

Standpunkt

Mit der Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) im Bereich der Spitalfinanzierung, die am 1. Januar 2009 in Kraft trat, soll insbesondere das Kostenwachstum im stationären Spitalbereich gebremst werden. In einer mehrjährigen Evaluation wird untersucht, welche Auswirkungen die Revision hat und ob sie ihre Ziele erreicht. Die Evaluation wird 2019 mit einem Bericht an den Bundesrat abgeschlossen.

Im Rahmen der Evaluation hat das Bundesamt für Gesundheit das Obsan mit der Beobachtung und Analyse der Entwicklung der Kosten und der Finanzierung des Versorgungssystems beauftragt.

Die vorliegenden Kennzahlen, die den Zeitraum bis einschliesslich 2015 abdecken, zeigen, dass – wie vom Gesetzgeber gewollt – die Leistungs- die frühere Objektfinanzierung im stationären Spitalbereich weitgehend abgelöst hat. Der Finanzierungsanteil der Kantone an der Vergütung der stationären Spitalleistungen bewegt sich auf das ab dem 1. Januar 2017 vorgeschriebene Minimum von 55 Prozent zu, lag 2015 jedoch noch darunter. Nach einem markanten Kostenanstieg im stationären Spitalbereich in den Jahren zuvor scheint sich das Kostenwachstum seit 2013 leicht abzuschwächen.

Ob mit der Revision das Kostenwachstum mittel- und langfristig gebremst wird, lässt sich auf der Grundlage der vorliegenden Daten und Auswertungen noch nicht beurteilen. Weitere Erkenntnisse dazu, ob sich das Kostenwachstum auf dem niedrigeren Niveau einpendeln wird, wie das Wachstum über den gesamten Zeitraum seit der Revision einzuschätzen ist und inwieweit die beobachteten Entwicklungen auf die Revision beziehungsweise andere Faktoren zurückzuführen sind, werden die Schlussberichte des Obsan sowie des Evaluationsmandats im Themenbereich «Kosten und Finanzierung» bis 2019 liefern.

Thomas Christen, Vizedirektor, Leiter des Direktionsbereichs Kranken- und Unfallversicherung, Bundesamt für Gesundheit

Entwicklung der Kosten und der Finanzierung des Versorgungssystems seit der Revision der Spitalfinanzierung

Aktualisierung 2014–2015

Auftrag

Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG) nimmt das Obsan zum zweiten Mal eine Aktualisierung der Zahlen der Grundlagenstudie «Entwicklung der Kosten und der Finanzierung des Versorgungssystems seit der Revision der Spitalfinanzierung» (Pellegrini & Roth, 2015) vor. Die vorliegende Studie wurde im Rahmen der Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung erstellt; sie verfolgt die Kostenentwicklung im stationären Spitalbereich einerseits und dessen Finanzierung andererseits. Im Kasten 1 sind die Hauptergebnisse im Überblick dargestellt.

Kasten 1: Hauptergebnisse 2014–2015

Im Allgemeinen ist in den Jahren 2014–2015 eine weitgehende Stabilisierung der Werte der Schlüsselindikatoren zu beobachten:

- Die Ausgaben für den stationären Spitalbereich nehmen nur leicht zu.
- Die Finanzierungsanteile der Kostenträger an den Ausgaben verändern sich ebenfalls nur leicht.
- Die Anzahl der stationären Fälle steigt in demselben Ausmass wie in den Jahren zuvor.
- Die Umstellung auf die neuen Regeln der Spitalfinanzierung schreitet voran.

Entwicklung der Spitalausgaben

Seit 2013 ist bei den Spitalausgaben eine Rückkehr zu einem gewohnteren Wachstumsrhythmus festzustellen

Nach einem sprunghaften Anstieg beim Übergang zum neuen System nahmen die Ausgaben im stationären Spitalbereich ab 2013 wieder in einem für den Gesundheitssektor gewohnteren Ausmass zu (Grafik G1).

Im Verlauf der Jahre 2011¹ und 2012 verzeichneten die Erträge im stationären Spitalbereich eine massive Zunahme (insgesamt +2 Milliarden Franken, was +14% in zwei Jahren entspricht). Ab

¹ Wahrscheinlich aufgrund von Antizipationseffekten der Revision.

Kasten 2: Methodik

Die Methodik entspricht jener der Grundlagenstudie (Obsan Bericht 61) und der Aktualisierung 2013 (Obsan Bulletin 1/2016). Zwei kleinere Anpassungen wurden vorgenommen, die nachfolgend aufgeführt sind.

Neuer Korrekturmodus für die Anzahl der stationären Fälle

Mit der Einführung von SwissDRG im Jahr 2012 wurde die Definition des stationären Falls geändert, was zu einem Bruch in der Zeitreihe der Anzahl stationärer Fälle führte. Seit 2012 werden alle Rehospitalisierungen innerhalb von 18 Tagen, die die gleiche Hauptdiagnosegruppe (MDC) betreffen, dem ursprünglichen Fall zugeordnet. Aufgrund dieser Definitionsänderung gibt es ab 2012 bei sonst gleichen Bedingungen weniger stationäre Fälle als zuvor. Die zeitliche Entwicklung der Anzahl Fälle ist deshalb ohne statistische Korrektur nicht interpretierbar.

In früheren Publikationen wurde die Vergleichbarkeit sichergestellt, indem die vor 2012 geltende Definition auch auf die neuen Fälle angewandt wurde, d.h. Rehospitalisierungen (innerhalb von 18 Tagen) wurden als separate Spitalaufenthalte gezählt. In der Zwischenzeit wurde ein Algorithmus entwickelt, mit dem die stationären Fälle vor 2012 rückwirkend gemäss den heutigen Regeln zusammengefasst werden können. Mit dieser eleganteren Lösung können die aktuellen Daten des BFS unverändert verwendet werden, und eine Korrektur ist nur noch für die Fälle der Jahre 2010 und 2011 erforderlich.

