



Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung

Zwischenresultate

KURZFASSUNG des Berichts des BAG an den Bundesrat

Bern, 13. Mai 2015

Ausgangslage

Die Revisionen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) in den Bereichen Spitalfinanzierung (AS **2008 2049**) und Risikoausgleich (AS **2009 4755**) sind am 1. Januar 2009 in Kraft getreten. Die wichtigsten Massnahmen der Revision im Bereich der Spitalfinanzierung sind

- die dual-fixe Finanzierung der Spitalleistungen,
- die kantonalen Spitalplanungen entsprechend Planungskriterien sowie die Unterscheidung von Listen- und Vertragsspitälern,
- die freie Spitalwahl,
- die Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen, die auf gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstrukturen beruhen, sowie
- die Verpflichtung der Leistungserbringer zu mehr Transparenz über die Qualität der medizinischen Leistungen.

Seit dem 1. Januar 2012 werden die Mehrheit dieser Massnahmen sowie die Verfeinerung des Risikoausgleichs, umgesetzt. Es bestehen im Bereich der Spitalfinanzierung jedoch Übergangsbestimmungen, die bis in das Jahr 2017 reichen. So müssen in den kantonalen Spitalplanungen die Planungskriterien Qualität und Wirtschaftlichkeit erst nach dem 31. Dezember 2014 berücksichtigt sein und Kantone, deren Durchschnittsprämie für Erwachsene am 1. Januar 2012 die schweizerische Durchschnittsprämie unterschritt, haben bis zum 1. Januar 2017 Zeit, ihren Vergütungsanteil bei der dual-fixen Finanzierung auf mindestens 55 Prozent festzulegen. Zudem ist die Vergütung mittels leistungsbezogener Pauschalen erst im akutsomatischen Spitalbereich etabliert (SwissDRG). In den Bereichen Psychiatrie und Rehabilitation sollen voraussichtlich im Jahr 2018 schweizweit einheitliche Tarifstrukturen eingeführt werden.

Die KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung zielt im Kern auf eine Eindämmung des Kostenwachstums über eine Intensivierung des Wettbewerbs zwischen den Spitälern. Gleichzeitig wurde aber auch die Steuerung der Versorgungskapazitäten über Vorgaben zu den kantonalen Spitalplanungen konkretisiert. Mit der Verfeinerung des Risikoausgleichs soll die Risikoselektion der Versicherer verringert werden. Zur Beurteilung der Auswirkungen des Gesetzes hat der Bundesrat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) mit der Durchführung einer Evaluation von 2012 bis 2019 beauftragt.

Die vorliegende Zwischensynthese fasst die vorläufigen Erkenntnisse, basierend auf dem Wissensstand im Herbst 2014, zusammen. Methodisch basieren die bisher verfügbaren sieben Studien im Auftrag des BAG vornehmlich auf Daten des Bundesamtes für Statistik (BFS) und der Versicherer, zum Teil ergänzt durch spezifische Befragungen. Zusätzlich einbezogen wurden Erkenntnisse aus relevanten Studien anderer Auftraggeber. Bei der Erarbeitung aller BAG-Studien waren zentrale Stakeholder der stationären Versorgung als Mitglieder von Begleitgruppen eingebunden. Aufgrund der Datenverfügbarkeit konnten in den Studien in der Regel nur Entwicklungen bis einschliesslich 2012, dem ersten Jahr der Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung, untersucht werden.¹ Dieser Zeitpunkt ist für eine abschliessende Beurteilung von Wirkungen der Revision zu früh. Daher sind die bisherigen Ergebnisse der Untersuchungen mit Vorsicht zu interpretieren. Unter Berücksichtigung dieses Hintergrunds werden im Folgenden Erkenntnisse zu kurzfristigen Entwicklungen nach Umsetzung der Revisionen entlang von fünf übergeordneten Fragestellungen zusammengefasst:²

- Welches sind die Auswirkungen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung sowie des verfeinerten Risikoausgleichs?
- Welche Auswirkungen hat die Revision auf die Hauptakteure des Gesundheitssystems?
- Welchen Beitrag leistet die Revision zur Erreichung der drei Hauptziele des KVG?
- Erweisen sich die Massnahmen der Revision als zweckmässig im Hinblick auf die Kosteneindämmung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung?
- Welche Empfehlungen können aus der Evaluation abgeleitet werden?

¹ Zudem erschwerte z.B. die kürzlich durchgeführte Revision der Krankenhausstatistik des BFS die Vergleichbarkeit der Jahresdaten dieser Statistik. So sind die Daten erst für die Jahre ab 2010 auswertbar und zudem noch lückenhaft. Für zukünftige Untersuchungen ist gemäss Obsan (2015a) jedoch von einer besseren Datenqualität auszugehen.

² Gemäss dem Gesamtkonzept der Evaluation (BAG 2015)

Welches sind die Auswirkungen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung sowie des verfeinerten Risikoausgleichs?

Im Einführungsjahr 2012 finden sich auf verschiedenen Ebenen erste Hinweise auf mögliche Auswirkungen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung.

Transparenz

Die Transparenz der Kosten für stationäre Leistungen hat infolge der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung zugenommen. In der Akutsomatik lassen sich die Kosten der stationären Leistungen grundsätzlich zwischen einzelnen Spitälern vergleichen. Die duale Fixierung der Vergütungsanteile für stationäre Leistungen wird mittelfristig die Vergleichbarkeit der Kosten der Kantone für KVG-Leistungen verbessern. Wenig Transparenz besteht allerdings noch im Bereich der Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen durch die Kantone.

