

### Standpunkt

In einer umfangreichen Evaluation untersucht das Bundesamt für Gesundheit bis 2019 die Auswirkungen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Mit der Revision soll insbesondere das Kostenwachstum im stationären Spitalbereich eingedämmt werden.

Das vorliegende Bulletin des Obsan analysiert die Entwicklung der Kosten und der Finanzierung des stationären Spitalbereichs bis zum zweiten Jahr nach Einführung der Revision der Spitalfinanzierung (2013). Die Studien des Obsan bilden einen wichtigen Baustein, um die Auswirkungen der Revision bewerten zu können.

Die Analyse zeigt, dass die vom Gesetzgeber gewollte Leistungsfinanzierung die vormalige Objektsubventionierung zunehmend ablöst. Das Bild bezüglich der gesamten Finanzierung der Spitäler (Das heisst inklusiv zum Beispiel gemeinschaftlicher und ambulanter Leistungen) ist jedoch nach wie vor undeutlich, was nicht zuletzt auf fehlende Daten oder unzureichende Datenqualität zurückzuführen ist. Feststellen lässt sich jedoch, dass die Ausgaben und Einnahmen der Spitäler für die fallbezogenen stationären Leistungen im Jahr 2013 weiter gestiegen sind. Entsprechend sind auch die Kosten für die OKP und für die Kantone angewachsen, allerdings deutlich geringer als 2012. Ob mit der Revision der Spitalfinanzierung das Kostenwachstum im Gesamtsystem und speziell im stationären Spitalbereich eingedämmt werden kann, lässt sich erst mittelfristig feststellen, wenn längere Datenreihen vorliegen und einmalige Auswirkungen von strukturellen Effekten getrennt werden können.

Bis zum Abschluss der Evaluation werden die Resultate des Obsan mit denjenigen anderer Studien – beispielsweise zu Themen wie Mengenentwicklung und Leistungs- und Kostenverschiebungen – verbunden, um ein möglichst vollständiges Bild der Auswirkungen der Revision zeichnen zu können.

Oliver Peters, Vizedirektor, Leiter Direktionsbereich  
Kranken- und Unfallversicherung, Bundesamt für  
Gesundheit

# Entwicklung der Kosten und der Finanzierung des Versorgungssystems seit der Revision der Spital- finanzierung

## Aktualisierung 2013

**Nach einem Jahr mit einem kräftigen Anstieg fanden die Spalkosten im Jahr 2013 zu ihrem gewohnten Wachstumsrhythmus zurück. Der Anstieg setzte sich jedoch auf einem höheren Ausgabenniveau fort.**

Das vorliegende Bulletin wurde im Rahmen des Evaluationsprogramms der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung erstellt und gibt einen Überblick über die Entwicklung der Kosten und der Finanzierung der Spitäler im Jahr 2013. Es präsentiert und aktualisiert die wichtigsten Indikatoren der vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) durchgeführten Grundlagenstudie (Pellegrini & Roth, 2015).

Es wurden zwei Aspekte untersucht: einerseits die Kosten und Erträge der Spitäler und andererseits die Spitalfinanzierung durch die wichtigsten Finanzierungsträger (namentlich die Kantone und Versicherer). Kasten 1 stellt die Hauptergebnisse im Überblick dar. Die Berechnungsmethode, die Definitionen sowie die Analyse der Datenqualität werden in der Grundlagenstudie näher vorgestellt.

### Kasten 1: Hauptergebnisse 2013

- Die Erträge der Spitäler sind moderater angestiegen als 2012.
- Die Ausgaben der OKP und der Kantone haben leicht zugenommen.
- Die Ausgaben waren höher als vor 2012 (Schwelleneffekt aufgrund der Umstellung auf das neue Spitalfinanzierungssystem).
- Die Anzahl stationärer Fälle ist etwas stärker angestiegen als 2012, dies insbesondere in den Privatspitälern, einem im Wachstum begriffenen Sektor.
- Die Anpassung an die neuen Regeln der Spitalfinanzierung wurde fortgesetzt.
- Die Datenqualität blieb insgesamt unverändert.

# Überblick

Mit den im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung getroffenen Massnahmen sollen die Kosten im stationären Spitalbereich besser kontrolliert werden. Wie sieht die Situation zwei Jahre nach der Einführung dieses neuen Finanzierungssystems aus?

## Vorgehen

Aufgrund der sehr begrenzten Datenlage wurde ein Ansatz gewählt, bei dem die Entwicklung nach verschiedenen Teilaspekten analysiert wird, um einen Gesamteindruck der gegenwärtigen Entwicklungen zu erhalten. Untersucht wurden die Produktionskosten der stationären Spitalleistungen, der Gesamtertrag der Spitäler und die Ausgaben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Für diese Analysen wurden die Krankenhausstatistik (KS) und der Datenpool der SASIS AG verwendet (siehe Kasten 5). Die Finanzierung durch die Kantone ist aufgrund fehlender Daten kaum dokumentiert (für eine komplette Diskussion der Datensituation siehe Grundlagenstudie).