Der stationäre Ertrag als Hauptindikator für die Ausgabenentwicklung

Theoretisch betrachtet sind die Erträge der Spitäler, die per Definition den Ausgaben der Finanzierungsträger entsprechen, der geeignetste Indikator für die Kosten, die dem Gesundheitssystem aus dem Spitalsektor entstehen.

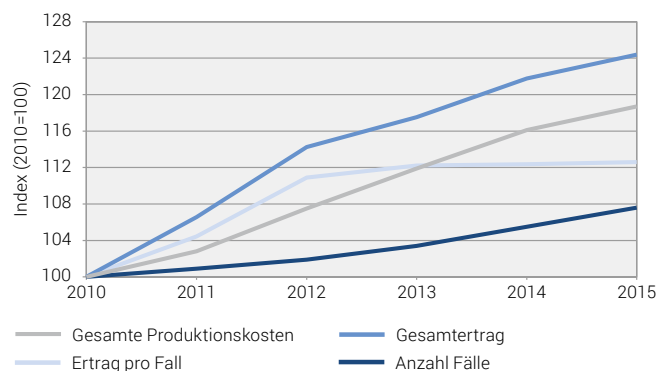
Die Erträge im stationären Bereich basieren auf der Kostenträgerrechnung der Krankenhausstatistik (KS 2010–2015, BFS). Sie umfassen die Erträge aus den Spitalleistungen sowie aus den gemeinwirtschaftlichen Leistungen, einschliesslich universitärer Lehre und Forschung.

Seit 2013 ist die Zahl der fehlenden Werte zu den Erträgen deutlich zurückgegangen und die Schätzungen sind zuverlässiger geworden. Daher kann – anders als in früheren Publikationen – davon ausgegangen werden, dass dieser Indikator ausreichend verlässlich ist, um als Hauptindikator für die Kosten, die im Gesundheitswesen durch die Spitäler verursacht werden, zu dienen. In der Ausgabe 2015 der Statistik der Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens hat das BFS ebenfalls dieses Vorgehen angewandt (BFS, 2017).

Die Ergebnisse werden jedoch weiterhin durch einen Vergleich mit anderen Datenquellen (namentlich den Zahlen der Eidgenössischen Finanzverwaltung EFV und der Statistik der Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens BFS) plausibilisiert.

Entwicklung der Erträge, der Fälle und des Ertrags pro Fall sowie der Produktionskosten im stationären Spitalbereich, 2010–2015

G 1



Anmerkung: Die Analyse basiert auf Daten von 229 Spitälern, deren Ertrag in der Kostenträgerrechnung für jedes untersuchte Jahr positiv ausfiel. Die Anzahl Fälle für 2010 und 2011 wird gemäss der neuen SwissDRG-Definition korrigiert (siehe Kasten 2).

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Krankenhausstatistik, 2010–2015/Analyse Obsan

© Obsan 2017

2013 fiel die Zunahme der Erträge, die per Definition dem Anstieg der Ausgaben der Finanzierungsträger für den stationären Spitalbereich entspricht, mit durchschnittlich +2,9% pro Jahr (2013, 2014 und 2015) moderater aus.²

Der Ertrag pro Fall (G1), der mit der Einführung der Revision ebenfalls massiv anstieg (+10,6% in zwei Jahren), hat sich in den nachfolgenden Jahren bei nahezu einem Nullwachstum eingependelt (durchschnittlich +0,5% pro Jahr).

Die Entwicklung der Produktionskosten der Spitäler (G1) verlief seit 2013 parallel zu jener der Erträge. Die Gesamtkosten, die sich aus der Summe der von den Spitälern zur Erbringung der Spitalleistungen eingesetzten Mittel zusammensetzen, stiegen leicht an (Zunahme um durchschnittlich +3,4% pro Jahr in den Jahren 2013, 2014, 2015). Die Kosten pro Fall blieben nahezu unverändert (durchschnittlich +1,5% pro Jahr).

Das Ausgabenwachstum ist ab 2013 im Wesentlichen auf den Anstieg der Anzahl Fälle zurückzuführen

Ein Anstieg des Gesamtertrags bei gleichbleibendem Ertrag pro Fall (wie in Grafik G1 ersichtlich) ist ein Hinweis dafür, dass das in den letzten Jahren beobachtete Ausgabenwachstum in erster Linie mit dem Anstieg der Anzahl stationärer Fälle in Zusammenhang steht. Die Fallzahlen nahmen in den Jahren 2013, 2014 und 2015 im Jahresdurchschnitt um 2,4% zu. Verglichen mit 2012 entsprach dies im Jahr 2015 insgesamt knapp 100 000 zusätzlichen Fällen.

² Auf der Grundlage eines anderen methodischen Ansatzes gelangt die Statistik der Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (BFS, 2017) zu ähnlichen Werten (durchschnittliche jährliche Zunahme um 3,0% in den Jahren 2013–2015). Eine Plausibilisierung mithilfe der Zahlen der EFV für 2015 war nicht möglich, da diese zum Zeitpunkt der Redaktion dieses Bulletins noch nicht vorlagen.

Das Wachstum der Fallzahlen hat sich seit der Revision nicht beschleunigt

Angesichts der Zunahme der Anzahl Fälle stellt sich die Frage, ob die aktuelle Wachstumsrate mit jener vor der Revision vergleichbar ist. Da die Schweiz in den vergangenen fünfzehn Jahren ein relativ starkes Bevölkerungswachstum verzeichnete, lässt sich ein Teil der Zunahme mit der gestiegenen Bevölkerungszahl erklären. Um diesem Parameter Rechnung zu tragen, ist es sinnvoll, die Hospitalisierungsrate, d.h. den Anteil der in einem bestimmten Jahr hospitalisierten Bevölkerung, als Indikator für die Entwicklung der Fallzahlen zu verwenden (G2).