Die Transparenz der Qualität der stationären Leistungen für Patientinnen und Patienten ist nach Expertenmeinung noch ausbaufähig. Insbesondere die Informationsasymmetrie zwischen Spitälern und Versicherten sowie fehlende Informationen über die medizinische Ergebnisqualität der einzelnen Spitäler führen demnach dazu, dass die schweizweit freie Spitalwahl ihre Wirkung bislang nur beschränkt entfalten kann (B,S,S. 2014). Die geplante transparente Veröffentlichung von Qualitätsindikatoren, beispielsweise des nationalen Vereins zur Qualitätsentwicklung in den Spitälern (ANQ), sowie die Betriebsvergleiche des Bundesrates könnten die Transparenz für die Versicherten in Zukunft verbessern.

Wettbewerb

Die Rahmenbedingungen für eine effizienz- und qualitätsorientierte Spitalplanung sowie für mehr Wettbewerb zwischen den Spitälern sind grundsätzlich vorhanden. Die heterogene Interpretation und Umsetzung der Revision in den Kantonen sowie anfängliche Umsetzungsprobleme respektive unge löste Fragen und Übergangsfristen führen allerdings dazu, dass der Wettbewerb auf nationaler Ebene nach wie vor ungleich ausgeprägt ist. Zwei ökonomische Studien und eine juristische Studie kommen zum Schluss, dass die kantonalen Regulierungen unterschiedlich stark wettbewerbsorientiert ausgerichtet sind (Credit Suisse Group AG 2013; Polynomics 2013; Universität Zürich/Poledna Boss Kurer AG 2014). In den nächsten Jahren werden allerdings noch einige kantonale gesetzliche Änderungen erwartet, welche möglicherweise kantonale Unterschiede reduzieren werden. Die Kantone haben die Herausforderung zu meistern, ein Gleichgewicht zu finden zwischen der vom eidgenössischen Parlament gewollten Stärkung der wettbewerbslichen Rahmenbedingungen für die Spitäler und ihrer Aufgabe, die Versorgung für die Bevölkerung sicherzustellen. Diese Herausforderung kann nur erfolgreich gemeistert werden, wenn die Kantone eine intensive Zusammenarbeit suchen, insbesondere im Bereich der Spitalplanung. Bislang gibt es keine Erkenntnisse zur kantonalen Steuerung der Versorgungskapazitäten, da die Kantone bis Ende 2014 Zeit hatten, ihre Spitalplanungen entsprechend den Planungskriterien Wirtschaftlichkeit und Qualität zu überarbeiten. Daher steht die Analyse über das Zusammenspiel von Wettbewerb und Steuerung im stationären Spitalbereich noch aus.

Effizienzsteigerung in den Spitälern

Trotz der nicht in allen Fällen wettbewerbsfreundlichen Rahmenbedingungen finden sich auf der Ebene der Spitäler Hinweise, dass sich diese mit gestiegenem Kostenbewusstsein auf einen verstärkten Wettbewerb einstellen. Die Revision scheint viele Entwicklungen, die im stationären Spitalbereich bereits vorher eingesetzt haben, zu akzentuieren. Wie eine Studie im Auftrag des BAG zeigt, reagieren die Spitäler auf den Kostendruck mit Prozessoptimierungen (B,S,S. 2014). Gleichzeitig hat die Einführung von SwissDRG allerdings auch den administrativen Aufwand für die Spitäler erhöht. Inwiefern es in den Spitälern zu einer erwünschten verstärkten Spezialisierung auf bestimmte Leistungen oder zu einer unerwünschten Patientenselektion kommt, kann derzeit nicht abschliessend beurteilt werden. Punktuell gibt es aber Vermutungen von Expertinnen und Experten und Leistungserbringern, dass chronisch Kranke oder Multimorbide schneller aus den Akutspitälern verlegt würden, da es sich dabei um finanziell weniger attraktive Patientengruppen handelt. Eine Unterversorgung schwieriger Fälle, ein Missbrauch des Codierungssystems (systematische Höhercodierung bzw. Up-Coding) oder verfrühte («blutige») Entlassungen lassen sich für das Jahr 2012 aber nicht erkennen.