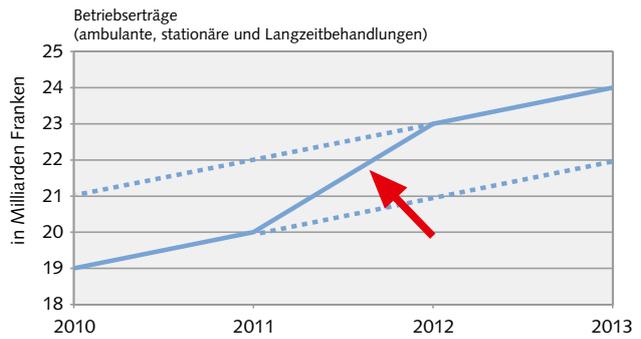
## Moderaterer Anstieg der Ausgaben im Jahr 2013

Im Jahr 2013 fiel der Anstieg der wichtigsten Indikatoren im stationären Spitalbereich moderater aus als 2012 (siehe Tabelle 1).

- Die Veränderung des Gesamtertrags gegenüber dem Vorjahr war 2013 halb so hoch wie 2012 (+3,2% gegenüber +7,0%).
- Die Ausgaben der OKP und der Kantone sind 2013 nur leicht angestiegen (+0,9% bzw. +0,6%<sup>1</sup>), nachdem sie 2012 sehr stark zugenommen hatten.
- Einzig die Produktionskosten der stationären Spitalleistungen erhöhten sich 2012 und 2013 etwa gleich stark (+4,6% bzw. +4,2%).

## Darstellung des Schwelleneffekts

Abb. 1



Quelle: BFS – Krankenhausstatistik – Standardtabelle 2010, 2011, 2012, 2013 © Obsan 2016

Die jüngst von anderen Akteuren veröffentlichten Zahlen bestätigen diese moderateren Anstiege für 2013. Gemäss der Statistik der Kosten und der Finanzierung des Gesundheitswesens beispielsweise belief sich der Anstieg der Spitalausgaben im Jahr 2013 auf 1,4% (BFS, 2015).

## Schwelleneffekt

Obschon 2013 eine Rückkehr zu einer «üblicheren» Wachstumsrate auszumachen war, ist auf das höhere Ausgaben-niveau aufgrund des Systemwechsels im Jahr 2012 hinzuweisen. Dieser Schwelleneffekt wird in Abbildung 1 anhand der Daten zu den Betriebserträgen dargestellt (BFS, Krankenhausstatistik). Die Abbildung zeigt, dass der Wachstumsrhythmus 2013 ähnlich ausgefallen ist wie jener im Zeitraum 2010–2011, die Ausgaben jedoch höher waren. Der Systemwechsel 2012 hatte eine Verschiebung der Ausgabenkurve gegen oben zur Folge, wodurch die Ausgaben ihren Anstieg auf einem höheren Niveau fortsetzten.

Tab. 1 Überblick über die Entwicklung von Kosten und Erträgen im stationären Spitalbereich, 2012–2013

Kosten im Gesundheitswesen (2013: 69,2 Milliarden Franken)			Finanzierungsträger
Spitäler (2013: 25,3 Milliarden Franken)			
Stationärer Spitalbereich (2013: 19,2 Milliarden Franken)			Private Haushalte Andere Sozialversicherungen OKP <sup>1</sup> +0,9% (+10%) Zusatzversicherungen Kantone <sup>2</sup> } +0,6% (+14%) Kantone } Andere (z.B. Private)
	Kosten	Erträge	
Spitalleistungen	+4,2% (+4,6%) <sup>3</sup>		
Gemeinwirtschaftliche Leistungen			
Total		+3,2% (+7,0%)	
Ambulanter Spitalbereich			
Andere Leistungserbringer (Ärztinnen und Ärzte in Praxen, Spitex, Alters- und Pflegeheime)			

Anmerkungen: 1 Datenpool (SASIS AG); 2 Statistik der öffentlichen Haushalte (EFV). Die blau markierten Zellen konnten aufgrund der aktuellen Datenlage nicht ermittelt werden (siehe Kasten 2). 3 Die in Klammer stehenden Prozentzahlen zeigen die Veränderung zwischen 2011 und 2012.

Quelle: BFS – Krankenhausstatistik 2012–2013 / Analyse Obsan

© Obsan 2016

<sup>1</sup> Die Ergebnisse stammen aus verschiedenen Datenbanken und können deshalb nicht addiert werden.

## Kosten und Erträge der Spitäler

### Anstieg der Anzahl stationärer Fälle und der Kosten pro Fall

Obleich die Revision der Spitalfinanzierung den gesamten stationären Spitalbereich betrifft, ist lediglich die Akutsomatik vom neuen leistungsbezogenen Fallpauschalensystem SwissDRG betroffen. Auf diesen Bereich entfallen 80% der Kosten der stationären Spitalleistungen, während sich die übrigen Kosten zu je 10% auf die Psychiatrie und die Rehabilitation verteilen. Der nachfolgende Abschnitt analysiert die Entwicklung der Anzahl stationärer Fälle und der Kosten pro Fall in der Akutsomatik (Abbildung 2).

Im Jahr 2013 stiegen die Kosten pro Fall weiter an (+2,2%), aber auch hier weniger stark als 2012 (+3,9%). Parallel dazu erhöhte sich die Zahl der stationären Fälle im Akutbereich 2013 um 1,5% und somit unwesentlich mehr als 2012 (+1,4%).