Die Hospitalisierungsrate (G2) verzeichnete seit Anfang der 2000er-Jahre allgemein eine Zunahme (+1,7 Prozentpunkte gegenüber 2003, was +11% in 12 Jahren entspricht). Davon waren alle Bereiche betroffen, sowohl die Akutsomatik als auch die Psychiatrie und die Rehabilitation/Geriatrie. Die Entwicklung verlief regelmässig und zeigte auch 2012 keine Abweichungen, so dass zu diesem Zeitpunkt nichts darauf hinweist, dass sich die Hospitalisierungsrate seit der Einführung von SwissDRG verändert hat.

Eine Analyse der altersstandardisierten Raten (siehe Hedinger et al., 2017) zeigt, dass der Anstieg der Hospitalisierungsrate in der Akutsomatik hauptsächlich auf die demografische Alterung zurückzuführen ist. In der Rehabilitation/Geriatrie und in der Psychiatrie verzeichneten die Hospitalisierungsraten hingegen zusätzlich zum Anstieg aufgrund des Bevölkerungswachstums und der demografischen Alterung eine leichte Zunahme. Der Bezug zur Revision ist jedoch nicht klar.

Punktuell stärker steigende Fallzahlen sind nicht auszuschliessen

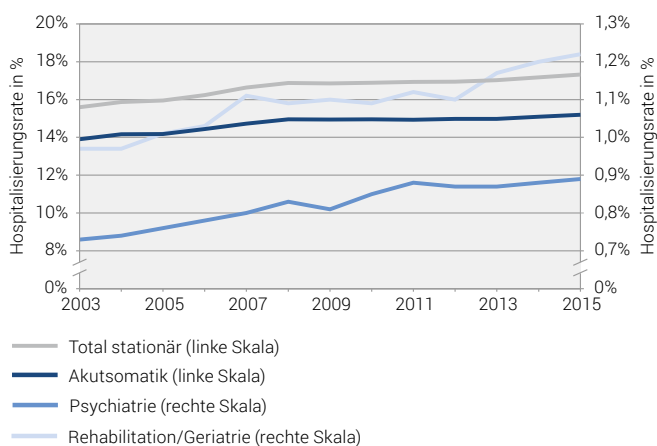
Die Feststellung, dass sich das Wachstum der Fallzahlen nicht beschleunigt hat, basiert auf der Gesamtheit der stationären Fälle, d.h. sie bezieht sich auf eine sehr aggregierte Ebene (mehr als eine Million Fälle pro Jahr). Sie schliesst nicht aus, dass auf einer disaggregierten Ebene – zum Beispiel in besonderen Leistungsbereichen oder Institutionstypen – die Anzahl stationärer Fälle stärker als vor der Revision angestiegen ist. Eine von Polynomics im Auftrag des BAG durchgeführte Studie hat diese Frage detailliert untersucht (Widmer et al., 2017). Auch gemäss dieser Studie zeigen sich im Zeitraum bis 2014 jedoch keine Mengenausweitungen, die eindeutig auf die Einführung von SwissDRG zurückgeführt werden können.

Hält das jährliche Wachstum von 3% an?

Zusammenfassend kann nach jetzigem Kenntnisstand gesagt werden, dass sich die Ausgaben für den stationären Spitalbereich nach der Revision auf einem höheren Niveau bewegen als vor der Revision und sich das jährliche Wachstum seit 2013 bei rund 3% einpendelte. Die Frage, ob dieses Wachstum ähnlich oder eventuell schwächer als vor der Revision ausfällt, ist schwierig zu beantworten, da die statistischen Daten für die Zeit vor 2010 (alte KS) in dieser Hinsicht als relativ unzuverlässig gelten. Die Analyse

Entwicklung der Hospitalisierungsrate in der Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation/ Geriatrie und insgesamt, 2003–2015

G 2



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser, Krankenhausstatistik und STATPOP, 2003–2015/Analyse Obsan © Obsan 2017

der Entwicklung der in der Finanzbuchhaltung ausgewiesenen Aufwände und Erlöse für den Zeitraum von 2000–2009 würde eher ein jährliches Wachstum in der Grössenordnung von 4 bis 5% nahelegen. Es ist daher möglich, dass die derzeitigen 3% etwas unter der Wachstumsrate vor der Revision liegen. Die Zukunft wird zeigen, ob diese 3%, die hauptsächlich auf die Stabilisierung des Ertrags pro Fall zurückzuführen sind, von Dauer oder das vorübergehende Ergebnis der ab 2013 zu beobachtenden Herabsetzung der Basisfallpreise sind (siehe Felder et al., 2016).

Vergleich mit anderen Versorgungsbereichen

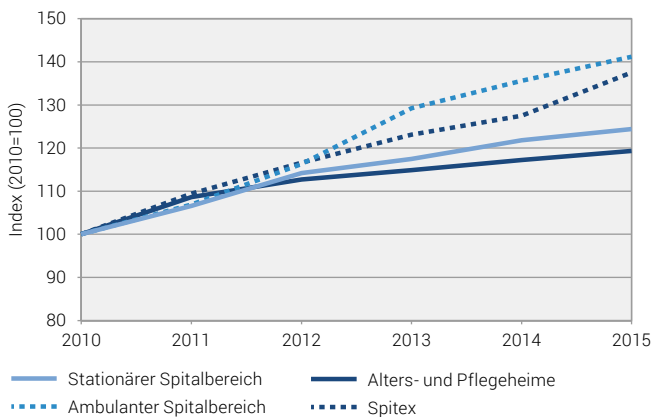
Die Ausgaben für den stationären Spitalbereich haben im Zeitraum 2013–2015 mit einem jährlichen Anstieg von rund 3% weniger stark zugenommen als diejenigen für andere Versorgungsbereiche (G3). Das gilt insbesondere im Vergleich zum ambulanten Spitalbereich, dessen Erträge im gleichen Zeitraum im Jahresdurchschnitt um 6,7% angestiegen sind, aber auch zum Spitex-Bereich mit jährlich +5,7%. Nur die Alters- und Pflegeheime verzeichneten mit einer jährlichen Zunahme von 1,9% in den letzten drei Jahren eine vergleichsweise schwächere Entwicklung. Die Ausgaben für die Alters- und Pflegeheime und den stationären Spitalbereich wuchsen somit im Vergleich zum ambulanten Bereich langsamer. Diese Entwicklung entspricht der in zahlreichen Kantonen beobachteten Richtungsänderung hin zur ambulanten Versorgung (Roth & Pellegrini, 2015, Füglistter-Dousse et al., 2015).