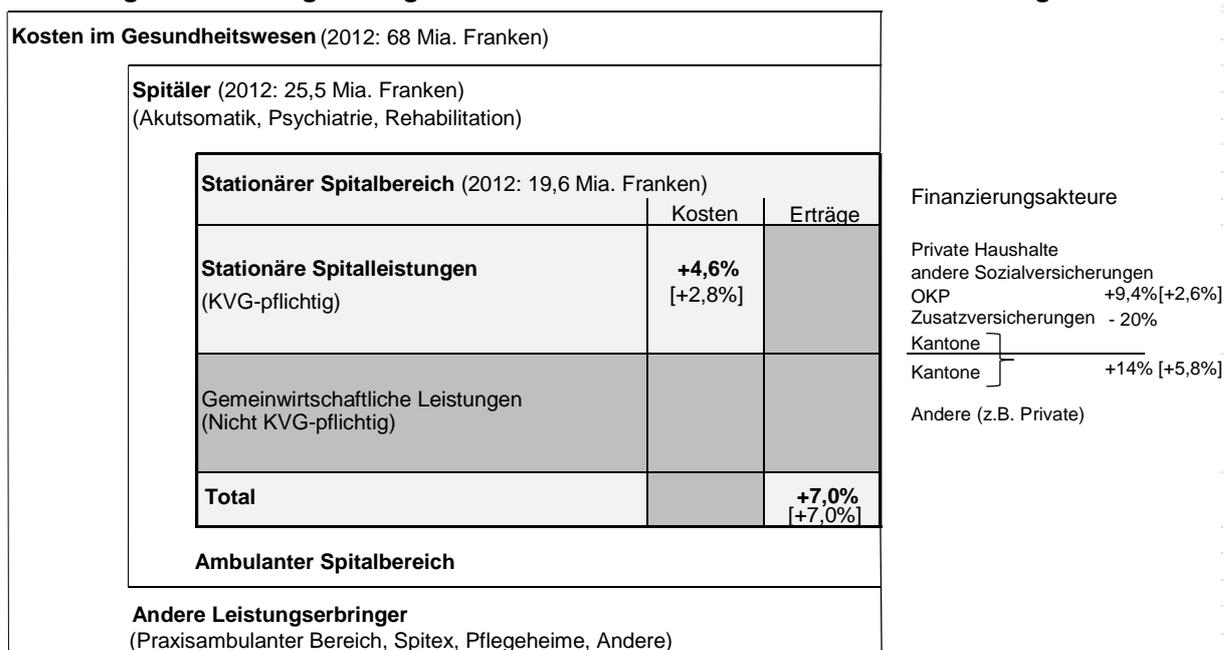
Kostenentwicklung

Im Jahr 2012 konnte das Kostenwachstum im stationären Spitalbereich und zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) noch nicht gedämpft werden. Gemäss einer Studie des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan 2015a) sind die Gesamterträge der Spitäler 2012 in gleichem Ausmass wie in der Vorperiode gestiegen (je +7%). Die Kosten der Spitäler für die Erbringung von stationären Spitalleistungen (Produktionskosten) haben im Vergleich zur Vorperiode progressiv zugenommen (+4,6% im Jahr 2012 gegenüber +2,8% im Jahr 2011). Dies spiegelt sich auch in einer überproportionalen Zunahme der Kosten zulasten der OKP (+9,4% für stationäre Spitalleistungen im Jahr 2012 gegenüber +2,6% im Jahr 2011). Interne Auswertungen des BAG ergeben eine ähnliche Zunahme der Kosten zulasten der OKP (pro Kopf +7,6%). Ohne Übergangsregelung zur Fixierung der Anteile der Kantone und der OKP an der Vergütung der stationären Spitalleistungen und unter Berücksichtigung, dass die OKP seit 2012 neu auch die Anlagenutzungskosten der Spitäler mitfinanziert, zeigt sich allerdings, dass die von der OKP getragenen Kosten für stationäre Spitalleistungen 2012 deutlich tiefer ausgefallen wären.

Auch die Kantone haben 2012 im stationären Spitalbereich deutlich mehr bezahlt als in den Vorjahren (+14,0% im Jahr 2012 gegenüber +5,8% im Jahr 2011, gemäss Angaben der Eidgenössischen Finanzverwaltung EFV). Nach Schätzung der GDK haben die Ausgaben der Kantone für die Spitalversorgung 2012 etwas stärker zugenommen (+18%). Dabei ist allerdings unklar, welcher Teil der Ausgaben der Kantone den KVG-pflichtigen stationären Spitalleistungen zuzuschreiben ist. Da die Zunahme der Gesamterträge der Spitäler im Jahr 2012 gleich geblieben ist, lässt sich vermuten, dass die Zahlungen der Kantone, wie vom Gesetzgeber beabsichtigt, im KVG-pflichtigen Bereich zugenommen haben. Die Zusatzversicherungen hingegen verzeichnen im Jahr 2012, wie gewünscht, eine starke Abnahme der Kosten um 20 Prozent für stationäre Spitalleistungen (-73% beim Spitalversicherungsmodell «Allgemeine Abteilung», -16% für die «halbprivate Abteilung» sowie -17% für die «private Abteilung», gemäss Angaben der Eidgenössischen Finanzmarktaufsicht FINMA).

Abbildung 1 zeigt eine Einbettung der Ergebnisse in den Gesamtkontext der Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz. Die Ergebnisse sind konsistent mit den Analysen anderer Akteure für das Jahr 2012, welche andere Berechnungsmethoden verwenden. Das BFS kommt auf eine ähnliche Zunahme der Gesundheitsausgaben im stationären Spitalbereich von +9,2 Prozent (gegenüber +7,0% gemäss Obsan).

Abbildung 1: Einbettung der Ergebnisse der Obsan-Studie zur Kostenentwicklung 2010-2012



Lesehilfe: Dargestellt sind im hellgrau hinterlegten Feld die Indikatoren für die Kostenentwicklung im stationären Spitalbereich gemäss Studie des Obsan (Entwicklung in %, 2011/2012; [2010/2011]). Dunkelgrau hinterlegt sind Bereiche, für die keine verlässlichen Daten verfügbar waren.

Quelle: Eigene Darstellung, ausgehend von Obsan 2015a: 57 und 62 f.

Es ist zu früh, um zu entscheiden ob es sich bei dem beobachteten Anstieg der Indikatoren um tatsächliche Kostensteigerungen oder aber punktuelle Anpassungs- und Verlagerungseffekte handelt. Klar ist, dass 2012 weder eine Mengenausweitung (insgesamt stabile Fallzahlen) noch eine systematische Höherkodierung der stationären Fälle (Up-Coding) vorliegt. Jedoch bestehen eine Reihe offener Fragen:

- Unklar ist, ob der Kostenanstieg im stationären Spitalbereich darauf zurückzuführen ist, dass die akutsomatischen Spitäler aufgrund der gestiegenen Relevanz für die Vergütung ihre Leistungen und *Kosten exakter und realitätsnaher dokumentieren*.
- Unklar ist auch, inwieweit der *Einbezug der Anlagenutzungskosten* in die Vergütung der stationären Spitalleistungen die gestiegenen Indikatoren für die Kostenentwicklung erklären kann.
- Dem Kostenanstieg könnte auch ein Preiseffekt zugrunde liegen, falls für das Jahr 2012 *zu hohe Tarife (Baserates)* ausgehandelt und/oder festgesetzt wurden. Die Höhe der Baserates der Jahre 2013 und 2014 weist bereits eine sinkende Tendenz auf.
- Ebenso ist derzeit offen, ob eine *Mengenausweitung von, aus Spitalsicht, rentablen Leistungen* vorliegt (z.B. im elektiven Bereich).
- Zudem können kostenrelevante *Verschiebungen* zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen des Gesundheitswesens (ambulant, stationär, Nachsorge) aktuell nicht beurteilt werden.