Im Verhältnis machen die gestiegenen Kosten pro Fall 60%<sup>2</sup> der gesamten Zunahme der stationären Kosten aus, während die übrigen 40% auf die höhere Anzahl Fälle zurückzuführen sind.

### Deutlicherer Anstieg der Anzahl stationärer Fälle in Privatspitälern

In der Akutsomatik wurden 2013 insgesamt 17'000 zusätzliche Fälle verzeichnet (Tabelle 2). Den grössten Teil dieser Zunahme verbuchten die Privatspitäler, deren Fallzahlen um 4,9% anstiegen, während die öffentlichen Spitäler ein Wachstum um 0,8% registrierten. In absoluten Zahlen bedeutet dies einen Anstieg um 9750 Fälle in privaten und um 7600 Fälle in öffentlichen Spitälern.

Die Privatspitäler behandelten zwar nur 18% aller Fälle, machten aber mehr als die Hälfte (56%) des Anstiegs aus, was auf eine Expansionsphase des gewinnorientierten Sektors schliessen lässt.

**Tab. 2 Entwicklung der akutstationären Spitalaufenthalte, 2012–2013**

	Veränderung 2012–2013		Marktanteil 2013
	N	%	%
Öffentliche Spitäler	7 619	0,8	82,1
Privatspitäler	9 753	4,9	17,9
Total	17 372	1,5	100,0

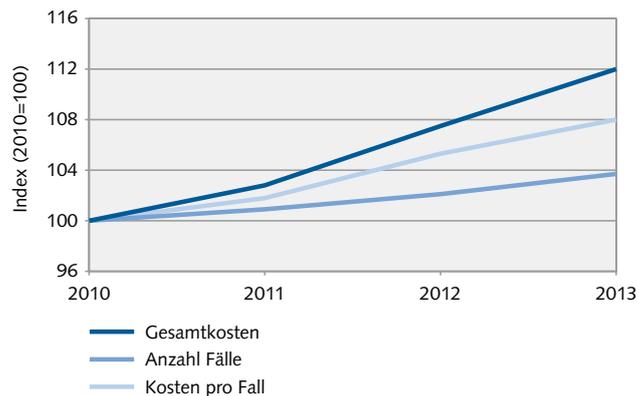
Quelle: BFS – Krankenhausstatistik / Analyse Obsan

© Obsan 2016

<sup>2</sup> Dieser Anteil ergibt sich aus dem Verhältnis zwischen der Veränderung der Kosten pro Fall (2,2%) und der Veränderung der Gesamtkosten für Leistungen in der Akutsomatik (3,7%), d.h.  $2,2/3,7 = 0,59$ .

## Entwicklung der Produktionskosten der stationären Leistungen in der Akutsomatik, 2010–2013

Abb. 2



Quelle: BFS – Krankenhausstatistik / Analyse Obsan

© Obsan 2016

### Leichter Anstieg der Spitalerträge im Jahr 2013

Im Jahr 2013 nahm der Gesamtertrag im stationären Bereich weniger stark zu (Tabelle 3) und stieg von einem Indexwert von 114,2 auf 117,9 (Basis 2010=100), was einer Steigerung um 3,2% entspricht. In den Vorjahren belief sich die Zunahme jeweils auf rund 7%.

Nach zwei Jahren mit starken Anstiegen blieb der Ertrag pro stationärem Fall 2013 nahezu unverändert: Sein Indexwert stieg von 110,9 auf 111,8 an (+0,9%). Über den gesamten Zeitraum 2010–2013 betrachtet erhöhten sich der Gesamtertrag um 18% und der Ertrag pro stationärem Fall um 12%.

**Tab. 3 Gesamtertrag und Ertrag pro Fall im stationären Spitalbereich, 2010–2013, Index (2010=100)**

	2010	2011	2012	2013
Gesamtertrag	100	106,6	114,2	117,9
Ertrag pro Fall	100	104,5	110,9	111,8

Anmerkung: Die Analyse basiert auf Daten von 241 Spitälern, deren Ertragsseite der Kostenträgerrechnung in jedem untersuchten Jahr vorliegt.

Quelle: BFS – Krankenhausstatistik / Analyse Obsan

© Obsan 2016

## Kasten 2: Krankenhausstatistik 2013

### Unveränderte Situation bezüglich Datenqualität

Die Bereiche der Kostenträgerrechnung, die 2012 nicht auswertbar waren, blieben es auch 2013. Dies trifft insbesondere auf die Kosten und Erträge der Aufträge (gemeinwirtschaftliche Leistungen, Lehre und Forschung<sup>3</sup> sowie auf die Verteilung der Ausgaben nach Finanzierungsträger zu. Diese Situation schränkt die Analysemöglichkeiten erheblich ein.

Allgemeine Anzeichen für Fortschritte sind jedoch zu erkennen (Zahl der fehlenden Werte sinkt, Datenerfassung erfüllt häufiger die Anforderungen).

### Einige Neuerungen 2013

Infolge der alle drei Jahre durchgeführten Neubeurteilung der Krankenhaustypologie wurden zwölf Spitäler, die der Kategorie «Grundversorgung» angehörten, neu der Kategorie «Zentrumsversorgung» zugeordnet. Dies führt bei der Nachverfolgung der Kosten oder Ausgaben nach Spitaltyp zu einem Bruch in der Zeitreihe.

