Finanzierung von stationären Spitalleistungen, des stationären Spitalbereichs und des gesamten Spitalbereichs (ambulant und stationär). Noch keine Transparenz in Bezug auf die Finanzierung von GWL und Investitionen auf der Grundlage von bestehenden, öffentlich verfügbaren Statistiken.	≈
Gesamtbeurteilung	Insgesamt hat sich die Transparenz aufgrund der Revision erhöht. Allerdings besteht in gewissen Bereichen weiterhin Verbesserungsbedarf.	≈

Anmerkung: ✓ erfüllt; ≈ teilweise erfüllt; ✗ nicht erfüllt; ?: kann nicht beurteilt werden

4. Wirkungen auf die Spitäler und deren Reaktionen

In diesem Kapitel werden die Wirkungen der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung auf die Spitäler und deren Reaktionen darauf analysiert. Im **Kap. 4.1** werden die Wirkungen auf den finanziellen Druck untersucht, in **Kap. 0** die Reaktionen der Spitäler

⁷⁴ Das BAG lässt diese Thematik in einer separaten Studie vertieft analysieren.

(u.a. aufgrund von Veränderungen des finanziellen Drucks). Dabei werden sowohl mögliche erwünschte (effizienzsteigernde) wie auch unerwünschte (effizienzmindernde) Reaktionen der Spitäler betrachtet.

4.1. Finanzieller Druck auf die Spitäler

Erwartung

Die neue Spitalfinanzierung setzt in verschiedenen Bereichen an, die den Wettbewerbsdruck bei den Spitälern steigern und finanziellen Druck (=Druck, die Kosten im stationären KVG-Bereich zu senken und/oder die Erträge zu erhöhen)⁷⁵ verstärken können (vgl. Wirkungsüberlegungen in **Kap. 2.1**). Inwiefern und in welchem Ausmass die Spitäler einen finanziellen Druck wahrnehmen, wird in diesem Kapitel thematisiert.

Entwicklung/Wirkung KVG-Revision

In einem ersten Schritt betrachten wir die Entwicklung des von den Spitälern wahrgenommenen finanziellen Drucks und Gründe für allfällige Veränderungen. In einem zweiten Schritt stellen wir zur Validierung/Objektivierung der Einschätzungen der Spitäler a) Einschätzungen der Kantone zum finanziellen Druck der Spitäler, b) die Entwicklung von Profitabilitätskennzahlen (EBITDA-/EBITDAR-Margen) sowie c) die Entwicklung der Spitaltarife im Vergleich zu den Produktionskosten für stationäre Spitalleistungen gegenüber.

Einschätzungen der Spitäler: Bezogen auf das Jahr 2016 schätzte die überwiegende Mehrheit (96%) der im Rahmen der Spitalbefragung befragten Spitäler den finanziellen Druck als sehr hoch, hoch oder eher hoch ein (vgl. Abbildung 21 im Anhang B.1). Bei der Betrachtung des Anteils der Spitäler, die den finanziellen Druck als sehr hoch einschätzten, fallen bei Betrachtung nach Spitaltypen⁷⁶ auf der einen Seite die Universitäts-spitäler und die Spitäler der Grundversorgung mit deutlich überdurchschnittlichen Werten, auf der anderen Seite die weiteren Spitäler der Zentrumsversorgung und die psychiatrischen Kliniken mit deutlich unterdurchschnittlichen Werten auf. Wird der finanzielle Druck differenziert nach Tätigkeitsbereichen⁷⁷ betrachtet, fallen in Bezug auf den Anteil der Spitäler, die im Jahr 2016 einen sehr hohen finanziellen Druck verspürten, die Akut-somatik mit einem deutlich überdurchschnittlichen und die Geriatrie mit einem deutlich unterdurchschnittlichen Wert auf (vgl. Abbildung 24 im Anhang B.1).

Der finanzielle Druck war gemäss Einschätzung der Spitäler bereits vor 2012 hoch. Rund 65% der Spitäler schätzten den finanziellen Druck bereits vor 2012 generell sehr hoch,

⁷⁵ Bei der Analyse wurde das Konzept des finanziellen Drucks anstelle des Kostendrucks (vgl. Modell der erwünschten Umsetzung und Wirkungen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung in Abbildung 1) (= Druck, die Produktionskosten im stationären KVG-Bereich zu senken) verwendet. Das Konzept des Kostendrucks würde als Reaktion (bspw. auf einen verstärkten Wettbewerb) nur auf die Senkung der Produktionskosten fokussieren. Im Gegensatz dazu lässt das Konzept des finanziellen Drucks auch Reaktionen zu, die sich auf die Erlösseite beziehen.

⁷⁶ Im Rahmen der Spitalbefragung wurden folgende *Spitaltypen* unterschieden: Universitätsspitäler, weitere Spitäler der Zentrumsversorgung, Spitäler der Grundversorgung, psychiatrische Kliniken, Rehabilitationskliniken, Spezialkliniken (vgl. INFRAS 2018).

⁷⁷ Im Rahmen der Spitalbefragung wurden folgende *Tätigkeitsbereiche* unterschieden: Akut-somatik, Psychiatrie, Rehabilitation, Geriatrie, Palliativbehandlung, Andere (vgl. INFRAS 2018).

hoch oder eher hoch ein (vgl. Abbildung 22 im Anhang B.1). Dennoch lässt sich insgesamt für fast ein Drittel der Spitäler eine Zunahme des finanziellen Drucks nach 2012 ableiten (vgl. Abbildung 23 im Anhang B.1). Bei Betrachtung nach Spitaltypen fällt die Zunahme bei den Universitätsspitalen, den weiteren Spitalen der Zentrumsversorgung und den psychiatrischen Kliniken überdurchschnittlich, bei den Rehabilitationskliniken durchschnittlich und bei den Spitalen der Grundversorgung und den Spezialkliniken unterdurchschnittlich aus. Werden die Tätigkeitsbereiche betrachtet, fallen mit überdurchschnittlichen Zunahmen des finanziellen Drucks die Psychiatrie, Rehabilitation und Geriatrie auf. In den anderen Tätigkeitsbereichen fällt die Zunahme durchschnittlich (Akutsomatik, Palliativbehandlung) oder unterdurchschnittlich (Andere) aus.

Die Spitäler, die den finanziellen Druck in ihrem Spital im Jahr 2016 insgesamt bzw. bei einzelnen Tätigkeitsbereichen als eher hoch, hoch oder sehr hoch eingeschätzt haben, wurden im Rahmen der Spitalbefragung auch nach den Gründen für den hohen finanziellen Druck befragt. Tabelle 14 fasst die genannten Gründe zusammen. Dabei wird deutlich, dass der durch die Spitäler im Jahr 2016 als hoch wahrgenommene finanzielle Druck häufig auf den Tarifbereich zurückgeführt werden kann. Bspw. nennen zwei Drittel der Spitäler, die den finanziellen Druck im Jahr 2016 als sehr hoch, hoch oder eher hoch bezeichnet haben, als Grund dafür die Tarife im stationären Bereich.

Tabelle 14 Gründe für den hohen finanziellen Druck im Jahr 2016

Kosten	N	Anteil
Investitionen bzw. Anlagenutzungskosten	21	19%
Personalkosten	22	20%
Weitere	12	11%
Tarifbereich		
Tarife stationär	73	66%
Tarifstruktur stationär	20	18%
Tarife ambulant	28	25%
Weitere		
Renditeerwartungen der Eigentümer	14	13%
Effizienzmassnahmen	1	1%
Andere	47	43%

Quelle: Eigene Auswertung auf der Grundlage der Spitalbefragung (INFRAS 2018). N=110. Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich.

Frage: Sie haben angegeben, dass der finanzielle Druck auf Ihr Spital im Jahr 2016 insgesamt bzw. bei einzelnen Tätigkeitsbereichen eher hoch, hoch oder sehr hoch war. Aus welchen Gründen war dies so? Bitte geben Sie den jeweiligen Tätigkeitsbereich an, falls sich die Gründe auf einen bestimmten Tätigkeitsbereich beziehen. (Mögliche Stichworte dazu sind beispielsweise: Renditeerwartungen Eigentümer, Druck auf „Baserate“ bzw. Tagespauschale von Seiten Versicherer oder Kanton, zu geringe Differenzierung DRG-System, Finanzierung höherer Anlagenutzungskosten wegen Neubauten in den letzten Jahren.)

Einschätzungen der Kantone: Im Rahmen der Kantonsbefragung wurden die Kantone auch nach ihrer Einschätzung zum finanziellen Druck auf die Spitäler bezogen auf das Jahr 2016 und zur Entwicklung des finanziellen Drucks seit 2012 befragt. Dabei konnten sich die Kantone nur zu denjenigen Spitaltypen äussern, die in ihrem Kanton auch vertreten waren. Die Einschätzungen der Kantone bestätigen grundsätzlich die vorangehend präsentierten Resultate aus der Sicht der Spitäler (vgl. Abbildung 27 im Anhang B.1). Die grosse Mehrheit der Kantone (92%) schätzte den finanziellen Druck auf die Spitäler bezogen auf das Jahr 2016 generell als sehr hoch oder eher hoch ein, wobei „sehr hoch“ von knapp 20% der Kantone angegeben wurde. Alle Kantone gaben zudem an, dass der finanzielle Druck seit 2012 generell stark oder eher stark zugenommen hatte. Bei einer nach Spitaltypen differenzierten Betrachtung fällt auf, dass die Einschätzung „sehr hoch“ bei den Universitätsspitalern am häufigsten auftritt⁷⁸, bei den Spezialkliniken gar nicht. Die Einschätzung „stark zugenommen“ tritt wiederum bei den Universitätsspitalern, aber auch bei den Zentrumsversorgern und den Grundversorgern am häufigsten auf, selten bei den Spezialkliniken.⁷⁹

Entwicklung von Profitabilitätskennzahlen: Nachfolgend werden zur Validierung/ Objektivierung der Einschätzungen durch die Spitäler und die Kantone die Profitabilitätskennzahlen EBITDA- bzw. EBITDAR-Marge herangezogen. Die EBITDA-Marge ist definiert als Betriebsgewinn vor Abschreibungen, Zinsen und Steuern im Verhältnis zum Umsatz. Die EBITDAR-Marge ist definiert als Betriebsgewinn vor Abschreibungen, Zinsen, Steuern und Mieten im Verhältnis zum Umsatz. Für einen Vergleich zwischen den Spitälern eignet sich die EBITDAR-Marge besser, da der mögliche Einfluss der Besitzverhältnisse auf die Anlagenutzungskosten keine Rolle spielt (PwC 2017, GD ZH 2017).⁸⁰

Im Rahmen der Spitalbefragung wurden die Spitäler gebeten, bezogen auf die Jahresrechnung 2016 ihres Spitals die EBITDA- und EBITDAR-Margen anzugeben. Gemessen am Median lag die mittlere EBITDA-Marge im Jahr 2016 bei 6,8% (vgl. Abbildung 3). Unter diesem Wert lagen die EBITDA-Margen der Universitätsspitäler und der Spitäler der weiteren Zentrumsversorgung. Die Spitäler der Grundversorgung wiesen eine mittlere EBITDA-Marge von 6,8% auf. Die mittleren EBITDA-Margen der anderen Spitaltypen lagen über 6,8%. Die mittlere EBITDAR-Marge lag im Jahr bei 9,9% (vgl. Abbildung 3). Darunter lagen wiederum die mittleren EBITDAR-Margen der Universitätsspitäler und der Spitäler der weiteren Zentrumsversorgung. Ebenfalls unter dem Wert von 9,9% lag die mittlere EBITDAR-Marge der Rehabilitationskliniken. Die anderen Spitaltypen wiesen im Jahr 2016 eine höhere mittlere EBITDAR-Marge auf. Wie die deskriptiven Statistiken in Tabelle 45 im Anhang B.1 zeigen, sind grosse Unterschiede zwischen

⁷⁸ Dabei gilt es zu beachten, dass sich nur die fünf Kantone mit Universitätsspitalern dazu geäussert haben.

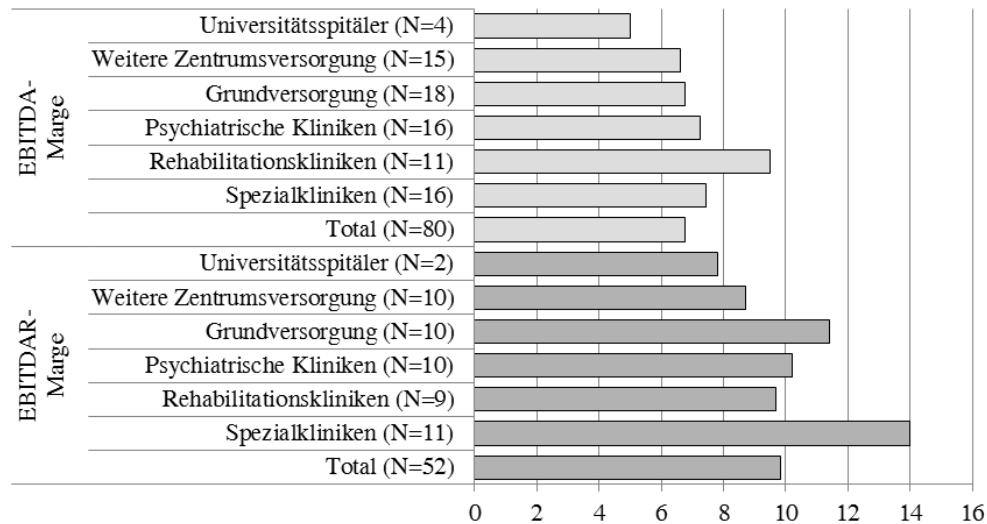
⁷⁹ Bei der Betrachtung nach Spitaltypen gilt es zu beachten, dass die Rehabilitationskliniken und die psychiatrischen Kliniken bei der Kantonsbefragung unter der Kategorie „Spezialkliniken“ geführt wurden. Zudem variieren die Fallzahlen zwischen den Spitaltypen stark. Dies liegt daran, dass nicht alle Kantone Spitäler aller Spitaltypen beheimaten.

⁸⁰ Bei der Interpretation der EBITDA- und EBITDAR-Margen gilt es zu beachten, dass sich die Kennzahlen nicht nur auf das OKP-Geschäft beziehen, sondern auf den gesamten Betrieb (inkl. bspw. Zusatzversicherungsgeschäft).

den Spitälern zu erkennen. Für die EBITDA-Marge insgesamt (ohne Differenzierung nach Spitaltypen) lagen die Minimal- und Maximalwerte bei -30 und 25,3.

Gemäss PwC (2017) hat sich eine EBITDA-Zielmarge von 10% für Akutspitäler etabliert. Gemessen an diesem Vergleichsmaßstab wurde die Zielmarge im Median (6,8%) nicht erreicht. Am nächsten kommen die Rehabilitationskliniken mit 9,5%, am weitesten entfernt sind die Universitätskliniken mit 5%. Wie erwähnt bezieht sich diese Zielmarge auf Akutspitäler. Werden die Spitäler mit der Hauptaktivität Akutsumatik betrachtet, ergibt sich für das Jahr 2016 eine mittlere EBITDA-Marge von 6,6%. Auch dieser Wert liegt unter der von PwC (2017) genannten Zielmarge. Für die Psychiatrie nennt PwC (2017) eine EBITDA-Zielmarge von 8%. Die mittlere EBITDA-Marge der psychiatrischen Kliniken lag im Jahr 2016 mit 7,3% unter diesem Zielwert.

Abbildung 3 Mittlere EBITDA- und EBITDAR-Margen der Spitäler (gemessen am Median), nach Spitaltypen, 2016



Quelle: Eigene Auswertung auf der Grundlage der Rohdaten der Spitalbefragung (INFRAS 2018).

Die Ergebnisse auf Basis der Spitalbefragung werden durch die Analyse von PwC (2017) bestätigt: Für das Jahr 2016 weist PwC für *Akutspitäler* im Median EBITDA- und EBITDAR-Margen von 5,5% bzw. 7,6% aus.⁸¹ Die Profitabilität, gemessen an der EBITDA-Marge, schwankte im Zeitraum 2012 bis 2016 zwischen 6,7% (im Jahr 2013 erreicht) und 5,5% (im Jahr 2016 erreicht). Die EBITDA-Marge hat von 2015 auf 2016 von 6,3% auf 5,5% abgenommen. Gemessen an der EBITDAR-Marge hat die Profitabilität der Akutspitäler zwischen 2012 (7,9%) und 2015 (8,4%) zugenommen. Im Jahr 2016 ist ein Rückgang um 0,8%-Punkte auf 7,6% zu beobachten. Inwiefern die Verschlechterung der Profitabilität (gemessen an der EBITDA- und EBITDAR-Marge) auf das Jahr 2016 eine singuläre Beobachtung ist oder sich fortsetzen wird, werden die nächsten Jahre zeigen. Für die *psychiatrischen Kliniken*⁸² weist PwC (2017) für das Jahr 2016 im Median EBITDA- und EBITDAR-Margen von 7,4% bzw. 9,9% aus. Während bei der EBITDA-Marge im Zeitraum 2012-2016 kein eindeutiger Trend auszumachen ist (die Werte schwankten zwischen 6,9% im Jahr 2012 und 8,2% im Jahr 2015), zeichnet sich

⁸¹ Dabei wurden 45 Akutspitäler in die Analyse einbezogen (vgl. PwC 2017, Anhang). Die Studie von PwC (2017) legt den Fokus auf die Aktivität der Spitäler, nicht auf den Spitaltyp. In Tabelle 46 im Anhang B.1 werden die Profitabilitätskennzahlen darum auch differenziert nach Hauptaktivitäten der Spitäler aufgeführt.

⁸² Die Stichprobe umfasst zwölf psychiatrische Kliniken (vgl. PwC 2017).

bei der EBITDAR-Marge ab 2013, nach einem Rückgang im Jahr 2013, ein stetiger Anstieg von 8,4% im 2013 auf 9,9% im Jahr 2016 ab.

Entwicklung der Spittarife im Vergleich zu Produktionskosten für stationäre Spittalleistungen (Akutsomatik): Einen weiteren Hinweis auf die Entwicklung des finanziellen Drucks liefert die Gegenüberstellung der Entwicklungen der Spittarife und der Produktionskosten.⁸³ Gemäss Pellegrini und Roth (2018) haben sich die Produktionskosten pro Fall in der Akutsomatik ab 2014 stabilisiert, im Jahr 2016 ist sogar eine leichte Abnahme zu beobachten (vgl. **Kap. 5.2**).⁸⁴ Die Höhe der Spittarife ist seit 2012 rückläufig (vgl. **Kap. 3.3.3**). Die Entwicklungen der Produktionskosten und der Spittarife verlaufen somit zueinander, was auf eine Zunahme des finanziellen Drucks hindeutet.

Bewertung

In Tabelle 15 erfolgt die Bewertung in Bezug Stand und Entwicklung des finanziellen Drucks auf die Spittaler durch das Evaluationsteam anhand eines Vorher-Nachher-Vergleichs.

Tabelle 15 Bewertung Stand und Entwicklung finanzieller Druck auf die Spittaler

Erwartung	Vorher-Nachher-Vergleich	Bewertung
Finanzieller Druck auf die Spittaler hat aufgrund der KVG-Revision im Bereich Spittalfinanzierung zugenommen.	Insgesamt ist der finanzielle Druck auf die Spittaler nach 2012 als hoch einzuschätzen (von den Spittälern wahrgenommen, aufgrund von Profitabilitätskennzahlen objektiv gemessen). Weiter ist eine Zunahme des (von den Spittälern wahrgenommenen) finanziellen Drucks seit 2012 (und im Vergleich zu vor 2012) zu beobachten, die zumindest teilweise auf die KVG-Revision im Bereich der Spittalfinanzierung zurückgeführt werden kann (u.a. (Fall-)Pauschalen zur Finanzierung von stationären Spittalleistungen wie auch Tarifstruktur SwissDRG).	✓

Anmerkung: ✓ erfüllt; ≈ teilweise erfüllt; ✗ nicht erfüllt; ?: kann nicht beurteilt werden

⁸³ Idealerweise wäre die Entwicklung der Fallnormkosten (d.h. der schweregradbereinigten Fallkosten) der Entwicklung der Spittarife gegenübergestellt worden, da die Fallnormkosten die Basis für die Tariffestlegung bilden (vgl. Ausführungen in **Kap. 3.3.3**). Öffentlich zugänglich sind zwei Datenquellen (KS und Fallkostenstatistik, beide BFS), auf deren Basis Fallnormkosten berechnet werden könnten. Die Berechnung der Fallnormkosten auf der Grundlage der KS setzt allerdings zahlreiche Annahmen voraus (vgl. PUE 2016) und ist entsprechend aufwändig. Die Fallnormkosten liessen sich auch auf der Grundlage der Fallkostenstatistik des BFS berechnen. Für die Abbildung der Entwicklung müssten allerdings die Veränderung der Stichprobe (Zunahme der Anzahl Spittaler) berücksichtigt werden, was auf Basis der uns zur Verfügung stehenden Daten nicht möglich war. Aus diesen Gründen wurde auf eine Berechnung der Fallnormkosten verzichtet.

⁸⁴ Gemäss Pellegrini und Roth (2018) blieb der Case Mix Index (CMI) in der Periode 2012-2016 in etwa stabil.

4.2. Reaktionen der Spitäler

4.2.1. Effizienzsteigernde Reaktionen

Erwartung

Gemäss den Wirkungsüberlegungen in **Kap. 2.1** sollte (verstärkter) finanzieller Druck bei den Spitälern zu effizienzsteigernden Reaktionen führen. Dabei geht es um die Effizienz des Gesamtsystems (nicht nur bezogen auf die Spitäler). Insbesondere von der Einführung einer leistungsbezogenen (fall-)pauschalierten Vergütung für stationäre Spitalleistungen wurden effizienzsteigernde Reaktionen erwartet. Das DRG-System setzt Anreize für Kostensenkungen, welche durch Struktur- und Prozessoptimierungen erreicht werden können (vgl. Frey et al. 2014). Da der Preis pro Fall fix ist, führen diese Optimierungen dazu, dass pro Fall weniger Ressourcen eingesetzt werden müssen. Mögliche effizienzsteigende Reaktionen werden anhand folgender Dimensionen untersucht:

- *Verbessertes Schnittstellenmanagement*: Schnittstellen gibt es einerseits innerhalb eines Spitals, aber auch über das Spital hinaus zu vor- und nachgelagerten Leistungserbringern (bspw. Hausärzte, Spitex, Rehabilitation, Pflegeheime). Das Schnittstellenmanagement hat u.a. einen Einfluss auf die Kosten. Können durch ein verbessertes Management bspw. Doppelspurigkeiten bei Vor- oder Nachuntersuchungen vermieden werden, können dadurch Kosten eingespart werden. Das Thema Schnittstellenmanagement hat mit der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung insofern an Bedeutung gewonnen, als mit der Einführung des DRG-Systems in der Akutsomatik Anreize geschaffen wurden, die Aufenthaltsdauern möglichst kurz zu halten (vgl. Hedinger et al. 2018). Seit 2012 sind vermehrt Leistungsverlagerungen in andere Bereiche zu beobachten, was Schnittstellen zu diesen Bereichen schafft oder bestehende Schnittstellen stärker beansprucht (vgl. u.a. Hedinger et al. 2018).
- *Stärkere Spezialisierung*: Das DRG-System setzt Anreize zur Spezialisierung auf bestimmte Leistungsbereiche (vgl. Frey et al. 2014; Jörg und Ruflin 2016; Napierala und Boes 2017). Mit einer Spezialisierung sollten Kostensenkungen und Effizienzgewinne verbunden sein (vgl. Wirkungsüberlegungen in **Kap. 2.1**).
- *Verstärkte Kooperationen mit anderen Spitälern/Leistungserbringern*: Kooperationen mit anderen Spitälern und Leistungserbringern ermöglichen eine (verstärkte) Spezialisierung, da gewisse Leistungen nicht (mehr) selber erbracht werden müssen (vgl. Frey et al. 2014). Durch die Spezialisierung erhöht sich die Effizienz in der Leistungserbringung (s.o.).
- *Effizienzsteigernde Leistungsverlagerungen*: Bei der Thematik der Leistungsverlagerungen ist zwischen gesamthaften Verlagerungen von Behandlungen und Teilverlagerungen von Leistungen zu unterscheiden. Bei einer Teilverlagerung werden gewisse Leistung nicht mehr im akutstationären Spitalbereich, sondern in einem vor- oder nachgelagerten ambulanten Bereich oder einem anderen (nachgelagerten) stationären Bereich (bspw. Rehabilitation) erbracht. Bei gesamthaften Verlagerungen findet die gesamte Behandlung in einem anderen Bereich statt. Leistungsverlagerungen können durch finanzielle und risikobezogene Anreize

ausgelöst werden (vgl. Widmer et al. 2017b). Im ersten Fall kann durch die Leistungsverlagerung ein zusätzlicher Deckungsbeitrag erwirtschaftet werden.⁸⁵ Im zweiten Fall kann das Risiko der Behandlung aus Sicht des Spitals reduziert werden.⁸⁶ Ob Leistungsverlagerungen erwünscht oder unerwünscht sind, hängt davon ab, ob die Leistungen in einem anderen Bereich in gleicher Qualität zu geringeren Kosten erbracht werden können (Widmer et al. 2017b) und die in anderen Bereichen verursachten Kostenanstiege mit einem mindestens gleich grossen Rückgang der Kosten im stationären Bereich einhergehen (Pellegrini und Roth 2017).

Entwicklung/Wirkung KVG-Revision

Die neue Spitalfinanzierung, insb. das DRG-System, hat in den Spitälern zu Anstrengungen für Struktur- und Prozessoptimierungen geführt (vgl. Frey et al. 2014). Dieser Befund, der sich auf die Zeit kurz nach 2012 bezieht und sich auf Fachgespräche, das Studium von Dokumenten und Studien sowie die deskriptive Analyse von Sekundärdaten stützt, wird durch Einschätzungen der Spitäler im Rahmen der Spitalbefragung bestätigt (vgl. Abbildung 28 im Anhang B). Beinahe alle Spitäler gaben an, dass es in ihrem Spital aufgrund des finanziellen Drucks⁸⁷ zu Struktur- und Prozessoptimierungen gekommen ist. Besonders stark ausgeprägt ist dabei der Anteil derjenigen Spitäler, die diese Anpassungen auf die Zeit nach 2012 beziehen. In den folgenden Abschnitten gehen wir auf einzelne Dimensionen im näher ein.

Verbessertes Schnittstellenmanagement

Im Rahmen der Spitalbefragung gaben mehr als 80% der Spitäler an, Aktivitäten zur Verbesserung des Entlassungs- und Schnittstellenmanagements zu nachgelagerten Bereichen (z.B. Kooperationen mit Pflegeheimen oder Rehabilitationskliniken, standardisierter Informationsaustausch) unternommen zu haben, wobei diese Aktivitäten in knapp 50% der Spitäler nur nach 2012 erfolgten. Neben eigenen Ansprüchen an die Qualität war v.a. der Druck, die Kosteneffizienz zu erhöhen, ein wichtiger Grund für die Spitäler, seit 2012 Aktivitäten zur Verbesserung des Entlassungs- und Schnittstellenmanagements zu nachgelagerten Bereichen zu unternehmen (vgl. INFRAS 2018).

In einem Interview wurde darauf hingewiesen, dass keine systematischen Hinweise, nur anekdotische Evidenz zum Schnittstellenmanagement vorlägen. Als Beispiele könnten

⁸⁵ Bei *gesamthaften Verlagerungen* von Leistungen spielt dabei die Vergütung in den jeweiligen Bereichen eine entscheidende Rolle. Sofern eine Behandlung aus medizinischer Sicht sowohl ambulant wie auch stationär durchgeführt werden kann und der ambulante Preis für den Leistungserbringer interessanter ist als der stationäre, besteht ein Anreiz, die Behandlung im ambulanten Bereich durchzuführen. Umgekehrt besteht ein Anreiz zu einer Verlagerung in den stationären Bereich, falls der Preis im stationären Bereich attraktiver ist als im ambulanten. *Teilverlagerungen* in andere Leistungsbereiche sind für einen Leistungserbringer dann attraktiv, wenn bei gleichem Erlös die Kosten für die Behandlung gesenkt werden können. Unter Teilverlagerungen werden neben Verlagerungen von Leistungen wie Untersuchungen und Abklärungen im Vorfeld einer stationären Behandlung auch Ressourcenverlagerungen aufgrund von frühzeitigen Entlassungen oder mangelnder Behandlungsqualität verstanden.

⁸⁶ Bspw. indem Leistungen wie Diagnostik frühzeitig vor der stationären Behandlung durchgeführt werden und dadurch die Planbarkeit der Behandlung im stationären Bereich erhöht werden kann.

⁸⁷ Auf die Thematik des finanziellen Druck sind wir im **Kap. 4.1** eingegangen.

die Sicherstellung der Medikationssicherheit innerhalb eines Spitals oder die Einbindung von Arztpraxen in Spitäler genannt werden. Verbesserungen an den Schnittstellen würden aus unterschiedlichen Motiven vorgenommen: Neben Verbesserungen der Qualität und der Sicherstellung der Versorgung (bspw. bei fehlender hausärztlicher Versorgung) stünden auch finanzielle Motive dahinter (bspw. dann, wenn es darum geht, Zuweiser für den stationären Bereich an das Spital zu binden). Aus Sicht einer weiteren Interviewperson ist das Schnittstellenmanagement generell noch unzureichend. Eine weitere Interviewperson nennt als mögliches Hindernis für Verbesserungen der Behandlungsketten den Umstand, dass Schnittstellen in der Versorgungsplanung nicht berücksichtigt werden.

Stärkere Spezialisierung

Ein eindeutiger Trend Richtung verstärkter Spezialisierung kann für die Jahre 2012 bis 2016 empirisch nicht festgestellt werden (vgl. Gruber und Lippitsch 2018b).⁸⁸ Für die Bereiche Akutsomatik ist für die Grundversorgerspitäler eine leichte Tendenz Richtung Spezialisierung zu beobachten. Dies gilt auch für die Rehabilitationskliniken und die psychiatrischen Kliniken.

Einschätzungen der Spitäler und Kantone im Rahmen der Spital- bzw. Kantonsbefragung zeigen, dass teilweise eine Spezialisierung stattgefunden hat, aber nicht alle Spitäler davon betroffen waren (vgl. Tabelle 47 und Tabelle 48 im Anhang B). Rund die Hälfte der Spitäler stimmte der Aussage zu, wonach die KVG-Revision zu einer Spezialisierung des Leistungsangebots geführt hat. Die Zustimmungsrate in Bezug auf die Aussage, wonach die KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung im eigenen Spital zu einer Erweiterung des Leistungsangebots geführt hat, fällt ähnlich hoch aus. Etwas weniger als die Hälfte der Kantone (10 von 24) schätzten, dass es durch die KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung zu einer verstärkten Spezialisierung gekommen ist.

Auch in den Interviews wurde darauf hingewiesen, dass eine verstärkte Spezialisierung nicht im grossen Stil festzustellen sei. Die erhofften Effizienzgewinne seien entsprechend nicht eingetreten. Beobachtet werden könne allerdings, dass Spitäler, die gewisse Eingriffe nur vereinzelt vornehmen würden, seltener geworden sind.

Verstärkte Kooperationen mit anderen Spitälern/Leistungserbringern

Dass die KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung zu Kooperationen geführt hat, legen die Einschätzungen der Spitäler und Kantone im Rahmen der Spital bzw. Kantonsbefragung nahe (vgl. Tabelle 47 und Tabelle 48 im Anhang B). Rund 70% der Spitäler stimmen der Aussage zu, dass es in ihrem Spital aufgrund der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung zu Kooperationen mit anderen Spitälern gekommen ist. 65% der Kantone (17 von 26) schätzen, dass es aufgrund der KVG-Revision zu Kooperationen mit anderen Spitälern und Leistungserbringern gekommen ist.

In einem Interview wurde darauf hingewiesen, dass in den Jahren 2000-2010 die Kantone ihre Spitäler konsolidiert hätten. Dadurch sei das Potenzial für Kooperationen (zumindest

⁸⁸ Unter Spezialisierung wird dabei die Fokussierung der Leistungserbringer auf einzelne Leistungsbereiche verstanden (vgl. Gruber & Lippitsch 2018b).

teilweise) bereits ausgeschöpft worden. Weiter wurde darauf hingewiesen, dass mehr Kooperationen als gemeinhin angenommen existieren würden.

Erwünschte (effizienzsteigernde) Leistungsverlagerungen

Die Literatur findet Evidenz für Teilverlagerungen, nicht aber für gesamthafte Verlagerungen. Eine Studie von Widmer et al. (2017b), die den Zeitraum zwischen 2011-2014 berücksichtigt, weist einen Trend zur Teilverlagerung von Leistungen aus dem akutstationären Bereich in die vor- und nachgelagerten Bereiche hin aus (insb. in den spitalambulantem Bereich⁸⁹ und die stationäre Pflege). Eine gesamthafte Verlagerung von Behandlungen in andere Bereiche (insb. ambulanter Bereich) ist nicht festzustellen.⁹⁰ Widmer et al. (2017b) finden im Gegenteil Hinweise, dass es zumindest in gewissen medizinischen Bereichen zu einer Verlagerung in den stationären Bereich gekommen ist. Gemäss Heding et al. (2018) ist im Zeitraum 2009-2016 eine Zunahme des Anteils der Patientinnen und Patienten, die im Anschluss an einen Aufenthalt in der Akutstation in Alters- und Pflegeheimen oder durch die Spitex weiterversorgt werden, bei gleichzeitiger Abnahme der Verweildauer im akutstationären Bereich zu beobachten.⁹¹ Die Untersuchung findet für den Zeitraum 2009-2016 weiter einen Anstieg des Anteils der Übertritte von der Akutstation in die Rehabilitation. Keine Veränderung findet die Untersuchung für die Anteile der Patientinnen und Patienten, die nach einem akutstationären Spitalaufenthalt in der Psychiatrie versorgt werden.

Einschätzungen der Kantone und Spitäler können diese Befunde im Grossen und Ganzen bestätigen. Lediglich drei von 16 Kantonen bzw. sechs von 19 Kantonen schätzten, dass es aufgrund der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung zu Leistungsverlagerungen vom ambulanten in den stationären bzw. vom stationären in den ambulanten Bereich gekommen ist (vgl. Tabelle 48 im Anhang B). Einige Kantone wiesen darauf hin, dass Verlagerungen dort, wo sie erwünscht wären (bspw. vom stationären in den ambulanten Bereich) aufgrund der unterschiedlichen Finanzierung des stationären und ambulanten Bereichs und der damit verbundenen Anreizwirkungen nicht stattfinden würden.⁹² In Bezug auf gesamthafte Verlagerungen weisen die Einschätzungen der Spitäler eher auf Verlagerungen vom stationären in den ambulanten Bereich als umgekehrt hin. Rund 40% der Spitäler stimmten der Aussage zu, dass es aufgrund der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung in ihrem Spital zu Verlagerungen gesamthafter Behandlungen vom

⁸⁹ Im Gegensatz dazu fanden Felder et al. (2014a) kaum Hinweise auf eine Teilverlagerung in den spitalambulantem Bereich. Eine abschliessende Begründung für diesen Unterschied kann hier nicht geleistet werden. Ein möglicher Einflussfaktor könnte allerdings der Analysezeitraum sein. Während Widmer et al. (2017b) einen Analysezeitraum von 2011 bis 2014 betrachteten, mussten sich Felder et al. (2014a) aufgrund der Datenverfügbarkeit zum Analysezeitpunkt auf einen Analysezeitraum von 2010-2012 beschränken.

⁹⁰ Zu diesem Schluss ist auch die Studie von Felder et al. (2014a) gekommen.

⁹¹ Ähnliche Bewegungen auch von der Rehabilitation sowie von der Psychiatrie in die Alters- und Pflegeheime.

⁹² Gründe für ein Ausbleiben von gesamthafter Verlagerungen sind gemäss Aussagen von Fachpersonen Unterdeckungen bei gewissen ambulanten Leistungen und die unterschiedliche Finanzierung des ambulanten und des stationären Bereichs, die für Versicherer keine Anreize setzen, eine Verlagerung von Behandlungen in den ambulanten Bereich zu fördern (vgl. Frey et al. 2014). Im stationären Bereich übernehmen die Kantone min. 55% der Vergütung der stationären Behandlung, die Krankenversicherer entsprechend max. 45%. Im ambulanten Bereich übernehmen die Krankenversicherer 100% der Vergütung.

stationären in den (praxis-/spital-)ambulanten Bereich gekommen ist. Für Verlagerungen in die andere Richtung fällt die Zustimmungsrate mit 6% deutlich geringer aus. Gemäss der Einschätzung der Spitäler kommen Teilverlagerungen vom stationären in den vor- und nachgelagerten ambulanten Bereich des Spitals (praxis-/spitalambulant, Rehabilitation, Spitex) aufgrund der KVG-Revision im Vergleich zu gesamthaften Verlagerungen etwas häufiger vor. Die Zustimmungsrate beträgt rund 50%. Eine ähnlich hohe Zustimmungsrate ist bei Akutspitälern in Bezug auf Teilverlagerungen in nachgelagerte stationäre Bereiche (Pflegeheime, Akut- und Übergangspflege im Spital, Rehabilitation) festzustellen (vgl. Tabelle 47 im Anhang B). Die Einschätzung der Akutspitäler in Bezug auf Teilverlagerungen in nachgelagerte stationäre Bereiche findet eine Bestätigung in der Einschätzung von Spitalern aus den Bereichen Rehabilitation, Geriatrie, Psychiatrie und Palliativmedizin, die aufgrund der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung in ihrem Spital mehr und v.a. frühere Verlegungen von Patientinnen und Patienten aus Akutspitälern beobachteten (vgl. Tabelle 47 im Anhang B).

Bewertung

In Tabelle 16 erfolgt die Bewertung in Bezug auf das Auftreten von effizienzsteigernden Reaktionen der Spitäler durch das Evaluationsteam anhand eines Soll-Ist-Vergleichs.