Qualitätsentwicklung

Die Qualität der stationären Leistungen scheint sich im Einführungsjahr 2012 weder deutlich verschlechtert noch verbessert zu haben. Dies zeigen erste Ergebnisse von Studien im Auftrag des BAG sowie von Studien im Auftrag anderer gesundheitspolitischer Akteure (gfs.bern 2013; gfs-zürich 2013; hcri AG/ANQ 2014; ISGF 2014; Obsan 2015b; Widmer Beratungen (2012)). Für im Vorfeld der Revision geäusserte Befürchtungen zu negativen Auswirkungen der Revision auf die Qualität der stationären Leistungen fanden sich bisher keine systematischen Belege. Die Revision scheint viele Entwicklungen im stationären Spitalbereich, die bereits vorher eingesetzt haben, zu verstärken. Es gibt Hinweise, dass die Aufenthaltsdauer in der Akutsomatik weiter verkürzt wurde. Zudem gibt es punktuell Anzeichen dafür, dass insbesondere ältere und multimorbide Patientinnen und Patienten früher in den Nachsorgebereich entlassen wurden, was aber keine negativen Folgen nach sich zog. Auch bei der Qualität an den Schnittstellen, bei den Patiententransfers und bei der Aufenthaltsdauer in der Rehabilitation wurden bislang keine negativen Auswirkungen festgestellt. Die im Auftrag des BAG ausgewerteten Qualitätsindikatoren (Mortalitätsraten insgesamt und von vier relevanten Krankheitsbildern, Rehospitalisationsraten, Aufenthaltsdauern, Skill- und Grademix) zeigen mehrheitlich keine Veränderungen im Jahr 2012 im Vergleich zu den Vorjahren. Punktuell haben sich allerdings die Mortalität für spezifische Erkrankungen sowie die Rehospitalisierungsrate in den Spitälern erhöht, die bereits vor 2012 nach DRG abgerechnet haben. Inwiefern es sich um Einzelfälle oder beginnende Trends handelt, lässt sich erst in Zukunft beurteilen. Daher kommt der geplanten, regelmässigen Erfassung der Qualitätsindikatoren zur Beurteilung der weiteren Entwicklung der Qualität der stationären Spitalleistungen grosse Bedeutung zu.

Risikoausgleich

Die Verfeinerung des Risikoausgleichs mit dem zusätzlichen Morbiditätsindikator Spitalaufenthalt («Spital- oder Pflegeheimaufenthalt im Vorjahr») hat gemäss Simulationsrechnungen im Auftrag des BAG die Anreize zur Risikoselektion reduziert (Polynomics 2014). Allerdings wird der erzielte Ausgleich als ungenügend beurteilt, insbesondere weil chronisch kranke Personen zu wenig berücksichtigt werden.

Der Einfluss der Revision auf die Prämienentwicklung kann noch nicht abschliessend beurteilt werden. Als möglichen Hinweis auf eine Angleichung der Prämien wird die Beobachtung gewertet, dass Versicherer mit einer teuren Risikostruktur im Vergleich zu allen Versicherern in den Jahren 2013 und 2014 ein geringes Prämienwachstum hatten. Der Solidaritätstransfer erfolgt hauptsächlich von Personen im erwerbsfähigen Alter, die im Vorjahr keinen Spital- und/oder Pflegeheimaufenthalt hatten, zu Personen mit Aufenthalt in einem Spital und/oder einem Pflegeheim oder zu Personen im Pensionsalter. Am

21. März 2014 hat das Parlament die gesetzliche Grundlage für eine weitere Verfeinerung des Risikoausgleichs geschaffen. Die entsprechende Verordnungsänderung wurde am 15. Oktober 2014 verabschiedet: Der Risikoausgleich wird mit einem zusätzlichen Indikator weiter verfeinert (Arzneimittelkosten). Dabei handelt es sich aber um eine Übergangslösung. Mittelfristig wird der Einbezug von pharmazeutischen Kostengruppen als weitere Morbiditätsindikatoren angestrebt. Dies ändert die Ausgangslage für die Evaluation.

Welche Auswirkungen hat die Revision auf die Hauptakteure des Gesundheitssystems?

Zu den Hauptakteuren des Gesundheitssystems zählen die Leistungserbringer (ambulant und stationär; Spitäler und Nachsorgeinstitutionen), die Versicherten/Patientinnen und Patienten, die Versicherer sowie die Kantone, die für die Gesundheitsversorgung zuständig sind. Bedingt durch die Durchführung der Minimalvariante der Evaluation werden in erster Linie die Auswirkungen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung auf die Spitäler vertieft untersucht. Die Effekte auf alle anderen Akteure können nur sehr beschränkt beurteilt werden.

Auswirkungen auf die Akutspitäler und andere Leistungserbringer

Für die Akutspitäler setzt die Revision theoretisch stärkere Anreize, ihre Prozesse zu optimieren und Leistungen möglichst früh in die Nachsorge zu verlagern. Die Evaluation liefert Hinweise darauf, dass die Spitäler entsprechend reagieren, ohne dass dies erkennbare negative Auswirkungen auf die Qualität der stationären Leistungen hat. Beobachtete Massnahmen zur Verbesserung der Qualität in den Akutspitälern sind beispielsweise die Intensivierung des Austrittsmanagements, die Weiterentwicklung von Informatiksystemen sowie die Optimierung von Behandlungspfaden. Der befürchtete Missbrauch des neuen Tarifsystems SwissDRG durch Höhercodierung und Fallsplitting konnte in der Evaluation für das Jahr 2012 nicht bestätigt werden. Aufgrund von Verlagerungen müssen andere Leistungserbringer zwar Teile der bisherigen Leistungen der Akutspitäler übernehmen. Es gibt aber Hinweise darauf, dass diese Herausforderung von den Nachsorgern bisher nicht negativ bewertet wird. Allerdings wird vor allem in der Langzeitpflege von notwendigen Anpassungen und einem gesteigerten Bedarf an Ressourcen und höher qualifiziertem Personal berichtet. Die erwünschte verstärkte Förderung von Spezialisierungs- und Konzentrationsprozessen der Akutspitäler durch die Revision lässt sich bislang nicht belegen. Es gibt jedoch vereinzelt Anzeichen dafür, dass diese von den Akutspitälern angestrebt werden. Ökonomische Expertinnen und Experten vermuten zudem, dass die bisherigen eher juristisch-administrativen Fusionen von Spitälern mit mehreren Standorten in Zukunft verstärkt durch tatsächliche räumliche Konzentrationen abgelöst werden.