Findet eine Verschiebung stationärer Spitalleistungen in andere Bereiche des Gesundheitssystems statt?

Es stellt sich die Frage, ob die vergleichsweise schwächere Ausgabenentwicklung des stationären Spitalbereichs auf Leistungsverlagerungen in die anderen Bereiche des Gesundheitssystems

Entwicklung des Gesamtertrags der wichtigsten Versorgungsbereiche¹, 2010–2015

G 3



¹ Es existieren keine vergleichbaren Daten für die Arztpraxen.

Quelle: BFS – Krankenhausstatistik, SOMED, SPITEX 2010–2015/Analyse Obsan

© Obsan 2017

zurückzuführen ist. Mehrere Studien befassen sich mit dieser Frage einer teilweisen oder gesamthaften Verlagerung gewisser Spitalleistungen der stationären Akutsomatik, dem zurzeit einzigen Bereich mit Fallpauschalen.

Felder et al. (2014) kommen in einer im Auftrag von FMH und H+ durchgeführten Studie zum Schluss, dass «seit der Einführung von SwissDRG vor und nach einem Spitalaufenthalt vermehrt ambulante Leistungen erbracht werden. Diese Teilverschiebungen fanden primär zu den Spezialistinnen und Spezialisten und weniger in Richtung Hausärztinnen und Hausärzte statt. Gesamtverlagerungen, also Behandlungen, die vollständig ambulant anstatt stationär erfolgen, wurden kaum identifiziert» (Felder et al., 2014).

Hedinger et al. (2017) untersuchen in einer im Auftrag des BAG durchgeführten Analyse zur Entwicklung der Qualität der stationären Leistungen seit der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung die Schnittstellen zwischen der Akutsomatik und den nachgelagerten Bereichen. Sie stellen eine Zunahme des Anteils der Patientinnen und Patienten fest, die im Anschluss an einen Aufenthalt in der Akutsomatik in Alters- und Pflegeheimen oder durch die Spitex weiterversorgt werden. Ähnliche Bewegungen lassen sich von der Rehabilitation sowie von der Psychiatrie in die Alters- und Pflegeheime beobachten, was auf eine Verlängerung der Behandlungsketten mit mehr beteiligten Stellen hindeutet.

Schliesslich bestätigen Polynomics (Widmer et al., 2017) in einer im Auftrag des BAG durchgeführten Studie, dass eine Teilverlagerung von Leistungen in die dem stationären Bereich vor- und nachgelagerten Bereiche, insbesondere in den spitalambulanten Bereich, stattfindet. Die monetäre Bewertung des entsprechenden Volumens in Franken zeigt jedoch, dass die Verlagerung einem relativ kleinen Betrag entspricht.

Alle Studien legen nahe, dass eine Verlagerung stationärer Spitalleistungen in die anderen Bereiche stattfindet. Diese Leistungsverchiebungen verursachen im ambulanten Bereich und in den Alters- und Pflegeheimen zusätzliche Kosten für die Krankenpflege, die jedoch weniger hoch sind als in der stationären Akutsomatik. Diese Entwicklung mag auf den ersten Blick für das gesamte Gesundheitssystem kostenmässig vorteilhaft erscheinen.

Sie ist es tatsächlich aber nur, wenn der in den anderen Bereichen verursachte Kostenanstieg mit einem mindestens gleich grossen Kostenrückgang in der stationären Akutsomatik einhergeht. Eine abschliessende Beurteilung der Auswirkungen der durch die Revision ausgelösten Leistungsverlagerungen würde einen Vergleich der Kosten der gesamten Versorgung, d.h. über die ganze Behandlungskette hinweg, vor und nach der Revision erforderlich machen. Ein solcher Vergleich ist methodisch jedoch anspruchsvoll.

Finanzierung: Stand der Umsetzung

Nach der neuen Spitalfinanzierung werden die Spitäler für die erbrachten Leistungen entschädigt, unabhängig davon, ob es sich um Spitalleistungen oder andere Leistungsaufträge (gemeinwirtschaftliche Leistungen, einschliesslich universitärer Lehre und Forschung) handelt. Damit wurde das Prinzip der Subventionierung und Defizitdeckung zugunsten einer leistungsbezogenen Vergütung aufgegeben. In den folgenden Abschnitten wird auf der Grundlage verfügbarer Kennzahlen eine Bestandaufnahme der Umsetzung der neuen Gesetzgebung per Ende 2015 vorgenommen.

Transparentere Buchhaltung

Es gibt fast keine Spitäler mehr, die in der Kostenträgerrechnung der Krankenhausstatistik (KS) die von den Kantonen bezahlten Beträge nicht nach «Spitalleistungen» und «Beiträgen» aufteilen. 2015 waren es noch drei. Das fast vollständige Verschwinden dieser Praxis stellt insofern einen echten Fortschritt dar, als dies eine separate Analyse der Erträge aus den Spitalleistungen und der Beiträge für andere Arten von Leistungsaufträgen ermöglicht (siehe «Rückgang der Beiträge für andere Leistungsaufträge»). Dazu ist anzumerken, dass die Privatspitäler am wenigsten zu diesen Transparenzbemühungen beitragen, stellen doch viele von ihnen nach wie vor nur einen Teil ihrer Kostenträgerrechnungsdaten bereit.