Tabelle 16 Bewertung in Bezug auf Auftreten effizienzsteigernde Reaktionen der Spitäler

Erwartungen	Soll-/Ist-Vergleich	Bewertung
Verbessertes Schnittstellenmanagement	Gemäss Einschätzungen von Akteuren des Gesundheitswesens (im Rahmen der Spitalbefragung und Interviews) hat sich das Schnittstellenmanagement seit 2012 verbessert. Ein möglicher Treiber dafür kann der Druck, die Kosteneffizienz zu erhöhen, sein. Dies wiederum deutet auf einen Einfluss der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung hin. Ein weiterer Grund kann die verstärkte Beanspruchung gewisser Schnittstellen sein. Gemäss Interviews bestehen weiterhin Verbesserungsmöglichkeiten.	✓
Verstärkte Kooperationen mit anderen Spitälern/Leistungserbringern	Gemäss Einschätzungen von Akteuren des Gesundheitswesens (im Rahmen der Spitalbefragung und Interviews) sind verstärkte Kooperationen aufgrund der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung zu beobachten.	✓
Effizienzsteigernde Leistungsverlagerungen	Studien des BAG im Rahmen der Evaluation und der Begleitforschung Dritter weisen auf Teilverlagerungen von Leistungen in vor- und nachgelagerte Bereiche (praxis-/spitalambulant, Rehabilitation, Spitex, Pflegeheime) im Zuge der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung hin. Auf Grundlage der für diese Studie einbezogenen Literatur finden sich keine Hinweise auf gesamthafte Verlagerungen von stationären Behandlungen in den ambulanten Bereich (oder umgekehrt). Inwiefern diese Verlagerungen aus Kostensicht erwünscht sind, kann nicht beurteilt werden.	?
Stärkere Spezialisierung	Auf der Grundlage von empirischen Ergebnissen aus einer Auftragsstudie des BAG im Rahmen der Evaluation und von Einschätzungen von Akteuren des Gesundheitswesens (im Rahmen der Spital- und Kantonsbefragung und Interviews) finden sich keine Hinweise auf einen klaren Trend hin zu einer verstärkten Spezialisierung (nur bezogen auf einzelne Leistungserbringer).	≈

Erwartungen	Soll-/Ist-Vergleich	Bewertung
Gesamtbewertung	Teilweise sind erwünschte (effizienzsteigernde) Reaktionen der Spitäler zu beobachten. Diese können zumindest teilweise mit der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung in Verbindung gebracht werden, eine eindeutige kausale Zuschreibung ist allerdings nicht möglich.	≈

Anmerkung: ✓ erfüllt; ≈ teilweise erfüllt; ✗ nicht erfüllt; ?: kann nicht beurteilt werden

4.2.2. Effizienzmindernde Reaktionen

Erwartungen

Neben den im vorangehenden Kapitel skizzierten erwünschten, effizienzsteigernden Reaktionen sind aufgrund der neuen Spitalfinanzierung auch unerwünschte, effizienzmindernde Reaktionen der Spitäler möglich (vgl. Wirkungsüberlegungen in **Kap. 2.1** und die Ausführungen unten). Dabei geht es um die Effizienz des Gesamtsystems (nicht nur bezogen auf die Spitäler). Da diese Anreize insb. mit dem DRG-System verbunden sind, beziehen sich die folgenden Ausführungen primär auf den akutsomatischen Bereich:

- *Unerwünschte Mengenausweitung*: Das DRG-System setzt Anreize zu einer unerwünschten Mengenausweitung (im Sinne von medizinisch nicht indiziert). Durch eine Ausweitung der Mengen können Spitäler höhere Deckungsbeiträge erwirtschaften (finanzieller Anreiz) und die finanziellen Risiken abfedern (risikobedingter Anreiz) (vgl. Widmer et al. 2017a).⁹³
- *Höherkodierungen*: Die Vergütung eines Spitals hängt u.a. vom Kostengewicht ab, das dem behandelten Fall zugeordnet wird. Hier besteht die Gefahr, dass systematisch zu hohe Kostengewichte kodiert werden, um von einer höheren Vergütung zu profitieren (sog. Up-Coding) (vgl. Frey et al. 2014, S. 29).⁹⁴
- *Risikoselektion*: Das DRG-System verlagert das finanzielle Risiko eines Behandlungsfalles auf die Spitäler. Insbesondere bei grosser Streuung der Kosten innerhalb einer DRG oder bei falscher Bewertung der Kostengewichte können Anreize für Spitäler zur Risikoselektion entstehen. Aus finanzieller Sicht sind v.a. Patientinnen und Patienten „attraktiv“ für ein Spital, deren Behandlungskosten unter der fallpauschalierten Leistungsvergütung liegen (vgl. Frey et al. 2014; Widmer et al. 2017a, Hochuli et al. 2017). Anreize zur Risikoselektion sind der DRG-basierten Vergütung (weil Durchschnittskosten abgegolten werden) grundsätzlich inhärent (vgl. Frey et al. 2014), können aber durch eine unzureichende Ausdifferenzierung der Tarifstruktur noch verstärkt werden (vgl. hierzu die Analysen zur Sachgerechtigkeit der Tarifstruktur in **Kap. 3.3.1**).
- *Rationierung*: Unter Rationierung wird nachfolgend das Vorenthalten von Leistungen, die der betroffenen Person einen Nutzen stiften würden, verstanden. Die

⁹³ Gemäss Widmer et al. (2017a) sind Mengenausweitungen nicht a priori unerwünscht. Falls das DRG-System zu einer Beseitigung einer Unterversorgung beiträgt, wäre die Mengenausweitung durchaus erwünscht. In der Schweiz liessen sich allerdings keine Hinweise auf eine Unterversorgung finden.

⁹⁴ Veränderungen des CMI sind auch durch eine Verbesserung der Kodierung im Sinne einer möglichst vollständigen Abbildung der Behandlungen möglich (vgl. Frey et al. 2014). Im Fokus steht hier allerdings das Up-Coding, d.h. eine systematisch falsche Kodierung.

Patientin/der Patient wird zwar behandelt, aber nicht ausreichend versorgt. Anreize für eine Unterversorgung sind dann ausgeprägt, wenn komplexe Fälle im DRG-System nicht oder nur unzureichend abgebildet sind und die Behandlung dieser Fälle systembedingt zu Defiziten führt.

- *Unerwünschte Leistungsverlagerungen:* Wie bereits in **Kap. 4.2.1** ausgeführt, können Leistungsverlagerungen durch finanzielle und risikobezogene Anreize ausgelöst werden. Aus Kostensicht sind Leistungsverlagerungen dann unerwünscht, wenn über das gesamte System betrachtet aufgrund der Leistungsverlagerung mehr Ressourcen verbraucht werden als ohne Leistungsverlagerung. D.h. falls die zusätzlichen Ausgaben, die im Bereich entstehen, wohin die Leistung ausgelagert wird, nicht durch entsprechende Einsparungen im stationären Bereich kompensiert werden (vgl. Pellegrini und Roth 2018).

Entwicklungen/Wirkung KVG-Revision

Unerwünschte Mengenausweitung

Die Befragungen der Kantone und Spitäler geben Hinweise darauf, dass es aufgrund der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung zu einer Mengenausweitung gekommen ist. So gaben 18 von 23 Kantonen (78%) im Rahmen der Kantonsbefragung die Einschätzung ab, dass es aufgrund der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung zu einer Mengenausweitung gekommen ist (vgl. Tabelle 48 im Anhang B). Im Rahmen der Spitalbefragung schätzte die Mehrheit der Spitäler (56%), dass es aufgrund der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung im eigenen Spital zu einer Zunahme von stationären Fällen gekommen ist (vgl. Tabelle 47 in Anhang B).⁹⁵ Weiter zeigen die Resultate aus der Spitalbefragung in Bezug auf die Reaktionen der Spitäler auf den finanziellen Druck, dass Massnahmen wie Struktur- und Prozessoptimierungen, die auf die Senkung der Produktionskosten abzielen, häufiger genannt werden als Mengenausweitungen (die auf eine Erhöhung der Erträge abzielen würden), in der Tendenz also eher Massnahmen ergriffen wurden, welche die Produktionskosten betreffen (vgl. INFRAS 2018, eigene Auswertung). Zu beachten gilt es allerdings, dass im stationären Spitalbereich bereits vor 2012 eine Zunahme der Fallzahlen zu beobachten war, die sich nach 2012 verstärkt fortgesetzt hat (vgl. Pellegrini und Roth 2018). Zumindest in der Akutsomatik lässt sich diese Zunahme gemäss Pellegrini und Roth (2018) auf die demografische Entwicklung zurückführen.

Zur Beantwortung der Frage, ob und wenn ja in welchem Ausmass und in welchen Bereichen es aufgrund der Einführung von SwissDRG zu einer (anreizgetriebenen, d.h. medizinisch nicht indizierten) Mengenausweitung gekommen ist, wurde im Rahmen der Evaluation der KVG-Revision Spitalfinanzierung des BAG eine Studie erstellt (vgl. Widmer et al. 2017a). Darin wurden für den Zeitraum 2007-2014 auf der Grundlage von Daten aus der medizinischen Statistik der Krankenhäuser, der Krankenhausstatistik, der Fallkostenstatistik und weiteren Statistiken zur Wohnbevölkerung (alle BFS) verschiedene Hypothesen in Bezug auf eine (anreizgetriebene) Mengenausweitung im Zuge der

⁹⁵ Die Zustimmung in Bezug auf eine Abnahme von stationären Fällen fällt demgegenüber mit 16% deutlich tiefer aus.

Einführung von SwissDRG untersucht. Die Studie findet keine klaren Belege dafür, dass die Einführung von SwissDRG insgesamt zu einer Mengenausweitung geführt hat. Gewisse Effekte scheinen stärker auszufallen, wenn das Jahr 2014 (letztes Jahr des Analysezeitraums der Studie) anstatt das Jahr 2012 als Vergleichsjahr verwendet wird, was darauf schliessen lässt, dass eine gewisse Anpassungszeit berücksichtigt werden muss, bevor sich allfällige veränderte Anreize bei den Spitälern auch in einer Veränderung der Fallzahlen niederschlagen (vgl. Widmer et al. 2017a).⁹⁶

Höherkodierungen

Gemäss Frey et al. (2014) finden sich in der Schweiz keine Hinweise auf systematische Höherkodierungen. Diese Schlussfolgerung basiert u.a. auf einer Analyse von Revisionsberichten zur Kodierung (Daten 2012).⁹⁷ Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde eine Aufdatierung der Analyse zu den Kodierrevisionsberichten aus Frey et al. (2014) unter Einbezug der aktuellsten verfügbaren Kodierrevisionsberichte (aus den Jahren 2015-2017) durchgeführt.⁹⁸ Mit der Kodierrevision werden gemäss SwissDRG (2015) die Kodierqualität und die daraus resultierende Rechnungsstellung nach SwissDRG eines Spitals überprüft. Die Revision wird jährlich auf Basis einer Stichprobe der nach SwissDRG fakturieren Fälle durch eine unabhängige, entsprechend ausgebildete und erfahrene Fachperson durchgeführt (vgl. SwissDRG 2015). Die Ergebnisse aus der Analyse von Frey et al. (2014) werden damit grundsätzlich bestätigt. Bei insgesamt 69 von rund 2'000 revidierten Fällen ergaben sich aufgrund der Revision Veränderungen des Kostengewichts, wobei in 43 Fällen ein höheres, in 26 Fällen ein tieferes Kostengewicht resultierte. Die DRG-Änderungsquote (Anteil Fälle mit Änderung der DRG an der Gesamtzahl der betrachteten Fälle) betrug im Mittel 2,7%, wobei die tiefste Quote bei 0,3%, die höchste Quote bei 10,3% lag. Insgesamt kam es aufgrund der Revision in neun Spitälern zu einer Erhöhung des Case Mix Index (CMI), in drei Spitälern zu einer Senkung des CMI. Hinweise auf eine systematische Höherkodierung sind auch unter Einbezug der aktuellsten verfügbaren Kodierrevisionsberichte somit nicht erkennbar (vgl. Tabelle 49 im Anhang B für Resultate zu und Vergleiche der einbezogenen Kennzahlen). Zu beachten ist, dass sich die Analyse auf eine Stichprobe von Spitälern beschränkt, die mehrheitlich der Zentrumsversorgung zugeordnet werden können, und somit nicht repräsentativ für alle Spitäler (die nach SwissDRG abrechnen) ist.

Dieser Befund wird auch durch Angaben der Spitäler im Rahmen der Spitalbefragung und Einschätzungen der Kantone im Rahmen der Kantonsbefragung gestützt: Im Rahmen der Spitalbefragung wurden die Spitäler gebeten, auf der Grundlage des aktuellsten Ko-

⁹⁶ Eine Limitation der Studie ist, dass die Analyse nur bezogen auf die Anzahl der behandelten Fälle, nicht auf die Behandlungsintensität pro Fall ausgeführt werden konnte.

⁹⁷ Dieser Befund wird in EFK (2014) insofern bestätigt, als die Qualität der Kodierung von verschiedenen Akteuren als gut bis sehr gut beurteilt wird (Stand Beginn 2014).

⁹⁸ In Frey et al. (2014) wurden 20 Spitäler aufgrund verschiedener Kriterien (Spitaltyp, Trägerschaft, Vergütungssystem vor 2012, Netzwerkspital, Grösse gemessen an der Anzahl Patientinnen und Patienten, CMI, Preisspanne, Regionen) für eine Dokumentenanalyse ausgewählt, um ein möglichst breites Abbild der Spitallandschaft in der Schweiz zu gewährleisten. Für 12 Spitäler aus dieser Stichprobe standen für die Studie von Frey et al. (2014) Revisionsberichte zur Verfügung. Für die Aufdatierung der Analyse zu den Kodierrevisionsberichten wurden möglichst aktuelle Revisionsberichte für diese 12 Spitäler aufgenommen. Unter den 12 Spitälern finden sich mehrheitlich Spitäler der Zentrumsversorgung.

dierrevisionsberichts den Anteil richtiger Hauptdiagnosen⁹⁹ und die prozentuale Veränderung des CMI nach der Revision anzugeben.¹⁰⁰ Der mittlere Anteil richtiger Hauptdiagnosen (gemessen am Median) lag bei 98%. Die mittlere prozentuale Veränderung des CMI nach der Revision (gemessen am Median) lag bei 0%.¹⁰¹ Auch diese Ergebnisse liefern keine Hinweise auf eine systematisch falsche Kodierung. 20 Kantone haben im Rahmen der Kantonsbefragung eine Einschätzung zum Auftreten von Höherkodierungen abgegeben. Dabei schätzen sechs von 20 Kantonen Höherkodierungen als sehr häufig oder häufig ein (vgl. Tabelle 48 im Anhang B).

In einem Interview wurde zudem darauf hingewiesen, dass mit einer systematischen Höherkodierung nur ein kurzfristiger Gewinn zu erzielen wäre. Die Höherkodierung hätte nämlich einen Anstieg des Case Mix (CM) zur Folge (bei gleich bleibenden Kosten). Die Fallnormkosten, die sich aus der Division der Fallkosten durch den CM ergeben, würden dadurch sinken. Da die Fallnormkosten die Basis für das Benchmarking und die Tariffestlegung bilden, würde sich die falsche Kodierung (aus Sicht des Spitals) negativ auf den Spitaltarif auswirken.

Risikoselektion

Die Beantwortung der Frage, ob es aufgrund der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung zu einer (verstärkten) Risikoselektion gekommen ist, wird nachfolgend auf der Grundlage von Einschätzungen von Kantonen sowie Ärztinnen und Ärzten vorgenommen. Eine Selektion von Patientinnen und Patienten aufgrund der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung fand nach Einschätzung von lediglich zwei von 15 Kantonen (13%) (die eine Einschätzung zu dieser Aussage abgegeben haben) eher häufig oder sehr häufig statt (vgl. Tabelle 48 in Anhang B). Im Rahmen der 7. Befragung (Jahr 2017) von Ärztinnen und Ärzten durch das Institut gfs im Auftrag der FMH (vgl. Golder et al. 2017) wurden auch Einschätzungen zur Aufnahme und Versorgung von Patientinnen und Patienten erfragt, die im Zusammenhang mit einer möglichen Risikoselektion von Interesse sind. Im Jahr 2017 stimmten 87% der Befragten der Aussage „Mein Spital nimmt alle Patienten auf, auch wenn sie wahrscheinlich mehr Kosten verursachen werden, als vergütet wird“ zu. Der Wert liegt damit etwas über dem Ausgangswert von 85% aus dem Jahr 2011. Der Aussage „Es wird versucht, chronisch kranke und multimorbide Patienten in anderen Einrichtungen unterzubringen“ stimmten im Jahr 2017 16% zu, ein deutlich tieferer Anteil als im Jahr 2011 mit einem Wert von 27%.

Weiter können auch Einschätzungen der Spitäler in Bezug auf Verlegungen von Patientinnen und Patienten Hinweise auf eine Risikoselektion geben. So geben Frey et al. (2014) bspw. Aussagen von Spitälern wieder, wonach Patientinnen und Patienten, die von einem anderen Spital überwiesen werden, in der Behandlung aufwändiger sind (vgl.

⁹⁹ Die Hauptdiagnose ist das wichtigste Kriterium für die Zuordnung in eine Fallgruppe (vgl. EFK 2014).

¹⁰⁰ Von insgesamt 69 Spitälern mit einer Aktivität in der Akutsomatik haben rund drei Viertel die entsprechenden Werte für die beiden Kennzahlen angegeben. Im Vergleich zur gesamten Stichprobe sind Universitätsspitäler, weitere Spitäler der Zentrumsversorgung und Spitäler der Grundversorgung dabei etwas über-, Spezialkliniken etwas untervertreten. Gemessen an der Anzahl der Austritte (Akutsomatik) haben in der Tendenz grössere Spitäler Werte zu den beiden Kennzahlen angegeben.

¹⁰¹ Senkung CMI nach Revision: acht Spitäler; keine Veränderung CMI nach Revision: 18 Spitäler; Erhöhung CMI nach Revision: 25 Spitäler.

Frey et al. 2014). Im Rahmen der Spitalbefragung stimmten insgesamt nur wenige Spitäler mit Haupttätigkeit Akutsomatik der Aussage zu, dass es aufgrund der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung zu mehr Verlegungen vom eigenen Spital in andere Spitäler oder umgekehrt zu mehr Verlegungen von anderen Spitälern in das eigene Spital gekommen ist (10% bzw. 18%). Dabei gilt es allerdings nennenswerte Unterschiede zwischen den Spitaltypen zu beachten: In Bezug auf Verlegungen von anderen Spitälern lag der Anteil der Zustimmung bei den Universitätsspitälern bei rund 60%. In Bezug auf Verlegungen in andere Spitäler lag die Zustimmung bei den Spitälern der Grundversorgung bei rund 20% (vgl. Tabelle 47 in Anhang B). Demgegenüber war der Anteil der Spitäler mit Haupttätigkeit Rehabilitation, Geriatrie, Palliativmedizin und Psychiatrie, die aufgrund der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung von mehr Verlegungen aus Spitälern der Akutsomatik berichten, mit 44% deutlich höher (wobei die Zustimmungsrate bei den Rehabilitationskliniken mit knapp 70% am höchsten ausfiel (vgl. Tabelle 47 in Anhang B)).¹⁰²

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den Einschätzungen zu Rückverlegungen von (anderen) Akutspitälern. Rund 19% der Spitäler und Kliniken¹⁰³ stimmten der Aussage zu, dass es aufgrund der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung zu mehr Rückverlegungen in (andere) Akutspitäler gekommen ist. Auch hier gibt es eine nennenswerte Abweichung: Bei den Rehabilitationskliniken lag die Zustimmungsrate bei knapp 70% (vgl. Tabelle 47 in Anhang B). Über alle Spitäler betrachtet lagen die Zustimmungsraten jeweils unter 50%.

Bei der Interpretation der Ergebnisse gilt es zu beachten, dass eine Zunahme von Verlegungen nicht notwendigerweise durch Risikoselektion (alleine) getrieben sein müssen, sondern auch Ausdruck einer verstärkten Spezialisierung sein können: Bspw. sind Spitäler am Ende der Versorgungskette speziell für komplexen Fälle eingerichtet und eine Verlagerung durchaus gewollt.¹⁰⁴

Rationierung

Bereits die Studie von Frey et al. (2014) ist auf die Thematik der Rationierung (in der Studie definiert als eine nicht angemessene Versorgung von komplexen Fällen) eingegangen. Gemäss Einschätzungen von Fachpersonen kam es damals zu keiner Unterversorgung. Ein Grund dafür wurde in differenzierten Spitaltarifen gesehen, die helfen, mögliche Probleme bei der Abbildung von komplexen Fällen in der Tarifstruktur SwissDRG aufzufangen. Wie in **Kap. 3.3.1** aufgezeigt, gibt es Hinweise, dass die Tarifstruktur SwissDRG noch nicht alle Kostenunterschiede sachgerecht abzubilden vermag. Aus die-

¹⁰² Auch die Zustimmung zur Aussage, dass es aufgrund der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung zu früheren Verlegungen von Patientinnen und Patienten aus Akutspitälern genommen ist, fällt bei Spitälern und Kliniken mit den Hauptaktivitäten Rehabilitation, Geriatrie, Palliativ und Andere mit 78% hoch aus (wobei die Rehabilitationskliniken eine sehr hohe Zustimmungsrate von 100% aufweisen). Dies ist aus unserer Sicht Ausdruck einer Leistungsverlagerung.

¹⁰³ Wobei sich hier nicht nur Spitäler und Kliniken mit Haupttätigkeit Akutsomatik, sondern auch Spitäler und Kliniken mit Haupttätigkeit Rehabilitation oder anderen Haupttätigkeiten äussern konnten.

¹⁰⁴ Diese Leistungen müssen entsprechend sachgerecht vergütet werden, was eine adäquate Abbildung dieser Fälle in der Tarifstruktur bedingt, damit Spitäler, die überdurchschnittlich viele dieser Fälle behandeln, nicht systematisch untervergütet werden (vgl. hierzu die Ausführungen in **Kap. 3.3.1**).

sem Grund werden aktuell noch bspw. nach Spitaltypen differenzierte Spaltarife festgelegt (**Kap. 3.3.3**). Insofern haben die Aussagen der Fachpersonen aus der Studie von Frey et al. (2014) weiterhin Gültigkeit.

Im Rahmen der Kantonsbefragung konnten die Kantone auch eine Einschätzung abgeben, ob aufgrund der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung eine Rationierung stattfindet.¹⁰⁵ 18 Kantone gaben eine Einschätzung ab, wobei keiner dieser Kantone davon ausgeht, dass es aufgrund der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung häufig oder sehr häufig zu einer Rationierung gekommen ist (vgl. Tabelle 48 in Anhang B).

In einem Interview wurde darauf hingewiesen, dass es nicht einfach sei, Rationierung festzustellen. Es gebe unterschiedliche Gründe, warum es zu einer nicht angemessenen Versorgung von Patientinnen und Patienten kommen kann. Was angemessen sei, müsste gemessen werden, oft seien aber nur subjektive Einschätzungen der Patientinnen und Patienten vorhanden. Diese liessen sich aufgrund fehlender Messungen oft nicht mit objektiven Informationen abgleichen.

Unerwünschte Leistungsverlagerungen

Die Thematik der Leistungsverlagerungen wurde bereits bei den effizienzsteigernden Reaktionen der Spitäler aufgenommen. Wie dort bereits ausgeführt, ist eine Einschätzung in Bezug auf die Erwünschtheit einer Verlagerung schwierig zu beurteilen.

Bewertung

In Tabelle 17 erfolgt die Bewertung in Bezug auf das Auftreten von effizienzmindernden Reaktionen der Spitäler durch das Evaluationsteam anhand eines Soll-Ist-Vergleichs.

Tabelle 17 Bewertung in Bezug auf das Auftreten effizienzmindernde Reaktionen der Spitäler

Befürchtungen	Soll-/Ist-Vergleich	Bewertung
Unerwünschte Mengenausweitung	Keine klaren Hinweise auf unerwünschte Mengenausweitung aufgrund der Einführung von SwissDRG. Die für die Analyse hauptsächlich einbezogene Studie konnte aufgrund der Datenverfügbarkeit lediglich den Zeitraum bis 2014 abdecken. Allfällige zeitverzögerte Reaktionen der Spitäler konnten nicht oder nur unzureichend erfasst werden.	?
Höherkodierungen	Basierend auf Kennzahlen (Kodierrevisionsberichte, Angaben von Spitälern im Rahmen der Spitalbefragung zu Kennzahlen aus den aktuellsten Kodierrevisionsberichten) und Einschätzungen von Akteuren aus dem Gesundheitswesen (im Rahmen der Kantonsbefragung und im Rahmen der Interviews) finden sich keine Hinweise auf systematische Höherkodierungen seit der Revision.	✓

¹⁰⁵ Eine genaue Definition von Rationierung wurde in der Kantonsbefragung nicht vorgegeben. Somit können den Einschätzungen der Kantone unterschiedliche Definitionen von Rationierung zugrunde liegen, wobei eine nicht angemessene Versorgung von komplexen Fällen eine mögliche Definition sein kann.

Befürchtungen	Soll-/Ist-Vergleich	Bewertung
Risikoselektion	Auf der Grundlage von Einschätzungen von Akteuren aus dem Gesundheitswesen (Ärztinnen/Ärzte im Rahmen einer Befragung der FMH; Kantone und Spitäler im Rahmen der Kantons- und Spitalbefragung) lassen sich keine Hinweise auf eine systematische Risikoselektion seit der Revision ableiten. Gewisse Einschätzungen sind teilweise nicht eindeutig interpretierbar. Risikoselektion kann auf dieser Basis somit nicht ausgeschlossen werden.	?
Rationierung	Basierend auf Einschätzungen von Kantonen im Rahmen der Kantonsbefragung und Einschätzungen von Akteuren des Gesundheitswesens im Rahmen der Interviews finden sich keine Hinweise auf systematische Rationierung (d.h. das Vorenthalten von Leistungen, die der betroffenen Person einen Nutzen stiften würden) seit der Revision. Was nicht ausschliesst, dass Einzelfälle davon betroffen sein können.	✓
Unerwünschte Leistungsverlagerungen	Vgl. Ausführungen zu den (effizienzsteigernden) Leistungsverlagerungen. Inwiefern diese Verlagerungen erwünscht sind oder nicht (im Sinne einer Effizienzsteigerung) kann nicht beurteilt werden.	?
Gesamtbewertung	Gewisse befürchtete unerwünschte Reaktionen der Spitäler aufgrund der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung sind nicht eingetreten (systematische Höherkodierungen, Rationierung). Die Beurteilung anderer Reaktionen (medizinisch nicht indizierte Mengenausweitung, Risikoselektion und unerwünschte Leistungsverlagerungen) kann auf der Grundlage der für diese Studie herangezogenen Informationen nicht vorgenommen werden.	✓ / ?

Anmerkung: ✓ nicht eingetreten; ≈ teilweise eingetreten; ✗ nicht eingetreten; ?: kann nicht beurteilt werden

4.3. Zwischenfazit

A. Inwieweit setzt die Umsetzung der Revision die Spitäler unter finanziellen Druck bei der Erbringung stationärer Spitalleistungen?

Gemäss Einschätzung der Spitäler (INFRAS 2018) hat sich der finanzielle Druck nach 2012 (ausgehend von einem hohen Niveau bereits vor 2012) weiter erhöht. Am stärksten ausgeprägt erscheint der finanzielle Druck bei Betrachtung der Spitaltypen in Universitätsspitalern, weiteren Zentrumsversorgungsspitalern und psychiatrischen Kliniken (in Bezug auf die Universitätsspitäler und weiteren Zentrumsversorger deckt sich dieses Resultat mit Einschätzungen der Kantone und den Auswertungen zu den EBITDA- und EBITDAR-Margen in diesem Bericht: Universitätsspitäler, weitere Spitäler der Zentrumsversorgung und der Grundversorgung hatten im Jahr 2016 die tiefsten Werte zu verzeichnen), bei Betrachtung der Aktivitätstypen in den Bereichen Psychiatrie, Rehabilitation und Geriatrie. Die Zunahme des finanziellen Drucks in Bereichen ausserhalb der Akutsomatik erstaunt, da insb. im akutsomatischen Bereich mit der Einführung von SwissDRG ein erhöhter finanzieller Druck erwartet wurde. Im Bereich der Rehabilitation lässt sich der finanzielle Druck möglicherweise mit der Beobachtung eines steigenden Anteils von Übertritten von der Akutsomatik in die Rehabilitation (vgl. Hedinger et al. 2018) sowie dem Fehlen einer Tarifstruktur, die Behandlungsleistungen sachgerecht abzubilden vermag, erklären. Die Resultate in Abbildung 26 im Anhang B zeigen, dass der

finanzielle Druck von Spitälern mit Hauptaktivität Akutsomatik (im Vergleich zu Spitälern mit anderen Hauptaktivitäten) bereits vor 2012 als hoch oder sehr hoch wahrgenommen wurde. Der hohe finanzielle Druck vor 2012 kann zumindest teilweise damit erklärt werden, dass in einigen Kantonen bereits vor 2012 stationäre Spitalleistungen über Fallpauschalen vergütet wurden (Tarifsystem AP-DRG, All patients diagnosis related groups). Die Analyse der Gründe für den von den Spitälern im Jahr 2016 wahrgenommenen hohen finanziellen Druck (vgl. Tabelle 14 in **Kap. 4.1**) zeigt, dass rund zwei Drittel der Spitäler als Grund für den hohen finanziellen Druck die Spitaltarife im stationären Bereich nannten. Dieses Resultat wird nicht nur von Einschätzungen von Spitälern mit Hauptaktivität Akutsomatik getrieben: Eine nach Hauptaktivitäten differenzierte Analyse zeigt, dass dieser Wert nicht nur für Spitäler mit Hauptaktivität Akutsomatik (66%), sondern auch für Spitäler mit Hauptaktivität Psychiatrie (56%) und Rehabilitation (69%) ähnlich hoch ausfällt.

Die Zunahme des finanziellen Drucks seit 2012 muss nicht notwendigerweise mit der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung in Verbindung stehen. Ein Hinweis darauf, dass die KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung zumindest teilweise dafür verantwortlich ist, liefern die von den Spitälern im Rahmen der Spitalbefragung genannten Gründe für den finanziellen Druck (INFRAS 2018). Mit Abstand am häufigsten genannt werden die Spitaltarife im stationären Bereich. Für die Akutsomatik deutet ein Vergleich der Entwicklungen der Spitaltarife und der Produktionskosten an, dass der finanzielle Druck zugenommen hat (vgl. **Kap. 3.3.3**).

Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass der finanzielle Druck auf die Spitäler, auch bedingt durch die neue Spitalfinanzierung, seit 2012 zugenommen hat.

B. Welche Reaktionen, die die Kosteneffizienz beeinflussen, ruft die Revision bei den Spitälern hervor?

Einschätzungen von Spitälern im Rahmen der Spitalbefragung und anderer Akteure im Rahmen der Interviews legen verstärkte Struktur- und Prozessoptimierungen aufgrund der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung nahe. Dazu zählen Verbesserungen im Schnittstellenmanagement, was einerseits auf den Druck, die Kosteneffizienz zu erhöhen, aber auch auf die stärkere Beanspruchung der Schnittstellen aufgrund von Leistungsverlagerungen, die in Studie des BAG im Rahmen der Evaluation und im Rahmen der Begleitforschung von Dritten dokumentiert werden, zurückgeführt werden kann. Weiter zählen auch verstärkte Kooperationen mit anderen Leistungserbringern dazu. Einen klaren Trend hin zu einer verstärkten Spezialisierung lässt sich nicht feststellen. (Gruber und Lippitsch 2018b). Die genannten Reaktionen der Spitäler können zumindest teilweise mit der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung in Verbindung gebracht werden, eine eindeutige kausale Zuschreibung ist allerdings nicht möglich.

Gewisse befürchtete effizienzmindernde Reaktionen der Spitäler aufgrund der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung sind nicht eingetreten: Auf der Basis verschiedener Informationsquellen (Analyse von Kodierrevisionsberichten, Angaben von Spitälern zu Kennzahlen aus dem aktuellsten Kodierrevisionsbericht im Rahmen der Spitalbefragung, Einschätzungen von Kantonen im Rahmen der Kantonsbefragung und Interviews mit Akteuren des Gesundheitswesens) konnten keine Hinweise auf systematische Höherkodierungen gefunden werden. Auf Basis von Einschätzungen der Kantone im Rahmen

der Kantonsbefragung und von anderen Akteuren im Rahmen der Interviews konnten auch keine Hinweise auf eine systematische Rationierung identifiziert werden. Was nicht ausschliesst, dass Einzelfälle davon betroffen sein können. In Bezug auf andere unerwünschte Reaktionen (medizinisch nicht indizierte Mengenausweitung, Risikoselektion) liegen auf der Grundlage der für diese Studie herangezogenen Informationen ebenfalls keine systematischen Hinweise vor, eine abschliessende Bewertung ist aber nicht möglich.

Verschiedene Studien des BAG im Rahmen der Evaluation und der Begleitforschung von Dritten (Hedinger et al. 2018, Widmer et al. 2017b, Felder et al. 2014a) liefern Evidenz für Teilverlagerungen von Leistungen in den akutstationären Bereich vor- und nachgelagerte Versorgungsbereiche, wobei die Studienergebnisse teilweise unterschiedliche Zielbereiche für Verlagerungen identifizieren (praxis-/spitalambulant, Rehabilitation, Spitex, Pflegeheime), was zumindest teilweise auch einer unterschiedlichen zeitlichen Abdeckung der Studien zuzuschreiben ist. Keine systematischen Hinweise liefert die Begleitforschung allerdings auf gesamthafte Verlagerungen von stationären Behandlungen in den ambulanten Bereich (oder umgekehrt). Inwiefern diese Verlagerungen erwünscht sind oder nicht (im Sinne einer Effizienzsteigerung) kann nicht beurteilt werden.

5. Auswirkungen auf das Versorgungssystem

In diesem Kapitel stehen die Auswirkungen der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung auf das Versorgungssystem im Fokus. Im **Kap. 0** werden die Wirkungen auf das stationäre Versorgungsangebot (gemessen an der Leistungskonzentration) untersucht. In **Kap. 5.2, 5.3, 5.4** und **5.5** werden Indikatoren zu (Produktions-)Kosten und Ausgaben sowie zur Finanzierung, differenziert nach verschiedenen Betrachtungsebenen des Gesundheitswesens, analysiert. Die Abbildung 4 bietet eine Übersicht zur Abgrenzung der verschiedenen Betrachtungsebenen. Die betrachteten Indikatoren werden in den entsprechenden Kapiteln noch genauer definiert.

Abbildung 4 Abgrenzung der Betrachtungsebenen des Gesundheitswesens

Gesundheitswesen <i>Kap. 5.5</i>			
Spitäler (stationär und ambulant) <i>Kap. 5.5</i>			Andere Leistungserbringer ^(a)
stationärer Spitalbereich <i>Kap. 0, 5.4</i>		ambulanter Spitalbereich	
Stationäre Spitalleistungen <i>Kap. 5.2, 5.3</i>	GWL		

Quelle: Abbildung in Anlehnung an Pellegrini und Roth (2016, Tabelle 1). Anmerkung: ^(a) Ärztinnen/Ärzte in freien Praxen, Spitex, Alters- und Pflegeheime.

5.1. Leistungskonzentration im stationären Versorgungsangebot

Erwartung

Gemäss Wirkungsüberlegungen ausgehend von Abbildung 1 (vgl. **Kap. 2.1**) sollten effizienzsteigernde Reaktionen der Spitäler zu einer effizienteren Leistungserbringung im stationären Bereich führen, die sich u.a. in einer Leistungskonzentration niederschlagen sollte (bspw. durch Fokussierung auf Kernkompetenzen). Unter Leistungskonzentration wird hier die Reduktion der Zahl der Leistungserbringer in bestimmten Leistungsbereichen bzw. die Verschiebung von Marktanteilen zugunsten grösserer Leistungserbringer verstanden (vgl. Gruber und Lippitsch 2018b).

Entwicklung/Wirkung der KVG-Revision

Gemäss den Analysen von Gruber und Lippitsch (2018b) ist kein genereller Trend zu einer Leistungskonzentration festzustellen. Dies gilt für alle drei Versorgungsbereiche Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie. In der Akutsomatik beschränken sich die Leistungskonzentrationen fast ausschliesslich auf Leistungsgruppen mit Mindestfallzahlen oder Leistungsgruppen, die der Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) unterstehen. Diese Leistungskonzentration ist gewollt und entsprechend gesteuert. In Bezug auf die Leistungsbereiche weist die Ophthalmologie die stärkste Konzentration auf. Gruber und Lippitsch (2018b) finden leichte Konzentrations-tendenzen bei der neurologischen und internistisch-onkologischen Rehabilitation. In der Psychiatrie sind keine nennenswerten Konzentrationstendenzen feststellbar.

Bewertung

In Tabelle 18 erfolgt die Bewertung in Bezug auf eine Entwicklung hin zu einer Leistungskonzentration durch das Evaluationsteam anhand eines Vorher-Nachher-Vergleichs.

Tabelle 18 Bewertung in Bezug auf die Entwicklung hin zu einer Leistungskonzentration

Erwartungen	Vorher-Nachher-Vergleich	Bewertung
Leistungskonzentration	Die erwartete Leistungskonzentration ist nur teilweise eingetreten. Ein möglicher Grund dafür ist in der Spitalplanung zu verorten. Spitalisten und Leistungsaufträge haben in der Regel über mehrere Jahre Bestand. Dadurch werden die Strukturen zu einem hohen Grad fixiert. Grössere Veränderungen in der Leistungskonzentration sind somit erst längerfristig (d.h. über eine Spitalplanungsperiode hinaus) zu erwarten.	≈

Anmerkung: ✓ erfüllt; ≈ teilweise erfüllt; ✗ nicht erfüllt; ?: kann nicht beurteilt werden

5.2. Kosten für Erbringung von stationären Spitalleistungen

Erwartung

Gemäss Wirkungsüberlegungen sollte mit den effizienzsteigernden Reaktionen der Spitäler ein geringeres Wachstum der Produktionskosten einhergehen (vgl. Abbildung 1, **Kap. 2.1**). Unter Produktionskosten für die Erbringung von stationären Spitalleistungen (für den gesamten stationären Spitalbereich, d.h. unter Berücksichtigung der Versorgungsbe-

reiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation) wird die Summe der von den Spitälern für die stationäre Versorgung aufgewendeten Mittel, d.h. alle Personal-, Geräte- und Infrastrukturkosten, die für die stationäre Versorgung anfallen, verstanden. Nicht enthalten sind die Kosten, die den Spitälern für die Erbringung anderer Dienstleistungsaufträge wie Forschung und universitäre Lehre sowie anderer GWL entstehen (vgl. Pellegrini und Roth 2018).

Entwicklung/Wirkung der KVG-Revision

Wir analysieren zuerst die Entwicklung der Produktionskosten und fragen uns, ob und wenn ja welchen Einfluss die KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung auf diese Entwicklung genommen hat bzw. welche anderen Einflussfaktoren die Entwicklung beeinflusst haben könnten. Für diese Analyse greifen wir auf die Auswertungen und Ergebnisse von Pellegrini und Roth (2018) zurück. Die Analyseperiode (2010-2016) ergibt sich aufgrund der Datenverfügbarkeit. Das Jahr 2012 wird bei der Analyse ausgegliedert und gesondert betrachtet, um Einführungseffekte der Revision aufzuzeigen und die Zeitperioden vor und nach 2012 ohne diese Einführungseffekte miteinander vergleichen zu können.

Das Wachstum der Produktionskosten für stationäre Spitalleistungen hat 2012 gegenüber dem Vorjahr um 4,6% (absolut) bzw. 3,5% (pro Fall) sprunghaft zugenommen; im Jahr 2011 betrug das Wachstum lediglich 2,8% (absolut) bzw. 1,8% (pro Fall). Seit 2013 hat das Wachstum der Produktionskosten stetig abgenommen, von 4,1% (absolut) bzw. 3,5% (pro Fall) im Jahr 2013 auf 1,6% (absolut) bzw. -0,8% (pro Fall) im Jahr 2016. Das durchschnittliche jährliche Wachstum betrug zwischen 2013-2016 2,9% (absolut) bzw. 1,0% (pro Fall) (vgl. Tabelle 19).