Auswirkungen auf die Versicherer

Zwischen Versicherern und Spitälern bestanden bereits vor der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung Interessenkonflikte. Auch die Revision setzt in manchen Aspekten für die Versicherer gegenläufige Anreize zu den Spitälern. Für Versicherer ist es theoretisch attraktiv, wenn Versicherte möglichst spät in die Rehabilitation verlegt und möglichst lange in Akutspitälern behandelt werden, damit die Fallpauschale für die akutsomatische Behandlung möglichst vollständig ausgeschöpft werden kann. In einer Befragung von Ärztinnen und Ärzten wurde die Vermutung geäussert, dass es deshalb zu Verzögerungen von Kostengutsprachen für die Rehabilitation käme. Zudem besteht bei den Verhandlungen mit den Spitälern zur Festlegung der Baserates für die Versicherer ein Anreiz zu möglichst tiefen Beträgen, während Spitäler eher höhere Beträge möchten. Gleichzeitig ist die Operationalisierung bestimmter Elemente der neuen Spitalfinanzierung noch unklar beziehungsweise umstritten (wie beispielsweise die Höhe des Abzugs für Forschung und universitäre Lehre oder die Durchführung des Benchmarkings). Dies hat mehrfach dazu geführt, dass sich die Tarifpartner nicht über eine Base-rate einigen konnten und die Kantone eine Base-rate festsetzen mussten, welche wiederum häufig von den Tarifpartnern nicht akzeptiert wurde (Klagen vor dem Bundesverwaltungsgericht). Inwieweit die Versicherer auf die Verfeinerung des Risikoausgleichs reagieren, kann aufgrund der Evaluation noch nicht beurteilt werden.

Auswirkungen auf die Versicherten

Die Versicherten sollen über die erweiterte schweizweit freie Spitalwahl Gelegenheit erhalten, den Qualitätswettbewerb zwischen den Spitälern zu fördern. Voraussetzung dafür ist, dass Transparenz

über die Qualität der Spitalleistungen besteht. In einer Evaluationsstudie wurde aber vermutet, dass eine weiterhin bestehende Informationsasymmetrie zwischen Spitälern sowie Patientinnen und Patienten diesen Mechanismus hemmt. Im Vorfeld der Revision wurde befürchtet, dass die Massnahmen negative Auswirkungen auf bestimmte vulnerable Gruppen wie ältere und chronisch kranke Personen haben könnten. Bisher gibt es vereinzelt Hinweise darauf, dass die Spitäler solche vulnerablen Gruppen frühzeitig in Nachsorgeinstitutionen verlegen. Im Moment zeigt sich aber nicht, dass dies von Nachteil für die betroffenen Patientinnen und Patienten ist. Die Ergebnisse weiterer Studien zu diesem Thema stehen aber noch aus.

Auswirkungen auf die Kantone

Die KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung hat nichts an der verfassungsmässigen Zuständigkeit der Kantone für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung geändert. Gleichzeitig sollen der Wettbewerb zwischen den Spitälern und die unternehmerischen Freiheiten der Spitäler gestärkt werden. Die Kantone können in ihrer Mehrfachrolle über die Spitalplanung, über den Leistungseinkauf und über das Tarifwesen Einfluss nehmen auf die Rahmenbedingungen der Spitäler. Zudem sind sie als Akteure an der Finanzierung und zum Teil am Betrieb der Spitäler beteiligt, sodass sie Einfluss haben auf die Betriebs- und Investitionskosten, die Finanzierung gemeinwirtschaftlicher Leistungen sowie auf die Vergabe von Krediten. Als wichtige Finanziierer von KVG-pflichtigen Spitalleistungen haben die Kantone ein Interesse daran, die Kosten für stationäre Leistungen zu begrenzen, solange dadurch der Versorgungsauftrag nicht gefährdet wird. Den Kantonen stellt sich damit bei der Umsetzung der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung die schwierige Aufgabe, ihre versorgungspolitischen und finanziellen Verantwortlichkeiten wahrzunehmen und zugleich dem Leistungswettbewerb und dem unternehmerischen Handeln der Spitäler genügend Spielraum zu lassen. Wie mehrere Studien im Auftrag anderer gesundheitspolitischer Akteure ergaben, ist die Ausgestaltung der Umsetzung der Revision im Jahr 2012 sehr heterogen (Credit Suisse Group AG 2013; Polynomics 2013; Universität Zürich/Poledna Boss Kurer AG 2014). Dies bedeutet, dass die Auswirkungen auf die Spitäler und die Kosten zu Lasten der OKP kantonal sehr unterschiedlich sind. Aufgrund von Übergangsbestimmungen greifen die gesetzlichen Vorgaben der Revision zur Umsetzung in den Kantonen erst im Jahr 2017 vollständig. Daher wird dieser Themenbereich erst Gegenstand der Evaluation in der kommenden, zweiten Etappe sein.