Rückläufige Defizitdeckungen

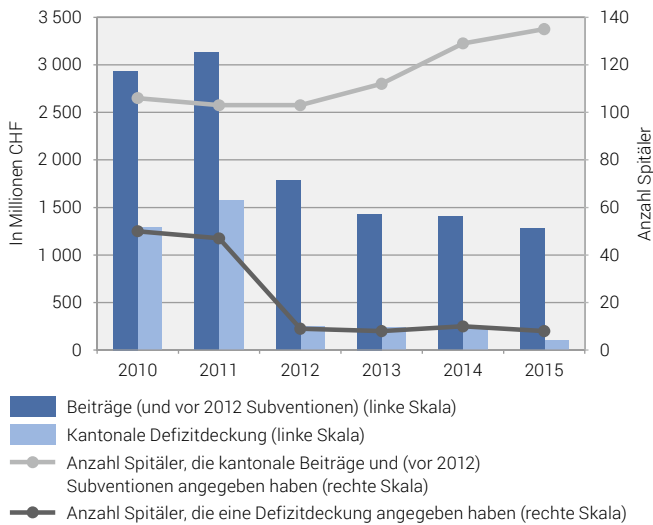
Während 2010 noch 50 Spitäler eine Defizitdeckung erhielten (G 4), waren es 2015 nur noch 8 (diese Zahl blieb seit 2012 unverändert). Betragsmässig war 2015 nach der bereits 2012 beobachteten starken Abnahme noch einmal ein Rückgang festzustellen: Die Defizitdeckungen machten noch 0,5% der Gesamtfinanzierung des stationären Bereichs aus.

Rückgang der Beiträge für andere Leistungsaufträge

Bei den Beiträgen für die Erbringung von anderen Leistungsaufträgen (gemeinwirtschaftliche Leistungen, einschliesslich universitärer Lehre und Forschung) war seit 2012 eine Zunahme der Anzahl Spitäler zu beobachten, die solche Beiträge erhielten (von 103 im Jahr 2012 auf 135 im Jahr 2015). Somit verfügen mehr Spitäler über mindestens einen weiteren Leistungsauftrag neben dem Spitalleistungsauftrag (G 4).

**Beiträge und Defizitdeckung:
Höhe und Anzahl der Spitäler, 2010–2015**

G 4



Quelle: BFS – Krankenhausstatistik, 2010–2015/Analyse Obsan

© Obsan 2017

Der Gesamtbetrag ist hingegen rückläufig: Mit der Umsetzung der relevanten Bestimmungen im Jahr 2012 war eine massive und seit 2013 eine stetige Abnahme festzustellen, so dass diese Beiträge nunmehr weniger als 10% der Gesamtfinanzierung des stationären Bereichs ausmachen (G 5).

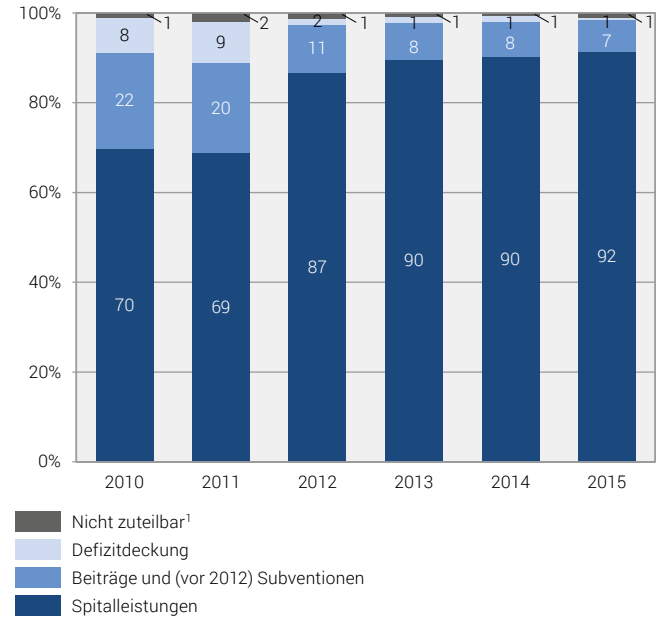
Dieser in den Daten der Kostenträgerrechnung (KS) festgestellte starke Rückgang der Beiträge ist vor allem auf eine Änderung der Verbuchungspraxis aufgrund der neuen gesetzlichen Anforderungen zurückzuführen. Grafik 5 verdeutlicht diese Änderungen: Es ist eine buchhalterische Abnahme der für andere Leistungsaufträge bestimmten Beiträge, ein Rückgang der Defizitdeckungen und gleichzeitig eine Zunahme der Erträge aus den Spitalleistungen festzustellen. Diese Entwicklung resultiert vor allem aus dem Rückgang der Anzahl Spitäler, die das gesamte von den Kantonen bereitgestellte Budget über das Konto «Beiträge» verbuchten, obwohl ein Teil des Betrags für die Spitalleistungen bestimmt war. Die in Grafik 6 dargestellte Zunahme des kantonalen Anteils an der Finanzierung der stationären Spitalleistungen zwischen 2011 und 2012 (Grundversicherte, KVG-pflichtige Leistungen) veranschaulicht dieses Phänomen ebenfalls.

Kantone und OKP bei der Finanzierung der stationären Spitalleistungen gleichauf

Bei der Finanzierung der KVG-pflichtigen stationären Spitalleistungen ist 2015 erstmals eine 50:50 Aufteilung zwischen den Kantonen und der OKP festzustellen. Die Entwicklung in Richtung eines steigenden kantonalen Finanzierungsanteils entspricht somit der aufgrund der Übergangsbestimmungen der Revision erwarteten Entwicklung. Gemäss diesen Bestimmungen haben die Kantone bis 2017 Zeit, um den gesetzlich festgelegten Mindestanteil von 55% zu erreichen. Bis 2015 schien kein Kanton über die gesetzliche Mindestanforderung hinausgegangen zu sein (GDK, 2015).