Die Variable «privat – öffentlich/subventioniert» verschwindet, da die für ihre Ermittlung benötigten Elemente nicht mehr verfügbar sind, namentlich die Angabe, ob Subventionen oder finanzielle Garantien durch den Staat vorliegen. Diese sind in der neuen gesetzlichen Regelung nicht mehr vorgesehen. Aus diesem Grund kann für die Statistik nicht mehr zwischen der Entwicklung der öffentlichen Spitäler und jener der gewinnorientierten Privatspitäler unterschieden werden.

Schliesslich hat das Projekt MARS (BFS) im Jahr 2013 mit der Erweiterung der Krankenhausstatistik um den ambulanten Spitalbereich einen ersten Meilenstein erreicht.

## Kasten 3: Gesetzliche Rahmenbedingungen im Zusammenhang mit der neuen Spitalfinanzierung

Die wichtigsten Änderungen im Jahr 2013 waren:

- Die 2012 geltende Übergangsbestimmung betreffend Anlagenutzungskostenzuschlag galt bis am 31. Dezember 2012. Ab 1. Januar 2013 war die Vergütung in erster Linie durch die Tarifpartner zu verhandeln;
- Ab 1. Januar 2013 galt für die Vergütung der stationären Leistungen der akutsomatischen Spitäler die Version 2.0 der Tarifstruktur SwissDRG;
- Einführung von Artikel 59a KVV (Rechnungsstellung bei einem Vergütungsmodell vom Typus DRG) per 1. Januar 2013;
- Regelung der Struktur der Datensätze nach Artikel 59a Absatz 1 KVV in der am 1. Januar 2013 in Kraft getretenen Verordnung des EDI vom 20. November 2012 über die Datensätze für die Datenweitergabe zwischen Leistungserbringern und Versicherern: In der Verordnung wurde geregelt, welche medizinischen und administrativen Daten die Leistungserbringer an die Versicherer weitergeben müssen.

## Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung

Mit der Revision der Spitalfinanzierung wurden das Vergütungsmodell und die Regeln der Spitalfinanzierung grundlegend geändert. Die folgenden Abschnitte geben einen Überblick über die Umsetzung der neuen Grundsätze, namentlich betreffend Defizitdeckung und Subventionen.

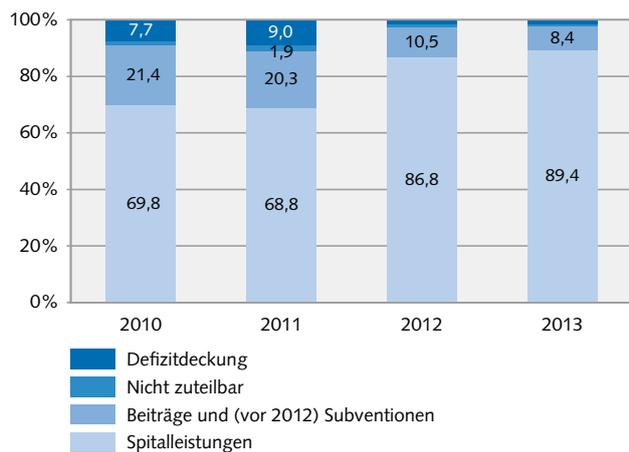
### Erträge aus Spitalleistungen machen neu 90% der Finanzierung im stationären Bereich aus

Zwischen 2010 und 2013 hat sich die buchhalterische Struktur der Spitalfinanzierung so entwickelt, wie aufgrund der neuen Regeln zu erwarten war. Die Erträge aus Spitalleistungen machten 2013 knapp 90% der Finanzierung im stationären Bereich aus (Abbildung 3). Dieser Anteil ist seit 2010 im Steigen begriffen. Parallel dazu sanken die Beiträge und Subventionen im Beobachtungszeitraum von 21% auf 8%. Die Defizitdeckung folgte derselben Entwicklung und ging von 8% auf 1% zurück.

Auf die Entwicklung dieser drei Aggregate (Defizitdeckung, Beiträge und Subventionen, Spitalleistungen) wird in den nachfolgenden Abschnitten näher eingegangen.

### Verteilung des Gesamtertrags im stationären Bereich, 2010–2013

Abb. 3



Anmerkung: Die Analyse basiert auf Daten von 241 Spitalern, deren Ertragsseite der Kostenträgerrechnung in jedem untersuchten Jahr vorliegt.

Quelle: BFS – Krankenhausstatistik / Analyse Obsan

© Obsan 2016

<sup>3</sup> Das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts (BVGer) betreffend die Kosten von Forschung und universitärer Lehre wurde 2014 gefällt und wird sich in den kommenden Jahren auf die Erhebung auswirken.

## Defizitdeckung stark rückläufig

Die Defizitdeckung ist noch nicht – wie im Sinne des Gesetzes – gänzlich verschwunden, aber sie geht deutlich zurück. Sie verringerte sich von 1300 Millionen Franken im Jahr 2010 auf 230 Millionen Franken im Jahr 2013 (Tabelle 4). Immer weniger Spitäler profitieren von einer kantonalen Defizitdeckung: Im Jahr 2010 waren es 50, im Jahr 2013 nur noch acht.