Tabelle 19 Durchschnittliches jährliches Wachstum der Kosten für die Erbringung von stationären Spitalleistungen („Produktionskosten“)

Bereich	Durchschnittliches jährliches Kostenwachstum					
	absolut			pro Fall		
	2011	2012	2013-2016	2011	2012	2013-2016
Total	2,8%	4,6%	2,9%	1,8%	3,5%	1,0%
Akutsomatik	2,4%	5,3%	2,8%	1,9%	4,0%	1,0%
Psychiatrie	3,2%	3,0%	1,9%	-2,8%	4,6%	-0,3%
Rehabilitation	5,2%	0,3%	5,0%	1,9%	0,7%	1,6%

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von Pellegrini und Roth (2018).

In der Akutsomatik ist eine ähnliche Entwicklung (durchschnittliches jährliches Wachstum in den Jahren 2013-2016 von 2,8% absolut und 1,0% pro Fall) zu beobachten.¹⁰⁶ In den Bereichen Psychiatrie und Rehabilitation betrug das durchschnittliche jährliche

¹⁰⁶ Dies war zu erwarten, da der akutsomatische Bereich für rund 80% der stationären Kosten verantwortlich ist; je 10% der Kosten entfallen auf die Bereiche Rehabilitation und Psychiatrie (vgl. Obsan 2018).

Wachstum in den Jahren 2013-2016 1,9% und 5,0% (absolut) bzw. -0,3% und 1,6% (pro Fall).

Zur Beurteilung des Einflusses der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung auf diese Entwicklungen wäre u.a. ein Vorher-Nachher-Vergleich von Interesse. Dieser ist allerdings nur sehr eingeschränkt möglich, da nur ein Datenpunkt vor 2012 zur Verfügung steht (Wachstum im Jahr 2011: absolut: 2,8%; pro Fall: 1,8%). Das durchschnittliche jährliche Wachstum in den Jahren 2013-2016 bewegte sich zumindest auf einem ähnlichen Niveau (absolut: 2,9%) wie bzw. auf einem tieferen Niveau (pro Fall: 1,0%) als das Wachstum im Jahr 2011. Weitere Anhaltspunkte auf das Wirken der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung kann ein Vorher-Nachher-Vergleich der Kostenentwicklungen innerhalb der Versorgungsbereiche Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie mit anschliessendem Quervergleich liefern. Wie bei der Betrachtung des gesamten stationären Spitalbereichs wird dieser Vergleich auch hier dadurch erschwert, dass vor 2012 nur ein Datenpunkt zur Verfügung steht (Wachstum im Jahr 2011). Mit der Einführung von Fallpauschalen in der Akutsomatik war die Erwartung verbunden, dass die Spitäler (verstärkte) Anstrengungen zur Kostenkontrolle unternehmen würden. Wie die Resultate in Tabelle 19 zeigen, fällt das durchschnittliche jährliche Wachstum der Kosten (pro Fall) in der Akutsomatik in den Jahren 2013-2016 tatsächlich tiefer aus als in den Jahren 2011 und 2012. Im Bereich der Psychiatrie ist das durchschnittliche jährliche Kostenwachstum (pro Fall, Jahre 2013-2016) im Vergleich zum Wachstum im Jahr 2011 angestiegen, im Vergleich zum Jahr 2012 gesunken. Die umgekehrte Entwicklung ist für die Rehabilitation zu beobachten. Einen weiteren Hinweis kann die Analyse von Pellegrini und Roth (2018) zu Kostenentwicklungen von Spitälern, die bereits vor 2012 eine Leistungsvergütung über ein fallpauschalierendes System AP-DRG kannten, im Vergleich zu Kostenentwicklungen in anderen Spitälern liefern. Geht von einem fallpauschalierenden System eine kostendämpfende Wirkung aus, sollte die Gruppe der Spitäler, deren Finanzierung bereits vor 2012 auf einem solchen System basierte, im Vergleich zu den anderen Spitälern tiefere Kosten pro Fall und ein tieferes Kostenwachstum aufweisen (vgl. Pellegrini und Roth 2018). Zwischen 2010 und 2016 steigen die Produktionskosten pro Fall in Spitälern, die bereits vor 2012 über ein AP-DRG-System verfügten, wie erwartet etwas weniger stark an. Dabei gilt es aber zu berücksichtigen, dass die Analyse weder spital- noch patientenspezifische Unterschiede berücksichtigt, die Resultate entsprechend mit grosser Vorsicht zu interpretieren sind (vgl. Pellegrini und Roth 2018).

Bewertung

In Tabelle 20 erfolgt die Bewertung in Bezug auf die Entwicklung der Kosten für die Erbringung von stationären Spitalleistungen gemäss KVG durch das Evaluationsteam anhand eines Vorher-Nachher-Vergleichs.

Tabelle 20 Bewertung in Bezug auf Entwicklung der Kosten für die Erbringung von stationären Spitalleistungen gemäss KVG

Erwartungen	Vorher-Nachher-Vergleich	Bewertung
Geringeres Wachstum der Kosten für die Erbringung von stationären Spitalleistungen gemäss KVG	Insgesamt hat die Entwicklung der Produktionskosten für stationäre Spitalleistungen (für den gesamten stationären Spitalbereich, d.h. unter Berücksichtigung der Versorgungsbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation) nach 2012 den erwarteten Verlauf genommen, d.h. das Kostenwachstum hat sich abgeschwächt (wobei das Resultat vornehmlich durch die Entwicklung in der Akutsomatik getrieben wird). Der Vergleich zur Entwicklung vor 2012 ist schwierig, da nur ein Datenpunkt (Wachstum im Jahr 2011) zur Verfügung steht. Die Entwicklung der Produktionskosten (Abschwächung des Wachstums seit 2012) deckt sich mit den Hinweisen auf effizienzsteigernden Reaktionen der Spitäler aufgrund der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung (vgl. die Ausführungen zu den Reaktionen der Spitäler in Kap. 4.2). Eine kausale Interpretation ist nicht möglich.	✓

Anmerkung: ✓ erfüllt; ≈ teilweise erfüllt; ✗ nicht erfüllt; ?: kann nicht beurteilt werden

5.3. Ausgaben für stationäre Spitalleistungen und Finanzierungsanteil der OKP

Erwartung

Gemäss Wirkungshypothesen sollte ein geringeres Wachstum der Produktionskosten, in Kombination mit der Bemessung der Fallpauschalen am Kostenniveau effizienter Spitäler, zu einem geringeren Wachstum der Ausgaben für stationäre Spitalleistungen führen (vgl. Abbildung 1, **Kap. 2.1**). Unter Ausgaben für stationäre Spitalleistungen werden alle Beiträge verstanden, welche die Leistungserbringer als Vergütung für die erbrachten stationären Spitalleistungen erhalten.

Verschiedene Elemente der neuen Spitalfinanzierung haben einen Einfluss auf die Ausgabenverteilung auf die Kostenträger (Pellegrini und Roth 2018, S. 52). Hervorzuheben sind zunächst die *dual-fixe Leistungsfinanzierung* bzw. die Festlegung des Finanzierungsschlüssels Kantone/OKP und der Einschluss der Anlagenutzungskosten in die Pauschalen. Während der gewählte Kostenteiler die Ausgaben der OKP in der Tendenz drückt, erhöht die Inklusion der Anlagenutzungskosten dagegen die Ausgaben der OKP. Die Festlegung des Finanzierungsschlüssels auf min. 55% Kantone/max. 45% OKP war mit der Erwartung verbunden, dass sich der Finanzierungsanteil der OKP – vor dem Hintergrund der neuen Finanzierungsregeln (insb. der Mitfinanzierung der ANK durch die OKP) – stabilisiert (vgl. die Ausführungen dazu bei den Wirkungsüberlegungen in **Kap. 2.1**).

Im Zusammenhang mit Ausgabenverschiebungen zwischen den Kostenträgern sind sodann auch die *Finanzierung unabhängig von der Trägerschaft des Leistungserbringers*, die eine Mehrbelastung der Kantone und eine Entlastung der Zusatzversicherungen zur Folge hat sowie die *Erweiterung der Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten*, die über die Beteiligung der Kantone an der Finanzierung von ausserkantonalen Hospitalisa-

tionen mit mindestens 55% des Referenztarifs ebenfalls zu einer Mehrbelastung der Kantone und zu einer Minderbelastung der Zusatzversicherungen führt, zu nennen.

Entwicklung/Wirkung der KVG-Revision

Für die Analyse greifen wir zuerst auf Auswertungen und Ergebnisse aus Pellegrini und Roth (2018) in Bezug auf die Entwicklung der Ausgaben aller Finanzierungsträger für stationäre Spitalleistungen zurück. Anschliessend betrachten wir die Entwicklung der Ausgaben der OKP (eigene Berechnungen auf Grundlage von Pellegrini und Roth 2018) und der Kantone für stationäre Spitalleistungen (eigene Berechnungen auf Grundlage von Daten des BFS aus der Synthesestatistik Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens) separat. Die Analyseperioden ergeben sich aufgrund der Datenverfügbarkeit und sind je nach betrachtetem Indikator unterschiedlich: 2012-2016 für die Ausgaben aller Finanzierungsträger für stationäre Spitalleistungen, 2005-2016 für die OKP-Ausgaben spitalstationär und 2005-2015 für die Ausgaben der Kantone für stationäre Spitalleistungen. Für die OKP-Ausgaben spitalstationär stehen für diese Studie Daten aus dem Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung (MOKKE) des BAG bis zum Jahr 1997 zur Verfügung und werden für eine Sensitivitätsanalyse in Bezug auf den Vorher-Nachher-Vergleich ebenfalls einbezogen. Das Jahr 2012 wird bei der Analyse wiederum ausgegliedert und gesondert betrachtet, um Einführungseffekte der Revision aufzuzeigen und die Zeitperioden vor und nach 2012 ohne diese Einführungseffekte miteinander vergleichen zu können.

Ausgaben aller Finanzierungsträger für stationäre Spitalleistungen: Eine valide Abbildung der Entwicklung der Ausgaben für stationäre Spitalleistungen auf der Grundlage der KS ist aufgrund von Veränderungen der Buchhaltungspraxis der Spitäler vor 2012 und im Übergang zur neuen Spitalfinanzierung nicht möglich. Eine Analyse der Entwicklung der Ausgaben für stationäre Spitalleistungen ist erst ab dem Jahr 2013 möglich (vgl. Pellegrini und Roth 2018). Das durchschnittliche jährliche Wachstum der Ausgaben für stationäre Spitalleistungen betrug zwischen 2013-2015 rund 3,9%.¹⁰⁷ Aus den oben erwähnten Gründen ist ein Vorher-Nachher-Vergleich nicht möglich. Um in Bezug auf die Ausgabenentwicklung für stationäre Spitalleistungen dennoch einen Vorher-Nachher-Vergleich zu machen, werden nachfolgend zusätzliche Indikatoren betrachtet, die einen Bezug zum KVG-Bereich haben.

OKP-Ausgaben spitalstationär (gesamter stationärer Spitalbereich, d.h. unter Berücksichtigung der Versorgungsbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation): Die OKP-Ausgaben für den gesamten stationären Spitalbereich weisen für die Jahre 2013-2016 ein durchschnittliches jährliches Wachstum von 1,5% (absolut) bzw. -1,0% (pro Fall) auf. Das Wachstum fällt somit tiefer aus als in den Jahren 2006-2011 mit 3,2% (absolut) bzw. 0,4% (pro Fall) (für den Zeitraum 2009-2011).¹⁰⁸ Auf das Jahr 2012 hin ist ein Niveaueffekt von rund 10% zu beobachten. Diese Entwicklung ist nicht generell für

¹⁰⁷ Als Basis für die eigene Berechnung werden die Ausgaben für stationäre Spitalleistungen, die der Abbildung G 5.3 in Pellegrini und Roth (2018) zugrunde liegen, verwendet.

¹⁰⁸ Auf der Grundlage von Daten aus dem MOKKE des BAG lässt sich für die Jahre 1998-2011 ein durchschnittliches jährliches Wachstum der OKP-Ausgaben spitalstationär von 3,7% berechnen. Die Aussage ist somit auch für den erweiterten Analysezeitraum korrekt.

alle Leistungsarten zu beobachten (insb. auch nicht für die OKP-Ausgaben Total (alle Leistungsarten)) (vgl. Tabelle 21). Dies kann als Hinweis gedeutet werden, dass das nach 2012 gedämpfte Wachstum der OKP-Ausgaben spitalstationär – zumindest teilweise – der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung zugeschrieben werden kann. Wie die Auswertungen im Anhang C.2 zum Einfluss der Alterung auf die Ausgabenentwicklung zeigen, kann der Ausgabenanstieg nach 2012 fast gänzlich der Alterung zugeschrieben werden. Es gilt zu berücksichtigen, dass die zeitlich verzögerte Anhebung des kantonalen Finanzierungsanteils auf min. 55% im Rahmen der gesetzlich vorgesehenen Übergangsfrist bis 2017 einen kostendämpfenden Effekt auf die OKP-Ausgaben spitalstationär hatte. Wird dieser Effekt herausgerechnet, liegt das durchschnittliche jährliche Wachstum der OKP-Ausgaben spitalstationär für den Zeitraum 2013-2016 allerdings immer noch unter dem durchschnittlichen jährlichen Wachstum im Zeitraum 2006-2011.¹⁰⁹

Tabelle 21 Durchschnittliches jährliches Wachstum der OKP-Ausgaben

Durchschnittliches jährliches Wachstum der OKP-Ausgaben						
	absolut			pro Fall		
Leistungsträger	2006-2011	2012	2013-2016	2010-2011	2012	2013-2016
spitalstationär (gesamter stationärer Spitalbereich)	3,2%	10,1%	1,5%	0,4% ^(a)	9,9%	-1,0%
Akutsomatik	3,7%	11,6%	1,1%	(b)		
Psychiatrie	1,6%	15,3%	1,0%			
Rehabilitation	1,6%	-11,1%	7,1%			
Spitalambulant	7,8%	8,9%	5,4%			
Praxisambulant	3,2%	4,6%	5,7%			
Alters- und Pflegeheime	2,3%	0,1%	-0,6%			
Spitex	6,7%	8,2%	8,2%			
Andere	2,3%	4,5%	5,3%			
Total	3,7%	6,4%	4,2%			

Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage von Pellegrini & Roth (2018). ^(a) Das durchschnittliche jährliche Wachstum (absolut) für die Jahre 2010-2011 beträgt 2,3%. ^(b) Keine Fallzahlen aufbereitet oder verfügbar.

Ausgaben Kantone für stationäre Spitalleistungen (inkl. GWL, inkl. kantonale Investitionen, gesamter stationärer Spitalbereich): In der Synthesestatistik „Kosten und Finanzierung“ des BFS werden u.a. auch die Ausgaben für KVG-pflichtige stationäre Spitalleistungen ausgewiesen.¹¹⁰ Dabei werden die GWL inkludiert. Eine Trennung zwischen Aus-

¹⁰⁹ Die Analyse wurde auf der Grundlage von Daten aus dem MOKKE des BAG der Jahre 2012-2016 durchgeführt. Dabei wurden die OKP-Ausgaben spitalstationär auf dem Niveau der Kantone ab dem Jahr 2013 unter der Annahme fortgeschrieben, dass der kantonale Finanzierungsschlüssel auf dem Niveau des Jahres 2012 verharren würde (vgl. Tabelle 30 im Anhang A). Das so ermittelte durchschnittliche jährliche Wachstum der OKP-Ausgaben spitalstationär beträgt für den Zeitraum 2013-2016 rund 2,4%.

¹¹⁰ Aktuellste Daten: „Calcul du coût de l'hospitalisation LAMal 2015“.

gaben für KVG-pflichtige stationäre Spitalleistungen und Ausgaben für GWL ist auf der Basis der für diese Studie genutzten Daten somit nicht möglich. Wie für die OKP-Ausgaben spitalstationär kann auch für diesen Indikator ein tieferes durchschnittliches jährliches Wachstum in den Jahren 2013-2015 (0,6%) im Vergleich zu 2006-2011 (3,8%) festgehalten werden. Auch ein Niveaueffekt auf das Jahr 2012 hin (12,1%) ist zu erkennen.¹¹¹ Die Aussagekraft des Indikators ist allerdings in zweierlei Hinsicht erheblich eingeschränkt: Erstens ist durch die Inklusion der Ausgaben für GWL keine ausschliessliche Aussage in Bezug auf den KVG-Bereich möglich.¹¹² Zweitens können mögliche Einsparungen aufgrund der Mitfinanzierung der ANK durch die OKP aufgrund fehlender systematischer Daten zu den kantonalen Investitionen vor 2012 (vgl. INFRAS 2016) nicht quantifiziert werden.

In Abbildung 5 wird die Entwicklung der Verteilung der Ausgaben für stationäre Spitalleistungen über die verschiedenen Kostenträger abgebildet (eigene Abbildung auf der Grundlage von Pellegrini und Roth 2018). Die Resultate zeigen für das Jahr 2016 folgendes Bild: Rund 85% der Ausgaben für stationäre Spitalleistungen fallen in den Anwendungsbereich des KVG. Weitere 5% können anderen Sozialversicherungen (UV, IV, MV) zugeordnet werden. Rund 11% der Ausgaben tragen die Zusatzversicherungen oder werden durch Out-of-Pocket-Zahlungen gedeckt. Diese Anteile sind seit 2013 stabil.¹¹³ Auf das Jahr 2012 hin ist ein Rückgang des Anteils der Ausgaben der Zusatzversicherungen/Out-of-Pocket und eine Zunahme des Anteils der KVG-Kostenträger (Kantone und OKP) zu erkennen. Diese Verschiebung kann mit den Neuerungen im Bereich der Finanzierung von ausserkantonalen Hospitalisationen und der Finanzierung von Leistungen von Privatspitälern in Verbindung gebracht werden. Innerhalb des Anwendungsbereichs des KVG ist ebenfalls eine Verschiebung zu beobachten: Die Kantone haben über die Jahre einen grösseren Teil der Ausgaben übernommen und sorgten in den letzten Jahren somit für eine schrittweise Entlastung der OKP (Pellegrini & Roth 2018). Der Finanzierungsanteil der OKP bewegte sich von 59,6% im Jahr 2012 auf 48,6% im Jahr 2016.¹¹⁴ Dass der Anteil der OKP noch nicht bei 45% ist erklärt sich zu einem guten Teil mit der

¹¹¹ Es sind auch Daten ohne kantonale Investitionen verfügbar. Auf dieser Basis lässt sich für den Zeitraum 2013-2015 ein durchschnittliches jährliches Wachstum von 2,6% und für den Zeitraum 2006-2011 ein durchschnittliches jährliches Wachstum von 4,1% berechnen. Der Niveaueffekt (Jahr 2012) beträgt 11,2%. Der Unterschied zwischen den Analysen mit und ohne kantonale Investitionen in Bezug auf das durchschnittliche jährliche Wachstum im Zeitraum 2013-2015 erklärt sich mit einem starken Rückgang der Investitionen der Kantone im Spitalbereich, der mit der neuen Spitalfinanzierung in Verbindung gebracht werden kann. Neben den Betriebskosten sind nach neuer Spitalfinanzierung auch die Investitionskosten, die mit der Erbringung von stationären Spitalleistungen nach KVG in Verbindung stehen, über den Spitaltarif abgedeckt und werden nicht mehr nur vom Kanton getragen (Art. 49 Abs. 5 KVG). Die Aussage bleibt aber grundsätzlich bestehen: Das durchschnittliche jährliche Ausgabenwachstum fällt im Zeitraum 2013-2015 geringer aus als für den Zeitraum 2006-2011.

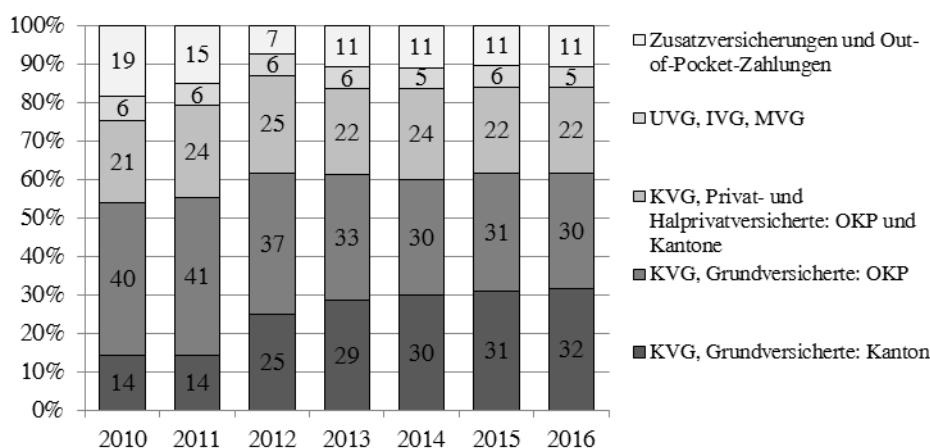
¹¹² Eine Bereinigung des Indikators um die Ausgaben für GWL ist aufgrund einer unzureichenden Datenlage nicht möglich.

¹¹³ Pellegrini und Roth (2018, Fussnote 70) haben die Resultate mit Daten der Finanzmarktaufsicht (FINMA) plausibilisiert. Mit Ausnahme des Jahres 2016 stimmen die Wachstumsraten für die Ausgaben der Zusatzversicherungen für stationäre Spitalleistungen mit den Wachstumsraten der Erträge (=Ausgaben aller Finanzierungssträger) für den gesamten Spitalbereich überein (vgl. Ergebnisse im **Kap. 5.4**).

¹¹⁴ Ein Vorher-Nachher-Vergleich ist nicht möglich, da einige Spitäler die kantonale Vergütung von KVG-pflichtigen Leistungen vor und nach 2012 unterschiedlich verbucht haben.

Übergangsfrist bis zum 1.1.2017, in welcher die Kantone unter gewissen Umständen den kantonalen Finanzierungsanteil zwischen 45% und 55% festlegen durften.¹¹⁵

Abbildung 5 Verteilung der Finanzierung der stationären Spitalleistungen auf die Kostenträger, 2010-2016



Quelle: Pellegrini & Roth (2018).

Bewertung

In Tabelle 22 erfolgt die Bewertung in Bezug auf die Entwicklung der Ausgaben für stationäre Spitalleistungen gemäss KVG und der Stabilisierung des Finanzierungsanteils der OKP durch das Evaluationsteam anhand eines Vorher-Nachher-Vergleichs.

Tabelle 22 Bewertung in Bezug Entwicklung der Ausgaben für stationäre Spitalleistungen gemäss KVG und Stabilisierung des Finanzierungsanteils der OKP

Erwartungen	Vorher-Nachher-Vergleich	Bewertung
Geringeres Wachstum der Ausgaben für die Erbringung von stationären Spitalleistungen gemäss KVG	Gedämpftes Wachstum der Ausgaben für stationäre Spitalleistungen (Vergleich vor/nach 2012) zumindest für die OKP-Ausgaben spitalstationär. Kostendämpfender Effekt der Revision aufgrund der zeitlich verzögerten Anhebung des kantonalen Finanzierungsanteils auf min. 55% im Rahmen der gesetzlich vorgesehenen Übergangsfrist bis 2017. Moderateres Wachstum auch nach Berücksichtigung dieses Effekts. Gedämpftes Wachstum der OKP-Ausgaben nicht bei allen Leistungsarten zu erkennen, auch nicht für OKP-Ausgaben Total (alle Leistungsarten). In Bezug auf die kantonalen Ausgaben deuten die Ergebnisse ebenfalls auf ein gedämpftes Wachstum hin, die Ergebnisse sind aufgrund von Abgrenzungsproblemen zu anderen Leistungen mit grosser Vorsicht zu interpretieren.	✓ / ?

¹¹⁵ Vgl. KVG Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007 (Spitalfinanzierung), Abs. 5.

Erwartungen	Vorher-Nachher-Vergleich	Bewertung
	Aussagekraft der Indikatoren eingeschränkt aufgrund: - Kurzer Analysezeitraum nach 2012 (alle Indikatoren) und vor 2012 (kantonale Ausgaben für stationäre Spitalleistungen) für robuste Ergebnisse, d.h. keine abschliessende Bewertung möglich. - Auch Leistungs- und Ausgabenverlagerung vom stationären Bereich in andere Leistungsbereiche können für das gedämpfte Wachstum der Ausgaben für stationäre Spitalleistungen verantwortlich sein (Quantifizierung im Rahmen dieser Studie nicht möglich). Der moderate Anstieg der OKP-Ausgaben spitalstationär nach 2012 müsste in den folgenden Jahren fortsetzen, um den sprunghaften Ausgabenanstieg im 2012 zu kompensieren.	
Stabilisierung des Finanzierungsanteils der OKP	Die KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung hat zu einer Stabilisierung des Finanzierungsanteils der OKP geführt.	✓

Anmerkung: ✓ erfüllt; ≈ teilweise erfüllt; ✗ nicht erfüllt; ?: kann nicht beurteilt werden

5.4. Ausgaben für stationären Spitalbereich

Erwartung

Gemäss Wirkungshypothesen sollte sich ein geringeres Wachstum der Ausgaben für stationäre Spitalleistungen auch in einem geringeren Wachstum der Ausgaben für den stationären Spitalbereich niederschlagen (vgl. Abbildung 1, **Kap. 2.1**). Unter Ausgaben für den stationären Spitalbereich werden nachfolgend die gesamten Ausgaben für stationäre Spitalleistungen, GWL und allfällige kantonale Defizitdeckungen verstanden.

Entwicklung/Wirkung der KVG-Revision

Die Berichterstattung basiert weitestgehend auf den Auswertungen und Ergebnissen aus Pellegrini und Roth (2018). Zuerst betrachten wir den gesamten stationären Spitalbereich, anschliessend die Bereiche Akutsomatik und Psychiatrie separat.¹¹⁶ Die nach Bereichen differenzierte Betrachtung ist insofern von Interesse, als ein zentrales Element der neuen Spitalfinanzierung, die Einführung leistungsbezogener (Fall-)Pauschalen, im Analysezeitraum nur den akutsomatischen Bereich betrifft.¹¹⁷ Die Analyseperiode ergibt sich aufgrund der Datenverfügbarkeit und umfasst die Jahre 2010-2016. Das Jahr 2012 wird bei der Analyse wiederum ausgegliedert und gesondert betrachtet, um Einführungseffekte der Revision aufzuzeigen und die Zeitperioden vor und nach 2012 ohne diese Einführungseffekte miteinander vergleichen zu können.

¹¹⁶ Ausgaben für den Bereich Rehabilitation werden in Pellegrini und Roth (2018) nicht ausgewiesen, da die Entwicklung der Ausgaben über den Zeitraum 2010-2016 wenig plausibel erscheint (vgl. Pellegrini und Roth 2018).

¹¹⁷ Eine Vergütung der Leistungen über leistungsbezogene Pauschalen wurde im Bereich der stationären Psychiatrie auf Anfang 2018 eingeführt. Im Bereich der stationären Rehabilitation wird eine Einführung auf das Jahr 2022 angestrebt.

Die Ausgaben aller Finanzierungsträger für den gesamten stationären Spitalbereich (gesamter stationärer Spitalbereich) haben in den Jahren 2011 und 2012 sprunghaft um 14% zugenommen, was einer absoluten Zunahme von rund Fr. 2 Mrd. entspricht (Pellegrini & Roth 2018). Grund für die Zunahme im Jahr 2011 kann ein Antizipationseffekt in Form von vorgezogenen Investitionen oder kantonalen Beiträgen sein. Der Niveaueffekt im Jahr 2012 kann zumindest teilweise durch den Einschluss der Anlagenutzungskosten in die Fallpauschalen zur Vergütung von akutsomatischen Leistungen erklärt werden (vgl. Pellegrini & Roth 2018).

Die Ausgaben aller Finanzierungsträger für den gesamten stationären Spitalbereich haben im Zeitraum 2013 bis 2016 um durchschnittlich 3,0% pro Jahr zugenommen (vgl. Tabelle 23).¹¹⁸ Im Vergleich zu vor 2012 scheint der durchschnittliche jährliche Ausgabenanstieg im Zeitraum 2013-2016 weniger stark ausgefallen zu sein. Zahlen für die Jahre 2000 bis 2009 deuten auf ein durchschnittliches Wachstum zwischen 4% und 5% hin, wobei dieser Vergleich gemäss Pellegrini und Roth (2018) mit Vorsicht zu interpretieren ist.

Tabelle 23 *Durchschnittliches jährliches Wachstum der Ausgaben aller Finanzierungsträger für den gesamten stationären Spitalbereich*

Bereich	Durchschnittliches jährliches Ausgabenwachstum					
	absolut			pro Fall		
	2011	2012	2013-2016	2011	2012	2013-2016
Total	6,6%	7,2%	3,0%	4,4%	6,2%	0,6%
Akutsomatik	8,4%	5,6%	2,9%	6,6%	4,2%	0,5%
Psychiatrie	-2,4%	9,6%	3,9%	-9,1%	10,3%	1,6%

Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage von Pellegrini & Roth (2018). Anmerkung: Ausgaben für den Bereich Rehabilitation werden in Pellegrini & Roth (2018) nicht ausgewiesen, da die Entwicklung der Ausgaben über den Zeitraum 2010-2016 wenig plausibel erscheint (vgl. Pellegrini & Roth 2018).

Ein Vergleich aus Pellegrini und Roth (2018) zu anderen Leistungsarten zeigt, dass das durchschnittliche jährliche Ausgabenwachstum im stationären Spitalbereich in den Jahren 2013-2016 moderater ausgefallen ist als für andere Leistungsarten. Dies zeigt sich insb. im Vergleich mit dem spitalambulantem Bereich (6,2%) und der Spitex (5,9%). Im Bereich der Alters- und Pflegeheime war das durchschnittliche jährliche Ausgabenwachstum in besagtem Zeitraum mit 2,1% tiefer als im stationären Spitalbereich.

Der Ausgabenanstieg in den Jahren 2013-2016 war gemäss Pellegrini und Roth (2018) mengenbedingt. Die Anzahl der Hospitalisationen nahm in dieser Zeitperiode jährlich um

¹¹⁸ Das durchschnittliche jährliche Wachstum der Ausgaben aller Finanzierungsträger für den gesamten stationären Spitalbereich (gesamter stationärer Spitalbereich) im Zeitraum 2013-2016 fällt mit 3,0% somit etwas tiefer aus als das durchschnittliche jährliche Wachstum der Ausgaben aller Finanzierungsträger für stationäre Spitalleistungen mit 3,9% (wobei sich dieser Wert auf die Jahre 2013-2015 bezieht) (vgl. **Kap. 5.4**). Ein möglicher Grund für diesen Unterschied kann darin liegen, dass die Beiträge der Kantone für universitäre Lehre und Forschung sowie andere GWL über die Jahre in der Tendenz gesunken sind (vgl. Pellegrini und Roth 2018).

durchschnittlich 2,1% zu. Im Vergleich dazu betrug die durchschnittliche jährliche Zunahme der Hospitalisationen in den Jahren 2000-2016 1,9%. Die stärkere Zunahme in den letzten Jahren führen Pellegrini und Roth 2018 (zumindest in der Akutsomatik) auf die demografische Entwicklung zurück.

Der akutstationäre Bereich macht rund 80% der Ausgaben im stationären Spitalbereich aus. Auf die Bereiche Psychiatrie und Rehabilitation entfallen je rund 10% der Ausgaben. Entsprechend ähnlich fallen die durchschnittlichen jährlichen Wachstumsraten der Ausgaben im akutstationären Bereich im Vergleich zu denjenigen für den gesamten stationären Spitalbereich aus (vgl. Tabelle 23). Im Vergleich zum akutstationären Bereich fällt die durchschnittliche jährliche Wachstumsrate im Bereich Psychiatrie höher aus. Bei der Betrachtung pro Fall liegt das durchschnittliche jährliche Wachstum der Ausgaben im Bereich Psychiatrie über dem Durchschnitt. Im Bereich Psychiatrie kann in den Jahren 2011 und 2012 kein eindeutiger Niveaueffekt wie im akutsomatischen Bereich festgestellt werden. Ausgaben für den Bereich Rehabilitation werden in Pellegrini und Roth (2018) nicht ausgewiesen, da die Entwicklung der Ausgaben über den Zeitraum 2010-2016 wenig plausibel erscheint (vgl. Pellegrini & Roth 2018).

Bewertung

In Tabelle 24 erfolgt die Bewertung in Bezug auf die Entwicklung der Ausgaben für den stationären Spitalbereich durch das Evaluationsteam anhand eines Vorher-Nachher-Vergleichs.

Tabelle 24 Bewertung in Bezug auf die Entwicklung der Ausgaben aller Finanzierungsträger für den gesamten stationären Spitalbereich

Erwartungen	Vorher-Nachher-Vergleich	Bewertung
Geringeres Wachstum der Ausgaben für den stationären Spitalbereich	Hinweise auf ein gedämpftes Ausgabenwachstum für den stationären Spitalbereich nach 2012 im Vergleich zu vor 2012. Die Entwicklung (auch im Vergleich zur Ausgabenentwicklung anderer Leistungsarten) deutet darauf hin, dass die Massnahmen der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung in Bezug auf die Ausgabenentwicklung im stationären Spitalbereich einen Einfluss haben. Aussagekraft der Indikatoren eingeschränkt aufgrund: - Zu kurzer Analysezeitraum vor und nach 2012 für robuste Ergebnisse, d.h. keine abschliessende Bewertung möglich. - Auch Leistungs- und Ausgabenverlagerung vom stationären Spitalbereich in andere Leistungsbereiche können für das gedämpfte Wachstum der Ausgaben für stationäre Spitalleistungen verantwortlich sein (Quantifizierung im Rahmen dieser Studie nicht möglich). - Der moderate Anstieg der Ausgaben aller Finanzierungsträger für den gesamten stationären Spitalbereich nach 2012 müsste in den folgenden Jahren fortsetzen, um den sprunghaften Ausgabenanstieg in den Jahren 2011 und 2012 zu kompensieren (vgl. Pellegrini & Roth 2018).	✓ / ?

Anmerkung: ✓ erfüllt; ≈ teilweise erfüllt; ✗ nicht erfüllt; ?: kann nicht beurteilt werden

5.5. Ausgabenverlagerungen innerhalb der OKP und Entwicklung der OKP-Ausgaben Total

Erwartung

Aufgrund von erwünschten Leistungsverlagerungen in andere Bereiche sollte es zu Ausgabenverlagerungen (innerhalb der OKP, sofern die Ausgaben für die ausgelagerten Leistungen ebenfalls die OKP betreffen) kommen. Eine erwünschte Leistungsverlagerung findet dann statt, wenn Leistungen in anderen Bereichen in gleicher Qualität zu geringeren Kosten erbracht werden und die in den anderen Bereichen verursachten Kostenanstiege (unter Berücksichtigung des Wegfalls der kantonalen Mitfinanzierung) mit einem grösseren Rückgang der Kosten im stationären Bereich einhergehen. Insgesamt sollten die Verlagerungen zu einer Dämpfung des Wachstums der OKP-Ausgaben Total beitragen.

Entwicklung/Wirkung der KVG-Revision

Wie bereits bei den effizienzsteigernden/-mindernden Reaktionen der Spitäler aufgezeigt, gibt es Hinweise darauf, dass es zu Leistungsverlagerungen in dem akutstationären Bereich vor- oder nachgelagerte Bereiche kommt (praxis-/spitalambulant, Rehabilitation, Spitex, Pflegeheime), die für die OKP-Ausgaben Total ebenfalls relevant sind.

Die Erwünschtheit von Leistungsverlagerungen vor dem Hintergrund des Kostendämpfungsziels bemisst sich daran, ob die Leistungen in einem anderen Bereich in gleicher Qualität zu geringeren Kosten erbracht werden können und die in den anderen Bereichen verursachten Kostenanstiege mit einem grösseren Rückgang der Kosten im stationären Bereich einhergehen (Pellegrini & Roth 2018). Liegt der Fokus auf den OKP-Ausgaben Total, muss bei den Kostenanstiegen in den anderen Leistungsbereichen auch der Wegfall der kantonalen Mitfinanzierung berücksichtigt werden. Die Analyse des Gesamteffekts von Leistungsverlagerungen auf die OKP-Ausgaben Total (wie auch auf die Gesundheitsausgaben insgesamt) kann im Rahmen dieser Studie nicht quantifiziert werden.

Ein rein deskriptiver Vorher-Nachher-Vergleich zeigt, dass das durchschnittliche jährliche Wachstum der OKP-Ausgaben Total nach 2012 (im Zeitraum 2013-2016) mit 4,2% höher ausgefallen ist als vor 2012 (Zeitraum 2006-2011) mit einem Wert von 3,7% (vgl. Tabelle 21). Wird für vor 2012 ein längerer Analysezeitraum (1998-2011) unterstellt¹¹⁹, liegt das durchschnittliche jährliche Wachstum der OKP-Ausgaben Total für diesen erweiterten Zeitraum bei 4,5%. D.h. das durchschnittliche jährliche Wachstum der OKP-Ausgaben Total fällt nach 2012 (im Zeitraum 2013-2016) tiefer aus. Inwiefern diese Veränderungen auf Ausgabenverlagerungen zurückgeführt werden können, kann im Rahmen dieser Studie nicht beantwortet werden.

Bewertung

In Tabelle 25 erfolgt die Bewertung in Bezug auf Ausgabenverlagerungen innerhalb der OKP durch das Evaluationsteam anhand eines Vorher-Nachher-Vergleichs.

¹¹⁹ Die Analyse wurde auf der Grundlage von Daten aus MOKKE des BAG der Jahre 1997-2011 durchgeführt.

Tabelle 25 Bewertung in Bezug auf Ausgabenverlagerungen innerhalb der OKP

Erwartungen	Vorher-Nachher-Vergleich	Bewertung
Geringeres Wachstum der OKP-Ausgaben Total aufgrund von erwünschten Ausgabenverlagerungen innerhalb der OKP	Je nach Analysezeitraum vor 2012 höheres durchschnittliches jährliches Wachstum der OKP-Ausgaben Total als vor 2012 (Zeitraum 2006-2011) bzw. tieferes durchschnittliches jährliches Wachstum als vor 2012 (Zeitraum 1998-2011). Aussagekraft der Indikatoren eingeschränkt aufgrund: - Kurzer Analysezeitraum nach 2012 für robuste Ergebnisse, d.h. keine abschliessende Bewertung möglich. - Der Gesamteffekt von Leistungs- und Ausgabenverlagerungen innerhalb der OKP kann im Rahmen dieser Studie nicht quantifiziert und damit beurteilt werden.	?

Anmerkung: ✓ erfüllt; ≈ teilweise erfüllt; ✗ nicht erfüllt; ?: kann nicht beurteilt werden

5.6. Zwischenfazit

C. Welche Auswirkungen hat die Revision auf die Kosten und die Finanzierung des Versorgungssystems? Bewirkt sie Kostenverlagerungen? Wenn ja, welche?