Verteilung des Gesamtertrags im stationären Bereich, 2010–2015

G 5



Anmerkung: Die Analyse basiert auf Daten von 229 Spitalern, deren Ertrag in der Kostenträgerrechnung für jedes untersuchte Jahr positiv ausfiel.

¹ Nicht zuteilbar bedeutet, dass diese Erträge weder die Spitalleistungen noch andere Leistungsaufträge betreffen.

Quelle: BFS – Krankenhausstatistik, 2010–2015/Analyse Obsan

© Obsan 2017

Zusammengefasst: Die Umsetzung der neuen Finanzierungsregeln schreitet voran

Alle berechenbaren Indikatoren weisen in die vom neuen Rechtsrahmen vorgegebene Richtung: Die Defizitdeckungen und die für andere Leistungsaufträge bestimmten Beiträge sind rückläufig und die Finanzierung der Spitalleistungen entwickelt sich in Richtung des bis 2017 zu erreichenden gesetzlichen Ziels (min. 55% Kantone/max. 45% OKP). Bei der Transparenz der Finanzflüsse lassen sich Verbesserungen beobachten, insbesondere bei der Aufteilung zwischen den Beiträgen für die Spitalleistungen und jenen für andere Leistungsaufträge.

Ein Aspekt der Umsetzung, der weiterhin Anlass zu vielen Diskussionen gibt, sind die Beiträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen. Die Studien zu diesem Thema (von Stokar et al., 2016 und Felder et al., 2016) zeigen einerseits grosse kantonale Unterschiede bei den Regeln und Definitionen und andererseits eine für aussagekräftige Analysen noch unzureichende Datenlage auf.

Verteilung der Finanzierung der KVG-pflichtigen stationären Spitalleistungen (Grundversicherte)

T 1

		2010	2011	2012	2013	2014	2015
Alle Spitäler	Anteil OKP	73,8	74,1	59,6	53,3	50,4	49,9
	Anteil Kantone	26,2	25,9	40,4	46,7	49,6	50,1

Quelle: BFS – Krankenhausstatistik, 2010–2015/Analyse Obsan

© Obsan 2017

Finanzierung der stationären Spitalleistungen

Durch die Revision der Spitalfinanzierung wurden die zuvor geltenden Finanzierungsregeln und damit die Aufteilung der Ausgaben für die stationären Spitalleistungen zwischen den Finanzierungsträgern in verschiedener Hinsicht geändert. Dies betrifft insbesondere den neu vorgesehenen Einschluss der Finanzierung der Investitionen in die Fallpauschalen, der die OKP belastet und die Kantone entlastet.³ Gleichzeitig wurde der Vergütungsanteil der OKP an den KVG-pflichtigen stationären Spitalleistungen verringert (von max. 50% auf max. 45%) und derjenige der Kantone erhöht (neu min. 55%). Weiter werden KVG-pflichtige Spitalleistungen unabhängig vom Ort der Erbringung (im oder ausserhalb des Wohnkantons, in einem öffentlichen oder privaten Spital) nun einheitlich finanziert, was die Finanzierungsträger der KVG-Leistungen (vor allem die Kantone) belastet und die Zusatzversicherungen entlastet.

Wer trägt letztendlich welchen Anteil der Ausgaben? Wer bezahlt mehr und wer bezahlt weniger als in der Vergangenheit? Verläuft die Entwicklung wie vorgesehen? In den folgenden Abschnitten wird auf der Grundlage der verfügbaren Daten diesen Fragen nachgegangen.

Die Aufteilung der Finanzierung der stationären Spitalleistungen hat sich in den vergangenen Jahren weitgehend stabilisiert

Wie in Grafik 6 dargestellt, sind die von den verschiedenen Finanzierungsträgern bezahlten Anteile seit 2013 nahezu unverändert geblieben. 2015 waren 85% der stationären Spitalleistungen KVG-pflichtig (Summe der Beiträge der OKP und der Kantone für Grundversicherte sowie für Privat- und Halbprivatversicherte; G6). Die übrigen Sozialversicherungen – Unfallversicherung (UVG), Invalidenversicherung (IVG), Militärversicherung (MVG) – beteiligten sich mit 5,5% an den Kosten. Der Anteil der Zusatzversicherungen und der Out-of-Pocket-Zahlungen⁴ schliesslich, der im Jahr 2012 mit der Einführung der Revision eine deutliche Abnahme verzeichnete, pendelte sich bei rund 11% ein.

Dieser Aufwärtstrend des KVG-Anteils und die rückläufige Entwicklung des Anteils der Zusatzversicherungen widerspiegeln die Kostenverschiebung von den Zusatzversicherungen in Richtung OKP und Kantone und stehen im Zusammenhang mit den neuen Finanzierungsregeln für die Hospitalisierungen ausserhalb des Wohnkantons und in Privatspitälern.

Im KVG-Bereich tragen die Kantone einen grösseren Anteil der Ausgaben und entlasten somit nach und nach die OKP

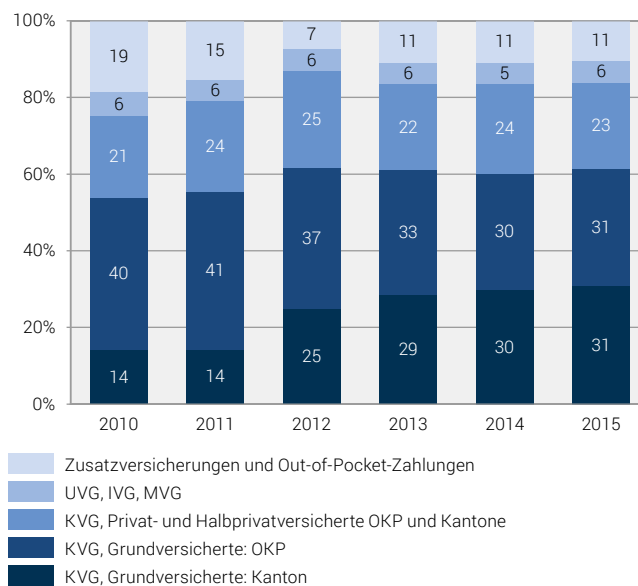
Bei aufmerksamer Betrachtung der Grafik 6 zeigt sich, dass der Anteil der Kantone an der Finanzierung der stationären Spitalleistungen seit 2013 leicht, aber regelmässig angestiegen ist. Bei

³ Vor 2012 wurden die Investitionen im Fall eines öffentlichen Spitals nicht über die OKP, sondern ausschliesslich durch die Kantone finanziert.

