

**B , S , S .**

VOLKSWIRTSCHAFTLICHE BERATUNG

---

# **Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung**

## **Auswirkungen der Revision auf die Kosten und die Finanzierung des Versorgungssystems**

### **Executive Summary**

Im Auftrag des  
Bundesamtes für Gesundheit (BAG)

Michael Lobsiger  
Miriam Frey

Basel, 26. Februar 2019

## 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 Spitalern 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:

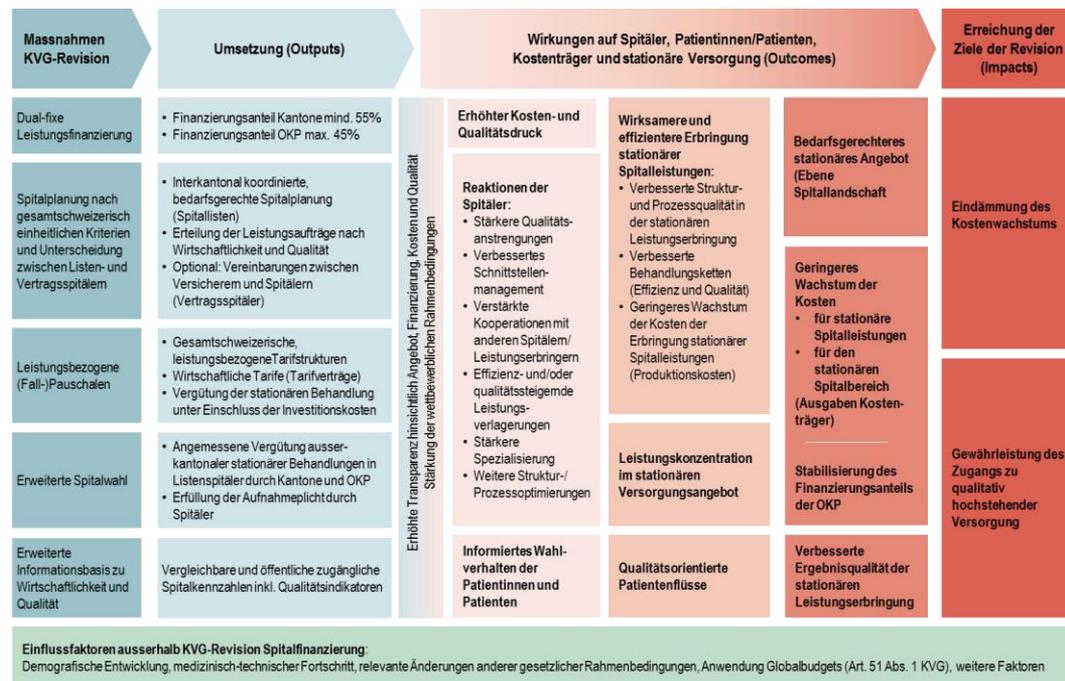
- 1) Welches sind die Auswirkungen der Massnahmen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung?
- 2) Welche Auswirkungen hat die Revision auf die jeweils betroffenen Hauptakteure des Gesundheitssystems, d.h. auf die Versicherten, die Kantone, die Versicherer und die Leistungserbringer?
- 3) Welchen 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 Informa-

tionsquellen 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 Tarifsystem 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 Be-

triebsvergleiche 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 höchstens 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 Anlagenutzungskoten (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 2013-2016 (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 & 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.

Korrespondenzadresse

B,S,S.: Michael Lobsiger, michael.lobsiger@bss-basel.ch, + 41 61 263 00 57