**Tab. 4 Kantonale Defizitdeckung (in Millionen Franken) und Anzahl Spitäler, die von einer Defizitdeckung profitieren, 2010–2013**

	2010	2011	2012	2013
Defizitdeckung	1 300	1 600	250	230
Anzahl Spitäler	50	47	9	8

Quelle: BFS – Krankenhausstatistik / Analyse Obsan

© Obsan 2016

## Beiträge und Subventionen: Entwicklung gemäss neuer Spitalfinanzierung

Der Gesamtbetrag der kantonalen Beiträge und Subventionen ist zwischen 2010 und 2013 von 2900 Millionen Franken auf 1400 Millionen Franken gesunken (Tabelle 5). Die Zahl der Spitäler, die Beiträge und Subventionen erhalten, ist hingegen von 106 auf 112 angestiegen.

Diese Entwicklungen resultieren aus der neuen Spitalfinanzierung, die insbesondere auf die Abschaffung der Subventionen und die Vergütung aller Spitäler, die gemeinwirtschaftliche Leistungen anbieten (Lehre, Forschung, Notfalldienste usw.), abzielt. In der Kostenträgerrechnung der KS sind diese Vergütungen unter «Beiträge» erfasst. Folglich sinken die entsprechenden Beträge, denn sie umfassen keine Subventionen mehr, während die Zahl der Spitäler, die Beiträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen erhalten, ansteigt.

**Tab. 5 Kantonale Beiträge und Subventionen (in Millionen Franken) und Anzahl Spitäler, die Beiträge und Subventionen erhalten, 2010–2013**

	2010	2011	2012	2013
Beiträge und (vor 2012) Subventionen	2 900	3 100	1 800	1 400
Anzahl Spitäler	106	103	103	112

Quelle: BFS – Krankenhausstatistik / Analyse Obsan

© Obsan 2016

## Verteilung der Finanzierung auf die Direktzahlenden

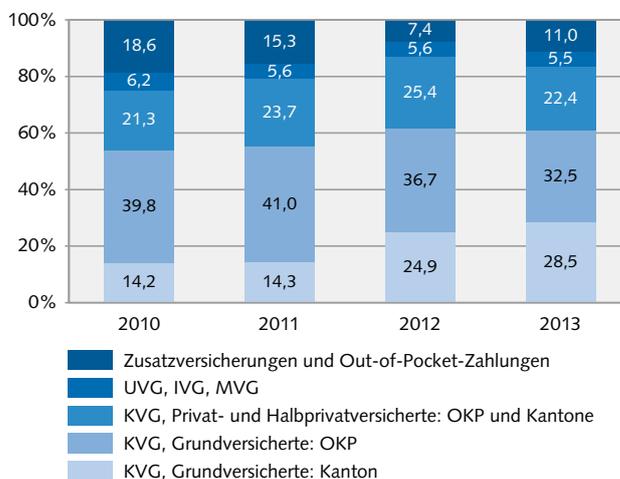
### 80% der stationären Spitalleistungen sind KVG-pflichtig

Die Verteilung der Finanzierung nach Versicherungsregime zeigt, dass 2013 insgesamt 83% der stationären Spitalleistungen KVG-pflichtig waren, gegenüber 75% im Jahr 2010 (Summe der Beiträge der OKP und der Kantone für Grundversicherte sowie für Privat- und Halbprivatversicherte; Abbildung 4).

Während sich der Anwendungsbereich des KVG ausdehnte, ist der Anteil der Zusatzversicherungen und der Out-of-Pocket-Zahlungen<sup>4</sup> zwischen 2010 und 2013 zurückgegangen. Diese Entwicklungen verdeutlichen die Kostenverschiebung von den Zusatzversicherungen in Richtung OKP und Kantone (Hospitalisierungen ausserhalb des Wohnkantons oder in Privatspitälern).

### Verteilung der Finanzierung der stationären Spitalleistungen, 2010–2013

Abb. 4



Anmerkung: Die Kostenträgerrechnung der KS gibt keine Auskunft über die Beträge der Zusatzversicherungen und der Out-of-Pocket-Zahlungen. Die Beträge werden durch Differenzberechnung ermittelt.

Quelle: BFS – Krankenhausstatistik / Analyse Obsan

© Obsan 2016

### Kasten 4: Definitionen

**Gesamtertrag:** Der Gesamtertrag entspricht der Summe aus den in der Kostenträgerrechnung ausgewiesenen Erträgen (Erträge aus stationären Spitalleistungen sowie Beiträge und Subventionen) und den in der Finanzbuchhaltung ausgewiesenen Beträgen der Defizitdeckung.

**OKP-Ausgaben:** Die OKP-Ausgaben umfassen die Leistungskosten, die den Leistungserbringern oder den Versicherten vergütet werden, sowie die Kostenbeteiligung der Versicherten. Sie werden nach Behandlungsjahr berechnet.

**Beiträge und Subventionen:** Es handelt sich um die Kostenträgerrechnung, in der die Beiträge und Subventionen erfasst werden. Ab 2012 sollten darin keine Subventionen, sondern nur noch die Vergütungen für gemeinwirtschaftliche Leistungen (Lehre, Forschung, Notfalldienste usw.) enthalten sein.