⁴ Dabei handelt es sich um direkt von den Patientinnen und Patienten bezahlte Beträge (Franchise, Selbstbehalt, Beitrag an die Kosten des Spitalaufenthalts).

Verteilung der Finanzierung der stationären Spitalleistungen, 2010–2015

G 6



Anmerkung 1: Zwischen 2011 und 2012 war die Zunahme des Anteils der von den Kantonen finanzierten stationären Spitalleistungen (Grundversicherte, KVG-pflichtige Leistungen) hauptsächlich auf eine Änderung der Verbuchungspraxis zurückzuführen. Für Einzelheiten siehe Abschnitt betreffend Grafik G5.

Anmerkung 2: Bei der Kategorie der Zusatzversicherungen und Out-of-Pocket-Zahlungen handelt es sich um eine Restkategorie, die durch Differenzberechnung ermittelt wird. Da die Privatspitäler in der Stichprobe (die sich aus Spitälern zusammensetzt, die ihre Erträge für jedes untersuchte Jahr bereitgestellt haben) untervertreten sind, könnten die Erträge aus den Zusatzversicherungen in dieser Abbildung unterschätzt werden.

Quelle: BFS – Krankenhausstatistik, 2010–2015/Analyse Obsan

© Obsan 2017

den Grundversicherten (nur bei dieser Kategorie kann anhand der Daten zwischen OKP und Kantonen unterschieden werden) ist der Finanzierungsanteil der Kantone zwischen 2013 und 2015 von 29% auf 31% angestiegen.

Dies bestätigt sich, wenn man dem Sachverhalt aus Sicht der OKP nachgeht (G7). Aus Grafik 7 geht hervor, dass der von der OKP durchschnittlich pro stationären Fall übernommene Betrag (OKP-Ausgaben pro OKP-Fall) seit 2013 leicht rückläufig ist. In Anbetracht der Tatsache, dass die Ausgaben pro Fall seit 2013 nahezu unverändert geblieben sind (siehe G1), bedingt die Abnahme der OKP-Ausgaben pro Fall, dass die Kantone im Verhältnis mehr bezahlen. Diese Entwicklung steht im Einklang mit dem schrittweisen Anstieg des Beitrags der Kantone in Richtung der gesetzlich vorgesehenen 55%.

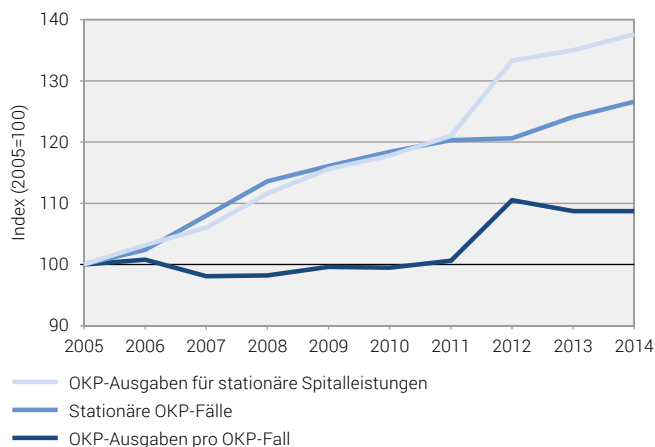
Schlussfolgerungen

Die Praxis wird schrittweise an die Regeln der neuen Spitalfinanzierung angepasst

In den Jahren 2014 und 2015, die Gegenstand dieser Aktualisierung sind, wurde die Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung fortgeführt. In verschiedener Hinsicht fand eine Annäherung an die vom Gesetzgeber festgelegten Ziele statt. Dies zeigt sich in der Abnahme der Defizitdeckungen und der Beiträge für andere Leistungsaufträge als die Spitalleistungen. Die Finanzierung der

OKP-Ausgaben für stationäre Spitalleistungen, 2005–2014

G 7



Anmerkung: Die OKP-Valuesdaten lagen zum Zeitpunkt der Redaktion dieses Bulletins noch nicht vor.

Quelle: SASIS AG – Datenpool, 2005–2014

(Jahresdaten nach Behandlungsjahr)/Analyse Obsan

© Obsan 2017

KVG-pflichtigen Leistungen näherte sich ebenfalls den im Gesetz festgelegten Zielwerten (min. 55% Kantone/max. 45% OKP) an. Schliesslich ist eine schrittweise Verbesserung der Datenqualität und dadurch der Transparenz in den Finanzflüssen festzustellen, auch wenn sich bestimmte Aspekte noch in Entwicklung befinden. Die Frage der Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen und der Investitionen gibt nach wie vor Anlass zu vielen Diskussionen und das diesbezügliche Vorgehen ist je nach Kanton unterschiedlich.

Stabilisierung der Schlüsselindikatoren des stationären Bereichs

Im Übrigen zeichnen sich die Jahre 2014 und 2015 durch eine weitgehende Stabilisierung der Werte der Schlüsselindikatoren aus. Die Ausgaben im stationären Bereich stiegen in beiden Jahren in vergleichbarem Mass an, die Anteile der Finanzierungsträger an den Ausgaben veränderten sich leicht, sowohl in Bezug auf die Finanzierung der Spitalleistungen als auch die allgemeine Finanzierungsstruktur des stationären Bereichs (G5 und G6). Das System scheint sich somit in einer ersten Stabilisierungsphase zu befinden, in der die Anpassungen gleichmässig fortgesetzt werden.