Nach 2012 hat sich das Wachstum der Kosten für die Erbringung von stationären Spitalleistungen (Produktionskosten), nach einem starken Anstieg im Jahr 2012, von Jahr zu Jahr abgeschwächt (absolut: von 4,1% in Jahr 2013 auf 1,6% im Jahr 2016, pro Fall von 3,5% im Jahr 2013 auf -0,8% im Jahr 2016) (vgl. Pellegrini & Roth 2018). Das durchschnittliche jährliche Wachstum nach 2012 fällt allerdings nicht niedriger aus als vor der Revision, wobei dieser Vergleich aufgrund nur eines Vergleichswertes (Wachstum im Jahr 2011) nur bedingt aussagekräftig ist. Insgesamt hat die Entwicklung der Produktionskosten nach 2012 den erwarteten Verlauf genommen. Die Entwicklung der Produktionskosten (Abschwächung des Wachstums seit 2012) deckt sich mit den Einschätzungen von Spitälern im Rahmen der Spitalbefragung und von Akteuren des Gesundheitswesens im Rahmen der Interviews, die Struktur- und Prozessoptimierungen (Schnittstellenmanagement und Kooperationen) der Spitäler aufgrund der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung nahelegen

Nach 2012 hat sich das Wachstum der Ausgaben für stationäre Spitalleistungen (zumindest was die OKP betrifft) und das Wachstum der Ausgaben für den stationären Spitalbereich im Vergleich zu vor 2012 abgeschwächt, wobei der Vergleich zu vor 2012 aufgrund der (je nach Ausgabenindikator) kurzen Analyseperiode mit Vorsicht zu interpretieren ist.

Entwicklung der Ausgaben für stationäre Spitalleistungen

- Eigene Berechnungen auf Basis von Pellegrini und Roth (2018) und auf Basis von Daten aus dem MOKKE (BAG) zeigen, dass die OKP-Ausgaben spitalstationär (gesamter stationärer Spitalbereich, d.h. unter Berücksichtigung der Versorgungsbereiche Akutsumatik, Psychiatrie und Rehabilitation) in den Jahren 2013-2016 ein tieferes durchschnittliches jährliches Wachstum (1,5%) aufweisen als in der Zeitperiode 2006-2011 (3,2%) bzw. 1998-2011 (3,7%). Auf das Jahr 2012 ist allerdings ein starker Niveaueffekt (10,1%) zu beobachten, der v.a. mit der Inklusion der ANK in die Fallpauschalen erklärt werden kann. Der moderate Anstieg

der OKP-Ausgaben spitalstationär nach 2012 müsste sich in den folgenden Jahren somit fortsetzen, um den sprunghaften Ausgabenanstieg im 2012 zu kompensieren. Das für die OKP-Ausgaben spitalstationär beobachtete gedämpfte Ausgabenwachstum ist für andere OKP-Leistungsarten (praxisambulant, Spitex) nicht zu beobachten, insbesondere auch nicht für die OKP-Ausgaben Total (alle Leistungsarten). Diese Beobachtung kann als Hinweis gedeutet werden, dass die Massnahmen der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung einen Einfluss auf die Entwicklung der OKP-Ausgaben spitalstationär haben. Zu nennen ist dabei insb. der temporäre kostendämpfende Effekt der Revision auf die OKP-Ausgaben spitalstationär aufgrund der zeitlich verzögerten Anhebung des kantonalen Finanzierungsanteils auf min. 55% im Rahmen der gesetzlich vorgesehenen Übergangsfrist bis 2017. Eine eigene Berechnung auf Basis von Daten aus dem MOKKE (BAG) zeigen, dass das durchschnittliche jährliche Wachstum der OKP-Ausgaben spitalstationär in den Jahren 2013-2016 mit 2,4% auch nach Bereinigung dieses Effekts tiefer ist als vor 2012. Für das gedämpfte Ausgabenwachstum können auch Leistungsverlagerungen vom stationären in den ambulanten Bereich verantwortlich sein, zumal sich das Wachstum der OKP-Ausgaben im ambulanten Bereich in den Jahren 2013-2016 dynamischer entwickelte als die OKP-Ausgaben spitalstationär (eigene Berechnungen auf Basis von Pellegrini und Roth 2018). Eine Quantifizierung konnte im Rahmen dieser Studie nicht durchgeführt werden. Weiter eingeschränkt wird die Aussagekraft des Indikators durch den kurzen Analysezeitraum nach 2012.

- Eigene Berechnungen auf Basis von Daten aus der Synthesestatistik zu Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (BFS) deuten darauf hin, dass die Ausgaben der Kantone für stationäre Spitalleistungen (inkl. GWL, inkl. kantonale Investitionen, gesamter stationärer Spitalbereich) im Zeitraum 2013-2015 ebenfalls ein tieferes durchschnittliches jährliches Wachstum (0,6%) aufweisen als im Zeitraum 2006-2011 (3,8%). In qualitativer Hinsicht ändert sich am Resultat nichts, wenn der Indikator ohne kantonale Investitionen betrachtet wird. Auch bei den kantonalen Ausgaben ist ein Niveaueffekt auf das Jahr 2012 hin zu beobachten (12,1%). Aufgrund einer fehlenden systematischen Erfassung der kantonalen Investitionen vor 2012 (vgl. INFRAS 2016) kann allerdings nicht beurteilt werden, in welchem Ausmass die Kantone durch die Mitfinanzierung der OKP an den ANK entlastet wurden. Insofern ist ein Vergleich der Ausgabenentwicklung vor und nach 2012 nur eingeschränkt möglich. Die Aussagekraft des Indikators wird durch die Umstände, dass keine Trennung zwischen Ausgaben für KVG-pflichtige stationäre Leistungen und Ausgaben für GWL möglich war und für die Analyseperiode vor und nach 2012 keine längeren Zeitreihen zur Verfügung standen, weiter eingeschränkt. Insgesamt ist bei der Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf die Ausgaben der Kantone für stationäre Spitalleistungen Zurückhaltung geboten.

Entwicklung der Ausgaben aller Finanzierungsträger für den gesamten stationären Spitalbereich

- Eigene Berechnungen auf Grundlage von und Resultaten aus Pellegrini und Roth (2018) zeigen in Bezug auf die Ausgaben aller Finanzierungsträger für den ge-

samen stationären Spitalbereich, dass das durchschnittliche jährliche Wachstum für die Jahre 2013-2016 bei 3,0% liegt. Der Vergleich zu vor 2012 ist schwierig, die jährliche Wachstumsrate liegt wahrscheinlich aber tiefer als vor 2012. Auf das Jahr 2012 ist ein starker Niveaueffekt zu erkennen, der zumindest teilweise wiederum mit der neuen Spitalfinanzierung (vornehmlich der Inklusion der ANK in die Fallpauschalen) erklärt werden kann. Das durchschnittliche jährliche Ausgabenwachstum (absolut und pro Fall) fällt in den Jahren 2013-2016 im akutso-matischen Bereich moderater aus als im Bereich der Psychiatrie (aufgrund eines unplausiblen Ausgabenverlaufs liegen keine Ergebnisse für den Bereich der Rehabilitation vor). Das Wachstum ist v.a. mengengetrieben, zumindest im akutstationären Bereich ist dafür der demografische Effekt verantwortlich. (vgl. Pellegrini und Roth 2018).

- Im Vergleich zu anderen Leistungsarten (spitalambulant, Spitex) fällt das durchschnittliche jährliche Ausgabenwachstum im stationären Spitalbereich im Zeitraum 2013-2016 moderater aus (vgl. Pellegrini und Roth 2018). Dies kann als Hinweis gedeutet werden, dass die Massnahmen der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung in Bezug auf die Ausgabenentwicklung im stationären Spitalbereich einen Einfluss haben. Wiederum können Leistungsverlagerungen vom stationären in den ambulanten Bereich zumindest teilweise für diese Entwicklung verantwortlich sein, zumal die Ausgaben im spitalambulantem Bereich im gleichen Zeitraum stärker angestiegen sind als im stationären Spitalbereich (eigene Berechnungen auf Grundlage von Pellegrini & Roth 2018).
- Die Aussagekraft des Indikators wird durch den kurzen Analysezeitraum (vor und nach 2012) eingeschränkt. Insb. wird sich in Zukunft zeigen, ob sich der moderate Anstieg der Ausgaben aller Finanzierungsträger für den gesamten stationären Spitalbereich nach 2012 fortsetzen wird und so den sprunghaften Ausgabenanstieg in den Jahren 2011 und 2012 zu kompensieren vermag (vgl. Pellegrini und Roth).

Mit der neuen Spitalfinanzierung hat sich auch die Verteilung der Ausgaben für stationäre Spitalleistungen und für den stationären Spitalbereich auf die Finanzierungsträger verändert.

- In Bezug auf die Verteilung der Ausgaben für stationäre Spitalleistungen auf die Finanzierungsträger kann festgehalten werden (vgl. Pellegrini & Roth 2018): Im Jahr 2016 fallen rund 84% der Ausgaben für stationäre Spitalleistungen in den Anwendungsbereich des KVG. Weitere 5% können anderen Sozialversicherungen (UV, IV, MV) zugeordnet werden. Rund 11% der Ausgaben tragen die Zusatzversicherungen oder werden durch Out-of-Pocket-Zahlungen gedeckt. Auf das Jahr 2012 hin ist ein Rückgang des Anteils der Zusatzversicherungen/Out-of-Pocket ersichtlich, der sich zumindest teilweise mit der durch die neue Spitalfinanzierung bewirkten Entlastung der Zusatzversicherungen erklären lässt. Ab 2013 erscheint die Verteilung auf die Kostenträger stabil. Innerhalb des KVG-Bereichs ist ein abnehmender Finanzierungsanteil der OKP bzw. ein zunehmender Finanzierungsanteil der Kantone zu beobachten, d.h. eine Verschiebung der Ausgabenlast hin zu den Kantonen. Die Anteile nähern sich den gesetzlich vorgesehenen Finanzierungsanteilen von min. 55% Kanton/max. 45% OKP an.

- In Bezug auf die Verteilung der Ausgaben für den stationären Spitalbereich auf die Finanzierungsträger lässt sich festhalten (vgl. Pellegrini & Roth 2018): Der Anteil der Ausgaben für stationäre Spitalleistungen an den Ausgaben für den stationären Spitalbereich insgesamt ist von 70% im Jahr 2010 auf 91% im Jahr 2015 angestiegen (dieser zunehmende Anteil wird wie oben beschrieben anteilmässig durch die verschiedenen Finanzierungsträger getragen). Demgegenüber ist ein Rückgang insb. bei Defizitdeckung sowie Beiträgen und Subventionen – Ausgaben, welche ausschliesslich die Kantone betreffen – zu beobachten.
- In Bezug auf die Finanzierung sind damit die mit der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung intendierten Veränderungen zu beobachten.

Wie bereits bei den effizienzsteigernden/-mindernden Reaktionen der Spitäler aufgezeigt, gibt es Hinweise darauf, dass es zu Leistungs- und damit zu Ausgabenverlagerungen in dem akutstationären Bereich vor- oder nachgelagerte Bereiche kommt (praxis-/spitalambulant, Rehabilitation, Spitex, Pflegeheime), die für die OKP-Ausgaben ebenfalls relevant sind. Ob Leistungsverlagerungen vor dem Hintergrund des Kostendämpfungsziels erwünscht oder unerwünscht sind (d.h. insgesamt tiefere Ausgaben resultieren), kann im Rahmen dieser Studie nicht beurteilt werden.

6. Wirkung auf Kostenwachstum in der OKP und im Gesundheitswesen

In diesem Kapitel werden die Wirkungen der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung auf verschiedene Ausgabenindikatoren im Hinblick auf das Kostendämpfungsziel (Definition folgt unten) hin untersucht und bewertet.

Erwartung

Mit der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung sollte im Endeffekt eine Eindämmung des Ausgabenwachstums im spitalstationären KVG-Bereich und im Gesundheitswesen insgesamt erreicht werden (vgl. Ausführungen zu den Zielsetzungen der Revision in **Kap. 2.1**). Gemäss den Wirkungsüberlegungen (vgl. Abbildung 1 in **Kap. 2.1**) sollte sich ein geringeres Wachstum der Ausgaben für den stationären Spitalbereich in einer Eindämmung des Ausgabenwachstums der OKP und des Gesundheitswesens insgesamt niederschlagen.

Entwicklung/Wirkung der KVG-Revision

Wir untersuchen in diesem Kapitel, inwiefern eine Eindämmung des Ausgabenwachstums stattgefunden hat. Hierzu betrachten wir die Entwicklung der folgenden Indikatoren (Tabelle 50 im Anhang C.1 informiert über die Operationalisierung und Quellen der Indikatoren):

- OKP-Ausgaben spitalstationär (gesamter stationärer Spitalbereich; d.h. unter Berücksichtigung der Versorgungsbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation)
- OKP-Ausgaben Total (alle Leistungsarten)

- Ausgaben aller Finanzierungsträger¹²⁰ für den gesamten stationären Spitalbereich
- Ausgaben aller Finanzierungsträger für den Spitalbereich
- Ausgaben aller Finanzierungsträger für das Gesundheitswesen

Wir zeigen dabei die Entwicklung der Indikatoren, sofern verfügbar, über den Zeitraum 2006-2016, ansonsten über den Zeitraum 2011-2016. Für die Berechnungen wurde einerseits auf Auswertungen aus Pellegrini und Roth (2018) zurückgegriffen, andererseits wurden auch Daten aus der Synthesestatistik zu Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (BFS) verwendet. Bei der Wahl des Starts des Analysezeitraums galt es einerseits Einschränkungen bei der Datenverfügbarkeit zu beachten, andererseits auch zwischen Aktualität (der Startzeitpunkt sollte nicht zu weit weg vom Jahr 2012 entfernt liegen) und Robustheit (der Zeitraum vor 2012 sollte genügend lang sein, damit ein Trend und nicht zufällige Schwankungen abgebildet werden) abzuwägen. Die Robustheit der Resultate in Bezug auf den gewählten Startzeitpunkt wird bei der Analyse der OKP-Ausgaben getestet. Für diese Ausgaben standen für diese Studie Daten aus dem MOKKE (BFS) ab dem Jahr 1997 zur Verfügung.

In Tabelle 26 sind die Entwicklungen der betrachteten Ausgabenindikatoren aufgeführt. Dabei werden Zeiträume vor 2012 und nach 2012 unterschieden.¹²¹ Konkret: Je nach Verfügbarkeit der Daten werden für die Abbildung der Entwicklungen vor der Revision die Zeiträume 2006-2011, 2009-2011 oder 2011 berücksichtigt. Für die Abbildung der Entwicklungen nach der Revision werden, wiederum je nach Datenverfügbarkeit, die Zeiträume 2013-2015 oder 2013-2016 berücksichtigt.

Tabelle 26 Durchschnittliches jährliches Wachstum der Ausgaben für unterschiedliche Ausgabenindikatoren, Zeitraum 2006-2016

Zeitperiode	2006- 2011	2009- 2011	2011	2013- 2015	2013- 2016
<i>pro Kopf</i>					
BIP	2,4%	0,1%	1,3%	0,3%	0,1%
Lohnwachstum	1,5%	1,3%	1,0%	0,6%	0,6%
OKP-Ausgaben spitalstationär*	2,3%				0,5%
OKP-Ausgaben Total*	2,8%				3,2%
Ausgaben aller Finanzierungsträger für den gesamten stationären Spitalbereich**			5,9%		1,9%
Ausgaben aller Finanzierungsträger für den Spitalbereich**		2,6%			2,9%
Ausgaben aller Finanzierungsträger für das Gesundheitswesen**	2,3%	2,1%			2,7%
<i>absolut</i>					
BIP	3,4%			1,4%	1,3%
OKP-Ausgaben spitalstationär	3,2%				1,5%
OKP-Ausgaben Total	3,7%				4,2%
Ausgaben aller Finanzierungsträger für den gesamten stationären Spitalbereich			6,6%		3,0%

¹²⁰ Kantone, OKP, andere Sozialversicherungen, Privathaushalte, Zusatzversicherungen, andere öffentliche und private Finanzierungsträger

¹²¹ Die Entwicklung im Jahr 2012 wird nicht in die Analyse einbezogen, da sich hier aufgrund der Revision Schwelleneffekte bemerkbar gemacht haben, die einen Vorher-Nachher-Vergleich beeinträchtigen würden.

Zeitperiode	2006- 2011	2009- 2011	2011	2013- 2015	2013- 2016
Ausgaben aller Finanzierungsträger für den Spitalbereich		3,6%			4,0%
Ausgaben aller Finanzierungsträger für das Gesundheitswesen	3,3%	3,2%			3,9%

*Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage von Pellegrini und Roth (2018), der Synthesestatistik zu Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (BFS), des Schweizerischen Lohnindex (BFS) und der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung (VGR) (BFS). Anmerkungen: * Ausgaben pro versicherte Person; ** Ausgaben pro Person (ständige Wohnbevölkerung).*

Bewertung

Die oben dokumentierten Entwicklungen bei den verschiedenen Ausgabenindikatoren werden nachfolgend durch das Evaluationsteam in Bezug auf das Kostendämpfungsziel beurteilt. Verschiedene Quellen nennen mögliche Grössen, an welchen sich das Kostendämpfungsziel orientieren kann. Dazu gehören BIP- und Lohnwachstum.^{122 123} Nachfolgend werden die Resultate für das BIP- bzw. Lohnwachstum aufgezeigt.

Als Indikator zur Messung der Zielerreichung wird nachfolgend die Differenz zwischen dem durchschnittlichen jährlichen Ausgabenwachstum (pro Kopf) und dem durchschnittlichen jährlichen nominalen BIP-Wachstum (pro Kopf) und dem Lohnwachstum verwendet.^{124 125} Das Ziel gilt in Anlehnung an die Botschaft des Bundesrates aus dem Jahr 1991 (vgl. Bundesrat 1991) als erreicht, wenn

- der Indikator in der Periode 2013-2015 bzw. 2013-2016 einen Wert von kleiner oder gleich Null annimmt (*starkes Kriterium*). In diesem Fall würde sich das Ausgabenwachstum im Rahmen des BIP-/Lohnwachstums bewegen. (Der Anteil der Ausgaben am BIP nimmt nicht zu.)
- der Indikator für die Periode 2013-2015 bzw. 2013-2016 einen tieferen Wert als in der Periode 2006-2011 (je nach Datenverfügbarkeit auch 2009-2011 oder 2011) aufweist (*schwaches Kriterium*). Das zweite Kriterium kommt dann zum Zug, wenn das erste Kriterium nicht erfüllt ist. In diesem Fall ist das Ausgabenwachstum grösser als das BIP-/Lohnwachstum. Allerdings klaffen BIP- bzw. Lohnwachstum und Ausgabenwachstum weniger stark auseinander als in der vorangegangenen Betrachtungsperiode. (Der Anteil der Ausgaben am BIP nimmt im Vergleich zur vorangehenden Periode weniger stark zu.)

¹²² Vgl. Expertenbericht (2017, S. 26f.), Bundesrat (2016), Bundesrat (1991, S. 126 & 222). Gemäss Expertenbericht (2017, S. 26f.) würden sich BIP- und Lohnwachstum als Vergleichsgrössen eignen. Der Bezug zur BIP-Entwicklung ergebe sich daraus, dass ein Bezug zur Einkommens- und Bevölkerungsentwicklung hergestellt werden könne (und die Gesundheitskosten u.a. von diesen Grössen abhängen würden). Der Bezug zur Lohnentwicklung ergebe sich daraus, dass die Bevölkerung die Krankenversicherungsprämien hauptsächlich mit den Lohneinnahmen finanzieren müsse.

¹²³ Für diesen Bericht wird das Lohnwachstum über die Entwicklung des Bruttonominallohns der Arbeitnehmenden in der Schweiz gemäss Schweizerischem Lohnindex (BFS) gemessen.

¹²⁴ Berechnung (für die Periode 2013-2015 bzw. 2013-2016): Indikator = jährliches Ausgabenwachstum pro Kopf – jährliches Wachstum des BIP pro Kopf (bzw. jährliches Lohnwachstum pro Kopf).

¹²⁵ Dem möglichen Einwand von konjunkturellen Einflüssen wird insofern Rechnung getragen, als der Indikator nicht zu einem Zeitpunkt, sondern als Durchschnitt auf eine Zeitperiode bezogen wird.

Wenn man davon ausgeht, dass Gesundheit ein Gut ist, das mit zunehmenden Einkommen verstärkt nachgefragt wird (vgl. Ausführungen in **Kap. 2.1**), dann handelt es sich um ein hartes Kostendämpfungsziel, an dem die Wirkung der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung nachfolgend gemessen wird.

In Tabelle 27 werden die Ergebnisse der Gegenüberstellung von BIP- bzw. Lohnwachstum und Ausgabenwachstum zusammengefasst. Das Kostendämpfungsziel wird für die OKP-Ausgaben spitalstationär (gesamter stationärer Spitalbereich) nach dem starken Kriterium erreicht, allerdings nur bei der Gegenüberstellung mit dem Lohnwachstum, nicht mit dem BIP-Wachstum.¹²⁶ D.h. das Ausgabenwachstum bewegte sich im Zeitraum 2013-2016 höchstens auf dem Niveau des Lohnwachstums. Wird die Analyseperiode verlängert (d.h. Betrachtung ab 1998), wird das Kostendämpfungsziel auch bei Gegenüberstellung mit dem BIP-Wachstum erreicht, allerdings nur nach dem schwachen Kriterium. Bei der Interpretation gilt es zu berücksichtigen, dass die zeitlich verzögerte Anhebung des kantonalen Finanzierungsanteils auf min. 55% im Rahmen der gesetzlich vorgesehenen Übergangsfrist bis 2017 einen dämpfenden Effekt auf die OKP-Ausgaben spitalstationär hatte. Wird dieser Effekt herausgerechnet¹²⁷, wird das Kostendämpfungsziel (bei Betrachtung der Vergleichsperioden 2006-2011 und 2013-2016) weder nach dem ersten noch nach dem zweiten Kriterium erreicht. Wird für die Zeit vor der Revision der verlängerte Analysezeitraum ab 1998 betrachtet, wird das Kostendämpfungsziel bei Gegenüberstellung mit dem Lohnwachstum lediglich nach dem schwachen Kriterium erfüllt, d.h. Ausgaben- und Lohnwachstum klaffen weniger weit auseinander. Zur Einordnung der Ergebnisse wären weiter auch Leistungs- und Ausgabenverlagerungen vom stationären in andere Bereiche zu beachten, diese konnten im Rahmen dieser Studie allerdings nicht quantifiziert werden. Zuletzt gilt es auch darauf hinzuweisen, dass die Analyseperiode nach 2012 kurz ist und dies die Aussagekraft der Analyse weiter einschränkt.

Die Analyse legt weiter nahe, dass das Kostendämpfungsziel für die Ausgaben aller Finanzierungsträger für den gesamten stationären Spitalbereich erreicht wurde, allerdings nur nach dem schwachen Kriterium (sowohl bei Gegenüberstellung mit dem BIP- wie auch mit dem Lohnwachstum). Das Resultat muss allerdings zurückhaltend interpretiert werden, da für den Vergleich mit vor 2012 nur ein Datenpunkt (Wachstum im Jahr 2011) zur Verfügung stand.

Nicht erreicht wird das Kostendämpfungsziel für die OKP-Ausgaben Total (alle Leistungsarten), die Ausgaben aller Finanzierungsträger für den Spitalbereich und die Ausgaben aller Finanzierungsträger für das Gesundheitswesen. Der Befund bezogen auf die drei letztgenannten Ausgabenindikatoren hängt auch damit zusammen, dass die Entwicklungen dieser Indikatoren von Entwicklungen in anderen Bereichen (bspw. dem ambulanten Bereich) abhängig sind und eine Dämpfung der Ausgabenentwicklung im stationä-

¹²⁶ Werden nur die OKP-Ausgaben spitalstationär im Bereich Akutsomatik betrachtet, wird das Kostendämpfungsziel nach starkem Kriterium auch bei der Gegenüberstellung mit dem BIP-Wachstum erfüllt.

¹²⁷ Das Vorgehen wird in Fussnote 109 ausgeführt. Das so ermittelte durchschnittliche jährliche Wachstum der OKP-Ausgaben spitalstationär (pro versicherte Person) beträgt für den Zeitraum 2013-2016 rund 1,4%.

ren Bereich durch diese anderen Entwicklungen überlagert werden.¹²⁸ Der Anteil der OKP-Ausgaben spitalstationär an den OKP-Ausgaben Total (alle Leistungsarten) betrug im Jahr 2015 rund 23% (eigene Berechnung auf Basis von Pellegrini und Roth 2018). Der Anteil der Ausgaben für Spitäler an den gesamten Ausgaben für das Gesundheitswesen betrug im Jahr 2016 rund 35%, der Anteil der Ausgaben für den stationären Spitalbereich rund 27% (eigene Berechnungen auf Basis der Synthesestatistik zu Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (BFS)). Mögliche ausgabendämpfende Effekte aufgrund von Leistungs- und Kostenverlagerungen vom spitalstationären Bereich in andere Bereiche (sofern die verlagerten Leistungen in den anderen Versorgungsbereichen effizienter erbracht werden können und im stationären Bereich entsprechende Kosteneinsparungen stattfinden) konnten im Rahmen dieser Studie nicht weiter untersucht werden. Es bleibt somit offen, ob die KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung dazu beigetragen hat, dass die Ausgaben aller Finanzierungsträger für den Spitalbereich und das Gesundheitswesen nicht noch stärker angestiegen sind.

Tabelle 27 Bewertung Ausgabenentwicklung im Vergleich zur nominalen BIP-Entwicklung und Lohnentwicklung

Bereich	Vergleichsgrösse	Beurteilungskriterium		Gesamtbewertung
		Durchschnittliches jährliches Ausgabenwachstum ist 2013-2015 bzw. 2013-2016 kleiner oder gleich jährliches BIP-/Lohnwachstum	Differenz zwischen durchschnittlichem jährlichen Ausgaben- und BIP-/Lohnwachstum 2013-2015 bzw. 2013-2016 geringer als 2006-2011 / 2009-2011 / 2011 (sofern das erste Kriterium nicht erfüllt ist)	
OKP-Ausgaben spitalstationär	BIP	✗	✗	✗
	Lohn	✓	(a)	✓
OKP-Ausgaben Total	BIP	✗	✗	✗
	Lohn	✗	✗	
Ausgaben aller Finanzierungsträger für den gesamten stationären Spitalbereich	BIP	✗	✓ ^(c)	✓ ^(b)
	Lohn	✗	✓ ^(c)	✓ ^(b)
Ausgaben aller Finanzierungsträger für den Spitalbereich	BIP	✗	✗	✗
	Lohn	✗	✗	✗

¹²⁸ Bei den OKP-Ausgaben fallen im Zeitraum 2013-2015 die durchschnittlichen jährlichen Wachstumsraten in den Bereichen Spital- und praxisambulant und Spitex mit 5,7%, 4,4% und 7,8% deutlich höher aus als im spitalstationären Bereich mit 1,8% (eigene Berechnungen auf der Basis von Pellegrini und Roth 2018).

Bereich	Vergleichsgrösse	Beurteilungskriterium		Gesamtbewertung
Ausgaben aller Finanzierungsträger für das Gesundheitswesen	BIP	✗	✗	✗
	Lohn	✗	✗	✗

Anmerkung: ✓ = erreicht, ✗ = nicht erreicht. ^(a) Keine Beurteilung, da erstes Kriterium erfüllt. ^(b) Nach schwachem Kriterium erfüllt. ^(c) Nur ein Datenpunkt (Wachstum im Jahr 2011) für vor 2012 verfügbar. Das Resultat ist mit entsprechender Vorsicht zu interpretieren.

6.1. Zwischenfazit

D. Wie wirkt sich die Revision auf das Kostenwachstum in der OKP und im Gesundheitswesen aus?

Auf das Wachstum der OKP-Ausgaben (insb. für spitalstationäre Leistungen) wurde bereits unter Frage C eingegangen: Während sich die OKP-Ausgaben spitalstationär (gesamter stationärer Spitalbereich, d.h. unter Berücksichtigung der Versorgungsbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation) im Zeitraum 2013-2016 im Vergleich zum Zeitraum 2006-2011 weniger stark entwickelt haben, ist das Wachstum der OKP-Ausgaben Total (alle Leistungsarten) für den Zeitraum 2013-2016 im Vergleich zum Zeitraum 2006-2011 stärker ausgefallen.

Die KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung hatte durch die zeitlich verzögerte Anhebung des kantonalen Finanzierungsanteils auf min. 55% im Rahmen der gesetzlich vorgesehenen Übergangsfrist bis 2017 einen kostendämpfenden Effekt auf die OKP-Ausgaben spitalstationär. Auch nach Berücksichtigung dieses Effekts ist nach 2012 ein moderateres Wachstum im Vergleich zu vor 2012 zu beobachten; dies allerdings vorbehaltlich möglicher Leistungs- und Ausgabenverlagerungen vom stationären in den ambulanten Bereich. Wie bereits erwähnt, konnte der Nettoeffekt möglicher Leistungs- und Kostenverlagerungen aus dem stationären Bereich in andere Bereiche im Rahmen dieser Studie nicht quantifiziert werden. Es gilt weiter zu beachten, dass im Jahr 2016 rund 22% der OKP-Ausgaben Total auf die OKP-Ausgaben spitalstationär entfielen (eigene Berechnung auf Basis von Daten aus dem MOKKE (BAG)). Der kostendämpfende Effekt der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung auf die OKP-Ausgaben Total kann somit durch andere Entwicklungen in anderen OKP-Bereichen überlagert worden sein.

Die Ausgaben aller Finanzierungsträger für das Gesundheitswesen sind im Zeitraum 2013-2016 jährlich im Durchschnitt um 3,9% gewachsen, etwas stärker als im Zeitraum 2006-2011 (3,3%). Dabei gilt es zu beachten, dass die Ausgaben aller Finanzierungsträger für den Spitalbereich rund 35% (27% spitalstationär, 8% spitalambulant) der Ausgaben aller Finanzierungsträger für das Gesundheitswesens ausmachen. Auch hier können Entwicklungen in anderen Bereichen die kostendämpfenden Wirkungen der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung auf die Ausgaben aller Finanzierungsträger für den gesamten stationären Spitalbereich überlagert und kompensiert haben.

Zur Beurteilung der Zielerreichung der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung in Bezug auf die Kostendämpfung werden die Entwicklungen der OKP-Ausgaben spitalstationär (gesamter stationärer Spitalbereich, d.h. unter Berücksichtigung der Versorgungsbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation), der OKP-Ausgaben Total (alle

Leistungsarten), der Ausgaben aller Finanzierungsträger für den gesamten stationären Spitalbereich, der Ausgaben aller Finanzierungsträger für den Spitalbereich und der Ausgaben aller Finanzierungsträger für das Gesundheitswesen der Entwicklung des Bruttoinlandprodukts (BIP) und dem Nominallohnwachstum gegenübergestellt. Das Ziel gilt als erreicht, wenn sich das Ausgabenwachstum höchstens im Ausmass des BIP-/Lohnwachstums bewegt (starkes Kriterium) oder wenn Ausgabenwachstum und BIP-/Lohnwachstum in der Periode 2013-2016 weniger weit auseinanderklaffen als in der Periode 2006-2011 (schwaches Kriterium).

In Bezug auf die OKP-Ausgaben spitalstationär (gesamter stationärer Spitalbereich, d.h. unter Berücksichtigung der Versorgungsbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation) liegt das durchschnittliche jährliche Ausgabenwachstum (pro Kopf) in der Periode 2013-2016 über dem durchschnittlichen jährlichen BIP-Wachstum (pro Kopf), aber unter dem durchschnittlichen jährlichen Nominallohnwachstum. Das Kostendämpfungsziel (nach dem starken Kriterium) wird bei der Gegenüberstellung mit dem Lohnwachstum erreicht. Wird der kostendämpfende Effekt aufgrund der zeitlich verzögerten Anhebung des kantonalen Finanzierungsanteils auf min. 55% im Rahmen der gesetzlich vorgesehenen Übergangsfrist bis 2017 auf die OKP-Ausgaben spitalstationär herausgerechnet, wird das Kostendämpfungsziel bei Gegenüberstellung mit dem Lohnwachstum nur nach dem schwachen Kriterium und nur bei Betrachtung eines langen Analysehorizonts (ab 1998) erreicht. Werden die OKP-Ausgaben spitalstationär differenziert nach den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie betrachtet, bewegt sich das durchschnittliche jährliche Ausgabenwachstum (pro Kopf) im Bereich der Akutsomatik in der Periode 2013-2016 unterhalb des durchschnittlichen jährlichen BIP-Wachstums (pro Kopf) und dem durchschnittlichen jährlichen Nominallohnwachstum, das Kostendämpfungsziel wird entsprechend nach dem starken Kriterium erreicht. Für die beiden anderen Versorgungsbereiche wird das Kostendämpfungsziel weder nach dem starken noch nach dem schwachen Kriterium erreicht. Zur Einordnung der Ergebnisse wären weiter auch Leistungs- und Ausgabenverlagerungen vom stationären bzw. akutstationären Bereich in andere Bereiche zu beachten, diese konnten im Rahmen dieser Studie allerdings nicht quantifiziert werden. Zuletzt gilt es auch darauf hinzuweisen, dass die Analyseperiode nach 2012 kurz ist und dies die Aussagekraft der Analyse einschränkt.

Die Ergebnisse legen nahe, dass das Kostendämpfungsziel auch in Bezug auf die Ausgaben aller Finanzierungsträger (Kantone, OKP, andere Sozialversicherungen, Privathaushalte, Zusatzversicherungen, andere öffentliche und private Finanzierungsträger) für den gesamten stationären Spitalbereich – zumindest nach dem schwachen Kriterium – erreicht wird. Es gilt dabei allerdings zu beachten, dass für die Berechnung des Ausgabenwachstums vor 2012 nur ein Datenpunkt (Wachstum im Jahr 2011) berücksichtigt werden konnte. Das Ergebnis ist somit sehr zurückhaltend zu interpretieren. Nicht erreicht wird das Kostendämpfungsziel für die OKP-Ausgaben Total (alle Leistungsarten), die Ausgaben aller Finanzierungsträger für den Spitalbereich und die Ausgaben aller Finanzierungsträger für das Gesundheitswesen. Das gedämpfte Wachstum der OKP-Ausgaben spitalstationär leistet potenziell einen Beitrag zur Dämpfung der OKP-Ausgaben Total (alle Leistungsarten) (und damit auch auf die Ausgaben aller Finanzierungsträger für den Spitalbereich und die Ausgaben aller Finanzierungsträger für das Gesundheitswesen). Eine abschliessende Beurteilung kann allerdings nicht vorgenommen werden, da die Im-

pplikationen von Leistungsverlagerungen auf die OKP-Ausgaben Total (alle Leistungsarten) offen sind. Mögliche Ausgabendämpfende Effekte aufgrund von Leistungs- und Ausgabenverlagerungen vom spitalstationären Bereich in andere Bereiche (sofern die verlagerten Leistungen in den anderen Versorgungsbereichen effizienter erbracht werden können und im stationären Bereich entsprechende Kosteneinsparungen stattfinden) konnten im Rahmen dieser Studie nicht untersucht werden.

7. Gesamtbeurteilung

7.1. Auswirkungen der Revision

1) Welches sind die Auswirkungen der Massnahmen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung?

Auswirkungen auf die Produktionskosten und die Ausgaben für das Versorgungssystem

Einfluss der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung insgesamt

- Auswertungen von Dokumenten und Einschätzungen von Akteuren aus dem Gesundheitswesen im Rahmen der Interviews zeigen, dass die KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung über die Vereinheitlichung von Definitionen und Bewertungen insgesamt zu einer Erhöhung der Transparenz in Bezug auf die Produktionskosten beigetragen hat. Den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen (Tarifpartner, Kantone, PUE, Verwaltung, Politik) stehen für ihre Aufgaben Kostendaten aus der öffentlichen Statistik bzw. daraus abgeleiteten Kennzahlen sowie weitere Datenquellen (auf die die verschiedenen Akteuren in unterschiedlichem Ausmass Zugriff haben und deren Nachvollziehbarkeit für gewisse Akteure teilweise eingeschränkt ist) zur Verfügung.
- Eigene Berechnungen auf Basis von Pellegrini & Roth (2018) zeigen, dass mit der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung ein gedämpftes Wachstum der Kosten für die Erbringung von stationären Spitalleistungen, der Ausgaben für stationäre Spitalleistungen (gesamter stationärer Spitalbereich, d.h. unter Berücksichtigung der Versorgungsbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation) (zumindest bezogen auf OKP) und der Ausgaben aller Finanzierungsträger für den gesamten stationären Spitalbereich einhergeht, nicht aber für die Ausgaben aller Finanzierungsträger für den Spitalbereich und das Gesundheitswesen. In Bezug auf die OKP-Ausgaben spitalstationär (gesamter stationärer Spitalbereich) ist dabei insb. der temporäre kostendämpfende Effekt aufgrund der zeitlich verzögerten Anhebung des kantonalen Finanzierungsanteils auf min. 55% im Rahmen der gesetzlich vorgesehenen Übergangsfrist bis 2017 zu nennen. Auch unter Berücksichtigung dieses Effekts fällt das Wachstum der OKP-Ausgaben spitalstationär nach 2012 moderater aus, wenn auch nicht mehr so deutlich. Die Ausgabenentwicklungen sind auch vorbehaltlich möglicher Leistungs- und Ausgabenverschiebungen zu interpretieren. Weiter muss beachtet werden, dass der Analysezeitraum (vor und/oder nach 2012) kurz ist, was die Aussagekraft der Resultate weiter einschränkt. Die Zukunft wird zeigen, ob sich diese Entwicklungen fortschreiben werden.

Beiträge der einzelnen Massnahmen der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung

- Zur erwünschten Erhöhung der Transparenz in Bezug auf die Kosten direkt beigetragen hat die Schaffung der erweiterten Informationsbasis zu Wirtschaftlichkeit und Qualität. Auswertungen von Dokumenten und Einschätzungen von Akteuren aus dem Gesundheitswesen im Rahmen der Interviews zeigen, dass die Spitäler eine auf einheitlichen Vorgaben (in Bezug auf Definitionen und Bewertungen) basierende Kosten- und Leistungsrechnung führen. Darauf basierend stehen den Akteuren im Gesundheitswesen Statistiken und Kennzahlen zu Kosten zur Verfügung. Schweizweite Betriebsvergleiche, deren Grundlagen (Daten, Methoden) und Resultate öffentlich zugänglich sind, fehlen allerdings. Zu einer Erhöhung der Transparenz verholfen haben aber auch die Massnahmen in Bezug auf die Spitalplanung und die Einführung leistungsbezogener (Fall-)Pauschalen (zumindest im akutstationären Bereich, wo dies im Analysezeitraum bereits geschehen ist): Auswertungen von Dokumenten und Angaben und Einschätzungen von Kantonen im Rahmen der Kantonsbefragung und von Akteuren aus dem Gesundheitswesen im Rahmen der Interviews zeigen, dass die Wirtschaftlichkeit des Angebots durch die Kantone über Betriebsvergleiche zu Kosten geprüft bzw. die Spitaltarife im Rahmen der Tariffindung (Spitäler, Krankenversicherungen, Kantone) an einem effizienten Spital ausgerichtet wird (wobei kein einheitlicher Effizienzmassstab existiert). Die Entwicklung seit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung hat gezeigt, dass sich die Qualität der dafür eingesetzten Kostendaten verbessert hat, was sich auf die Transparenz positiv ausgewirkt hat.
- Es sind auch diese beiden zuletzt genannten Massnahmen, von welchen ein direkter Einfluss auf die beobachtete Ausgabenentwicklung im Bereich der stationären Spitalleistungen und im stationären Spitalbereich vermutet werden kann.
- Weder auf die Transparenz der Kosten noch auf die Ausgabenentwicklung (zumindest direkt) beigetragen haben die Massnahmen dual-fixe Leistungsfinanzierung und die erweiterte Spitalwahl.