<sup>4</sup> Dabei handelt es sich um direkt von den Patientinnen und Patienten bezahlte Beträge (Franchise, Selbstbehalt und andere nicht zurück-erstattete Leistungen).

## OKP-Ausgaben

### Leichter Anstieg der OKP-Ausgaben für stationäre Spitalleistungen im Jahr 2013

Ein weiteres Ziel der Revision bestand darin, die Verteilung der Finanzierung zu überprüfen und den Anteil der von der OKP getragenen Kosten zu reduzieren. Die Umsetzung dieses Ziels wird im Folgenden behandelt.

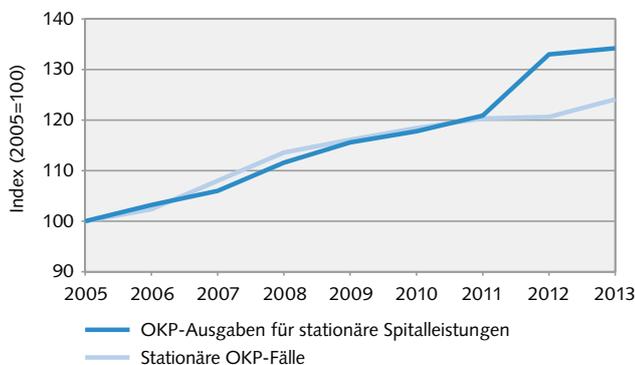
Im Jahr 2013 war der Anstieg der OKP-Ausgaben für stationäre Spitalleistungen der geringste des gesamten Beobachtungszeitraums (+0,9%; Abbildung 5). Die sehr starke, bei Einführung des neuen Finanzierungssystems beobachtete Zunahme im Jahr 2012 (+10%) fand keine Fortsetzung. Der Systemwechsel führte jedoch zu einem Schwelleneffekt: Die Ausgaben stiegen 2012 sprunghaft an, bevor sich ihre Zunahme auf diesem höheren Niveau, aber langsamer fortsetzte.

Der moderate Anstieg 2013 der OKP-Ausgaben ist einerseits auf das in diesem Jahr allgemein mässige Wachstum zurückzuführen, andererseits aber auch mit der Kostenverschiebung in Richtung Kantone in Bezug zu setzen. Die Kantone tragen einen immer grösseren Anteil der stationären Spitalleistungen. Bis 2017 wird dieser auf 55% ansteigen.<sup>5</sup>

Erst die Entwicklung der nächsten Jahre wird zeigen, ob der Anstieg der OKP-Ausgaben mit dem neuen System dauerhaft gedämpft werden kann oder ob die Ausgaben im Gegenteil auf ihre übliche Wachstumsrate zurückfinden, d.h. wie zwischen 2005 und 2011 auf +3,5% im Jahresdurchschnitt.<sup>6</sup>

### OKP-Ausgaben für stationäre Spitalleistungen, 2005–2013

Abb. 5



Quelle: SASIS AG – Datenpool (Jahresdaten nach Behandlungsjahr); © Obsan 2016  
BFS – Medizinische Statistik / Analyse Obsan

<sup>5</sup> Auswirkungen der Übergangsmassnahmen (Simulation): Hätten die Kantone diese 55% der Ausgaben für stationäre Spitalleistungen bereits ab 2012 übernommen, statt ihre Beiträge allmählich zu erhöhen, wäre der Anstieg der OKP-Ausgaben noch moderater ausgefallen: Zwischen 2011 und 2013 hätte er sich auf 5,3% statt auf 11% belaufen (Schätzung gemäss BAG-Methode: Schätzung pro versicherte Person, die Kategorien «unbekannt» und «Ausland» werden nicht berücksichtigt; Hypothese: Die Kantone tragen 55% der Ausgaben für stationäre Spitalleistungen ab 2012).

<sup>6</sup> Santéuisse schätzt, dass die OKP-Ausgaben für stationäre Spitalleistungen im Jahr 2015 um 0,5% ansteigen werden (Medienmitteilung vom 17. Juli 2015).

## Die Akutsomatik im Vergleich mit der Psychiatrie und der Rehabilitation

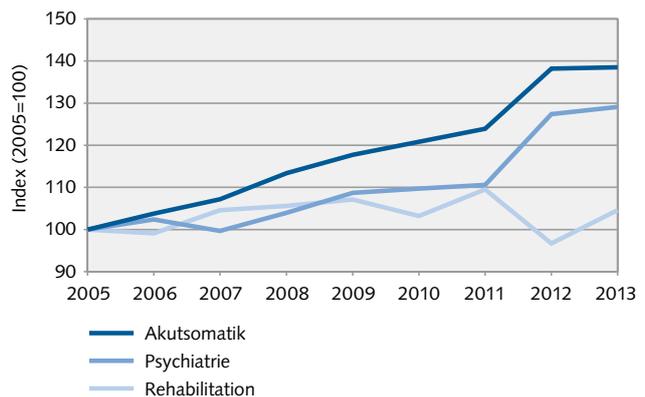
Da die Einführung des leistungsbezogenen Fallpauschalensystems SwissDRG nur die Akutsomatik betrifft, ist es interessant zu beobachten, ob sich die OKP-Ausgaben in diesem Bereich ähnlich entwickeln wie jene der Bereiche Psychiatrie und Rehabilitation. Falls die Hypothese stimmt, wonach eine Pauschalabgeltung den Ausgabenanstieg bremst, müssten die Ausgaben in der Akutsomatik langsamer zunehmen als in den anderen Bereichen.