Eine letzte Aktualisierung dieser Studie im Jahr 2018

Diese Studie wird nächstes Jahr ein letztes Mal mit den Zahlen von 2016 aktualisiert werden. Im Schlussbericht, der den ganzen Zeitraum von 2010–2016 zum Gegenstand haben wird, wird der Inhalt des Obsan Berichts 61 aufgegriffen und aktualisiert. Zudem werden neu berechenbare Indikatoren eingeführt. Diese betreffen insbesondere den ambulanten Spitalbereich (der teilweise bereits in diesem Bulletin abgedeckt wird) und eine detaillierte Analyse der Bereiche Psychiatrie und Rehabilitation.

Kasten 3: Verwendete Daten

Krankenhausstatistik

Die Analysen zu den Kosten und zur Finanzierung der Spitäler beruhen auf der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS) sowie auf der Krankenhausstatistik (KS) des Bundesamts für Statistik (BFS). Die KS erfasst insbesondere das Leistungsangebot, das Personal, die Infrastruktur und die Finanzdaten der Spitäler. Es handelt sich um eine jährlich aktualisierte Vollerhebung.

Die umfangreiche Revision der KS, die 2010 im Hinblick auf das Inkrafttreten der neuen Spitalfinanzierung durchgeführt wurde, brachte bedeutende Änderungen der Erhebungsstruktur mit sich. Aufgrund des daraus resultierenden Bruchs in den statistischen Reihen kann für das vorliegende Projekt nicht auf Kostendaten der alten KS (vor 2010) zurückgegriffen werden.

Datenpool der SASIS AG

Der Datenpool ist ein Informationssystem zuhanden der Versicherer und erfasst sämtliche Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Im Datenpool werden alle durch die an der Statistik beteiligten Versicherer erfassten Rechnungen inklusive der Kostenbeteiligung der versicherten Personen (Franchise, Selbstbehalt und Beitrag an die Kosten des Spitalaufenthalts) zusammengeführt.

Das Obsan verwendet den Datenpool seit über fünfzehn Jahren. Jedes Jahr erhält es eine neue, aktualisierte Version des Datenpools der letzten fünf verfügbaren Jahre. Die Analysen 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).

Kasten 4: Bibliografie

- BFS (2017). *Statistik der Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Felder, S., Kägi, W., Lobsiger, M., Tondelli, T. & Pfinninger, T. (2014). *Leistungs- und Kostenverschiebungen zwischen dem akutstationären und dem spital- und praxisambulanten Sektor. Schlussbericht*. Studie im Auftrag von FMH und H+. Basel: B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung AG und Universität Basel.
- Felder, S., Meyer, S. & Bieri, D. (2016). *Tarif- und Finanzierungsunterschiede zwischen öffentlichen Spitälern und Privatkliniken*. Gutachten im Auftrag der Privatkliniken Schweiz. Basel: Universität Basel.
- Füglister-Dousse, S., Dutoit, L. & Pellegrini, S. (2015). *Soins de longue durée aux personnes âgées en Suisse. Évolutions 2006–2013* (Obsan Rapport 67). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Hedinger, D., Tuch, A. & Widmer, M. (2017). *Qualität der stationären Leistungen unter der neuen Spitalfinanzierung. Monitoring der Qualitätsindikatoren 2009–2015*. (Obsan Bulletin 2/2017). Studie im Auftrag des BAG. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2015). *Spitalfinanzierung: Kantonale Finanzierungsanteile ab 2012, Stand am 1.4.2015*. Bern: GDK.

Pellegrini, S. & Roth, S. (2015). *Évolution 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.

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.

Roth, S. & Pellegrini, S. (2015). *Virage ambulatoire. Transfert ou expansion de l'offre de soins?* (Obsan Rapport 68). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

von Stokar, T., Vettori, A., Gschwend, E. & Boos, L. (2016). *Finanzierung der Investitionen und gemeinwirtschaftlichen Leistungen von Spitälern. Machbarkeitsstudie im Rahmen der Evaluation der KVG-Revision Spitalfinanzierung*. Zürich: INFRAS.

Widmer, P., Trottmann, M., Hochuli, P., Telser, H. (2017). *Erwünschte und unerwünschte Optimierungen von Leistungsmengen und -verlagerungen im stationären Spitalbereich*. Zusammenfassung. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). Olten: Polynomics. Weitere Unterlagen und Berichte im Zusammenhang mit der Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung sind auf der Website des Bundesamtes für Gesundheit zu finden: <https://www.bag.admin.ch/evalspitalfinanzierung>

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan)

ist eine von Bund und Kantonen getragene Institution. Das Obsan 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 unter www.obsan.ch zu finden.

Impressum

Herausgeber

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Autorinnen/Autoren

Sonia Pellegrini, Sacha Roth, Obsan

Zitierweise

Pellegrini, S. & Roth, S. (2017). Entwicklung der Kosten und der Finanzierung des Versorgungssystems seit der Revision der Spitalfinanzierung. Aktualisierung 2014–2015 (Obsan Bulletin 3/2017). Studie im Auftrag des BAG. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Projektleitung BAG

Cornelia Stadter, Sektion Tarife und Leistungserbringer I

Auskünfte/Informationen

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Espace de l'Europe 10, CH-2010 Neuchâtel, Tel. 058 463 60 45,
obsan@bfs.admin.ch, www.obsan.ch

Originalsprache

Französisch. Diese Publikation ist auch in französischer Sprache erhältlich (BFS-Nummer: 1034-1703).

Übersetzung

Sprachdienste Bundesamt für Statistik (BFS)

Grafik/Layout

Bundesamt für Statistik (BFS), Sektion DIAM, Prepress/Print

Bestellungen

Tel. 058 463 60 60, Fax 058 463 60 61, order@bfs.admin.ch (gratis)

BFS-Nummer

1033-1703

Download PDF

www.obsan.ch → Publikationen (gratis)

© Obsan 2017



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence 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.