Finanzielle Umverteilungswirkungen der Revision

Die verfügbaren Daten zeigen, dass aufgrund der Zunahme der Kosten auch die Finanzierungslast für die kostentragenden Akteure insgesamt gestiegen ist (Obsan 2015a). Die vom Gesetzgeber mit der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung beabsichtigte Umverteilung der Finanzierungslasten zeichnet sich jedoch bereits ab. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Revision im Jahr 2012 zu einer Umverteilung der Kosten der stationären Spitalleistungen weg von den Zusatzversicherungen hin zu den Kantonen geführt hat. Im Spitalzusatzversicherungsbereich kam es erwartungsgemäss zu einer deutlichen Kostensenkung. Innerhalb der KVG-pflichtigen Leistungsfinanzierung ist eine erwünschte Verschiebung der Kostenanteile von der OKP hin zu den Kantonen erfolgt. Allerdings schliesst die Finanzierung der stationären Spitalleistungen nun auch Kosten der Akutspitäler ein, die früher von den Kantonen alleine und über andere Rechnungen getragen wurden (z.B. Anlagenutzungskosten). Die Beurteilung der Umverteilung der Kosten fokussiert auf den stationären Spitalbereich. Inwiefern eine Umverteilung der Kosten im gesamten Versorgungssystem stattfindet, also einschliesslich der Kosten im ambulanten Bereich sowie in nachgelagerten Bereichen, kann im Moment nicht beurteilt werden. Die Finanzierungssituation in den Kantonen ist nach wie vor heterogen. Unterschiede bestehen insbesondere bei den kantonalen Anteilen zur Vergütung der stationären KVG-Leistungen sowie bei der Finanzierung von Investitionen und von gemeinwirtschaftlichen Leistungen.

Welchen Beitrag leistet die Revision zur Erreichung der drei Hauptziele des KVG?

Die Umsetzung der Massnahmen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung ist sowohl auf gesamtschweizerischer wie auf kantonaler Ebene unterschiedlich weit fortgeschritten. Da bei einzelnen Massnahmen der Revision Übergangsfristen vorgesehen sind, ist der Zeitpunkt für eine Beurtei-

lung des Beitrags der Revision zur Erreichung der Hauptziele des KVG zu früh. Es können aber folgenden Aussagen, bezogen auf das Einführungsjahr 2012, hinsichtlich der drei Hauptziele des KVG gemacht werden:

KVG-Ziel Eindämmung des Kostenwachstums

Im Jahr 2012 zeigen die Indikatoren für die Kostenentwicklung im Gesundheitssystem und in der OKP kein verringertes Wachstum. Es ist im Gegenteil verschiedentlich zu einer Akzentuierung der Entwicklung gekommen, wobei unklar bleibt, ob es sich um punktuelle Beobachtungen oder den Beginn neuer Tendenzen handelt. Zum jetzigen Zeitpunkt sind fehlende Belege für eine Eindämmung des Kostenwachstums nicht als Versagen der Wirkmechanismen zu interpretieren. Eine tiefgreifende Reform wie die KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung zieht eine Übergangsphase nach sich, die von Verschiebungen zwischen Bereichen, verschiedenen Anpassungsreaktionen der Akteure und einzelnen Unstimmigkeiten geprägt ist. Ähnliche Phänomene wurden auch im Jahr 2004 bei der Einführung des neuen Tarifsystems TARMED beobachtet. Um die Auswirkungen der Revision auf die Kosten des Versorgungssystems zuverlässiger beurteilen zu können, muss das neue Finanzierungssystem stabiler etabliert sein und es müssen längere Datenreihen zur Verfügung stehen.

KVG-Ziel Sicherstellung Zugang zu qualitativ hochstehender Versorgung

Eine Beeinträchtigung der Erreichung des Ziels, den Zugang zu einer qualitativ hochstehenden Versorgung für alle sozialen Gruppen weiter sicherzustellen, lässt sich nicht komplett ausschliessen. Zwar scheint aufgrund der verfügbaren Daten die Qualität der stationären Versorgung im Einführungsjahr 2012 nicht gelitten zu haben. Gleichzeitig gibt es punktuelle Hinweise darauf, dass das Vergütungssystem der Behandlung chronisch kranker und multimorbider Patientinnen und Patienten nicht gerecht wird. Daraus könnte eine unerwünschte Patientenselektion resultieren, die solche Patientinnen und Patienten benachteiligt. Bislang hat sich in den verfügbaren Studien keine solche Benachteiligung gezeigt. Zukünftige Untersuchungen werden erweisen, inwiefern eine qualitativ hochstehende Versorgung für Alle nachhaltig, also auch nach Stabilisierung des neuen Systems, gesichert ist.

KVG-Ziel Solidarität zwischen den Versicherten

Die Solidarität zwischen den Versicherten wird hauptsächlich mittels Einheitsprämien und korrekten Rabattierungsregeln sichergestellt. Der verfeinerte Risikoausgleich soll diese Solidarität stärken oder zumindest nicht weiter strapazieren³. Versicherer sollen erfolgreich sein, wenn sie kostenbewusst arbeiten (geringe Verwaltungskosten, effiziente Kontrolle der vergüteten Leistungen) und für Ihre Versicherten qualitativ hochstehende Dienstleistungen erbringen. Eine vornehmlich auf Risikoselektion beruhende Geschäftsstrategie – und somit eine Ungleichbehandlung der Versicherten – soll dagegen künftig unattraktiv sein und nicht mehr belohnt werden.

In diesem Sinne hat sich der verfeinerte Risikoausgleich gemäss den Simulationsrechnungen bewährt. Die weitere Verfeinerung des Risikoausgleichs (ab 2017)⁴ setzt dort an, wo sich weiterer Optimierungsbedarf wegen der zu schwachen Berücksichtigung von chronisch Kranken gezeigt hat.

Erweisen sich die Massnahmen der Revision als zweckmässig im Hinblick auf die Kosteneindämmung in der OKP?