Entgegen dieser Annahme verzeichneten die Psychiatrie und die Akutsomatik aber eine ähnliche Entwicklung. Der 2012 in der Akutsomatik beobachtete Anstieg der OKP-Ausgaben wurde auch in der Psychiatrie registriert (Abbildung 6). Auf diesen Schwelleneffekt folgte in beiden Bereichen eine leichte Zunahme der Ausgaben (+0,2% bzw. +1,3%).

In der Rehabilitation stiegen die OKP-Ausgaben 2013 stärker an (+8,2%) als in den anderen Bereichen. Auch die Anzahl OKP-Fälle erhöhte sich 2013 in der Rehabilitation deutlich (+7,5%). Gemäss Widmer und Kohler (2015) nahm die Zahl der Fälle, die von der Akutsomatik in die Rehabilitation verlegt wurden, 2013 aber nicht signifikant zu.

### OKP-Ausgaben für stationäre Leistungen nach Bereich, 2005–2013

Abb. 6

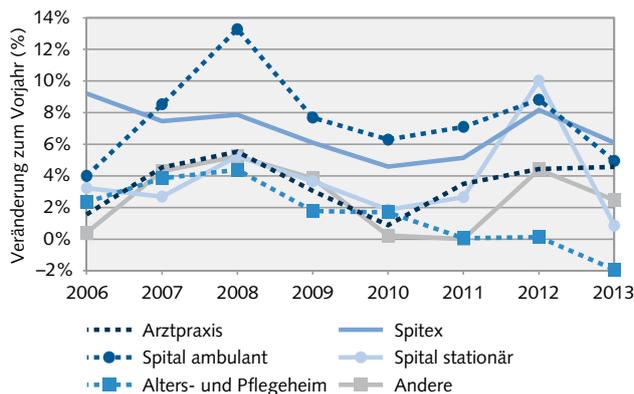


Quelle: SASIS AG – Datenpool (Jahresdaten nach Behandlungsjahr) / Analyse Obsan © Obsan 2016

## Ähnliche Wachstumsdynamik wie in den anderen Leistungsbereichen

Alle Leistungsbereiche verzeichnen eine relativ ähnliche Wachstumsdynamik der OKP-Ausgaben (Abbildung 7). Im Jahr 2013 wiesen die OKP-Ausgaben für stationäre Spitalleistungen hinter jenen für Alters- und Pflegeheime (-1,9%) die zweitgeringste Veränderung gegenüber dem Vorjahr auf, nachdem sie 2012 noch die grösste Veränderung registriert hatten (+10,0%).

**Jährliche Veränderung der OKP-Ausgaben (in %) nach Leistungsbereich, 2005–2013** **Abb. 7**



Quelle: SASIS AG – Datenpool (Jahresdaten nach Behandlungsjahr) / Analyse Obsan

© Obsan 2016

## Diskussion

Nach einem starken Anstieg im Jahr 2012 nahmen die Finanzkennzahlen im Jahr 2013 nur leicht zu, was auf eine Stabilisierung des Finanzierungssystems hinweist. Gleichwohl ist es noch zu früh für eine Beurteilung, denn nur aufgrund der Entwicklungen der nächsten Jahre können die Auswirkungen des Gesetzes abgeschätzt werden.

Obschon die Spitäler ihre Kosten aufgrund der neuen Regeln besser kontrollieren müssen, sind in den Statistiken der ersten zwei Jahre nach der Einführung des neuen Systems (noch) keine entsprechenden Auswirkungen auszumachen. Es fällt vielmehr auf, dass die Einführung der neuen Regeln im Jahr 2012 von einem Schwelleneffekt begleitet wird. Es wird mehrere Jahre dauern, bis sich dieser sprunghafte Anstieg der Ausgabenhöhe wieder ausgeglichen hat, falls die ursprüngliche Wachstumskurve überhaupt je wieder erreicht wird.

Die Entwicklung der OKP-Ausgaben fiel widersprüchlich aus. Einerseits erhöhte die Ausweitung der freien Spitalwahl die KVG-relevanten Kosten und damit die OKP-Ausgaben. Andererseits entlastete die Verschiebung des Verteilschlüssels der Ausgaben hin zum gesetzlich vorgesehenen Verhältnis 45:55 die OKP allmählich. Der 2012 verzeichnete Schwelleneffekt führte dazu, dass die Ausgaben im stationären Spitalbereich höher ausfielen als noch vor 2012. Dasselbe gilt für die Kantone, die höhere Ausgaben für die Spitäler registrierten. Einzig die Spitalzusatzversicherungen verbuchten einen Rückgang ihrer Beiträge.

Obwohl die Spitäler ihre Erträge in den letzten Jahren insgesamt steigern konnten, fällt die Situation je nach Spital vermutlich sehr unterschiedlich aus. Eine detailliertere Analyse hierzu wäre wünschenswert, obschon bereits klar ist, dass die Privatspitäler ihren Marktanteil zurzeit ausbauen.