*Auswirkungen auf die Finanzierung des Versorgungssystems**Einfluss der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung insgesamt*

- Die KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung hat insgesamt zu einer Erhöhung der Transparenz in Bezug auf die Finanzierung des Versorgungssystems beigetragen. Die Verantwortlichkeiten in Bezug auf die Finanzierung von stationären Spitalleistungen gemäss KVG sind klar geregelt. Die Erhöhung der Transparenz beschränkt sich vornehmlich auf die Ausgaben für stationäre Spitalleistungen gemäss KVG (OKP und Kantone). Weiterhin intransparent sind die kantonalen Ausgaben für den stationären Spitalbereich (keine einheitliche Definition und Bewertungsmethode für GWL, fehlende Übersicht zu den kantonalen Investitionen bzw. Investitionsbeiträgen im Spitalbereich). Den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen (Tarifpartner, Kantone, PUE, Verwaltung, Politik) stehen wie bereits vor der Revision für ihre Aufgaben Daten zur Finanzierung aus der öffentlichen Statistik bzw. daraus abgeleiteten Kennzahlen zur Verfügung, die vermehrt Aspekte der Revision (bspw. Finanzierungsanteile der Ausgabenträger) einbeziehen.

- Mit der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung hat der Leistungsbezug bei der Finanzierung stark zugenommen. Defizitdeckungen sind nur noch selten anzutreffen.
- Die KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung hat zu Verschiebungen der Finanzierungsanteile der Ausgabenträger für stationäre Spitalleistungen geführt. Innerhalb des Anwendungsbereichs des KVG wurde die OKP entlastet, die Kantone entsprechend mehrbelastet. Aufgrund einer fehlenden systematischen Erfassung der kantonalen Investitionen vor 2012 kann nicht beurteilt werden, in welchem Ausmass die Kantone durch die Mitfinanzierung der OKP an den ANK entlastet wurden. Über alle stationären Spitalleistungen gesehen ist zudem eine Verminderung der Belastung der Zusatzversicherungen (zulasten der Kantone) zu sehen.

Beiträge der einzelnen Massnahmen der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung

- Zur erwünschten Erhöhung der Transparenz in Bezug auf die Finanzierung direkt beigetragen hat die Schaffung der erweiterten Informationsbasis zu Wirtschaftlichkeit und Qualität (s.o.). Zur Erhöhung der Transparenz ebenfalls direkt beigetragen hat die dual-fixe Leistungsfinanzierung (Vorgabe von klaren Regeln). Ebenfalls einen positiven Effekt auf die Transparenz der Finanzierung wurde mit der Einführung von leistungsbezogenen (Fall-)Pauschalen erwartet, insb. durch die Inklusion der Investitionskosten in die Pauschale. Aufgrund einer fehlenden Übersicht zu kantonalen Investitionen im Spitalbereich ist die Transparenz allerdings noch eingeschränkt. Die im Zuge mit der erweiterten Spitalwahl von den Kantonen festgelegten Referenztarife für ausserkantonale Wahlhospitalisationen beeinträchtigen die Transparenz insofern, als diese Tarife nach unterschiedlichen Kriterien festgelegt werden. Im Vergleich zu vor der Revision ist die Transparenz aber insofern gestiegen, als dass die Referenztarife veröffentlicht sind.
- Auf die oben erwähnten Verschiebungen bei den Finanzierungsanteilen im Anwendungsbereich der OKP in Richtung der vom Gesetz vorgegebenen Anteile massgeblich beigetragen hat die dual-fixe Leistungsfinanzierung (Vorgabe Kostenteiler).

2) Welche Auswirkungen hat die Revision auf die jeweils betroffenen Hauptakteure des Gesundheitssystems, d.h. auf die Versicherten, die Kantone, die Versicherer und die Leistungserbringer?

Auswirkungen auf die Versicherten

Auf Grundlage von Einschätzungen von Akteuren aus dem Gesundheitswesen sind keine systematischen negativen Effekte wie Rationierung oder Verletzungen der Aufnahmepflicht der Listenspitäler festzustellen. Gewisse Bewertungen basieren nur auf Einschätzungen einiger weniger Akteure. Die Datenbasis lässt somit teilweise keine abschliessende Beurteilung zu. Auf dieser Basis lässt sich die Aussage, wonach sich die KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung auf die Versicherten nicht negativ ausgewirkt hat, insgesamt weder bestätigen noch widerlegen. Mit der erweiterten Spitalwahl wurde den Versicherten eine grössere Wahlmöglichkeit unter den Leistungserbringern (ausserkantonale Hospitalisationen) zugestanden. Empirisch lässt sich eine Zunahme der Anteile ausserkantonalen Hospitalisationen auf gesamtschweizerischer Ebene feststellen (bei

grossen kantonalen Unterschieden). Die erweiterte Spitalwahl ist als Ursache denkbar (vgl. Gruber & Lippitsch 2018). Im Zusammenhang mit der erweiterten Spitalwahl sind auch mögliche Hemmnisse für ausserkantonale Wahlhospitalisationen zu nennen, insb. die Komplexität der Spitalfinanzierung insgesamt (auch wenn mittlerweile vergleichende Spitalkennzahlen zur Finanzierung, insb. zu den Spitaltarifen, vorliegen) und die Referenztarife für ausserkantonale Wahlhospitalisationen, die ausserkantonale Angebote aus finanzieller Sicht für die Versicherten teilweise unattraktiv machen.

Auswirkungen auf die Kantone

Resultate aus Pellegrini und Roth (2018) zeigen, dass die Kantone einen höheren Anteil an den Ausgaben für KVG-pflichtige stationäre Spitalleistungen tragen. Dies ist vornehmlich getrieben durch die dual-fixe Leistungsfinanzierung (fixer Kostenteiler, Gleichbehandlung der Spitäler unabhängig von der Trägerschaft). Eine eigene Auswertung zur Entwicklung der kantonalen Ausgaben für stationäre Spitalleistungen (inkl. GWL, inkl. kantonale Investitionen, gesamter stationärer Spitalbereich) auf Basis von Daten aus der Synthesestatistik zu Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (BFS) deutet auf eine seit der Revision gedämpfte Entwicklung hin. Aufgrund einer fehlenden systematischen Erfassung der kantonalen Investitionen vor 2012 kann nicht beurteilt werden, in welchem Ausmass die Kantone durch die Mitfinanzierung der OKP an den ANK entlastet wurden. Insofern ist ein Vergleich der Ausgabenentwicklung vor und nach 2012 nur eingeschränkt möglich. Insgesamt sind die Ergebnisse in Bezug auf diesen Indikator aufgrund der Abgrenzungsprobleme (Spitalleistungen nach KVG und GWL) zurückhaltend zu interpretieren.

Die Kantone sind stark an der Umsetzung der Massnahmen beteiligt. Da verschiedene Konzepte (wie bspw. „Wirtschaftlichkeit“ und „Effizienz“) zu Beginn der neuen Spitalfinanzierung nicht näher konkretisiert wurden, gestaltete sich die Umsetzung teilweise schwierig (im Tarifbereich bspw. daran abzulesen, das sich das BVGer mit festgesetzten Spitaltarifen bzw. der Verfahren dafür befassen musste), wie Einschätzungen der Kantone im Rahmen der Kantonsbefragung und von Akteuren im Rahmen der Interviews zeigen. Die Situation hat sich verbessert, bleibt aber in gewissen Bereichen (bspw. Tarifbereich) insofern immer noch unbefriedigend, als der Effizienzmassstab unterschiedlich angelegt wird – mit der Konsequenz, dass die Umsetzung teilweise heterogen ist.

Auswirkungen auf die Leistungserbringer

Einschätzungen von Spitälern im Rahmen der Spitalbefragung lassen vermuten, dass die KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung den finanziellen Druck auf die Spitäler erhöht hat. Verantwortlich dafür scheint insb. der stationäre Tarifbereich (Spitaltarife, Tarifstruktur SwissDRG) zu sein.

Die Leistungserbringer in der Akutsomatik sind insb. von der Umsetzung der Massnahmen im stationären Tarifbereich betroffen, da mit SwissDRG bereits im Jahr 2012 eine gesamtschweizerische, leistungsbezogene Tarifstruktur eingeführt wurde. Wie Dokumente und Einschätzungen von Akteuren des Gesundheitswesens im Rahmen der Interviews nahelegen, betreffen dies einerseits die von den Akteuren (Versicherer, Kantone, PUE) angewendeten Verfahren der Betriebsvergleiche (bspw. unterschiedliche Effizienzmassstäbe ansetzen). Andererseits auch die Tarifstruktur SwissDRG, die (noch) keine Ermitt-

lung eines für alle Spitäler validen Benchmarkingwerts ermöglicht und ausgehend vom ermittelten Referenzwert Tariffdifferenzierungen notwendig macht.

Weiter sind die Leistungserbringer von der Spitalplanung, insb. der Vergabe von Leistungsaufträgen betroffen. Bei der Vergabe der Leistungsaufträge haben die Kantone u.a. das Kriterium der Wirtschaftlichkeit zu berücksichtigen. Die Umsetzung in den Kantonen ist allerdings in Bezug auf die verwendeten Daten und die angewandte Methode für Betriebsvergleiche noch heterogen, wie Angaben und Einschätzungen der Kantone im Rahmen der Kantonsbefragung sowie Einschätzungen von Akteuren des Gesundheitswesens im Rahmen der Interviews zeigen.

Zudem ist mit der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung die administrative Belastung der Ärztinnen und Ärzte (Einschätzung im Rahmen einer Befragung der FMH) sowie des Pflegepersonals, aber auch nachgelagert im Medizincontrolling/in der Kodierung angestiegen.

Auswirkungen auf die Versicherer

Resultate aus Pellegrini und Roth (2018) zeigen, dass sich der Finanzierungsanteil der Versicherer (OKP) bezogen auf die Ausgaben für KVG-pflichtige stationäre Spitalleistungen auf dem Niveau einpendelt, das der Gesetzgeber angestrebt hat. Eigene Auswertungen auf Basis von Pellegrini und Roth (2018) zeigen, dass sich das Ausgabenwachstum für stationäre Spitalleistungen seit der Revision 2012 verringert hat. Inwiefern diese Entwicklung nur temporärer Natur ist (aufgrund einer schrittweisen Anhebung des kantonalen Finanzierungsanteils in der Übergangsfrist bis 2017) oder sich fortsetzen wird, muss sich in den nächsten Jahren noch zeigen.

Ergebnisse aus Pellegrini und Roth (2018) zeigen, dass sich der Anteil der Zusatzversicherungen an den Ausgaben für stationäre Spitalleistungen verringert hat.

Die Versicherungen sind von der Umsetzung der Massnahmen der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung insofern betroffen, als sie als Tarifpartner mit den Spitälern Spitaltarife aushandeln. Auf Basis von Dokumenten und Einschätzungen von Akteuren im Rahmen der Interviews zeigt sich: Fehlende Konkretisierungen von Konzepten wie Effizienz haben (besonders stark in der Anfangsphase) wie bei den Kantonen auch zu Unterschieden in den Verfahren für Betriebsvergleiche geführt, die teilweise auch vom BVGer beurteilt werden mussten. Auch hier bleibt die Umsetzung teilweise noch heterogen (bspw. Effizienzmassstab).

3) Welchen Beitrag leistet die Revision zur Erreichung der sozial- und wettbewerbspolitischen Hauptziele des KVG, insbesondere zur Eindämmung des Kostenwachstums in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und zur Sicherstellung des Zugangs zu einer qualitativ hochstehenden Versorgung?

Eigene Auswertungen auf Basis von Pellegrini und Roth und Daten aus der Synthesestatistik zu Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (BFS) zeigen, dass das Kostendämpfungsziel (gemessen am BIP- und Lohnwachstum) bei den OKP-Ausgaben spitalstationär (gesamter stationärer Spitalbereich, d.h. unter Berücksichtigung der Versorgungsbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation) nur in der Gegenüberstellung mit dem Lohnwachstum erreicht wird. Wird der kostendämpfende Effekt aufgrund der zeitlich verzögerten Anhebung des kantonalen Finanzierungsanteils auf min. 55% im

Rahmen der gesetzlich vorgesehenen Übergangsfrist bis 2017 auf die OKP-Ausgaben spitalstationär herausgerechnet, wird das Kostendämpfungsziel nur bei Betrachtung eines langen Analysehorizonts (ab 1998) und nur nach dem schwachen Kriterium bei Gegenüberstellung mit dem Lohnwachstum erreicht. Die Aussagekraft wird einerseits dadurch eingeschränkt, dass Leistungs- und Ausgabenverlagerungen vom stationären Bereich in andere Bereiche im Rahmen dieser Studie nicht quantifiziert werden konnten. Zweitens gilt es zu berücksichtigen, dass die Analyseperiode nach 2012 kurz ist und dies die Aussagekraft der Analyse weiter einschränkt.

Die Ergebnisse legen nahe, dass das Kostendämpfungsziel auch in Bezug auf die Ausgaben aller Finanzierungsträger für den gesamten stationären Spitalbereich (nach dem schwachen Kriterium) erreicht wird. Allerdings ist der Analysehorizont aufgrund der Datenverfügbarkeit stark eingeschränkt, was eine robuste Abschätzung verunmöglicht. Für die OKP-Ausgaben Total (alle Leistungsarten), die Ausgaben aller Finanzierungsträger für den Spitalbereich und die Ausgaben aller Finanzierungsträger für das Gesundheitswesen wird das Kostendämpfungsziel nicht erreicht. Das gedämpfte Wachstum der OKP-Ausgaben spitalstationär leistet potenziell einen Beitrag zur Dämpfung der OKP-Ausgaben Total (alle Leistungsarten) (und damit auch auf die Ausgaben aller Finanzierungsträger für den Spitalbereich und die Ausgaben aller Finanzierungsträger für das Gesundheitswesen). Eine abschliessende Beurteilung kann allerdings nicht vorgenommen werden, da die Implikationen von Leistungsverlagerungen auf die OKP-Ausgaben Total (alle Leistungsarten) offen sind. Mögliche Ausgabendämpfende Effekte aufgrund von Leistungs- und Ausgabenverlagerungen vom spitalstationären Bereich in andere Bereiche (sofern die verlagerten Leistungen in den anderen Versorgungsbereichen effizienter erbracht werden können und im stationären Bereich entsprechende Kosteneinsparungen stattfinden) konnten im Rahmen dieser Studie nicht weiter untersucht werden.

Das Kostendämpfungsziel orientiert sich am BIP- und Lohnwachstum (Wachstum der Ausgaben pro Kopf sollen sich im Rahmen des BIP- und Lohnwachstums bewegen). Wenn man davon ausgeht, dass Gesundheit ein Gut ist, das mit zunehmenden Einkommen verstärkt nachgefragt wird (hierfür gibt es Hinweise in der Literatur), dann handelt es sich um ein hartes Kostendämpfungsziel, an dem die Wirkung der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung gemessen wird.

7.2. Zweckmässigkeit der Revision

4) Wie ist die Zweckmässigkeit der Revision, also das Ausmass der Eignung, eine Eindämmung des Kostenwachstums in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu erzielen, zu beurteilen?

Die Kostendämpfungsziele, wie sie in diesem Bericht definiert wurden, werden für die OKP-Ausgaben spitalstationär (gesamter stationärer Spitalbereich, d.h. unter Berücksichtigung der Versorgungsbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation) erreicht, allerdings unter dem Vorbehalt möglicher Leistungs- und Ausgabenverschiebungen, die im Rahmen dieser Studie nicht quantifiziert werden konnten und der kurzen Analyseperiode nach 2012. Wird der kostendämpfende Effekt aufgrund der zeitlich verzögerten Anhebung des kantonalen Finanzierungsanteils auf min. 55% im Rahmen der gesetzlich vorgesehenen Übergangsfrist bis 2017 auf die OKP-Ausgaben spitalstationär herausgerechnet, wird das Kostendämpfungsziel nicht mehr erreicht. Die Ergebnisse legen nahe,

dass das Kostendämpfungsziel auch in Bezug auf die Ausgaben aller Finanzierungsträger für den gesamten stationären Spitalbereich erreicht wird. Die Aussagekraft des Ergebnisses ist aber aufgrund des kurzen Analysehorizonts stark eingeschränkt. Nicht erreicht werden die Kostendämpfungsziele für die Ausgaben aller Finanzierungsträger für den Spitalbereich und für das Gesundheitswesen, wobei auch hier die Aussagekraft aufgrund von kurzen Analyseperioden eingeschränkt ist. Die Zielverfehlungen in Bezug auf die Ausgaben aller Finanzierungsträger für den Spitalbereich und das Gesundheitswesen können zumindest teilweise damit erklärt werden, dass darin neben den Ausgaben für den stationären Spitalbereich auch die Entwicklung der Ausgaben für andere Leistungsbereiche (bspw. den ambulanten Bereich) inkludiert sind, die nicht (direkt) von der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung betroffen waren. Zu nennen sind jedoch Leistungsverchiebungen (und damit Ausgabenverlagerungen) vom stationären in den ambulanten Bereich. Diese Verschiebungen sind durchaus gewollt, sofern die Leistungen im ambulanten Bereich bei gleich guter Qualität kostengünstiger erbracht werden können. Die Nettoeffekte von Leistungs- und Ausgabenverlagerungen konnten im Rahmen dieser Studie nicht ermittelt werden.

Weiter stellt sich die Frage, ob aufgrund von Schwächen in der Konzeption der Revision, einer ungenügenden Umsetzung der Massnahmen, dem Ausbleiben von erwünschten Wirkungen bzw. dem Auftreten von unerwünschten Wirkungen die Zielerreichung in Bezug auf die Ausgabenentwicklung beeinträchtigt wurde. In diesem Zusammenhang gilt es zu berücksichtigen, dass aufgrund des noch relativ kurzen Analysezeitraums seit der Revision erwünschte oder auch unerwünschte Wirkungen aufgrund von Übergangsbestimmungen und Umsetzungsschwierigkeiten und aufgrund von zeitverzögerten Verhaltensänderungen noch nicht (vollständig) eingetroffen sein können. Eine abschliessende Beurteilung ist daher nicht möglich.

In Bezug auf die Konzeption der Revision werden keine Probleme identifiziert. Damit sich die Wirkungen der Massnahmen vollständig entfalten können, sind bei der Umsetzung aber noch Verbesserungen notwendig. In der Tabelle 28 gehen wir, differenziert nach den verschiedenen Massnahmen der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung, aus Sicht des Evaluationsteams auf mögliche ungenügende Umsetzungen der Massnahmen sowie das Ausbleiben von erwünschten und Auftreten von unerwünschten Wirkungen ein. Zudem wird darauf hingewiesen, ob ein Handlungsbedarf besteht (weitere Ausführungen zum Handlungsbedarf im nächsten Kapitel).

Tabelle 28 Übersicht in Bezug auf ungenügende Umsetzung der Massnahmen, Ausbleiben von erwünschten und Auftreten von unerwünschten Wirkungen

Massnahmen	Ungenügende Umsetzung der Massnahmen?	Sind erwünschte Wirkungen ausgeblieben?	Sind unerwünschte Wirkungen aufgetreten?
Dual-fixe Leistungsfinanzierung	Spannungsverhältnis zwischen der dual-fixen Finanzierung und dem effektiven kantonalen Finanzierungsanteil in Kantonen mit Instrumenten der Mengensteuerung (vgl. Bewertung in Tabelle 2, Kap. 3.1) → nicht als Handlungsbedarf aufgenommen, da ausserhalb der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung	Nein	Nein
Spitalplanung	Teilweise fehlende interkantonale Koordination (vgl. Bewertung in Tabelle 3, Kap. 3.2.1) → kein Handlungsbedarf, da Anpassungen der Spitalplanung Zeit braucht, nächste Runde der Spitalplanungen abwarten Teilweise zurückhaltende Wirtschaftlichkeitsprüfung (vgl. Bewertung in Tabelle 4, Kap. 0) → kein Handlungsbedarf, da Wirtschaftlichkeitsprüfung an Bedeutung gewonnen hat, u.a. aufgrund er verbesserten Datenqualität	Verhaltene überregionale Zusammenarbeit (vgl. Bewertung in Tabelle 3, Kap. 3.2.1) → Handlungsbedarf Nr. 1, Tabelle 29, Kap. 7.3	Nein
Leistungsbezogene (Fall-)Pauschalen	Gesamtschweizerische, leistungsbezogene Tarifstruktur zur Vergütung von stationären Spitalleistungen gemäss KVG in der Akutsomatik seit 2012 vorhanden, in den Bereichen Psychiatrie und Rehabilitation auf das Jahr 2018 eingeführt bzw. Einführung auf das Jahr 2022 hin geplant. → kein Handlungsbedarf, da gesamtschweizerische, leistungsbezogene Tarifstrukturen in den Bereichen Psychiatrie und Rehabilitation bereits eingeführt wurden oder Einführung bereits geplant. In Kap. Kap. 3.3.3 wurde in einigen Interviews auf mögliche Governance-Konflikte aufgrund der Mehrfachrolle der Kantone (Eigentümer, Genehmigungs-/Festsetzungsbehörde) bei der Tarifgenehmigung und –festsetzung hingewiesen.	Noch fehlende Transparenz in Bezug auf Kosten (insb. aufgrund Abgrenzung Kosten für GWL, da GWL nicht definiert) (vgl. Bewertung in Tabelle 6, Kap. 3.3.1 ; Tabelle 7, Kap. 3.3.3 , sowie Tabelle 13, Kap. 3.5.2) → Handlungsbedarf Nr. 2 & 3, Tabelle 29, Kap. 7.3 Noch fehlende Transparenz in Bezug auf Betriebsvergleiche (Heterogenität der Verfahren für Betriebsvergleiche) (vgl. Bewertung in Tabelle 6, Kap. 3.3.1 sowie Tabelle 13, Kap. 3.5.2) → Handlungsbedarf Nr. 4 & 5, Tabelle 29, Kap. 7.3	Nein

Massnahmen	Ungenügende Umsetzung der Massnahmen?	Sind erwünschte Wirkungen ausgeblieben?	Sind unerwünschte Wirkungen aufgetreten?
	→ nicht als Handlungsbedarf aufgenommen, da der Governance-Konflikt im Gesetz nicht adressiert wurde (kann somit nicht einer ungenügenden Umsetzung der Massnahmen der Revision zugeschrieben werden).	Noch fehlende Transparenz in Bezug auf die Finanzierung (da fehlende einheitliche Definition und Bewertungsmethode für GWL sowie fehlende Übersicht zu kantonalen Investitionen / Investitionsbeiträgen) (vgl. Tabelle 8, Kap. 3.3.4 ; Tabelle 13, Kap. 3.5.2) → Handlungsbedarf Nr. 3, Tabelle 29, Kap. 7.3	
Erweiterte Spitalwahl	Orientierung am tiefsten Spitaltarif eines Spitals auf der kantonalen Spitalliste für die Festsetzung der Referenztarife (vgl. Bewertung in Tabelle 9, Kap. 3.4.2) → Handlungsbedarf Nr. 6, Tabelle 29, Kap. 7.3	Nein	Nein
Erweiterte Informationsbasis	Keine einheitliche Datenbasis für Betriebsvergleiche (vgl. Bewertung in Tabelle 12 und Tabelle 13, Kap. 3.5) → Handlungsbedarf Nr. 2, Tabelle 29, Kap. 7.3 Fehlende, durch Bund in Zusammenarbeit mit den Kantonen durchgeführte und veröffentlichte schweizweite Betriebsvergleiche (vgl. Bewertung in Tabelle 12, Kap. 3.5.1) → Handlungsbedarf Nr. 7, Tabelle 29, Kap. 7.3	Nein	Nein

Anmerkung: Eigene Einschätzung auf Basis der Ergebnisse dieses Berichts.

7.3. Handlungsbedarf

5) In welchen Bereichen wird Handlungsbedarf gesehen?

Nachfolgend wird auf der Grundlage der in diesem Bericht erarbeiteten Ergebnissen, insb. auf der Grundlage der im **Kap. 7.2** dargestellten ungenügenden Umsetzung der Massnahmen und dem Ausbleiben von erwünschten Wirkungen Handlungsbedarf in Bezug auf Anpassungen auf der gesetzgeberischen Ebene oder der Umsetzung der Massnahmen abgeleitet. Dabei werden die jeweils betroffenen bzw. geforderten Akteure benannt. In Tabelle 29 wird der Handlungsbedarf differenziert nach den Massnahmen der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung aufgeführt und besprochen.

Tabelle 29 Übersicht zum Handlungsbedarf

Massnahme	Bedarf	Ebene (Gesetz, Umsetzung)	Akteure
Dual-fixe Leistungsfinanzierung	kein Bedarf		
Spitalplanung	[1] Verstärkte überregionale Versorgungsplanung (bedingt u.a. einheitliche Definition Rehabilitationsbegriff, einheitliche Leistungsgruppensystematik in der Rehabilitation)	Umsetzung	Kantone
Leistungsbezogene (Fall-)Pauschalen	[2] Einheitliche Datenbasis für Betriebsvergleiche,	Umsetzung	(stationäre) Leistungserbringer, Kantone, Versicherungen, PUE
	[3] insb. einheitliche Definition und Bewertungsmethode für GWL	Umsetzung	Kantone
	[4] Vereinheitlichung Betriebsvergleiche (Effizienzmassstab);	Umsetzung	Kantone, Versicherungen, (stationäre) Leistungserbringer, PUE
	[5] schweizweite Betriebsvergleiche, die veröffentlicht werden	Umsetzung	Bund, in Zusammenarbeit mit den Kantonen
Erweiterte Spitalwahl	[6] Vereinheitlichung des Vorgehens in Bezug auf die Festlegung der Referenztarife	Umsetzung	Kantone
Erweiterte Informationsbasis	[7] schweizweite Betriebsvergleiche, die veröffentlicht werden	Umsetzung	Bund, in Zusammenarbeit mit den Kantonen

Anmerkung: Eigene Einschätzung auf Basis der Ergebnisse dieses Berichts.

A Anhang: Umsetzung

A.1 Dual-fixe Leistungsfinanzierung

Tabelle 30 Kantonale Finanzierungsanteile ab 2012

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Aargau	47%	48,6%	49%	51%	53%	55%	55%
Appenzell Innerrhoden	49%	49%	49%	51%	53%	55%	55%
Appenzell Ausserrhoden	47%	47%	49%	51%	53%	55%	55%
Bern	55%	55%	55%	55%	55%	55%	55%
Basel-Landschaft	55%	55%	55%	55%	55%	55%	55%
Basel-Stadt	55%	55%	55%	55%	56%	56%	56%
Fribourg	47%	49%	49%	51%	53%	55%	55%
Genève	55%	55%	55%	55%	55%	55%	55%
Glarus	52%	52%	53%	53%	54%	55%	55%
Graubünden	55%	55%	55%	55%	55%	55%	55%
Jura	55%	55%	55%	55%	55%	55%	55%
Luzern	50%	50%	49%	51%	53%	55%	55%
Neuchâtel	55%	55%	55%	55%	55%	55%	55%
Nidwalden	45%	47%	49%	51%	53%	55%	55%
Obwalden	47%	47%	49%	51%	53%	55%	55%
St. Gallen	50%	52%	54%	55%	55%	55%	55%
Schaffhausen	53%	53%	53%	53%	53%	55%	55%
Solothurn	50%	51%	51%	51%	53%	55%	55%
Schwyz	50%	51%	52%	53%	54%	55%	55%
Thurgau	48%	48%	49%	51%	53%	55%	55%
Ticino	55%	55%	55%	55%	55%	55%	55%
Uri	52%	50%	50%	51%	53%	55%	55%
Vaud	55%	55%	55%	55%	55%	55%	55%
Valais	52,5%	53%	53,5%	54%	54%	55%	55%
Zug	47%	49%	51%	53%	53%	55%	55%
Zürich	51%	51%	51%	51%	53%	55%	55%

Quelle: GDK. <https://www.gdk-cds.ch/index.php?id=942> (Zusammenstellung der Kostenteiler; zuletzt konsultiert: 25.6.2018). Anmerkung: Die GDK übernimmt keine Gewähr für die Richtigkeit der Liste.

A.2 Spitalplanung

Tabelle 31 Einschätzungen der Kantone zur Umsetzbarkeit der Planungskriterien aus der KVV, gemäss Kantonsbefragung

Vorgabe	Art. KVV	Sehr gut/eher umsetzbar (Anzahl Kantone)	keine Antwort (Anzahl Kantone)
Bedarfsermittlung auf Grundlage statistisch ausgewiesener Daten und Vergleiche	58b Abs. 1	25	0
Ermittlung Angebot, das in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf der Spitalliste stehen	58b Abs. 2	24	0
Planung im Bereich Akutsumatik leistungsorientiert	58c lit. a	24	1
Planung im Bereich Rehabilitation leistungsorientiert oder kapazitätsbezogen	58c lit. b	22	1
Planung im Bereich Psychiatrie leistungsorientiert oder kapazitätsbezogen	58c lit. b	23	1
Koordination der Planungsmassnahmen mit den davon betroffenen Kantonen	58d lit. b	20	1
Auswertung der nötigen Informationen über die Patientenströme, Austausch mit betroffenen Kantonen	58d lit. a	24	1
Konkrete Beschreibung des Leistungsspektrums	58e Abs. 2	25	0
Erteilung Leistungsauftrag an alle Spitäler auf der Spitalliste	58e Abs. 3	26	0
Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit	58b Abs. 4 lit. a	16	1
Berücksichtigung der Qualität	58b Abs. 4 lit. a	14	0
Berücksichtigung Zugang der Versicherten zur Behandlung innert nützlicher Frist	58b Abs. 4 lit. b	24	0
Berücksichtigung Bereitschaft und Fähigkeit zur Erfüllung des Leistungsauftrags	58b Abs. 4 lit. c	24	0
Beachtung der Effizienz der Leistungserbringung	58b Abs. 5 lit. a	15	1
Beachtung Nachweis der notwendigen Qualität	58b Abs. 5 lit. b	18	0
Beachtung Mindestfallzahlen im Spitalbereich	58b Abs. 5 lit. c	22	0
Beachtung Nutzung von Synergien im Spitalbereich	58b Abs. 5 lit. c	16	0

Quelle: Kantonsbefragung (econcept 2018). Anmerkung: Die in der Tabelle nicht ausgewiesenen Kantone verteilen sich auf die Antwortkategorien „Eher nicht umsetzbar“ und „Gar nicht umsetzbar“.

Tabelle 32 Beurteilung der Methode für die leistungsorientierte Bedarfsermittlung in Bezug auf die Eignung für die interkantonale Zusammenarbeit durch die Kantone

	Akutsomatik	Rehabilitation	Psychiatrie
	N	N	N
Sehr geeignet	10	5	5
Eher geeignet	11	11	11
Eher nicht geeignet	1	5	5
Gar nicht geeignet	0	0	0
Keine Angabe	4	5	5
Total	26	26	26

Frage: Inwiefern beurteilen Sie die angewandte Methode zur leistungsorientierten Bedarfsermittlung als eine geeignete Grundlage für die interkantonale Abstimmung der Planungen?

Quelle: Kantonsbefragung (econcept 2018).

Tabelle 33 Beurteilung der Methode für die leistungsorientierte Bedarfsermittlung in Bezug auf die Eignung als Grundlage für die Vermeidung von Überkapazitäten durch die Kantone

	Akutsomatik	Rehabilitation	Psychiatrie
	N	N	N
Sehr geeignet	3	1	1
Eher geeignet	13	14	12
Eher nicht geeignet	7	7	9
Gar nicht geeignet	2	1	1
Keine Angabe	1	3	3
Total	26	26	26

Frage: Inwiefern beurteilen Sie die angewandte Methode zur leistungsorientierten Bedarfsermittlung als eine geeignete Grundlage für die Vermeidung von Überkapazitäten?

Quelle: Kantonsbefragung (econcept 2018).

Tabelle 34 *Beurteilung der Methode für die leistungsorientierte Bedarfsermittlung in Bezug auf die Eignung als Grundlage für die Vermeidung von Unterkapazitäten durch die Kantone*

	Akutsomatik	Rehabilitation	Psychiatrie
	N	N	N
Sehr geeignet	2	1	1
Eher geeignet	15	14	13
Eher nicht geeignet	8	8	9
Gar nicht geeignet	0	0	0
Keine Angabe	1	3	3
Total	26	26	26

Frage: Inwiefern beurteilen Sie die angewandte Methode zur leistungsorientierten Bedarfsermittlung als eine geeignete Grundlage für die Vermeidung von Unterkapazitäten?

Quelle: Kantonsbefragung (econcept 2018).

Tabelle 35 *Zusammenarbeit der Kantone bei der Erarbeitung der Versorgungsplanung und der Erstellung der Spitallisten*

	Akutsomatik		Rehabilitation		Psychiatrie	
	Versorgungsplanung	Spitallisten	Versorgungsplanung	Spitallisten	Versorgungsplanung	Spitallisten
Gemeinsame Erarbeitung	3	0	3	2	6	4
Anhörung bzw. Absprache	18	22	17	20	16	19
Keine Zusammenarbeit	5	4	6	4	4	3
Keine Angabe	0	0	0	0	0	0
Total	26	26	26	26	26	26

Fragen: Auf welche Weise erfolgt eine Zusammenarbeit mit anderen Kantonen bei der Erarbeitung der Versorgungsplanung? Auf welche Weise erfolgt eine Zusammenarbeit mit anderen Kantonen bei der Erstellung der Spitallisten?

Quelle: Kantonsbefragung (econcept 2018).

Tabelle 36 *Einschätzung der Kantone in Bezug auf Veränderung der Zusammenarbeit bei der Erarbeitung der Versorgungsplanungen aufgrund der KVG-Revision*

	Akutsomatik	Rehabilitation	Psychiatrie
	N	N	N
Viel stärkere Zusammenarbeit	6	2	3
Leicht stärkere Zusammenarbeit	14	14	11
Leicht geringere Zusammenarbeit	0	1	0
Viel geringere Zusammenarbeit	0	0	0
Keine Veränderung	4	6	9
Keine Angabe	2	3	3
Total	26	26	26

Frage: Inwiefern erfolgte aufgrund der KVG-Revision eine Veränderung der Zusammenarbeit zwischen den Kantonen bei der Erarbeitung der Versorgungsplanungen?

Quelle: Kantonsbefragung (econcept 2018).

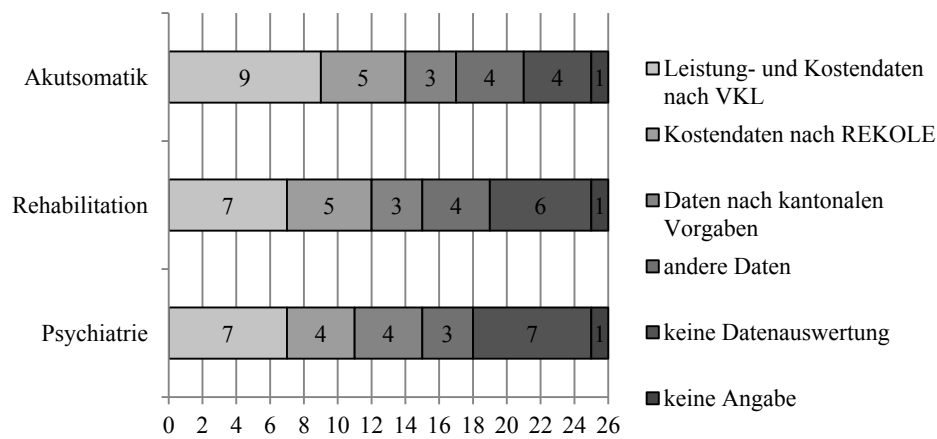
Tabelle 37 *Einschätzung der Kantone in Bezug auf Veränderung der Zusammenarbeit bei der Erstellung der Spitallisten aufgrund der KVG-Revision*

	Akutsomatik	Rehabilitation	Psychiatrie
	N	N	N
Viel stärkere Zusammenarbeit	0	0	0
Leicht stärkere Zusammenarbeit	18	17	14
Leicht geringere Zusammenarbeit	0	0	0
Viel geringere Zusammenarbeit	0	0	0
Keine Veränderung	6	6	9
Keine Angabe	2	3	3
Total	26	26	26

Frage: Inwiefern erfolgte aufgrund der KVG-Revision eine Veränderung der Zusammenarbeit bei der Erstellung der Spitallisten?

Quelle: Kantonsbefragung (econcept 2018).

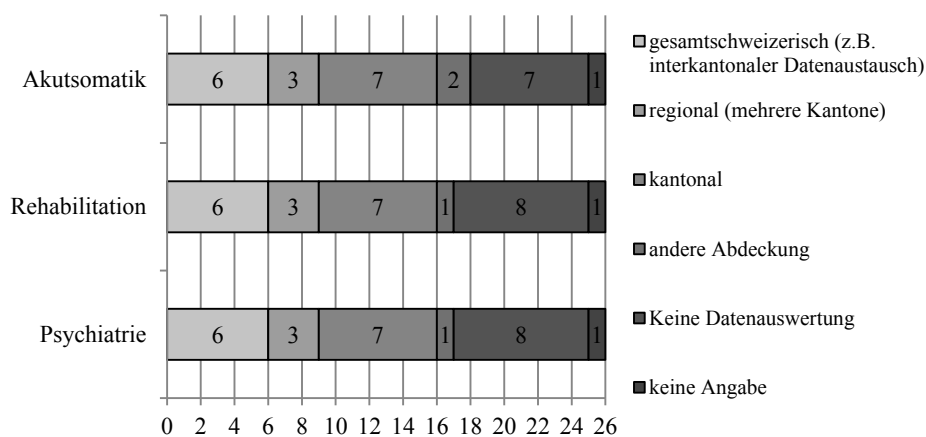
Abbildung 6 Beurteilung der Wirtschaftlichkeit bei der Vergabe der Leistungsaufträge an die Spitäler durch die Kantone: Verwendung spitalindividueller Daten



Frage: Welche spitalindividuellen Daten werden verwendet, um das Kriterium der Wirtschaftlichkeit bei der Vergabe der Leistungsaufträge zu prüfen?

Quelle: Kantonsbefragung (econcept 2018).