Ob sich die im Rahmen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung getroffenen Massnahmen wirklich eignen, eine Eindämmung des Kostenwachstums in der OKP zu erzielen, kann zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht beurteilt werden. Es stehen fast nur Daten aus dem Jahr 2012 zur Verfügung, welche keine validen Aussagen über die mittel- und längerfristigen Auswirkungen der Revision ermöglichen. Es zeigt sich aber, dass sich 2012 verschiedene kostenrelevante Entwicklungen im Versorgungssystem bestätigt haben, die bereits vor der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung gestartet sind und von dieser akzentuiert werden sollen. Hierzu zählen insbesondere die Verkürzung der Verweildauer in den Spitälern sowie eine Verlagerung von gewissen stationären Leistungen in andere

³ Dies gilt im Grunde auch für die Wirkungen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung.

⁴ Das Parlament hat im März 2014 eine Änderung des Risikoausgleichs beschlossen. Neu kann der Bundesrat in der Verordnung zusätzliche geeignete Indikatoren der Morbidität festlegen und beim Risikoausgleich berücksichtigen. Ab dem Ausgleichsjahr 2017 werden als weiterer Indikator für die Morbidität die Arzneimittelkosten im Vorjahr berücksichtigt. Die entsprechende Änderung der VORA wurde vom Bundesrat am 15. Oktober 2014 verabschiedet (BAG 2014b). Dabei handelt es sich aber um eine Übergangslösung. Mittelfristig wird der Einbezug von pharmazeutischen Kostengruppen als weitere Morbiditätsindikatoren angestrebt.

Bereiche. Zudem wird davon ausgegangen, dass es zu weiteren Konzentrationsprozessen in der Spitallandschaft kommt. Gleichzeitig gibt es Anzeichen von Verbesserungen der Qualität im Sinne von Prozessoptimierungen in den Spitälern. Verschlechterungen der Ergebnisqualität in der Versorgung lassen sich dagegen bisher nicht erkennen. Allerdings sind die kantonalen Rahmenbedingungen im Jahr 2012 noch sehr unterschiedlich. Das Versorgungssystem wird sich erst nach einem mehrjährigen Prozess auf die neue Spitalfinanzierung eingestellt haben. Erst dann werden sich die Wirkungen der Revision verbindlich beurteilen lassen. Mindestens bis dahin bleibt das Erfordernis einer Kostendämpfung im Gesundheitswesen generell und im stationären Sektor im Besonderen bestehen. Auch zeichnet sich nicht ab, dass die verschiedenen Faktoren, welche seit Jahren einen Einfluss auf die Kosten im Gesundheitswesen haben, an Bedeutung verlieren (technischer Fortschritt, demografische Entwicklung usw.).

Welche Empfehlungen können aus der Evaluation abgeleitet werden?

Aus den bisher vorliegenden Ergebnissen der Evaluation können folgende Empfehlungen hinsichtlich Handlungsbedarf und Planung der zweiten Etappe der Evaluation abgeleitet werden.

Handlungsbedarf

Die KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung befindet sich noch in der Umsetzungsphase und es ist kein unmittelbarer gesetzgeberischer Handlungsbedarf erkennbar. Wichtig ist, dass der Bund die Umsetzung weiterhin verfolgt und begleitet, um die Umsetzung im Sinne des Gesetzgebers sicherzustellen. Entsprechend steht das BAG im engen und regelmässigen Austausch mit den involvierten Akteuren. Aktuelle Probleme und Fragen betreffend Umsetzung der Revision (wie bspw. Tarifbeschwerdeverfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht, zu wenig differenzierte Tarifstruktur für den akutsomatischen Bereich, verzögerte Erarbeitung der schweizweit einheitlichen Tarifstrukturen in den stationären Bereichen der Psychiatrie und Rehabilitation) verdeutlichen, dass die vollständige Umsetzung der Massnahmen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung und die entsprechende Festigung des Systems Zeit benötigen. Wichtig erscheint insbesondere die systematische Umsetzung der Massnahmen durch die Kantone. Dabei sollte auch die gewünschte Steigerung der Transparenz (z.B. beim Leistungseinkauf oder bei Subventionierungen) erwirkt werden.

Die Regulierung im Bereich des Risikoausgleichs wurde 2014 bereits angepasst. In einem ersten Schritt soll ab 2017 ein zusätzlicher Morbiditätsindikator für Arzneimittelkosten eingeführt werden, in einem zweiten Schritt folgt ein Indikator für pharmazeutische Kostengruppen. Damit wird insbesondere der Risikoausgleich für Versicherer mit chronisch kranken Personen, die mehrheitlich ambulant behandelt werden, verbessert. Das BAG ist aktuell an der Vorbereitung der Umsetzung der entsprechenden Massnahmen. Mit der Verfeinerung des Risikoausgleichs sollen die Versicherer für effizientes Management (und guten Service für ihre Versicherten) belohnt werden.

Zweite Etappe der Evaluation

Für die zweite Etappe der Evaluation wird an der bestehenden Grundkonzeption festgehalten. Gestützt auf den Bundesratsentscheid vom 25. Mai 2011, soll sich auch die zweite Etappe der Evaluation von 2016 bis 2019 an der Minimalvariante gemäss der Machbarkeits- und Konzeptstudie, welche 2010 durchgeführt wurde, orientieren. Diese bedeutet eine Fortführung der bisherigen Datenanalysen in den Bereichen Kosten und Finanzierung sowie Qualität der stationären Leistungen. Zudem soll das Verhalten der Spitäler vertieft hinsichtlich Mengenentwicklung und Verlagerungen von Leistungen untersucht werden. Zudem sollen die kantonalen Spitalplanungen sowie die Leistungsspektren und -volumina der Spitäler analysiert werden. Die Auswirkungen der im Jahr 2014 beschlossenen weiteren Verfeinerung des Risikoausgleichs sollen nicht mehr im Rahmen dieser Evaluation untersucht werden.