Dieses Monitoring wird bis zum Ende des Evaluationszeitraums im Jahr 2019 fortgesetzt. Die Aktualisierung mit den Daten 2014 ist für 2016 vorgesehen. Während die vorliegende Studie einen Überblick über die Entwicklungen der Kosten und der Finanzierung geben soll, werden weitere Arbeiten besondere Aspekte beleuchten, namentlich solche, die sich nicht mit Routinedaten behandeln lassen, so beispielsweise die Investitionen und die gemeinwirtschaftlichen Leistungen.

### Kasten 5: Verwendete Daten

#### Krankenhausstatistik

Die Analysen zu den Kosten und zur Finanzierung der Spitäler beruhen auf der Krankenhausstatistik (KS) des Bundesamtes für Statistik (BFS). Die KS, eine jährlich aktualisierte Vollerhebung, erfasst insbesondere das Leistungsangebot, das Personal, die Infrastruktur und die Finanzdaten der Spitäler.

Die umfangreiche Revision der KS, die 2010 im Hinblick auf das Inkrafttreten der neuen Spitalfinanzierung durchgeführt wurde, brachte bedeutende Änderungen der Erhebungsstruktur mit sich. Der sich daraus ergebende Bruch in den statistischen Reihen verunmöglicht den Rückgriff auf Kostendaten der alten KS (vor 2010) für das vorliegende Projekt.

#### Datenpool der SASIS AG

Der Datenpool ist ein Informationssystem für Versicherer und erfasst sämtliche Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Im Datenpool werden alle durch die an der Statistik beteiligten Versicherer erfassten Rechnungen inklusive die Kostenbeteiligung der versicherten Personen (Franchise, Selbstbehalt und Beitrag an die Kosten des Spitalaufenthalts) zusammengeführt. Im Jahr 2013 deckten die Daten 100% der in der Schweiz versicherten Personen ab.

Das Obsan verwendet den Datenpool seit über zehn Jahren. Jedes Jahr erhält es eine neue, aktualisierte Version des Datenpools der letzten fünf verfügbaren Jahre. Die Analysen der vorliegenden Studie werden auf gesamtschweizerischer Ebene (einschliesslich sämtlicher Kantone sowie der Kategorien «unbekannt» und «Ausland») und nach Behandlungsjahr durchgeführt. Die Daten werden hochgerechnet, wenn der Abdeckungsgrad der Versicherten im Datenpool unter 100% liegt (für weitere Informationen siehe Obsan Bericht 61, S. 39).

## Obsan-Publikationen zu diesem Thema

Pellegrini, S. & Roth, S. (2015). *Evolution des coûts et du financement du système de soins depuis l'introduction du nouveau financement hospitalier. Etude de base 2010–2012*. Obsan Bericht 61 (Publikation auf Französisch mit deutscher Zusammenfassung). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Kohler, D., Widmer, M. & Weaver, F. (2015). *Les effets du nouveau financement hospitalier sur la qualité des prestations hospitalières stationnaires. Etude principale, 1<sup>re</sup> étape, 2008–2012*. Obsan Bericht 62 (Publikation auf Französisch mit deutscher Zusammenfassung). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Widmer, M. & Kohler, D. (2015). *Behandlungsketten und ihre Schnittstellen* (Obsan Bulletin 1/2015). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Widmer, M. & Weaver, F. (2011). *Der Einfluss von APDRG auf Aufenthaltsdauer und Rehospitalisierungen. Auswirkungen von Fallpauschalen in Schweizer Spitälern zwischen 2001 und 2008* (Obsan Bericht 49). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Weitere Unterlagen und Berichte im Zusammenhang mit der Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung sind auf der Website des Bundesamtes für Gesundheit ([www.bag.admin.ch/EvalSpitalfinanzierung](http://www.bag.admin.ch/EvalSpitalfinanzierung)) zu finden.

## Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan)

ist eine von Bund und Kantonen getragene Institution. Das Gesundheitsobservatorium analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln. Weitere Informationen sind zu finden unter [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch).

## Impressum

### Herausgeber

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

### Autor/in

Sonia Pellegrini (Obsan)

Sacha Roth (Obsan)

### Auftraggeber

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

### Projektleitung BAG

Christian Vogt, Sektion Tarife und Leistungserbringer I

### Zitierweise

Pellegrini, S. & 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.

### Auskünfte/Informationen

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

Espace de l'Europe 10

2010 Neuchâtel

Tel. 058 463 60 45

[obsan@bfs.admin.ch](mailto:obsan@bfs.admin.ch)

[www.obsan.ch](http://www.obsan.ch)

### Grafik/Layout

DIAM, Prepress/Print, BFS

### Originalsprache

Französisch (Übersetzung: Sprachdienste BFS)

### Bestellungen

Tel. 058 463 60 60 / Fax 058 463 60 61

[order@bfs.admin.ch](mailto:order@bfs.admin.ch)

Bestellnummer: 1033-1601

Diese Publikation ist auch in französischer Sprache erhältlich (Bestellnummer: 1034-1601)

### Download PDF

[www.obsan.ch](http://www.obsan.ch) → Publikationen

© Obsan 2016



**GDK** Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren  
**CDS** Confédération suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé  
**CDS** Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

**Eidgenössisches Departement des Innern EDI**  
**Département fédéral de l'intérieur DFI**  
**Dipartimento federale dell'interno DFI**



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.  
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.  
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.