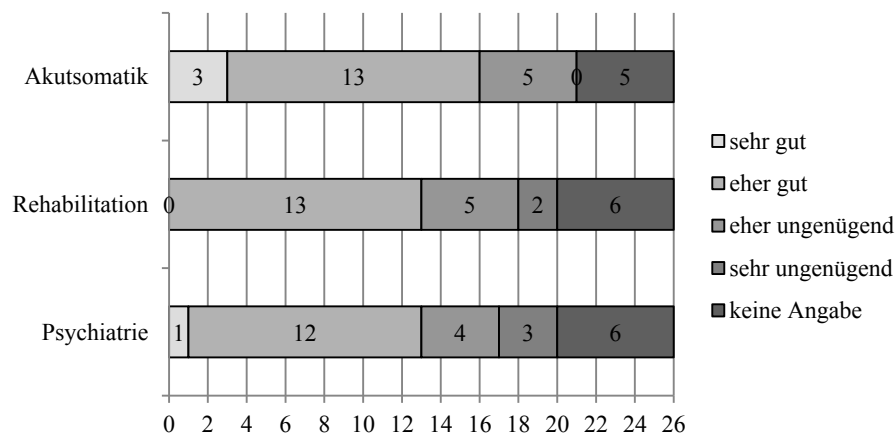
Abbildung 7 Beurteilung der Wirtschaftlichkeit bei der Vergabe der Leistungsaufträge an die Spitäler durch die Kantone: Geografische Abdeckung der Datengrundlagen



Frage: Welche geografische Abdeckung hat die Datengrundlage zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit?

Quelle: Kantonsbefragung (econcept 2018).

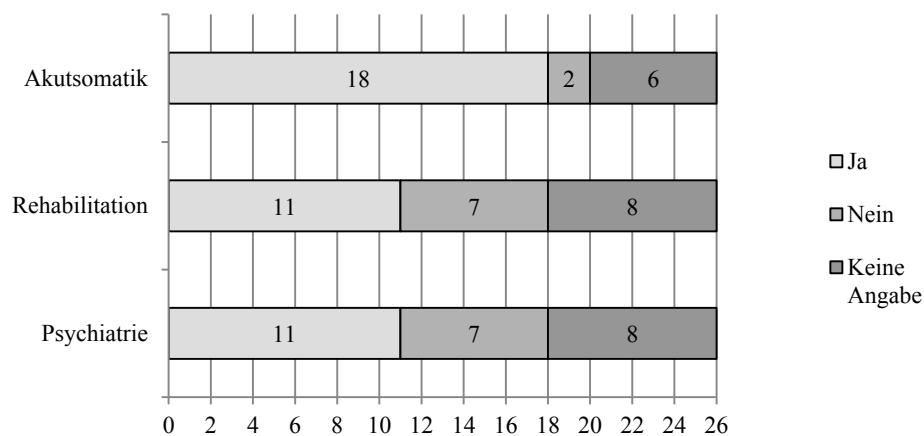
Abbildung 8 Beurteilung der Wirtschaftlichkeit bei der Vergabe der Leistungsaufträge an die Spitäler durch die Kantone: Beurteilung Datenqualität



Frage: Wie beurteilen Sie die Qualität der verwendeten Datengrundlage (zweckmässiger Detaillierungsgrad der Kosten- und Leistungsdaten, transparente und sachgerechte Abgrenzung der Kosten) zur Bewertung der Wirtschaftlichkeit?

Quelle: Kantonsbefragung (econcept 2018).

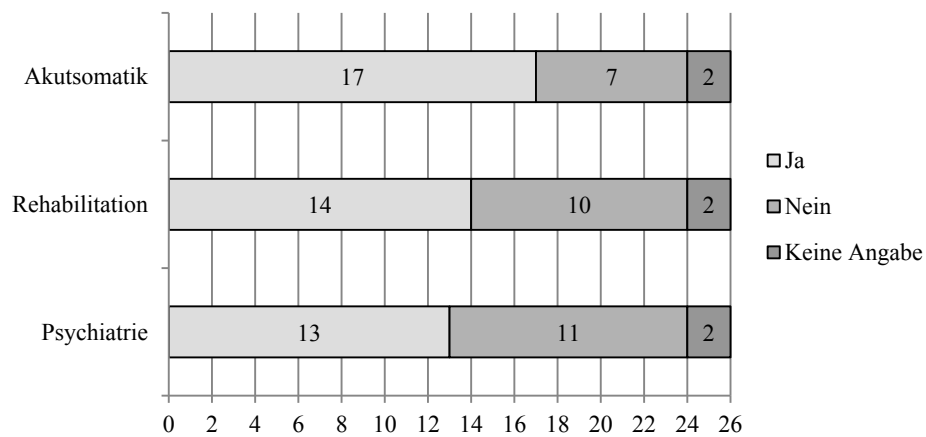
Abbildung 9 Beurteilung der Wirtschaftlichkeit bei der Vergabe der Leistungsaufträge an die Spitäler durch die Kantone: Systematischer Vergleich der Fallkosten



Frage: Ist mit den verwendeten Daten ein systematischer Vergleich der Fallkosten der Kliniken und Spitälern möglich?

Quelle: Kantonsbefragung (econcept 2018).

Abbildung 10 Beurteilung der Wirtschaftlichkeit bei der Vergabe der Leistungsaufträge an die Spitäler durch die Kantone: Verwendung Benchmark



Frage: Wird ein Benchmark zur Bestimmung der Wirtschaftlichkeit der Spitäler verwendet?

Quelle: Kantonsbefragung (econcept 2018).

Tabelle 38 Einschätzung der Kantone in Bezug auf Veränderungen der Kriterien der Wirtschaftlichkeit aufgrund der KVG-Revision

	Akutsomatik	Rehabilitation	Psychiatrie
	N	N	N
Stark erleichterte Kriterien	1	1	1
Etwas erleichterte Kriterien	1	1	1
Etwas verschärfte Kriterien	6	6	6
Stark verschärfte Kriterien	4	3	3
Keine Veränderungen	8	10	10
Keine Angabe	6	5	5
Total	26	26	26

Frage: Inwiefern erfolgten aufgrund der KVG-Revision Veränderungen der Kriterien zur Wirtschaftlichkeit?

Quelle: Kantonsbefragung (econcept 2018).

Tabelle 39 Einschätzung der Kantone in Bezug auf Bewährung der aktuell verwendeten Kriterien zur Wirtschaftlichkeit zur Beurteilung der Leistungsaufträge

	Akutsomatik	Rehabilitation	Psychiatrie
	N	N	N
Sehr bewährt	3	3	3
Eher bewährt	12	9	8
Eher nicht bewährt	3	4	4
Gar nicht bewährt	0	1	2
Keine Angabe	8	9	9
Total	26	26	26

Frage: Haben sich die aktuell verwendeten Kriterien zur Wirtschaftlichkeit in Bezug auf die Beurteilung der Leistungsaufträge bewährt?

Quelle: Kantonsbefragung (econcept 2018).

A.3 Leistungsbezogene (Fall-)Pauschalen

Tabelle 40 Zusammenfassung Verfahren für Betriebsvergleiche

	GDK	Krankenversicherer*	H+	PUE
	ITAR_K	ITAR_K	ITAR_K	KS und MS (BFS)
Herstellung Datenbasis	schweizweit / grösstmögliche Vergleichsmenge (Datenaustausch unter den Kantonen; ITAR_K-Modelle der Listenspitäler der Kantone)	schweizweit	schweizweit	schweizweit
Bestimmung benchmarking-relevante Betriebskosten	Subsidiärer normativer Abzug bei Kosten der uL&F, normative Abzüge bei Mehrkosten Zusatzversicherter Patienten ANK nach VKL	Teilweise normative Ansätze für Ausscheidung Mehrleistungen des Zusatzversicherungsbereichs und für Kosten der uL&F (HSK 2018) ANK nach VKL	gemäss ITAR_K; keine (zusätzlichen) normativen Abzüge Berechnung ANK nach REKOLE® empfohlen	Normative Abzüge für Kosten der uL&F (sofern nicht ausgewiesen oder unplausible Werte), Mehrkosten bei Zusatzversicherten Patienten und für Überkapazitäten ANK nach VKL
Vergleich schweregradbereinigter Fallkosten / Benchmarkingkategorien (BMK)	BMK möglich (Endversorger-spitäler, Geburtshäuser)	ohne BMK	mit BMK	ohne BMK
Auswahl eines Benchmarks / Effizienzmassstab	offengelassen	30. Perzentil (HSK 2018) 25. Perzentil (mit Zusatzkriterien) (tarifsuisse 2018)	Gewichteter Mittelwert der Fallnormkosten (bezogen auf Benchmarking-kategorie)	20. Perzentil
Festlegung Tarif / Tariffferenzierung	ja	ja	ja	nein (kaum Spielraum)

Quellen: tarifsuisse (2018), HSK (2018), GDK (2017), PUE (2016), H+ (2015), SpitalBenchmark (2018). Anmerkung: * Informationen basierend auf tarifsuisse (2018) und HSK (2018). Anmerkung: uL&F = universitäre Lehre und Forschung.

Tabelle 41 Indikatoren Tarifstruktur SwissDRG

Indikator	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Datenjahr	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Version	1	2	3	4	5	6	7
Anzahl Swiss-DRGs	1'052	991	988	974	1'031	1'038	1'041
Anzahl DRGs kalkuliert auf der Grundlage von zwei/drei Datenjahren	0	0	26	22/0	24/0	21/3	19/7
Anzahl helvetisierte Kostengewichte	232	161	56	2	3	0	0
Anzahl Zusatzentgelte insgesamt	5	5	28	49	58	84	93
Anzahl Zusatzentgelte unbewertet	2	2	2	1	1	1	1
Kostenhomogenität alle Fälle (R^2)	0,6039	0,623	0,668	0,646	0,681	0,677	0,701
Kostenhomogenität Inlier (R^2)	0,7488	0,776	0,803	0,789	0,81	0,814	0,825
Gesamtdaten nach Fallabgrenzung	1'149'188	1'158'242	1'202'557	1'214'220	1'203'457	1'228'004	1'283'733
SwissDRG Erhebung nach Fallabgrenzung	578'573	609'938	778'808	980'450	1'027'300	1'079'730	1'127'611
Stichprobe (Fallzahlen)	50,3%	52,7%	64,8%	80,7%	85,4%	87,9%	87,8%
Anzahl Fälle für Kalkulation Kostengewichte	363'376	370'640	412'608	n.a.	622'042	921'634	966'748
Anzahl Netzwerkitäler	42	50	68	102	112	115	118
Anzahl Spitäler für Systementwicklung**	n.a.	n.a.	63 (5/n.a.)	96 (6/3)	90 (22/4)	99 (16/0)	105 (13/3)
Anzahl Spitäler insgesamt (Akutsomatik)	166***	161***	204	197	190	187	184
Stichprobe (Spitäler)****			31%	49%	47%	53%	57%

Quelle: Folien der SwissDRG AG Informationsveranstaltungen SwissDRG Version 1.0-7.0. (Online abrufbar: <https://www.swissdrg.org/de/ueber-uns/veranstaltungen>, zuletzt abgerufen: 2.11.2017).

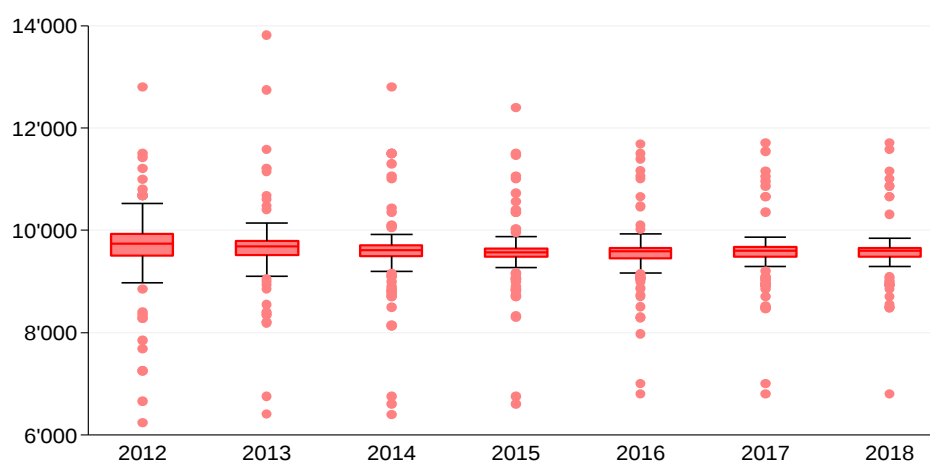
Anmerkung: ** In Klammern: Anzahl gelöschte Spitäler/davon Anzahl Spitäler ohne Datenlieferung. *** Gemäss Folien Informationsveranstaltung der SwissDRG AG ohne Spitaltypologien K234 und K235 / anhand Spitaltypologie keine sichere Identifizierung SwissDRG-relevanter Fälle möglich. **** Der Zähler bezieht sich auf die Anzahl der Spitäler für die Systementwicklung.

Tabelle 42 Deckungsgrad pro ausgewählte Gruppen mit virtuellen Einheitsbasispreisen

	Deckungsgrad		
	V7.0	V6.0	Veränderung (V7.0/V6.0)
Unispitäler (K111)	92,61%	92,02%	0,6%
selbständige Kinderspitäler	95,50%	94,47%	1,0%
andere Spitäler	102,83%	103,05%	-0,2%

Quelle: SwissDRG AG (2017), Foliensatz zur 10. Informationsveranstaltung SwissDRG – Version 7.0 / 2018.

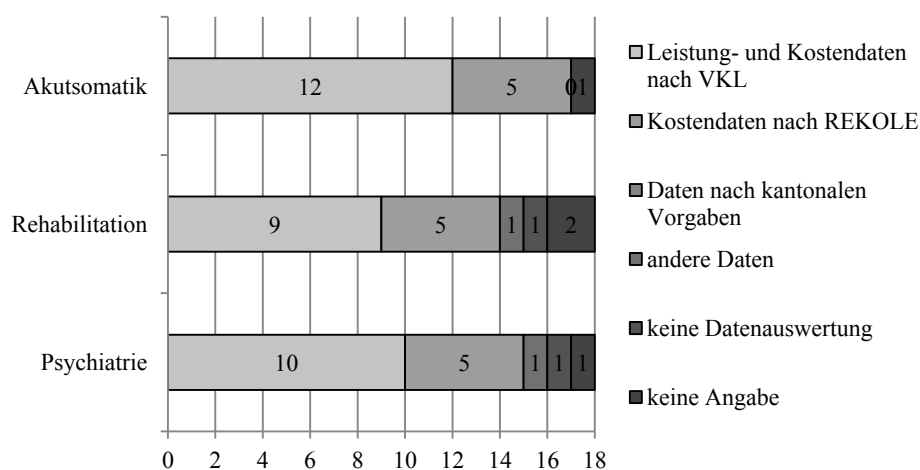
Abbildung 11 Box-Plots Spitaltarife (in Franken), 2012-2018



Anmerkungen: Ein Box Plot in dieser Abbildung ist folgendermassen zu lesen: In der Box (rotes Kästchen) liegen 50% beobachteten Werte der Spitaltarife. Die Höhe der Box wird entsprechend durch die Quartile bestimmt. Je höher die Box, je länger die „Balken“ (sog. Whisker¹²⁹) und je mehr Ausreisser (markiert durch die roten Punkte), desto stärker streuen die Spitaltarife. In der Box ist der Median eingezeichnet (= jeweils die Hälfte der Spitaltarife liegt über / unter diesem Wert). Pro Spital wurde über die Spitaltarife von tarifsuisse, HSK und CSS Versicherung das arithmetische Mittel gebildet. D.h. pro Spital floss der Mittelwert der Spitaltarife in die Auswertung ein. Quelle: tarifsuisse, HSK, CSS Versicherung; eigene Auswertungen.

¹²⁹ Die Länge der Whisker beträgt maximal das 1,5-fache der Höhe der Box. Der Endpunkt des Whiskers liegt bei jenem Wert, welcher als letzter innerhalb der 1,5-fachen Höhe der Box liegt.

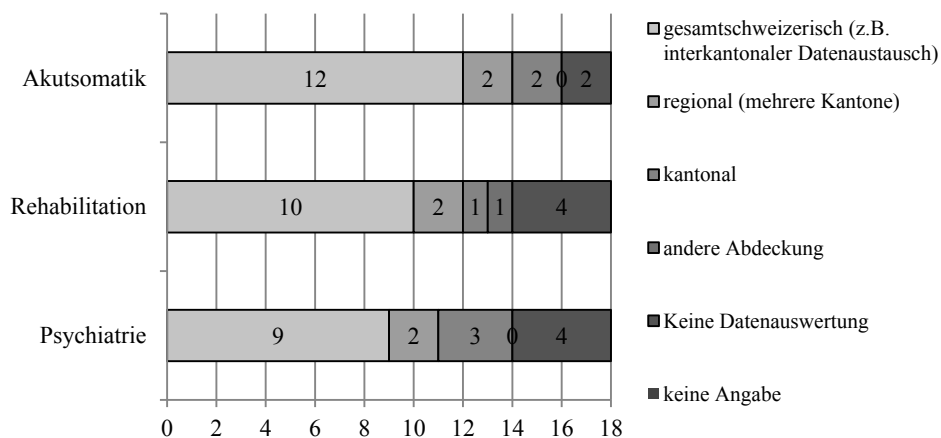
Abbildung 12 Praxis der Kantone in Bezug auf Festsetzung Spitaltarife: Spitalindividuelle Daten



Frage: Welche spitalindividuellen Daten werden verwendet, um das Kriterium der Wirtschaftlichkeit bei der Festsetzung der Spitaltarife zu prüfen? N = 18 (ohne Kantone, die bis zum Befragungstag noch keine Tariffestsetzung vornehmen mussten).

Quelle: Kantonsbefragung (econcept 2018).

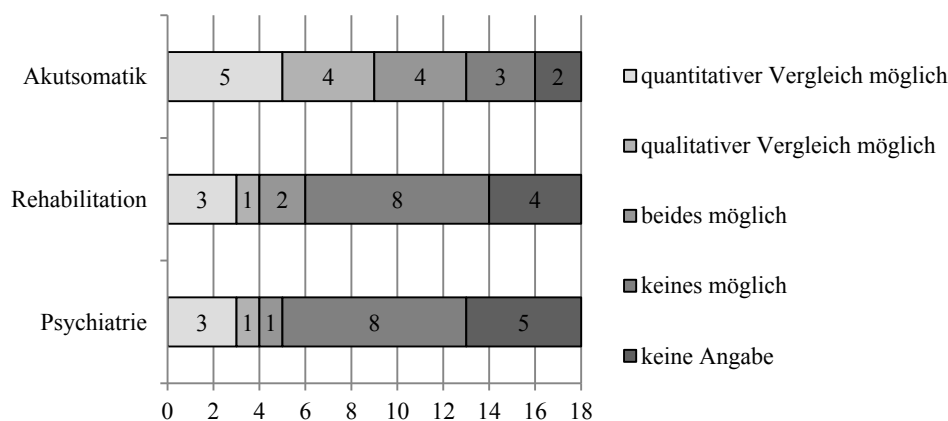
Abbildung 13 Praxis der Kantone in Bezug auf Festsetzung Spitaltarife: Geografische Abdeckung



Frage: Welche geografische Abdeckung hat die Datengrundlage zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit? N = 18 (ohne Kantone, die bis zum Befragungstag noch keine Tariffestsetzung vornehmen mussten).

Quelle: Kantonsbefragung (econcept 2018).

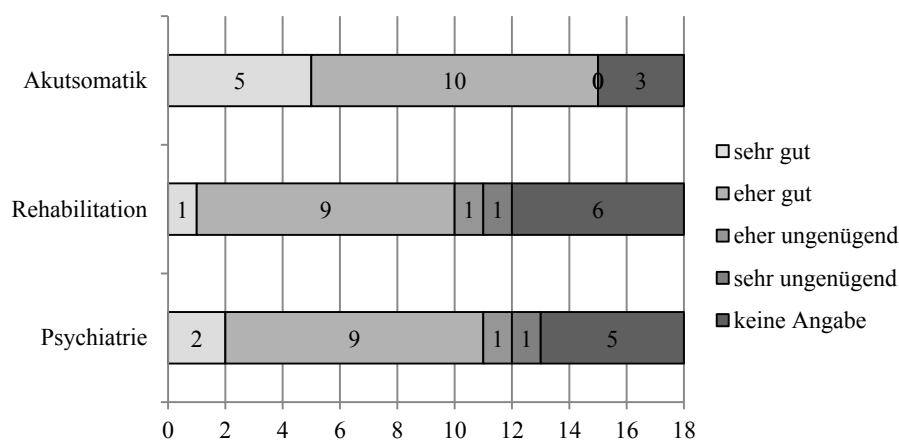
Abbildung 14 Praxis der Kantone in Bezug auf Festsetzung Spitaltarife: Vergleich schweregradbereinigter Fallkosten



Frage: Ist der Kanton [xxx] mit den zur Verfügung stehenden Daten in der Lage, einen Vergleich der schweregradbereinigten Fallkosten verschiedener Kliniken und Spitäler durchzuführen? N = 18 (ohne Kantone, die bis zum Befragungstag noch keine Tariffestsetzung vornehmen mussten).

Anmerkung: Zwei Kantone (Akutsomatik) nannten „systematischer Vergleich möglich“. Diese Kantone wurden der Antwortkategorie „qualitativer Vergleich möglich“ zugeordnet. Quelle: Kantonsbefragung (econcept 2018).

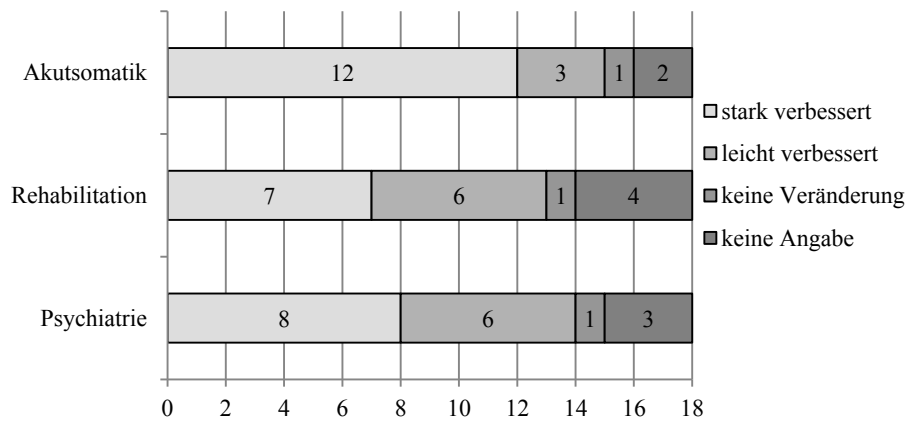
Abbildung 15 Praxis der Kantone in Bezug auf Festsetzung Spitaltarife: Einschätzung der Qualität der Datengrundlage



Frage: Wie beurteilen Sie die Qualität der verwendeten Datengrundlage (zweckmässiger Detaillierungsgrad der Kosten- und Leistungsdaten, transparente und sachgerechte Abgrenzung der Kosten) zur Bewertung der Wirtschaftlichkeit bei der Festsetzung der Spitaltarife? N = 18 (ohne Kantone, die bis zum Befragungstag noch keine Tariffestsetzung vornehmen mussten).

Quelle: Kantonsbefragung (econcept 2018).

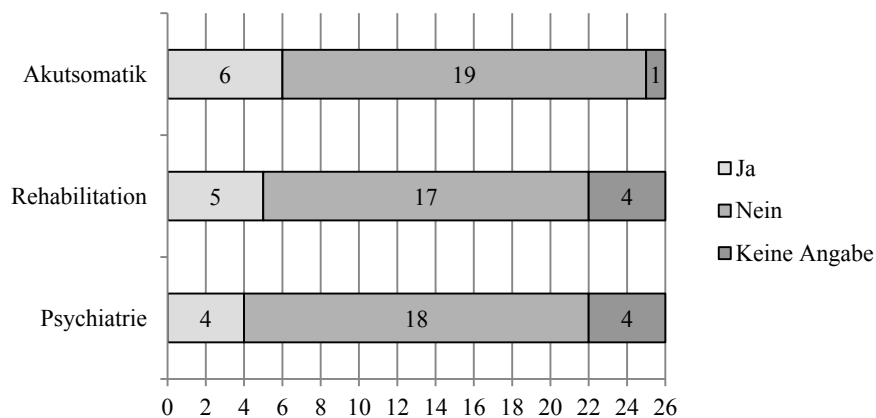
Abbildung 16 Praxis der Kantone in Bezug auf Festsetzung Spitaltarife: Einschätzung der Entwicklung der Qualität der Datengrundlage



Frage: Wie hat sich die Qualität der für die Bewertung der Wirtschaftlichkeit der Spitaltarife 2017 verwendeten Datengrundlage im Vergleich zur Datengrundlage zur Bewertung der Wirtschaftlichkeit der Spitaltarife 2012 verändert? N = 18 (ohne Kantone, die bis zum Befragungstag noch keine Tariffestsetzung vornehmen mussten).

Quelle: Kantonsbefragung (econcept 2018).

Abbildung 17 Praxis der Kantone in Bezug auf Genehmigung Spitaltarife: Verwendung Benchmark zur Prüfung des Kriteriums der Wirtschaftlichkeit durch die Tarifpartner



Frage: Wird von den Tarifpartnern verlangt, dass sie einen Benchmark zur Prüfung des Kriteriums der Wirtschaftlichkeit verwenden? N = 26

Quelle: Kantonsbefragung (econcept 2018).

Tabelle 43 Praxis der Kantone in Bezug auf Genehmigung Spitaltarife: Berücksichtigung Kriterium der Wirtschaftlichkeit

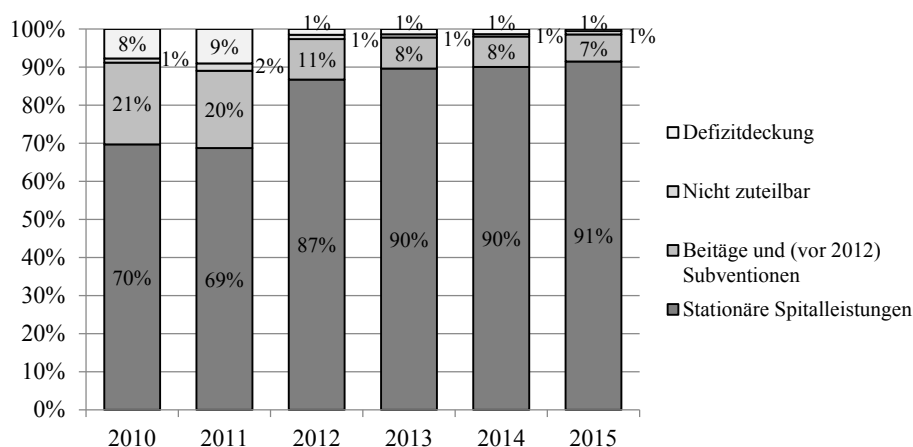
Antworten	Akutsomatik	Rehabilitation	Psychiatrie
Benchmark Tarif- Ja	6	5	4

	Antworten	Akutsomatik	Rehabilitation	Psychiatrie
partner (Frage 4c)	Nein	19	17	18
	keine Angabe	1	4	4
	Total	26	26	26
Rechtfertigung Abweichungen falls Frage 4c „Ja“	Verhandlungsprimat	2	1	1
	Ermessensspielraum Tarifpartner	1	1	0
	Rechtskonform erstelltes Benchmarking	1	1	1
	Spitalindividuelle Besonderheiten	3	3	2
	Rückmeldung Preisüberwachung	1	0	0
	<i>nicht relevant</i>	19	17	18
	keine Angabe	1	4	4
<i>Mehrfachnennungen möglich</i>				
Berücksichtigung Wirtschaftlichkeit falls Frage 4c „Nein“	Verhandlungsprimat	3	2	2
	Benchmarking	8	7	6
	GDK-Benchmark	1	0	0
	GDK-Empfehlungen	3	2	2
	PUE	2	1	2
	Tarifvergleich	0	2	2
	Beurteilung Standortkanton	0	1	1
	keine Wirtschaftlichkeitsprüfung	0	1	1
	<i>nicht relevant</i>	6	5	5
	keine Angabe	3	5	5
Total		26	26	26

Fragen: Wird von den Tarifpartnern verlangt, dass sie einen Benchmark zur Prüfung des Kriteriums der Wirtschaftlichkeit verwenden? Falls «Ja»: Welche Gründe rechtfertigen eine Abweichung eines zur Genehmigung beantragten Tarifs zum Benchmarkwert? Falls «Nein»: Bitte führen Sie aus, wie das Kriterium der Wirtschaftlichkeit bei der Genehmigung der Spitaltarife berücksichtigt wird und ab wann die Wirtschaftlichkeit nicht mehr gegeben ist. N = 26

Quelle: Kantonsbefragung (econcept 2018).

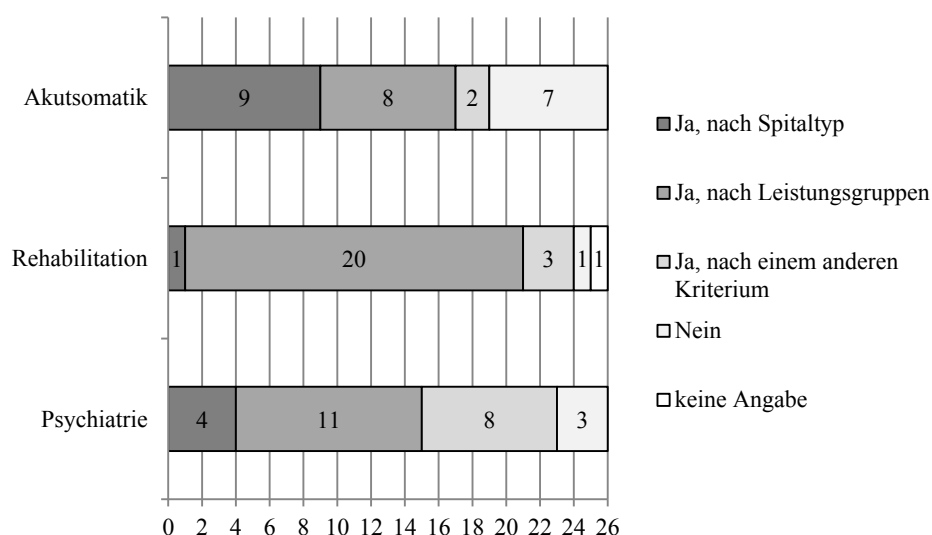
Abbildung 18 Verteilung der Ausgaben für den stationären Spitalbereich nach Finanzierungsarten, 2010-2015



Quelle: Pellegrini & Roth (2018).

A.4 Erweiterte Spitalwahl

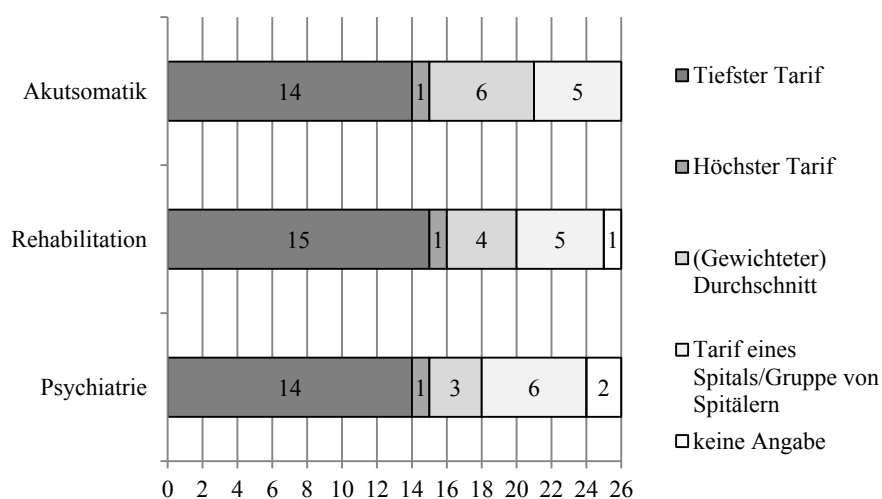
Abbildung 19 Kriterien für die Differenzierung der Referenztarife



Quelle: Kantonsbefragung (econcept 2018).

Frage: Differenziert der Kanton [xxx] die Referenztarife für ausserkantonale Behandlungen?

Abbildung 20 Basis für die Festlegung der Referenztarife



Quelle: Kantonsbefragung (econcept 2018).

Frage: An welchem Referenzwert/welchen Referenzwerten (bspw. durchschnittlicher Tarif Listenspitäler) orientiert sich der Kanton [xxx], um die Referenztarife für ausserkantonale Behandlungen festzulegen? (Offene Frage, Kodierung durch B,S,S.).

Tabelle 44 Entwicklung Referenztarife für ausserkantonale stationäre Behandlungen, 2012-2018

		Referenztarif	
		minimaler	maximaler
Veränderung zwischen 2012 und 2018	Anz. Kantone mit $\Delta < 0$	20	16
	Anz. Kantone mit $\Delta > 0$	3	6
	Anz. Kantone mit $\Delta = 0$	0	1
	mittlere Abnahme*	-450,9	-580,6
	mittlere Zunahme*	219,3	1'337,7
	mittlere Veränderung*	-363,5	-54,9
	Anzahl Kantone	23	23
Mittelwert Referenztarife über Kantone	2012	9'651,6	10'598,0
	2018	9'288,1	10'543,1
		3,8%	0,5%

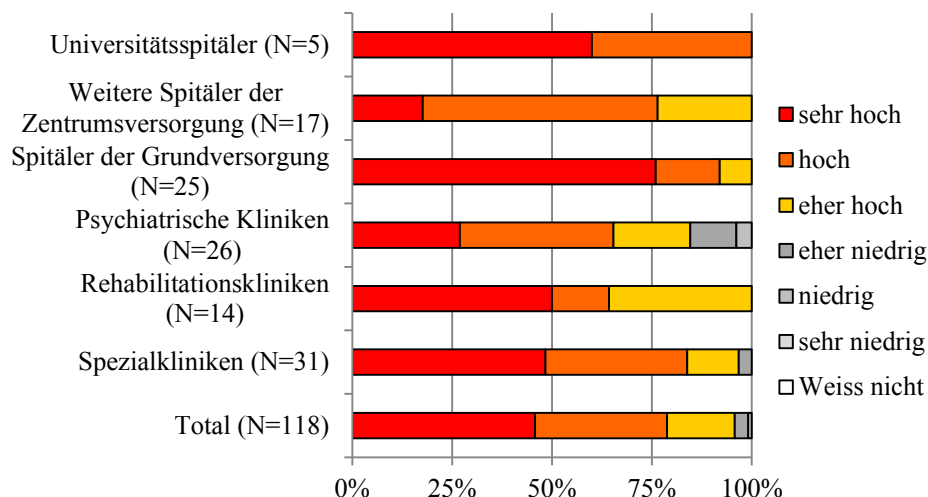
Quelle: HSK, eigene Berechnungen.

Anmerkungen: Δ steht für Veränderung. * Mittelwert über alle Kantone (Ausnahme: Für drei Kantone standen keine Referenzwerte für das Jahr 2012 zur Verfügung). 7 Kantone weisen im Jahr 2018 nur ein Referenztarif aus, d.h. minimaler und maximaler Referenztarif fallen zusammen.

B Anhang: Wirkungen auf die Spitäler und deren Reaktionen

B.1 Finanzieller Druck

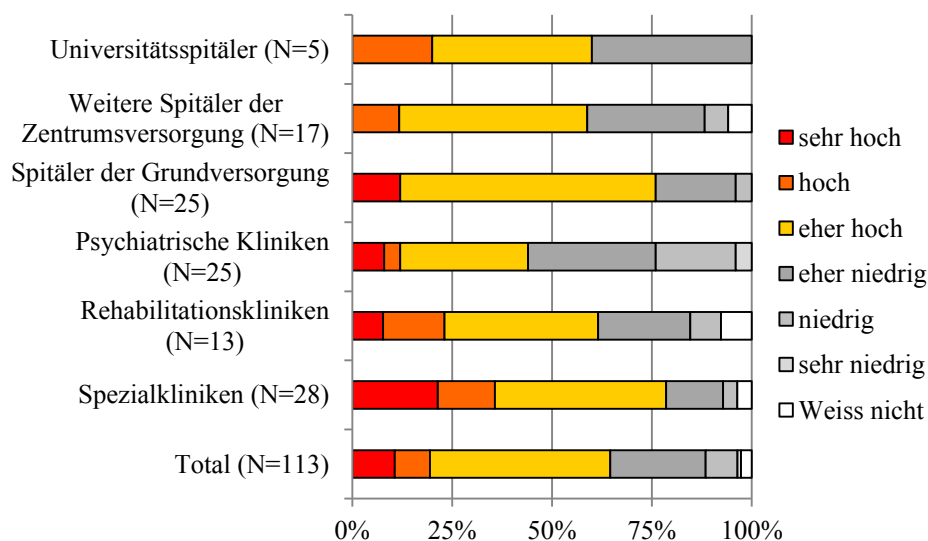
Abbildung 21 Wahrnehmung finanzieller Druck durch die Spitäler im Jahr 2016, nach Spitaltyp



Quelle: Spitalbefragung (INFRAS 2018), eigene Berechnungen.

Frage: Der finanzielle Druck auf Ihr Spital im Jahr 2016 war...

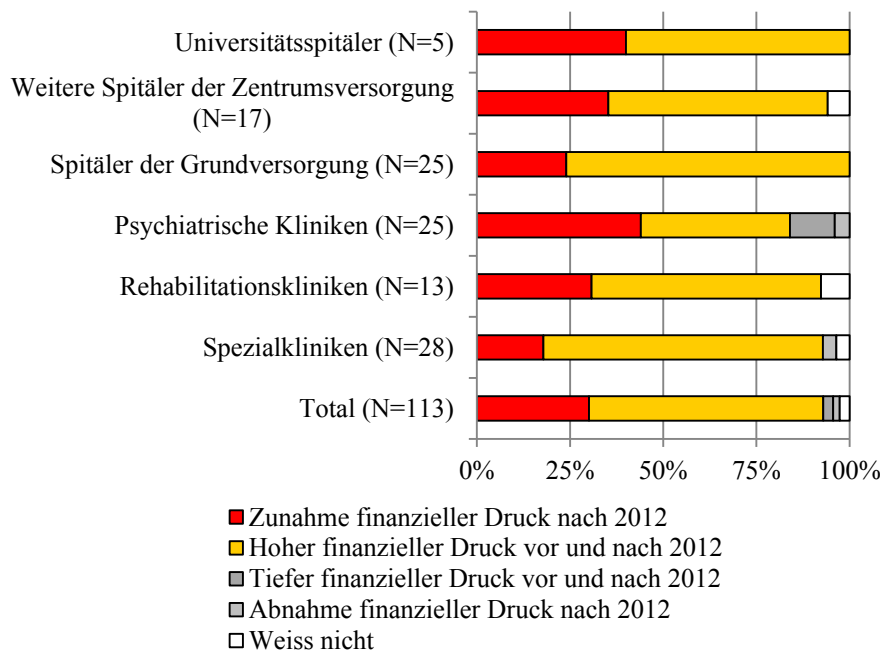
Abbildung 22 Wahrnehmung finanzieller Druck durch die Spitäler vor 2012, nach Spitaltyp



Quelle: Spitalbefragung (INFRAS 2018), eigene Berechnungen.