Literaturverzeichnis

B,S,S. (2014): Einfluss der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf das Verhalten der Spitäler – Erste Bestandesaufnahme und Konzeptstudie. Schlussbericht. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Verfasst von: Kägi, Wolfram/Frey, Miriam/Lobsiger, Michael. Basel.

BAG (2015): Gesamtkonzept Evaluation KVG-Revision Spitalfinanzierung (Version vom 13. Mai 2015). Verfasst von: Weber, Markus/Vogt, Christian. Bern.
<<http://www.bag.admin.ch/EvalSpitalfinanzierung>>, Zugriff am 13.5.2015.

Berner Fachhochschule/Université de Genève/Universität Zürich (2010): KVG-Revision Spitalfinanzierung: Machbarkeits- und Konzeptstudie zur Evaluation. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). Verfasst von: Pellegrini, Sonia/Widmer, Thomas/Weaver, France/Fritschi, Tobias/Bennett, Jonathan. Bern, Genf und Zürich.

Credit Suisse Group AG (2013): Gesundheitswesen Schweiz 2013. Der Spitalmarkt im Wandel. Verfasst von Christen, Andreas/Hänggi, Philipp/Kraft, Christian/Künzi, Damian/Merki, Manuela/Ruffner, Jan. Zürich.
<<https://www.credit-suisse.com/media/production/pb/docs/unternehmen/kmugrossunternehmen/gesundheitsstudie-de.pdf>>, Zugriff am 3.6.2014.

gfs.bern (2013): Gute Patientenversorgung trotz administrativem Aufwand – punktuelle Probleme. Schlussbericht 2013, Begleitstudie anlässlich der Einführung von SwissDRG im Auftrag der FMH, 3. Befragung 2013. Verfasst von: Golder, Lukas/Longchamp, Claude/Beer, Cindy/Tschöpe, Stephan/Rochat, Philippe/Gauch, Carole/Schwab, Johanna. Bern.
<http://www.fmh.ch/stationaere_tarife/begleitforschung/rahmenbedingungen_aerzteschaft.html>, Zugriff am 3.6.2014.

gfs-zürich (2013): Vulnerable Gruppen und DRG. Schlussbericht einer qualitativen Erhebung bei Hausärzten, Spitex und Heimen zu den Auswirkungen durch die Einführung von Fallpauschalen mit speziellem Fokus auf vulnerable Patientengruppen im Auftrag vom Institut Dialog Ethik. Verfasst von: Abele, Martin/Blumenfeld, Nina. Zürich.

hcri AG/ANQ (2014): Nationale Patientenbefragung 2012. Kurzfassung – Nationaler Vergleichsbericht. März 2014, Version 1.0. Bern.

ISGF (2014): Evaluation der Auswirkungen der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Qualität an den Schnittstellen (Schnittstellenstudie). Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG). Verfasst von: Frick, Ulrich/Dickson-Spillmann, Maria/Krischker, Stefan/Wiedermann, Wolfgang/Wiedenhöfer, Dirk/Schaub, Michael. Zürich.

Obsan (2015a): Evolution des coûts et du financement du système de soins depuis l'introduction du nouveau financement hospitalier. Etude de base 2010–2012. Rapport final. Rapport sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Verfasst von: Pellegrini, Sonia/Roth, Sacha. Neuchâtel.

Obsan (2015b): Les effets de la révision de la LAMal sur la qualité des prestations des hôpitaux dans le domaine stationnaire. Étude principale. 1e étape. 2008–2012. Rapport sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Verfasst von: Kohler, Dimitri/Widmer, Marcel/Weaver, France. Neuchâtel.

Polynomics (2013): Die Spitalversorgung im Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik, Studie im Auftrag von comparis.ch. Verfasst von: Widmer, Philippe/Telser, Harry. Olten.
<http://www.polynomics.ch/dokumente/Polynomics_Spitalregulierung_Schlussbericht.pdf>, Zugriff am 15.9.2014.

Polynomics (2014): Evaluation zu den Auswirkungen des verfeinerten Risikoausgleichs auf den Krankenversicherungswettbewerb. Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit. Zwischenbericht zur ersten Etappe. Verfasst von: Trottmann, Maria/Telser, Harry. Olten.
<<http://www.bag.admin.ch/evaluation/01759/07350/12642/13697/index.html?lang=def>>, Zugriff am 15.9.2014.

Universität Zürich/Poledna Boss Kurer AG (2014). Spitalsubventionen und neue Spitalfinanzierung – Ein Rechtsvergleich kantonalen Wirkens im Spannungsverhältnis von Wettbewerbsneutralität und kantonomer Autonomie. Verfasst von: Poledna, Tomas/Vokinger, Kerstin Noëlle. In: Jusletter vom 18. August 2014.

Widmer Beratungen (2012): Zwischenbilanz: Wie wirkt sich die Einführung von SwissDRG auf die Langzeitpflege aus, Studie im Auftrag von CURAVIVA Schweiz, Fachbereich Alter. Verfasst von: Widmer, Roland. Basel.

Impressum

© Bundesamt für Gesundheit

Herausgeber

Bundesamt für Gesundheit

Steuergruppe

Sandra Schneider (Vorsitz), Bruno Fuhrer, Vincent Koch, Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung (KUV) und Herbert Brunold, Direktionsbereich Gesundheitspolitik (GP).

Leitung Evaluationsprojekt im BAG

Markus Weber, Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F) und Christian Vogt, Sektion Tarife und Leistungserbringer I (TARLE I)

Weitere Informationen und Bezugsquelle

Bundesamt für Gesundheit

Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F)

3003 Bern

evaluation@bag.admin.ch

www.bag.admin.ch/EvalSpitalfinanzierung

Die Kurzfassung steht auch in französischer Sprache zur Verfügung. Sie kann als PDF-Datei unter folgendem Link heruntergeladen werden:

www.bag.admin.ch/EvalFinancementHospitalier