Frage: Der finanzielle Druck auf Ihr Spital vor 2012 war...

Abbildung 23 Veränderung des finanziellen Drucks seit 2012 aus Sicht der Spitäler, nach Spitaltyp

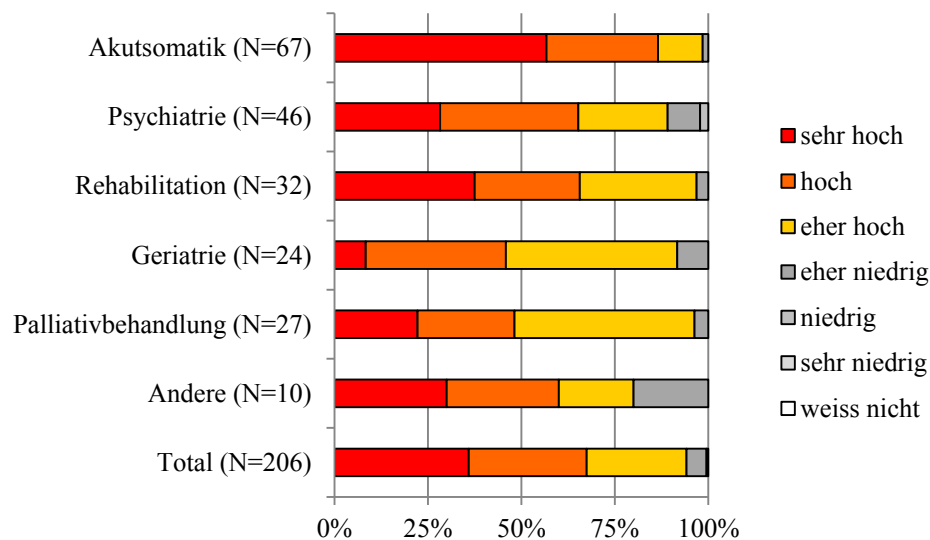


Quelle: Spitalbefragung (INFRAS 2018), eigene Berechnungen.

Frage: Der finanzielle Druck vor dem Jahr 2012 / im Jahr 2016 war...

- Zunahme finanzieller Druck: Sehr niedriger/niedriger/eher niedriger finanzieller Druck vor 2012 und sehr hoher/hoher/eher hoher finanzieller Druck 2016
- Hoher finanzieller Druck vor und nach 2012: Sehr hoher/hoher/eher hoher finanzieller Druck vor und nach 2012
- Tiefer finanzieller Druck vor und nach 2012: Sehr niedriger/niedriger/eher niedriger finanzieller Druck vor und nach 2012
- Abnahme finanzieller Druck nach 2012: Sehr hoher/hoher/eher hoher finanzieller Druck vor 2012 und sehr niedriger/niedriger/eher niedriger finanzieller Druck 2016

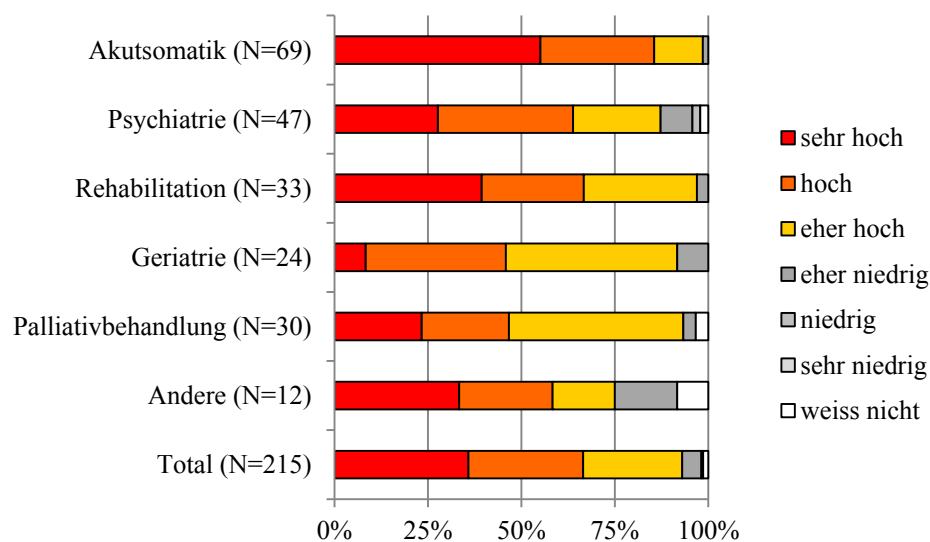
Abbildung 24 Wahrnehmung finanzieller Druck durch die Spitäler im Jahr 2016, nach Tätigkeitsbereichen



Quelle: Spitalbefragung (INFRAS 2018), eigene Berechnungen.

Frage: Der finanzielle Druck auf Ihr Spital im Jahr 2016 war...

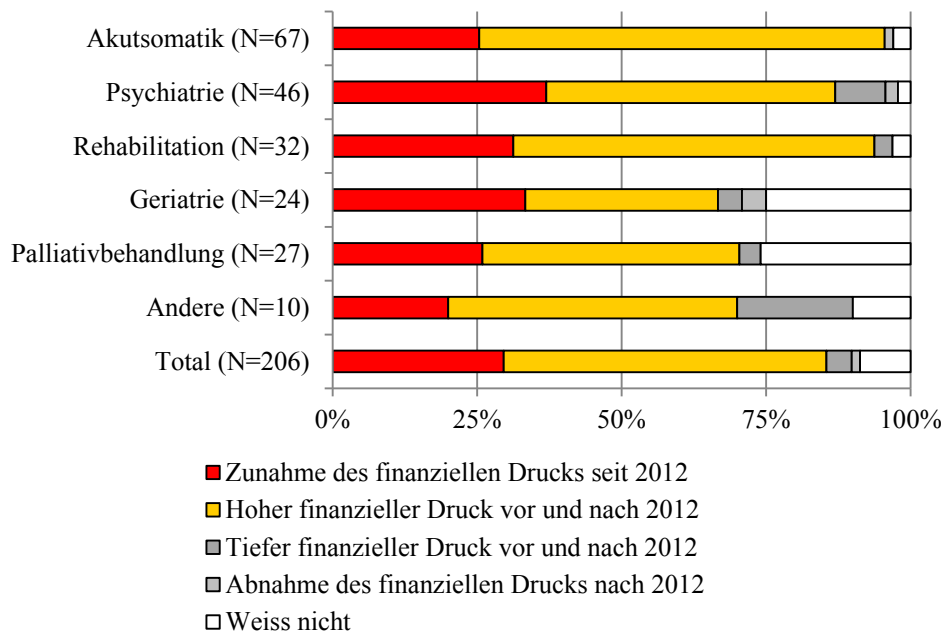
Abbildung 25 Wahrnehmung finanzieller Druck durch die Spitäler vor 2012, nach Tätigkeitsbereichen



Quelle: Spitalbefragung (INFRAS 2018), eigene Berechnungen.

Frage: Der finanzielle Druck auf Ihr Spital vor 2012 war...

Abbildung 26 Veränderung des finanziellen Drucks seit 2012 aus Sicht der Spitäler, nach Tätigkeitsbereichen

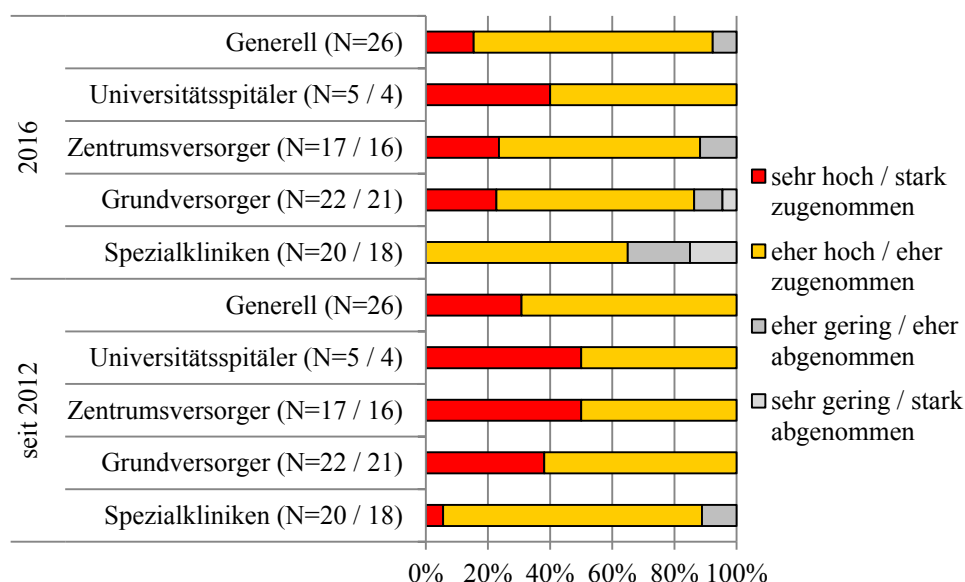


Quelle: Spitalbefragung (INFRAS 2018), eigene Berechnungen.

Frage: Der finanzielle Druck vor dem Jahr 2012 / im Jahr 2016 war...

- Zunahme finanzieller Druck: Sehr niedriger/niedriger/eher niedriger finanzieller Druck vor 2012 und sehr hoher/hoher/eher hoher finanzieller Druck 2016
- Hoher finanzieller Druck vor und nach 2012: Sehr hoher/hoher/eher hoher finanzieller Druck vor und nach 2012
- Tiefer finanzieller Druck vor und nach 2012: Sehr niedriger/niedriger/eher niedriger finanzieller Druck vor und nach 2012
- Abnahme finanzieller Druck nach 2012: Sehr hoher/hoher/eher hoher finanzieller Druck vor 2012 und sehr niedriger/niedriger/eher niedriger finanzieller Druck 2016

Abbildung 27 Veränderung des finanziellen Drucks seit 2012 und finanzieller Druck im Jahr 2016 gemäss Einschätzung der Kantone



Quelle: Kantonsbefragung (econcept 2018). Anmerkungen: Die Rehabilitationskliniken und die psychiatrischen Kliniken wurden bei der Kantonsbefragung unter der Kategorie „Spezialkliniken“ geführt. Angabe in Klammern: Die erste Zahl bezieht sich auf die Anzahl Einschätzungen in Bezug auf den finanziellen Druck im Jahr 2016, die zweite Zahl bezieht sich auf die Anzahl Einschätzungen in Bezug auf die Veränderung des finanziellen Drucks seit 2012. Die Frage wurde nur denjenigen Kantonen vorgelegt, die auch über diesen Spitaltyp verfügten.

Fragen: Wie schätzen Sie den finanziellen Druck auf die Spitäler und Kliniken Ihres Kantons im Jahr 2016 ein? Inwiefern hat sich der finanzielle Druck auf die Spitäler und Kliniken Ihres Kantons seit dem Jahr 2012 verändert?

Tabelle 45 Deskriptive Statistik EBITDA- und EBITDAR-Margen, nach Spitaltyp, 2016

	Mittelwert	Median	Maximum	Minimum
EBITDA-Marge				
Universitätsspitäler (N=4)	5,1	5,0	6,9	3,4
Weitere Zentrumsversorgung (N=15)	7,4	6,6	14,7	-0,4
Grundversorger (N=18)	8,0	6,8	20,4	1,0
Psychiatrische Kliniken (N=16)	6,6	7,3	11,0	-1,5
Rehabilitationskliniken (N=11)	6,5	9,5	11,7	-15,0
Spezialkliniken (N=16)	6,6	7,5	25,3	-30,0
Total (N=80)	7,0	6,8	25,3	-30,0
EBITDAR-Marge				
Universitätsspitäler (N=2)	7,8	7,8	8,0	7,6
Weitere Zentrumsversorgung (N=10)	8,5	8,7	16,8	0,5
Grundversorger (N=10)	12,5	11,4	24,8	2,8
Psychiatrische Kliniken (N=10)	9,2	10,2	12	3,0

	Mittelwert	Median	Maximum	Minimum
Rehabilitationskliniken (N=9)	8,7	9,7	19,9	-11,0
Spezialkliniken (N=11)	11,7	14	25	-20,0
Total (N=52)	10,1	9,9	25,0	-20,0

Quelle: Spitalbefragung (INFRAS 2018), eigene Berechnungen.

Frage: Bezogen auf die Jahresrechnung 2016 Ihres Spitals: Geben Sie bitte folgende Werte an: EBITDA-Marge (=Betriebsgewinn vor Abschreibungen, Zinsen und Steuern im Verhältnis zum Umsatz), EBITDAR-Marge (=Betriebsgewinn vor Abschreibungen, Zinsen, Steuern und Mieten im Verhältnis zum Umsatz)

Tabelle 46 Deskriptive Statistik EBITDA- und EBITDAR-Margen, nach Hauptaktivität, 2016

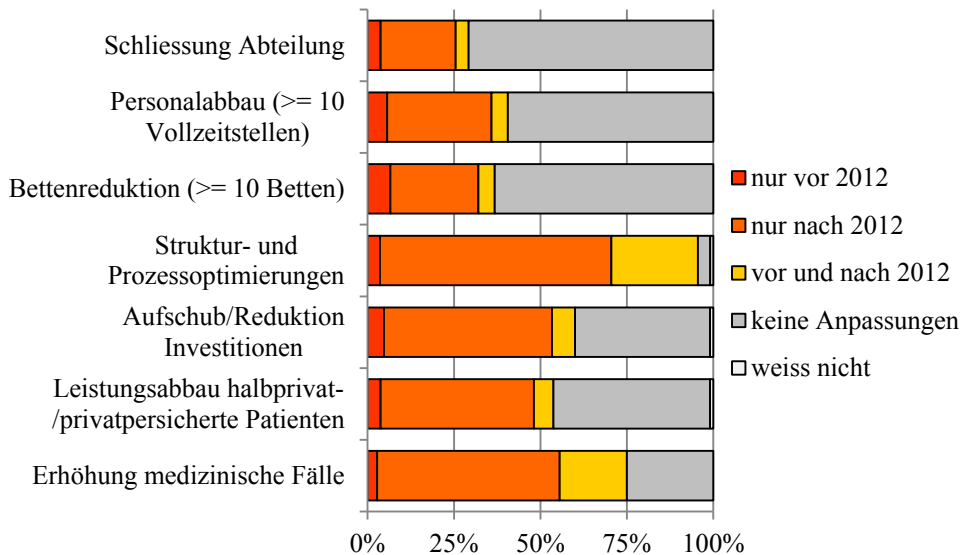
	Mittelwert	Median	Maximum	Minimum
EBITDA-Marge				
Akutsomatik (N=46)	8,1	6,6	25,3	-0,4
Psychiatrie (N=17)	6,7	7,9	11,0	-1,5
Rehabilitation (N=13)	6,4	8,0	11,7	-15,0
Geriatrie (N=2)	10,5	10,5	11,4	9,6
Palliativbehandlung (N=2)	-16,2	-16,2	-2,4	-30
Andere (N=0)				
Total (N=80)	7,0	6,8	25,3	-30,0
EBITDAR-Marge				
Akutsomatik (N=29)	12,2	10,5	25,0	0,5
Psychiatrie (N=10)	9,1	10,2	12,0	3,0
Rehabilitation (N=9)	8,7	9,7	19,9	-11,0
Geriatrie (N=1)	10,4	10,4	10,4	10,4
Palliativbehandlung (N=2)	-8,4	-8,4	3,2	-20
Andere (N=1)	8,9	8,9	8,9	8,9
Total (N=52)	10,1	9,9	25,0	-20,0

Quelle: Spitalbefragung (INFRAS 2018), eigene Berechnungen.

Frage: Bezogen auf die Jahresrechnung 2016 Ihres Spitals: Geben Sie bitte folgende Werte an: EBITDA-Marge (=Betriebsgewinn vor Abschreibungen, Zinsen und Steuern im Verhältnis zum Umsatz), EBITDAR-Marge (=Betriebsgewinn vor Abschreibungen, Zinsen, Steuern und Mieten im Verhältnis zum Umsatz)

B.2 Reaktionen der Spitäler

Abbildung 28 Reaktionen der Spitäler auf den finanziellen Druck



Quelle: Spitalbefragung (INFRAS 2018).

Frage: Wenn Sie an die Situation seit 2012 bzw. vor 2012 denken: Ist es in Ihrem Spital aufgrund von finanziellem Druck zu folgenden Anpassungen gekommen? N=105-112, fehlend=6-13

Tabelle 47 Einschätzungen der Spitäler zu Entwicklungen aufgrund der KVG-Revision

	Zustimmung		
	absolut	relativ	N
Vermehrte Kooperationen	79	68%	116
Spezialisierung des Leistungsangebots	55	47%	116
Erweiterung des Leistungsangebots	47	41%	116
Zunehmender admin. Aufwand	105	91%	116
Gesamthafte Verlagerung von amb. in stat. Bereich	7	6%	116
Gesamthafte Verlagerung von stat. in amb. Bereich	46	40%	116
Teilverlagerung von stat. in amb. Bereich	56	48%	116
Teilverlagerung in nachstat. Bereich (nur für Spitäler mit Hauptaktivität Akutsomatik)	32	47%	68
Zunahme von stationären Fällen	65	56%	116
Abnahme von stationären Fällen	19	16%	116
Mehr Verlegungen in andere Spitäler (nur für Spitäler mit Hauptaktivität Akutsomatik)*	7	10%	68
Universitätsspitäler	0	0%	5
Weitere Spitäler der Zentrumsversorgung	1	6%	17

	Zustimmung		
	absolut	relativ	N
<i>Spitäler der Grundversorgung</i>	5	20%	25
<i>Spezialkliniken</i>	1	5%	21
Mehr Verlegungen von anderen Spitälern (nur für Spitäler mit Hauptaktivität Akutsomatik)	12	18%	68
<i>Universitätsspitäler</i>	3	60%	5
<i>Weitere Spitäler der Zentrumsversorgung</i>	4	24%	17
<i>Spitäler der Grundversorgung</i>	4	16%	25
<i>Spezialkliniken</i>	1	5%	21
Mehr Verlegungen von Akutspitälern (nur für Spitäler mit Hauptaktivität Rehabilitation/Geriatrie/Palliativ/Psychiatrie/Andere)	21	44%	48
<i>Psychiatrische Kliniken</i>	8	30%	26
<i>Rehabilitationskliniken</i>	9	69%	13
<i>Spezialkliniken</i>	4	44%	9
Frühere Verlegungen von anderen Akutspitälern (nur für Spitäler mit Hauptaktivität Rehabilitation/Geriatrie/Palliativ/Psychiatrie)	18	78%	23
Mehr Rückverlegungen von (anderen) Akutspitälern (nur für Spitäler mit Hauptaktivität Akutsomatik/Rehabilitation/Andere)*	16	19%	86
<i>Universitätsspitäler</i>	1	20%	5
<i>Weitere Spitäler der Zentrumsversorgung</i>	2	12%	17
<i>Spitäler der Grundversorgung</i>	2	8%	25
<i>Psychiatrische Kliniken</i>	0	0%	3
<i>Rehabilitationskliniken</i>	9	69%	13
<i>Spezialkliniken</i>	2	8%	23
Mehr Verlegungen von Akut- in Übergangspflege (nur für Spitäler mit Hauptaktivität Akutsomatik)	11	16%	68

Quelle: Spitalbefragung (INFRAS 2018), eigene Auswertungen. Anmerkung: Die Zustimmung ergibt sich aus der Summe der Nennungen „ja“ und „eher ja“. * Eigene Auswertungen aufgrund der Rohdaten der Spitalbefragung.

Frage: Bitte nehmen Sie eine Einschätzung zu folgenden Aussagen vor: Die KVG-Revision hat in unserem Spital zu folgenden Entwicklungen geführt.

Tabelle 48 *Einschätzungen der Kantone in Bezug auf Reaktionen der Spitäler aufgrund der KVG-Revision*

	Einschätzung „sehr häufig“ oder „eher häufig“		
	absolut	relativ	N
Verstärkte Bemühungen, die Qualität der stationären Leistungen zu verbessern	17	68%	25
Verstärkte Bemühungen, die Kosten der stationären Leistungen zu senken	22	85%	26
Vermehrte Kooperation mit anderen Spitälern und Leistungserbringern	17	65%	26
Verstärkte Spezialisierung	10	42%	24
Mengenausweitung	18	78%	23
Höherkodierungen	6	30%	20
Leistungsverlagerungen vom ambulanten in den stationären Bereich	3	19%	16
Leistungsverlagerungen vom stationären in den ambulanten Bereich	6	32%	19
Rationierung	0	0%	18
Patientenselektion	2	13%	15

Quelle: Kantonsbefragung (econcept 2018).

Frage: Wie häufig sind Ihrer Einschätzung nach aufgrund der KVG-Revision folgende Reaktionen der Spitäler im Kanton [xxx] zu beobachten?

Tabelle 49 *Kennzahlen zu Kodierrevisionsberichten*

Kennzahlen	Studie 2014*	Aktualisierung 2018**
Stichprobe		
Anzahl Spitäler	12	12
Anzahl revidierte Fälle	2'500	2'000
Veränderung Kostengewicht nach Revision		
Anzahl veränderte Kostengewichte	90	69
höheres Kostengewicht	45	43
tieferes Kostengewicht	45	26
DRG-Änderungsquote		
Mittelwert	3,6%	2,7%
tiefste/höchste	1,1% / 7,7%	0,3% / 10,3%
Veränderung CMI nach Revision		
Anstieg (Anzahl Spitäler)	6	9

Kennzahlen	Studie 2014*	Aktualisierung 2018**
Verminderung (Anzahl Spitäler)	6	3

Quelle: *Frey et al. (2014). ** Eigene Berechnungen auf der Grundlage von Kodierrevisionsberichten aus den Jahren 2015-2017 von denselben 12 Spitälern wie im Jahr 2014.

C Anhang: Wirkungen auf das Versorgungssystem

C.1 Indikatoren

Tabelle 50 Operationalisierung und Quellen der Indikatoren zur Abbildung der Wirkungen der KVG-Revision auf das Versorgungssystem

Indikator	Operationalisierung	Quelle	Zu beachten
Kosten für die Erbringung von stationären Spitalleistungen („Produktionskosten“)	Kosten absolut	Pellegrini & Roth (2018)	Spitalleistungen exkl. GWL
OKP-Fälle	Anzahl OKP-Fälle, gesamter stationärer Bereich	Pellegrini & Roth (2018), basierend auf Medizinische Statistik der Krankenhäuser (BFS)	Gesamter stationärer Bereich.
Versicherte Personen	Anzahl versicherte Personen	Datenaufbereitung Obsan, basierend auf Statistik Risikoausgleich, Gemeinsamen Einrichtung KVG/Asylstatistik ¹³⁰	<i>Einschätzung:</i> Hochrechnung auf Basis verschiedener Quellen, Vorsicht bei der Interpretation.
OKP-Ausgaben spitalstationär (gesamter stationärer Spitalbereich; d.h. unter Berücksichtigung der Versorgungsbereiche Akut-somatik, Psychiatrie und Rehabilitation)	Ausgaben OKP nach Versorgungs- und Leistungsbereichen sowie Behandlungsjahr absolut oder pro versicherte Person	Pellegrini & Roth (2018), auf Basis Daten aus dem Datenpool der SASIS AG.	Gesamter stationärer Bereich
OKP-Ausgaben spitalstationär (Akut-somatik / Rehabilitation / Psychiatrie)			

¹³⁰ Berechnung des Versichertenbestands auf der Grundlage der Statistik Risikoausgleich, Gemeinsamen Einrichtung KVG, und der Asylstatistik, Staatssekretariat für Migration (SEM).

Indikator	Operationalisierung	Quelle	Zu beachten
OKP-Ausgaben spitalambulant / praxisambulant / Alters- und Pflege- heime, Andere			
OKP-Ausgaben Total			
OKP-Ausgaben spitalstationär pro Fall	OKP-Ausgaben spital- stationär / OKP-Fälle	vgl. oben	Daten stammen aus unterschiedlichen Quel- len. <i>Einschätzung:</i> Vorsicht bei der Inter- pretation.
Ausgaben Kantone spitalstationär (inkl. GWL, inkl. kantonale Investitionen, gesam- ter stationärer Spital- bereich)	Ausgaben absolut	Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (BFS)	Die Ausgaben sind inkl. GWL und kantonale Investitionen. Synthese- statistik (vgl. BFS 2017 für weitere Informatio- nen)
Ausgaben aller Fi- nanzierungsträger für stationären Spitalbe- reich	Ausgaben für den stati- onären Spitalbereich, pro Person (ständige Wohnbevölkerung)	Pellegrini & Roth (2018)	Aufgrund der Datenlage können nur Entwicklun- gen, keine absoluten Werte abgebildet wer- den.
Ausgaben aller Fi- nanzierungsträger für Spitalbereich (statio- när und ambulant)	Ausgaben für den Spi- talbereich, pro Person (ständige Wohnbevölke- rung)	Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (BFS)	Synthesestatistik (vgl. BFS 2017 für weitere Informationen)
Ausgaben aller Fi- nanzierungsträger für Gesundheitswesen	Ausgaben für das ge- samte Gesundheitswe- sen, pro Person (ständi- ge Wohnbevölkerung)	Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (BFS)	Synthesestatistik (vgl. BFS 2017 für weitere Informationen)
Lohn	Jährliches Lohnwachs- tum	Lohnindex, Daten der Sammel- stelle für die Statistik der Un- fallversicherung (SSUV) (BFS)	Keine Hinweise
BIP	Jährliches Wachstum Bruttoinlandprodukt (absolut oder pro Kopf)	VGR (BFS)	Keine Hinweise

Quellen: vgl. Hinweise in der Tabelle.

C.2 Demografie (Alterung)

Die vorliegende Analyse zum Einfluss der Demografie auf die Ausgabenentwicklung im stationären Bereich stützt sich direkt auf die Forschungsarbeit von Kaiser (2016), der den Effekt der Alterung auf die Kosten der verschiedenen Leistungsarten in der OKP berechnet. Der methodische Ansatz basiert auf einem kontrafaktischen Szenario, welches sich wie folgt formulieren lässt: „Wie hätten sich die stationären Ausgaben pro Versicherten

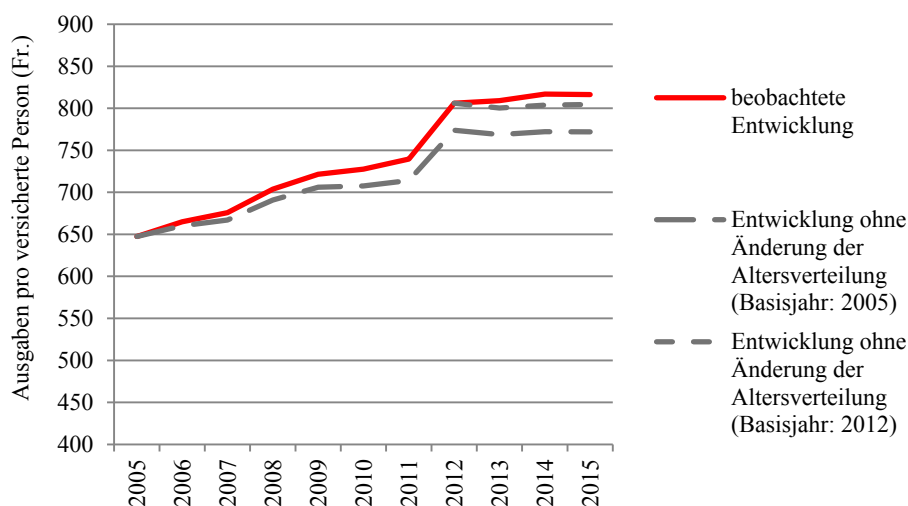
im Zeitverlauf entwickelt, wenn die Altersstruktur der Bevölkerung über die Zeit unverändert geblieben wäre?“ Zur Schätzung dieses kontrafaktischen Szenarios kommt das ökonometrische Verfahren von Elder et al. (2015) zur Anwendung. Das grundlegende Prinzip des Verfahrens ist wie folgt: Die einzelnen Beobachtungen in den Daten werden so „umgewichtet“, dass die Verteilung eines erklärenden Merkmals (hier: das Alter) in zwei verschiedenen Jahren identisch ist. Gleichzeitig wird die Verteilung anderer Merkmale nicht verändert. Dadurch lässt sich der Effekt einer Variable (im vorliegenden Fall: das Alter) auf die Kosten von anderen Effekten isolieren.

Für die Analyse werden Daten zu den jährlichen nominalen OKP-Bruttoleistungen für den spitalstationären und den ambulanten Bereich sowie insgesamt (jeweils pro versicherte Person und nach Behandlungsjahr) für den Zeitraum 2005 bis 2015 verwendet (Quelle: Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung MOKKE (BAG) bzw. Datenpool SASIS AG). Diese sind differenziert nach Kanton, Altersgruppe und Geschlecht. Die Tatsache, dass die Daten in aggregierter Form und nicht auf Individualenebene vorliegen, stellt für die Anwendung des oben beschriebenen Verfahrens keine wesentliche Einschränkung dar.¹³¹

Abbildung 29 zeigt die beobachtete und die kontrafaktische Entwicklung der stationären OKP-Bruttoleistungen pro versicherte Person nach Behandlungsjahr. Die beobachteten Ausgaben sind im Zeitraum 2005-2015 von rund 647 Franken auf rund 816 Franken pro Jahr gestiegen. Zwischen den Jahren 2011 und 2012 ist ein starker Anstieg ersichtlich, welcher mit der Revision der Spitalfinanzierung im Zusammenhang steht (vgl. **Kap. 5.3**). Die kontrafaktische Entwicklung zeigt, wie sich die Ausgaben pro versicherte Person über die Zeit entwickelt hätten, wenn die Altersverteilung der Bevölkerung – das heisst, die Anteile der einzelnen Altersgruppen – seit 2005 konstant geblieben wäre. Bis 2007 zeigt sich nahezu kein Einfluss der Alterung; danach gehen die beiden Verläufe aber stetig weiter auseinander, was auf einen zunehmenden Einfluss der Alterung hindeutet. Im Jahr 2015 würden die Kosten ohne Änderung der Altersverteilung rund 772 Franken betragen. Der „Demographie-Effekt“ auf die stationären Spitalkosten im Jahr 2015 beträgt somit rund 44 Franken. Mit anderen Worten: Die Alterung der Bevölkerung erklärt rund 26% des Ausgabenanstiegs im stationären Spitalbereich, welcher im Zeitraum von 2005 bis 2015 stattfand. Dieses Resultat legt den Schluss nahe, dass der demographische Wandel zwar durchaus einen relevanten Erklärungsfaktor darstellt, aber der grösste Teil des Ausgabenanstiegs auf andere Faktoren zurückzuführen ist. Wenn der Analysezeitraum auf die Jahre 2012 bis 2015 eingeschränkt wird, kann der beobachtete Ausgabenanstieg (von 806 Franken pro versicherte Person im Jahr 2012 auf 816 Franken pro versicherte Person im Jahr 2015) vollständig mit der Alterung der Bevölkerung erklärt werden. Hätte sich die Altersverteilung seit dem Jahr 2012 nicht verändert, wären die Ausgaben pro versicherte Person im Jahr 2015 im Vergleich zum Jahr 2012 in etwa gleich geblieben.

¹³¹ Technische Ergänzung: Da es sich um ein nichtparametrisches Verfahren handelt, ist die Umgewichtung eines Mittelwerts mit aggregierten Daten äquivalent zur Umgewichtung mit Individualdaten, vorausgesetzt die erklärenden Merkmale haben die gleichen Ausprägungen.

Abbildung 29: Einfluss der Alterung auf die Entwicklung der OKP-Ausgaben für stationäre Spitalleistungen, 2005-2015



Quelle: Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung MOKKE (BAG) bzw. Datenpool SASIS AG. Anmerkungen: OKP-Ausgaben nach Behandlungsjahr, pro versicherte Person, Leistungsart Spital stationär. Die Entwicklung ohne Änderung der Altersverteilung wurde mit dem Verfahren von Elder et al. (2015) geschätzt.

Abschliessend ist zu erwähnen, dass das Ergebnis bei Betrachtung der Zeitperiode 2005 bis 2015 nahezu gleich ausfällt, wenn anstelle der Daten nach Behandlungsjahr die Daten nach Abrechnungsjahr verwendet werden. Ein Vergleich für die Zeitperiode 2012 bis 2015 ist nicht möglich, da bei Betrachtung nach Abrechnungsjahr der Ausgabenanstieg durch die KVG-Revision Spitalfinanzierung aufgrund von Verzögerungen in der Rechnungsstellung zeitlich später auftritt.

Zur Einordnung der Ergebnisse wird die gleiche Analyse auch auf die Ausgabenentwicklung im ambulanten Bereich und auf die Entwicklung der Ausgaben der OKP insgesamt angewendet (vgl. Tabelle 51). Im ambulanten Bereich beträgt der „Demographie-Effekt“ im Jahr 2015 rund 51 Franken. Somit erklärt die Alterung der Bevölkerung nur knapp 10% des Kostenanstiegs bei im ambulanten Bereich im Zeitraum von 2005 bis 2015.¹³² Der Umstand, dass der Demographie-Effekt hier weniger bedeutend ist als im stationären Bereich, deckt sich mit den Erwartungen: Das Durchschnittsalter bei ambulanten Fällen ist wesentlich tiefer als bei stationären Fällen, sodass das Alter bei der Bestimmung der Kosten pro Versicherten hier weniger massgebend sein dürfte. Für die OKP-Ausgaben insgesamt betragen die „Demografie-Effekte“ rund 20% (Zeitraum 2005-2015) bzw. rund 17% (Zeitraum 2012-2015).

¹³² Für den Zeitraum 2012 bis 2015 beträgt der „Demografie-Effekt“ im ambulanten Bereich rund 7,5%.

Tabelle 51 Einfluss der Alterung auf die Entwicklung der OKP-Ausgaben für diverse Leistungsbereiche, 2005-2015

OKP-Ausgaben	Zeitraum	beobachtete Veränderung	Veränderung bei konstanter Altersverteilung (Basisjahr: 2005 / 2012)	Demografie-Effekt (absolut und in %)
Spital stationär	2005-2015	169	125	44 (26,2%)
	2012-2015	10	-1,6	11,6 (115,3%)
Ambulant	2005-2015	540	489	51 (9,5%)
	2012-2015	183	169	14 (7,4%)
Total	2005-2015	913	736	177 (19,4%)
	2012-2015	269	224	45 (16,9%)

Quelle: Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung MOKKE (BAG) bzw. Datenpool SASIS AG. Anmerkungen: OKP-Ausgaben nach Behandlungsjahr, pro versicherte Person, Leistungsart Spital stationär. Die Entwicklung ohne Änderung der Altersverteilung wurde mit dem Verfahren von Elder et al. (2015) geschätzt.

D Anhang: Interviews

Interviewpersonen

Tabelle 52 Interviewpersonen

	Institution	Interviewperson
1	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)	Magdalena Wicki Martin
2	H+ Die Spitäler der Schweiz	Pascal Besson, Martin Bienlein, Stefan Berger
3	curafutura	Luca Petrini
4	santésuisse	Stephan Colombo
5	HSK	Daniel Maag
6	CSS Versicherung	*
7	Dachverband Schweizerischer Patientenstellen (DVSP)	Erika Ziltener
8	Preisüberwachung (PUE)	Manuel Jung
9	SwissDRG AG	Rémi Guidon, Constanze Hergeth

Anmerkung: * Auf Wunsch der Interviewperson Name nicht genannt.

Interviewleitfaden

Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung: Auswirkungen der Revision auf die Kosten und die Finanzierung des Versorgungssystems

Interviewleitfaden für die persönlichen / telefonischen Gespräche

Hintergrund und Projektbeschreibung

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) führt B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung eine Evaluation der Auswirkungen der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Kosten und die Finanzierung des Versorgungssystems durch.¹³³ Die KVG-Revision Spitalfinanzierung besteht aus fünf Elementen:

1. Dual-fixe Leistungsfinanzierung
2. Kantonale Spitalplanung / Leistungsaufträge
3. Leistungsbezogene (Fall-)Pauschalen
4. Erweiterte Spitalwahl
5. Erweiterte Informationsbasis zu Wirtschaftlichkeit und Qualität

Ziele des Interviews

Wir möchten anhand des vorliegenden Interviewleitfadens Ihre Sicht und Ihre Einschätzungen primär zur **Umsetzung der Massnahmen der neuen Spitalfinanzierung** erheben. Das Interview soll aufzeigen, wie die Massnahmen der neuen Spitalfinanzierung aus Ihrer Sicht gegenwärtig umgesetzt werden, welche **Probleme** bei der Umsetzung allenfalls bestehen, welche positiven oder negativen **Wirkungen** mit der gegenwärtigen Umsetzung verbunden sind und welcher **Handlungsbedarf** allenfalls besteht.

Bemerkungen

Nicht alle Fragen sind aus unserer Sicht für alle befragten Institutionen von gleich hoher Bedeutung. Wir haben im Leitfaden deshalb diejenigen **Fragen markiert (grün hervorgehoben)**, auf die wir **prioritär** eingehen möchten. Sie dürfen sich aber grundsätzlich zu jeder Frage äussern.

Die **Antworten** werden in die Berichterstattung einfließen (bspw. indem die Einschätzungen der befragten Akteure berichtet werden oder indem die Bewertung bzgl. Umsetzung und Wirkungen der Revision unter Berücksichtigung u.a. der Einschätzungen vorgenommen wird).

Bei einigen Fragen können die Antworten möglicherweise zwischen Kantonen oder zwischen Kantonen und Bund unterschiedlich ausfallen. Falls keine oder nur kleine Unterschiede bestehen, können Sie die Frage „im Durchschnitt“ beantworten. Falls die Differenzen grösser sind, können Sie auf die Unterschiede eingehen (bspw. indem Sie eine Spannweite angeben, eine aus Ihrer Sicht gelungene Umsetzung / nicht gelungene Umsetzung nennen etc.).

Befragte **Institutionen**: GDK, H+, Preisüberwacher, tarifsuisse, curafutura, Dachverband Schweizerischer Patientenstellen, SwissDRG AG.

¹³³ Weitere Informationen finden Sie hier: <https://www.bag.admin.ch/evalspitalfinanzierung>.

Ansprechpersonen

Ansprechpartner seitens B,S,S.:

Michael Lobsiger, Projektleitung, Tel. 061 263 00 57, michael.lobsiger@bss-basel.ch

Ansprechpartnerin seitens BAG:

Cornelia Stadter, Sektion Tarife und Leistungserbringer I, Tel. 058 461 13 06,
cornelia.stadter@bag.admin.ch

Name der Institution / Interviewperson	
Datum und Uhrzeit des Gesprächs	
Prioritäre Fragen	

Herzlichen Dank für Ihre wertvolle Unterstützung.

Teil I: Umsetzung und Wirkungen der Massnahmen der neuen Spitalfinanzierung
--

Dual-fixe Leistungsfinanzierung
--

- Wie beurteilen Sie die **Umsetzung** der **dual-fixen Leistungsfinanzierung** in Bezug auf
 - Finanzierungsschlüssel (min. 55% Kanton / max. 45% OKP)
 - Gleichstellung der Listenspitäler bei der Finanzierung unabhängig von ihrer Trägerschaft

[Qualitative Einschätzung auf einer Skala von 1 bis 6, wobei 1=ganz und gar nicht angemessen, 6=voll und ganz angemessen; Begründung]

- Wo sehen Sie allenfalls **Probleme bei der Umsetzung**? Welche?
- Welche positiven/negativen **Wirkungen** sind mit der aktuellen Umsetzung verbunden?
- Wo sehen Sie allenfalls **Handlungsbedarf**? Welchen?

Kantonale Spitalplanung / Leistungsaufträge
--

Interkantonale koordinierte, bedarfsgerechte Spitalplanung

- Wie beurteilen Sie die **kantonale Spitalplanung** in Bezug auf folgende **Dimensionen der Bedarfsgerechtigkeit**
 - Deckung des Bedarfs der Wohnbevölkerung
 - Vermeidung und/oder Abbau von „Überkapazitäten“
 - Berücksichtigung der ausserkantonalen Nachfrage

[Qualitative Einschätzung auf einer Skala von 1 bis 6, wobei 1=ganz und gar nicht angemessen; 6=voll und ganz angemessen; Begründung]

- Wo sehen Sie allenfalls **Probleme bei der Umsetzung**? Welche?
- Welche positiven/negativen **Wirkungen** sind mit der aktuellen Umsetzung verbunden?
- Wo sehen Sie allenfalls **Handlungsbedarf**? Welchen?

Erteilung der Leistungsaufträge nach Wirtschaftlichkeit

3. Wie beurteilen Sie die **Erteilung von Leistungsaufträgen** durch die Kantone in Bezug auf das Kriterium der **Wirtschaftlichkeit**?

[Qualitative Einschätzung: auf einer Skala von 1 bis 6, wobei 1=dem Kriterium der Wirtschaftlichkeit wird überhaupt nicht Rechnung getragen, 6=dem Kriterium der Wirtschaftlichkeit wird voll und ganz Rechnung getragen; Begründung]

- Wo sehen Sie allenfalls **Probleme bei der Umsetzung**? Welche?
- Welche positiven/negativen **Wirkungen** sind mit der aktuellen Umsetzung verbunden?
- Wo sehen Sie allenfalls **Handlungsbedarf**? Welchen?

Leistungsbezogene (Fall-)Pauschalen

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die **Tarifstruktur SwissDRG**.

Datenqualität

4. Wie beurteilen Sie die **Qualität** der für die Bestimmung der Kostengewichte verwendeten Daten in Bezug auf
- Vergleichbarkeit (*Methoden zur Datenerhebung*)
 - Sachgerechtigkeit und Transparenz der Kostenabgrenzungen (*bspw. Kosten für GWL*)
 - Vollständigkeit (*bspw. Inklusion der ANK*)
 - Repräsentativität (*Stichprobe Spitäler*)

[Qualitative Einschätzung auf einer Skala von 1 bis 6, wobei 1=sehr ungenügend, 6=ausgezeichnet; Begründung]

- Wo sehen Sie allenfalls **Probleme bei der Umsetzung**? Welche?
- Welche positiven/negativen **Wirkungen** sind mit der aktuellen Umsetzung verbunden?
- Wo sehen Sie allenfalls **Handlungsbedarf**? Welchen?

Sachgerechtigkeit der Tarifstruktur

5. Wie beurteilen Sie die **Güte der Tarifstruktur SwissDRG** in Bezug auf

- Abbildungsgenauigkeit / Homogenität der Fallkosten innerhalb einer DRG
- Bewertung der Kostengewichte (*Unter-/Überbewertung*)

[Qualitative Einschätzung auf einer Skala von 1 bis 6, wobei 1=sehr ungenügend, 6=ausgezeichnet; Begründung]

- Wo sehen Sie allenfalls **Probleme bei der Umsetzung**? Welche?
- Welche positiven/negativen **Wirkungen** sind mit der aktuellen Umsetzung verbunden?
- Wo sehen Sie allenfalls **Handlungsbedarf**? Welchen?

Praxis der Betriebsvergleiche

Bitte geben Sie bei den folgenden Fragen an, auf welchen Kontext/welche Datengrundlage sich Ihre Einschätzungen beziehen (bspw. Tarifverhandlungen zwischen Leistungserbringern und Versicherern, kantonale Genehmigung-/Festsetzung der Spitaltarife etc.).

6. Wie beurteilen Sie die **Qualität der Datengrundlage** für Betriebsvergleiche in Bezug auf

- Vergleichbarkeit (*Methoden zur Datenerhebung*)
- Sachgerechtigkeit und Transparenz der Kostenabgrenzungen (*bspw. Kosten für GWL*)
- Vollständigkeit (*bspw. Inklusion der ANK*)
- Repräsentativität (*Stichprobe Spitäler*)

[Qualitative Einschätzung auf einer Skala von 1 bis 6, wobei 1=sehr ungenügend, 6=ausgezeichnet; Begründung]

- Wo sehen Sie allenfalls **Probleme bei der Umsetzung**? Welche?
- Welche positiven/negativen **Wirkungen** sind mit der aktuellen Umsetzung verbunden?
- Wo sehen Sie allenfalls **Handlungsbedarf**? Welchen?

7. Nachfolgend sind die Schritte, die im Rahmen von Betriebsvergleichen durchlaufen werden, aufgeführt (in Anlehnung an BVGE 2014/36):

- Herstellung Datenbasis (*Gesamtschweizerische Daten / Vollerhebung, Stichprobe*)
- Bestimmung benchmarking-relevante Betriebskosten (*Abgrenzungen*)
- Berechnung schweregradbereinigter Fallkosten
- Vergleich schweregradbereinigter Fallkosten (*mit/ohne Benchmarkingkategorien*)
- Auswahl eines Benchmarks (*Wahl Effizienzmassstab*)
- Bestimmung des Referenzwerts ausgehend vom Benchmark
- Festlegung Tarif (*Tariffdifferenzierung, Berücksichtigung spitalindividueller Besonderheiten*)

- Wo (in welchem Schritt/in welchen Schritten) bestehen aus Ihrer Sicht **Probleme / Herausforderungen**?

- Welche **Wirkungen** sind damit verbunden?
- Wo sehen Sie allenfalls **Handlungsbedarf**? Welchen?

Praxis der kantonalen Genehmigung und Festsetzung der Tarife

8. Wie beurteilen Sie die **Praxis** der kantonalen **Genehmigung** und **Festsetzung** der Spitaltarife in Bezug auf das Kriterium der **Wirtschaftlichkeit**?

[Qualitative Einschätzung auf einer Skala von 1 bis 6, wobei 1=dem Kriterium der Wirtschaftlichkeit wird überhaupt nicht Rechnung getragen, 6=dem Kriterium der Wirtschaftlichkeit wird voll und ganz Rechnung getragen; Begründung]

- Wo sehen Sie allenfalls **Probleme bei der Umsetzung**? Welche?
- Welche positiven/negativen **Wirkungen** sind mit der aktuellen Umsetzung verbunden?
- Wo sehen Sie allenfalls **Handlungsbedarf**? Welchen?

Höhe der Spitaltarife und deren Entwicklung

9. Wie beurteilen Sie die **Höhe** und **Entwicklung** der **Spitaltarife**?

[Sofern notwendig, nehmen Sie bitte eine Differenzierung nach Kantonen und/oder Spitaltypen vor] [Qualitative Einschätzung auf einer Skala von 1 bis 6, wobei 1=ganz und gar nicht angemessen, 6=voll und ganz angemessen; Begründung]

10. Inwiefern lassen sich **Unterschiede** in den Spitaltarifen zwischen den Spitälern / innerhalb eines Spitals (falls mehrere Spitaltarife gelten) aufgrund objektiver Kriterien rechtfertigen? *[Beschreibung / Begründung]*

Vergütung der stationären Behandlung unter Einschluss der Investitionskosten

11. Wie beurteilen Sie (mögliche) kantonale **Investitionen** / **Investitionsbeiträge**¹³⁴ und die **Finanzierung** von **KVG-pflichtigen stationären Spitalleistungen** durch die Kantone in Bezug auf folgende Kriterien:

- Gleichstellung der Listenspitäler bei der Finanzierung unabhängig von ihrer Trägerschaft
- Transparenz

[Qualitative Einschätzung auf einer Skala von 1 bis 6, wobei 1=ganz und gar nicht angemessen; 6=voll und ganz angemessen; Begründung]

- Wo sehen Sie allenfalls **Probleme**? Welche?

¹³⁴ Investitionen in bzw. Investitionsbeiträge für Immobilien, Mobilien und sonstigen Anlagen, die zur Erfüllung der Behandlung von OKP-Versicherten notwendig sind.

- Welche positiven/negativen **Wirkungen** sind mit dem aktuellen Investitions- und Finanzierungsverhalten verbunden?
- Wo sehen Sie allenfalls **Handlungsbedarf**? Welchen?

Erweiterte Spitalwahl

Angemessene Vergütung ausserkantonaler stationärer Behandlungen durch Kantone und OKP

12. Wie beurteilen Sie die **Vergütung ausserkantonaler Behandlungen** durch die OKP und die Kantone in Bezug auf
- Ausgestaltung der Referenztarife
 - allfällige Auflagen für die Kostenübernahme bei ausserkantonalen Behandlungen
- [Qualitative Einschätzung auf einer Skala von 1 bis 6, wobei 1=ganz und gar nicht angemessen; 6=voll und ganz angemessen; Begründung]*
- Wo sehen Sie allenfalls **Probleme bei der Umsetzung**? Welche?
 - Welche positiven/negativen **Wirkungen** sind mit der aktuellen Umsetzung verbunden?
 - Wo sehen Sie allenfalls **Handlungsbedarf**? Welchen?

Erfüllung der Aufnahmepflicht durch die Spitäler

13. Wie beurteilen Sie die **Einhaltung der Vorgaben zur Aufnahmepflicht durch die Spitäler**?
- [Qualitative Einschätzung auf einer Skala von 1 bis 6, wobei 1=wird überhaupt nicht eingehalten; 6=wird voll und ganz eingehalten; Begründung]*
- Wo sehen Sie allenfalls **Probleme**? Welche?
14. Wie beurteilen Sie die **Überprüfung der Vorgaben zur Aufnahmepflicht** durch die Kantone?
- [Qualitative Einschätzung auf einer Skala von 1 bis 6, wobei 1=überhaupt nicht angemessen; 6=voll und ganz angemessen; Begründung]*
- Wo sehen Sie allenfalls **Probleme bei der Umsetzung**? Welche?
 - Welche positiven/negativen **Wirkungen** sind mit der aktuellen Umsetzung verbunden?
 - Wo sehen Sie allenfalls **Handlungsbedarf**? Welchen?

Erweiterte Informationsbasis zu Wirtschaftlichkeit und Qualität

15. Wie beurteilen Sie die **Qualität** der verfügbaren **Kennzahlen**¹³⁵ zur **Finanzierung** und zu den **Kosten** des stationären Spitalbereichs in Bezug auf
- Vergleichbarkeit (*sind bspw. Vergleiche über Spitäler und Kantone hinweg möglich?*)
 - Zugänglichkeit (*sind die Kennzahlen bspw. öffentlich zugänglich?*)
 - Verständlichkeit/Nutzerfreundlichkeit
- [Qualitative Einschätzung auf einer Skala von 1 bis 6, wobei 1=sehr ungenügend; 6=ausgezeichnet; Begründung]
- Wo sehen Sie allenfalls **Probleme**? Welche?
 - Welche positiven/negativen **Wirkungen** sind mit der aktuellen Umsetzung verbunden?
 - Wo sehen Sie allenfalls **Handlungsbedarf**? Welchen?
16. Fehlen wichtige Kennzahlen? Welche? [Qualitative Einschätzung: ja, nein; Begründung]

Teil II: Weitere Wirkungen der Massnahmen der neuen Spitalfinanzierung

Reaktionen der Spitäler

17. Welche **Reaktionen** (erwünscht; unerwünscht; vgl. Liste mit möglichen Reaktionen unten) rufen die Massnahmen der der neuen Spitalfinanzierung bei den **Spitälern** hervor?
18. Welche Rolle spielen dabei die **Motive** „Kostensenkungen“ und „Effizienzgewinne“? (Bezieht sich nur auf die ersten fünf Reaktionen in der Liste unten)
- Struktur- und Prozessoptimierungen
 - verbessertes Schnittstellenmanagement¹³⁶
 - (verstärkte) Kooperationen mit anderen Spitälern/Leistungserbringern
 - (verstärkte) Spezialisierung
 - (erwünschte/unerwünschte) Leistungsverlagerungen
 - (unerwünschte) Mengenausweitungen
 - Höherkodierungen
 - Risikoselektion

¹³⁵ Fokus: Kennzahlen für Betriebsvergleiche (Spitalplanung, Tariffestlegung) und Kennzahlen, die ein informiertes Wahlverhalten der Patientinnen und Patienten ermöglichen (bspw. finanzielle Folgen bei Behandlung in Vertragsspital).

¹³⁶ Abstimmung bei Übertritten/Übergängen mit vor-/nachgelagerten Leistungserbringern (institutionsübergreifend) und zwischen Abteilungen (institutionsintern).

- Rationierung¹³⁷

Teil III: Varia

19. Weitere Bemerkungen

E Anhang: Begleitgruppe

Tabelle 53 Mitglieder der Begleitgruppe

	Institution	Name
1	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)	Krisztina Beer
2	H+ Die Spitäler der Schweiz	Pascal Besson
3	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)	Beatrix Meyer (Stellvertretung: Esther Kraft)
4	Dachverband Schweizerischer Patientenstellen (DVSP)	Erika Ziltener
5	santésuisse	Stephan Colombo
6	curafutura	Luca Petrini
7	Bundesamt für Statistik (BFS)	Michael Lindner
8	Eidgenössische Finanzverwaltung (EFV)	Carsten Colombier (Stellvertretung: Thomas Brändle)
9	Eidgenössische Finanzmarktaufsicht (FINMA)	Wolfgang Guetg
10	Preisüberwachung (PUE)	Manuel Jung
11	SW!SS REHA	Jürg Wägli
12	Swiss Mental Healthcare (SMHC)	Hanspeter Conrad (Stellvertretung: Markus Merz)
13	Bundesamt für Gesundheit (BAG)	Pinky Girardin

¹³⁷

Nicht angemessene Versorgung von schwierigen/komplexen Fällen.

Literaturverzeichnis

- Besson, P. (2009). VKL: neue Baustelle Einbezug von Investitionen. Flash 1/03, S. 13-14. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 17.4.2018):
http://www.hplus.ch/fileadmin/user_upload/Betriebswirtschaft/VKL/Flash_Info_10_01_09_D.pdf
- Bundesamt für Gesundheit (2019). Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Schlussbericht des BAG an den Bundesrat (Arbeitstitel). Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Bundesamt für Gesundheit BAG (2015). Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Zwischenresultate. Bericht des BAG an den Bundesrat. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 27.3.2017):
www.bag.admin.ch/evalspitalfinanzierung
- Bundesamt für Gesundheit BAG (2009). Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV), Änderungen per. 1. Januar 2009, Änderungen und Kommentar im Wortlaut. Online verfügbar über (zuletzt konsultiert: 11.5.2018):
https://www.admin.ch/ch/d/gg/pc/documents/2621/KVV-Aenderung-nach-Art.-22a-KVG_Erl.-Bericht_de.pdf
- Bundesamt für Statistik BFS (2017). Synthesestatistik Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens. Revision 2017: Perspektiven, Konzepte und Methoden zur Förderung einer modular-dynamisierten Weiterentwicklung der Statistik. BFS, Neuchâtel. Online verfügbar (zuletzt konsultiert: 31.8.2018):
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/kosten-finanzierung.html>
- Bundesrat (2004). Botschaft des Bundesrates vom 15. September 2004 betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung), BBl 2004 5551. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 16.12.2017):
https://www.admin.ch/opc/de/federal-gazette/2004/index_42.html
- Brändle, T. und Colombier, C. (2017). Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2045. Working Paper der EFV Nr. 21, Eidgenössische Finanzverwaltung. Online verfügbar (zuletzt konsultiert: 22.8.2018):
https://www.efv.admin.ch/efv/de/home/themen/publikationen/oeko_grundlagenarb.html
- Colombier, C. (2012). Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2060. Working Paper der EFV Nr. 18, Eidgenössische Finanzverwaltung. Online verfügbar (zuletzt konsultiert: 22.8.2018):
https://www.efv.admin.ch/efv/de/home/themen/publikationen/oeko_grundlagenarb.html

- Cosandey, J., Roten, N. und Rutz, S. (2018). Gesunde Spitalpolitik. Mehr Transparenz, mehr Patientensouveränität, weniger „Kantönlicheist“. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 26.2.2018): www.avenir-suisse.ch/publication/gesunde-spitalpolitik/
- Credit Suisse (2017). Gesundheitswesen: Wachstumsmarkt unter Kostendruck. Monitor Schweiz. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 7.11.2017): <https://www.credit-suisse.com/corporate/de/articles/news-and-expertise/monitor-switzerland-health-care-201703.html>
- econcept (2018). Tabellenband: Ergebnisse der Kantonsbefragung zur KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG. Verfasst von: Fontana, Marie-Christine/Bock, Simon/Haering, Barbara. Zürich.
- econcept / LENZ (2018). Evaluation der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung: Entwicklung der Spitallandschaft und Sicherstellung der Versorgung. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG. Verfasst von: Fontana, Marie-Christine/Bock, Simon/Haering, Barbara/Gruber, Jörg/ Lippitsch, Stefan. Zürich.
- Eidgenössische Finanzkontrolle EFK (2014). Kontrolle von DRG-Spital-rechnungen durch die Krankenversicherungen. Bestandesanalyse bei der Umstellungs-phase auf die neue Spitalfinanzierung. Online verfügbar über (zuletzt konsultiert: 3.5.2018): <https://www.efk.admin.ch/de/publikationen/bildung-soziales/gesundheit/1053-kontrolle-von-drg-spitalrechnungen-d.html>
- Elder, T. E., Goddeeris, J. H., & Haider, S. J. (2015). Isolating the roles of individual covariates in reweighting estimation. *Journal of Applied Econometrics*, 30(7), 1169-1191.
- Felder, S., Meyer, S. und Selcik, F. (2017). Tarif- und Finanzierungsunterschiede im akutstationären Bereich zwischen öffentlichen und Spitälern und Privatkliniken, 2013-2015. Gutachten im Auftrag der Privatkliniken Schweiz. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 3.10.2017): https://www.unibas.ch/fileadmin/www/redaktion/healtheco/Schlussbericht_Gutachten_PKS_2017.pdf
- Felder, S., Meyer, S. und Bieri, D. (2016). Tarif- und Finanzierungsunterschiede zwischen öffentlichen Spitälern und Privatkliniken. Gutachten im Auftrag der Privatkliniken Schweiz. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 8.2.2017): <https://www.unibas.ch/professuren/medienecho/abteilung/ecohealth/>
- Felder, S., Kägi, W., Lobsiger M., Tondelli T., Pfinninger, T. (2014a). Leistungs- und Kostenverschiebungen zwischen dem akutstationären und dem spital- und praxis-ambulantem Sektor. Schlussbericht. Studie im Auftrag von FMH und H+. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 8.2.2017): http://www.fmh.ch/stationaere_tarife/begleitforschung/verschiebungen_stat-amb.html

- Felder, S., Kägi, W., Lobsiger, M., Tondelli, T. (2014b). Auswirkungen von SwissDRG auf die ambulante Versorgung, Schweizerische Ärztezeitung, 95(39), 1443-1444. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 4.10.2017): <https://saez.ch/de/article/doi/saez.2014.03004/>
- Fischer, W. (2013). Wie gut ist «unser» DRG-System? Beurteilung von Kostendeckung und Leistungsabbildungsqualität aus Spitalsicht. Online verfügbar über (zuletzt konsultiert: 13.5.2018): <http://fischer-zim.ch/streiflicht/PCSstat-1304.htm>
- Frey, M., Kägi, W. und Lobsiger, M. (2014). Einfluss der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf das Verhalten der Spitäler – Erste Bestandesaufnahme und Konzeptstudie. Schlussbericht. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Online verfügbar über (zuletzt konsultiert: 26.4.2018): <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/publikationen/evaluationsberichte/evalber-kuv/evalber-kvg-revision-spitfi/evalber-spitfin-themenuebergreifend.html>
- GDK – Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2018a). Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 21.11.2018): https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/aktuelles/empfehl/EM_2018/EM_Spitalplanung_totalrevidiert_20180525_def_d.pdf
- GDK – Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2018b). Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung. Ermittlung der effizienten Spitäler nach Art. 49 Abs. 1 KVG. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 23.11.2018): https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/aktuelles/stellungn/SN_2018/EM_WiPrue_V4.0_20180301_def_d.pdf
- GDK – Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2017). Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung. Ermittlung der effizienten Spitäler nach Art. 49 Abs. 1 KVG. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 27.2.2018): https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/aktuelles/empfehl/em_wirtschaftlichkeitspruefung_v3.0_20170406_def_d.pdf
- GDK – Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2011). Empfehlungen zum Verfahren betreffend die Beiträge der Kantone bei ausserkantonalen Spitalbehandlungen nach Artikel 41.3 KVG. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 27.2.2018): https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/aktuelles/empfehl/kogu-empfehl_2012_v4.3_d.pdf
- GD ZH – Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (2017). Gesundheitsversorgung 2017. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 7.5.2018): https://gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/unsere_direktion/veroeffentlichungen.html

- GD ZH – Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (2016). Gesundheitsversorgung 2016. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 7.5.2018):
https://gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/unsere_direktion/veroeffentlichungen.html
- Golder, L., Jans, C., Tschöpe, S., Venetz, A. und Herzog, A. (2017): Verändertes Arbeitsumfeld und Einstellung zu neuen Finanzierungsmodellen. Begleitstudie im Auftrag der FMH, 7. Befragung 2017. Online verfügbar über (zuletzt besucht: 1.5.2018):
https://www.fmh.ch/stationaere_tarife/begleitforschung/rahmenbedingungen_aerzteschaft.html
- Gruber, J. und Lippitsch, S. (2018a). Entwicklung der interkantonalen Patientenströme 2010-2015. Studie innerhalb der Evaluation „Auswirkungen der KVG-Revision auf die Entwicklung der Spitallandschaft und die Sicherstellung der Versorgung“. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG. Online verfügbar (zuletzt besucht: 23.8.2018):
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/publikationen/evaluationsberichte/evalber-kuv/evalber-kvg-revision-spitfi/evalber-spitallandschaft-sicherstellung-versorgung.html>
- Gruber, J. und Lippitsch, S. (2018). Sekundärdaten-Analyse zur „Veränderung in der Spitallandschaft und zum Zugang zur stationären Versorgung“. Teilbericht im Rahmen der Evaluation der KVG-Revision Spitalfinanzierung: „Auswirkungen der Revision auf die Entwicklung der Spitallandschaft und die Sicherstellung der Versorgung“. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG).
- Hedinger, D., Tuch, A. und Widmer, M. (2018). Qualität der stationären Leistungen unter der neuen Spitalfinanzierung. Monitoring der Qualitätsindikatoren 2009–2016. (Obsan Bulletin 4/2018). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Erstellt im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG). Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 23.11.2018):
<https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/qualitaet-der-stationaeren-leistungen-unter-der-neuen-spitalfinanzierung-0>
- Hedinger, D., Tuch, A. und Widmer, M. (2017). Qualität der stationären Leistungen unter der neuen Spitalfinanzierung. Monitoring der Qualitätsindikatoren 2009–2015. (Obsan Bulletin 2/2017). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Erstellt im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG). Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 26.4.2018):
<https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/qualitaet-der-stationaeren-leistungen-unter-der-neuen-spitalfinanzierung>
- H+ (2018). ITAR_K. Integriertes Tarifmodell auf Basis der Kostenträgerrechnung. Erläuterungen zur Anwendung von ITAR_K. Version 8.0. Online verfügbar unter (zu-

- letzt konsultiert: 24.4.2018):
http://www.hplus.ch/de/dienstleistungen/betriebswirtschaft/itar_k/
- H+ (2016). Zusammenfassung der BVGer Urteile. Effekte auf die Kostenermittlung und Tarif-Bildung im stationären OKP-Bereich. V 1.3, 1. September 2016. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 18.4.2018):
http://www.hplus.ch/de/politik/entscheide_der_bundesgerichte/
- H+ (2015). Kostenermittlung und Tarif-Bildung. Im stationären OKP-Bereich. Version 2.1. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 5.6.2018):
http://www.hplus.ch/de/politik/h_positionen/
- Haslebacher, Kris (2015). Spitalklassifizierung: Neuer Algorithmus für den Betriebsvergleich. Sozial Sicherheit CHSS 2 / 2015, S. 107-110. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 17.4.2018):
<https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/publikationen-und-service/publikationen/soziale-sicherheit/chss-2-2015.html>
- Hochuli, P., Widmer, P., und Telser, H. (2017). Faire Abgeltung von Hochkostenfällen in DRG-Systemen – Internationale Erfahrungen und Lösungskonzepte. Polynomics. Studie im Auftrag des Züricher Universitätsspitals. Online verfügbar (zuletzt konsultiert: 8.5.2018): <http://www.usz.ch/news/Seiten/spitalfinanzierung-effektiveremassnahmen-gegen-hochkostenfaelle-notwendig.aspx>
- Hölzer, S. & Schmidt, C. (2010). SwissDRG-Fallpauschalen. Ein wettbewerbliches System für eine Patientenversorgung ohne Rationierungszwang. Schweizerische Ärztezeitung, 91(45), 1775-1778. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 14.12.2017):
<https://saez.ch/de/resource/jf/journal/file/view/article/saez.2010.15588/2010-45-918.pdf/>
- HSK (2017). Einkaufsgemeinschaft HSK Benchmark SwissDRG Tarifjahr 2018. Fact Sheet, August 2017. Online verfügbar über (zuletzt konsultiert: 17.5.2018):
<https://www.ecc-hsk.info/de/kliniken/swiss-drg>
- Ingenpass, P. und Meyer, B. (2016). SwissDRG 6.0: aktualisierte Strategie in Zukunft notwendig. Schweizerische Ärztezeitung 97(26–27): 961–962. Online verfügbar über (zuletzt konsultiert: 20.4.2018): <https://saez.ch/de/article/doi/saez.2016.04837>
- INFRAS (2018). Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Ergebnisse der Onlinebefragung der Spitäler und Kliniken zu den Auswirkungen der Revision. Tabellenband. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG. Verfasst von: Trageser, Judith/Spycher, Sarah/Gschwend, Eva. Zürich.
- INFRAS/InvoNavigation (2018). Evaluation der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung: Qualität der stationären Versorgung. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG. Verfasst von: Trageser, Judith/Spycher, Sarah/Gschwend, Eva/ von Stokar, Thomas/Zahnd, Daniel. Zürich & Bern.

- INFRAS (2016). Finanzierung der Investitionen und gemeinwirtschaftlichen Leistungen von Spitälern. Machbarkeitsstudie im Rahmen der Evaluation der KVG-Revision Spitalfinanzierung. Schlussbericht (anonymisiert). Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Online verfügbar über (zuletzt konsultiert: 3.5.2018): <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/evaluationsberichte/evalber-kuv/evalber-kvg-revision-spitfi/evalber-kosten-finanz-versorgungssystem.html>
- Jörg, R. und Ruffin, R. (2016). Auswirkungen der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Spitallandschaft und die Sicherstellung der stationären Versorgung: Konzept- und Machbarkeitsstudie inklusive einer Bestandesaufnahme – Schlussbericht. socialdesign ag im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), Mai 2016, Bern. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 8.2.2017): <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/evaluationsberichte/evalber-kuv/evalber-kvg-revision-spitfi/evalber-spitallandschaft-sicherstellung-versorgung.html>
- Kaiser, B. (2016). The Role of Population Aging in Rising Health Care Expenditures. Discussion Paper (unveröffentlicht).
- Lobsiger, M. und Frey, M. (2019). Globalbudgets in den Kantonen im stationären Spitalbereich: Anwendung und Wirkungen unter der neuen Spitalfinanzierung. Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG).
- Meyer, B. (2017). Gesamtstrategie mit klaren Zielen notwendig. Schweizerische Ärztezeitung 98(30–31): 935–936. Online verfügbar über (zuletzt konsultiert: 20.4.2018): <https://saez.ch/article/doi/saez.2017.05701>
- Napierala, C. and Boes, S. (2017). Is the timing of radiological intervention and treatment day associated with economic outcomes in DRG-financed health care systems: a case study. BMC Health Services Research 17:168. Online verfügbar (zuletzt konsultiert: 26.4.2018): <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2055-0>
- Oggier, W. (2018). Rehabilitation in der Schweiz: Ist-Zustand und Ausblick, in: Oggier, W., Pellanda, G. und Rossi, G. R. (Hrsg.). Rolle der Rehabilitation in Europa: Welche Zukunft für die Schweiz?, Schriftenreihe der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik Nr. 133, Bern.
- Oggier, W. (2017). Die Umsetzung kantonaler Spitalplanungen unter besonderer Berücksichtigung der Rehabilitation, in: Oggier, W., Pellanda, G. und Rossi, G. R. (Hrsg.). 20 Jahre KVG : Rück- und Ausblick für die Rehabilitation, Schriftenreihe der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik Nr. 132, Bern.
- Pellegrini, S. und Roth, S. (2018). Évolution des coûts et du financement dans le système de soins depuis la révision du financement hospitalier. Rapport final. Étude sur mandat de l'OFSP (Obsan Rapport 73). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé. Online verfügbar (zuletzt konsultiert: 21.11.2018):

- <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/evolution-des-couts-et-du-financement-dans-le-systeme-de-soins-depuis-la-revision-du>
- Pellegrini, S. und Roth, S. (2017). Entwicklung der Kosten und der Finanzierung des Versorgungssystems seit der Revision der Spitalfinanzierung. Aktualisierung 2014–2015 (Obsan Bulletin 3/2017). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Erstellt im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG). Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 26.4.2018):
<https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/entwicklung-der-kosten-und-der-finanzierung-des-versorgungssystems-seit-der-revision-0>
- Pellegrini, S. und Roth, S. (2016). Entwicklung der Kosten und der Finanzierung des Versorgungssystems seit der Revision der Spitalfinanzierung. Aktualisierung 2013 (Obsan Bulletin 1/2016). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Erstellt im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG). Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 26.6.2018):
<https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/entwicklung-der-kosten-und-der-finanzierung-des-versorgungssystems-seit-der-revision>
- Pellegrini & Roth (2015). Evolution des coûts et du financement du système de soins depuis l'introduction du nouveau financement hospitalier. Etude de base 2010-2012. Obsan Rapport 61. Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 12.10.2018):
<https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/evolution-des-couts-et-du-financement-du-systeme-de-soins-depuis-lintroduction-du>
- Poledna, T. und Vokinger, K. N. (2014). Spitalsubventionen und neue Spitalfinanzierung. Ein Rechtsvergleich kantonalen Wirkens im Spannungsverhältnis von Wettbewerbsneutralität und kantonaler Autonomie. Jusletter 18. August 2014.
- Preisüberwachung PUE (2016). Spitaltarife – Praxis des Preisüberwachers bei der Prüfung von akut-stationären Spitaltarifen. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 16.2.2017):
<https://www.preisueberwacher.admin.ch/pue/de/home/themen/gesundheitswesen/spitaeler.html>
- PwC (2017). Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2016. Die Versorgungslandschaft Schweiz im Umbruch. PricewaterhouseCoopers AG, Schweiz. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 6.3.2018). <https://www.pwc.ch/spitalstudie>
- PwC (2013). Spitalimmobilien: neue Perspektiven, neue Chancen. PricewaterhouseCoopers AG, Schweiz. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 4.5.2018):
https://www.pwc.ch/publications/2016/pwc_spitalimmobilien_perspektiven_chancen_d.pdf
- PwC (2010). Spitalimmobilien. Hoher Investitionsbedarf, unsichere Finanzierung. PricewaterhouseCoopers AG, Schweiz.

- Rütsche, B. (2015). Rechtsgutachten zuhanden Privatkliniken Schweiz (PKS): Umsetzung des KVG in Bezug auf die Privatspitäler. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 3.10.2017):
http://www.privatehospitals.ch/fileadmin/user_upload/news/151021_Rechtsgutachten_Privatspitaeler_def.pdf
- Rütsche, B. (2011). Rechtsgutachten zuhanden des Kantons Bern: Steuerung der Leistungsmengen im Spitalbereich. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 3.10.2017):
https://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/Versorgungsplanunggemeasspvg/projekt_versorgungsplanung2011-2014.assetref/dam/documents/GEF/SPA/de/Versorgungsplanung/VP_2011-2014/10_GEF_VP11_14_Gutachten_Ruetsche_Endfassung_d.pdf
- SpitalBenchmark (2018). Benchmarkingverfahren der Schweizer Spitäler. Kosten des Geschäftsjahres 2017 für die Tarife 2019. Online verfügbar (zuletzt konsultiert: 31.8.2018): <https://www.spitalbenchmark.ch/publikationen/>
- SwissDRG (2017a). Dokumentation zur SwissDRG Erhebung 2018 (Daten 2017). Online verfügbar (zuletzt konsultiert: 20.4.2018):
<https://www.swissdrg.org/de/akutsomatik/datenerhebung/erhebung-2018>
- SwissDRG (2017b). Editorial zur Studie „Theoretische und empirische Analyse zu den Mehrkosten der Kinderspitäler unter SwissDRG“ (Studie im Auftrag der SwissDRG AG in Zusammenarbeit mit AllKidS). Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 8.5.2018): <https://www.swissdrg.org/de/ueber-uns/verwaltungsrat/kommunikation>
- SwissDRG (2017c). Zusammenfassung der Studie „Theoretische und empirische Analyse zu den Mehrkosten der Kinderspitäler unter SwissDRG“ durch die SwissDRG AG. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 8.5.2018):
<https://www.swissdrg.org/de/ueber-uns/verwaltungsrat/kommunikation>
- SwissDRG (2017d). Bericht zur Weiterentwicklung der SwissDRG Tarifstruktur 7.0 / 2018. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 8.5.2018):
<https://www.swissdrg.org/de/akutsomatik/swissdrg-system-70/ergaenzende-dokumente>
- SwissDRG (2016). Feststellung des Verwaltungsrats der SwissDRG AG. Abbildung von Kostenunterschieden durch die SwissDRG-Tarifstruktur und Schlussfolgerungen für differenzierte Basisfallpreise. Version 2.0 / 26. Mai 2016. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 8.2.2017): <https://www.swissdrg.org/de/ueber-uns/verwaltungsrat/kommunikation>
- SwissDRG (2015). Reglement zur Durchführung der Kodierrevision unter SwissDRG ab der Revision der Daten 2015. Online verfügbar über (zuletzt konsultiert:

- 27.11.2018): <https://www.swissdrg.org/de/akutsomatik/swissdrg-system-60/kodierrevision>
- SwissDRG (2012). Entwicklungsstrategie 2013+. Version 1.0 / 21.11.2012. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 8.8.2018): <https://www.swissdrg.org/de/ueberuns/verwaltungsrat/kommunikation>
- tarifsuisse ag (2017a). tarifsuisse-Benchmarking für die Tarife 2018. Erläuterungen des Benchmarkings und die daraus folgenden Preisverhandlungen für die Tarife 2018. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 17.5.2018): <https://www.tarifsuisse.ch/de/leistungseinkauf/leistungseinkauf/#content-tab-4>
- tarifsuisse ag (2017b). Stellungnahme zu SwissDRG Version 7.0. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 17.5.2018): <https://www.tarifsuisse.ch/de/tarifstrukturen/stationaere-tarifstrukturen/swissdrg/>
- Waldner, M. (2017). Anlagenutzungskosten und neue Spitalfinanzierung. Die geltende VKL gefährdet eine KVG-konforme Anlagebewertung. Aktuelle Juristische Praxis (AJP)/Pratique Juridique Actuelle (PJA) 10/2017, S. 1244-1251. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 17.4.2018): https://www.vischer.com/fileadmin/redaktion/Dokumente/publikationen/fachpublikationen/startseite/MWA_Anlagenutzungskosten.pdf
- Waldner, M. (2015). Neue Spitalfinanzierung am Scheideweg. Jusletter 23. November 2015. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 17.4.2018): https://www.vischer.com/fileadmin/redaktion/Dokumente/publikationen/fachpublikationen/MWA_Jusletter_neue-spitalfinanzier_de_2015.pdf
- Widmer, P., Trottmann, M., Napierala, C., Hochuli, p., Telser, H., Reich, O. und Früh, M. (2017a). Erwünschte und unerwünschte Optimierungen betreffend Leistungsmengen und –verlagerungen im stationären Spitalbereich. 1. Teilstudie: Mengenausweitung unter SwissDRG. Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG). Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 3.10.2017): <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/publikationen/evaluationsberichte/evalber-kuv/evalber-kvg-revision-spitfi/evalber-spitfin-themenuebergreifend.html>
- Widmer, P., Hochuli, P., Telser, H., Reich, O. und Früh, M. (2017b). Erwünschte und unerwünschte Optimierungen betreffend Leistungsmengen und –verlagerungen im stationären Spitalbereich. 2. Teilstudie: Leistungsverlagerungen unter SwissDRG. Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG). Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 3.10.2017): www.bag.admin.ch/evalspitalfinanzierung
- Widmer, P., Hochuli, P. und Telser, H. (2017c). Theoretische und empirische Analyse zu den Mehrkosten der Kinderspitäler unter SwissDRG. Studie im Auftrag der SwissDRG AG in Zusammenarbeit mit AllKidS. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 8.5.2018): <https://www.swissdrg.org/de/ueberuns/verwaltungsrat/kommunikation>

- Widmer, P., Telser, H. und Uebelhart, T. (2016). Die Spitalversorgung im Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik: Aktualisierung 2015. Studie im Auftrag von comparis.ch. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 8.2.2017):
<https://www.comparis.ch/comparis/press/medienmitteilungen/artikel/2016/krankenkasse/spitalregulierungsstudie/kantonale-spitalregulierung-2015.aspx>
- Widmer, P., Spika, S., Telser, H. (2015a). Leistungsorientierte Vergütung mit dem Fallpauschalensystem SwissDRG. Gleicher Preis für gleiche Leistung? Wissenschaftliches Gutachten im Auftrag des Universitätsspitals Zürich. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 17.4.2018): <http://www.polynomics.ch/publikationen/>
- Widmer, P., Trottmann, M., Telser, H. (2015b). Das Fallpauschalenmodell: Leistungsbezogene Basispreise unter SwissDRG. Studie im Auftrag des Universitätsspitals Zürich. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 17.4.2018):
<https://www.polynomics.ch/publikationen/>
- Widmer, P. und Telser, H. (2013). Die Spitalversorgung im Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik. Studie im Auftrag von comparis.ch. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 8.2.2017):
<https://www.comparis.ch/comparis/press/medienmitteilungen/artikel/2013/krankenkasse/spitalregulierung/kantonale-spitalregulierung.aspx>