

Globalbudgets in den Kantonen im akutstationären Spitalbereich: Anwendung und Wirkungen unter der neuen Spitalfinanzierung

Schlussbericht

Im Auftrag des
Bundesamtes für Gesundheit (BAG)

Autor/innen:
Michael Lobsiger
Miriam Frey

Basel, den 06.05.2019

Vertragsnummer: 16.926347

Laufzeit: November 2016 – Dezember 2018

Datenerhebungsperiode: August 2017 – November 2017

Leitung Evaluationsprojekt
im BAG: Cornelia Stadter,
Sektion Tarife und Leistungserbringer stationär

Stellvertretung: Markus Weber,
Fachstelle Evaluation und Forschung

Meta-Evaluation: Der vorliegende Bericht wurde vom BAG extern in Auftrag gegeben, um eine unabhängige und wissenschaftlich fundierte Antwort auf zentrale Fragen zu erhalten. Die Interpretation der Ergebnisse, die Schlussfolgerungen und allfällige Empfehlungen an das BAG und andere Akteure können somit von der Meinung, respektive dem Standpunkt des BAG abweichen.

Der Entwurf des Berichts war Gegenstand einer Meta-Evaluation durch das BAG und die Begleitgruppe. Die Meta-Evaluation (wissenschaftliche und ethische Qualitätskontrolle einer Evaluation) stützt sich auf die Qualitätsstandards der Schweizerischen Evaluationsgesellschaft (SEVAL-Standards). Das Ergebnis der Metaevaluation wurde dem Evaluationsteam mitgeteilt und fand Berücksichtigung im vorliegenden Bericht.

Bezug: Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern,
Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F),
www.bag.admin.ch/evaluationsberichte

Originalsprache: Deutsch

Korrespondenzadresse: B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung AG, Aeschengraben 9, CH-4051 Basel, Tel: 061-262 05 55, Fax: 061-262 05 57, E-Mail: contact@bss-basel.ch

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	ix
Résumé	xix
Sintesi	xxx
1. Ausgangslage.....	1
2. Konzept der Studie.....	2
3. Anwendung der Globalbudgets und alternativer Instrumente der Mengensteuerung.....	5
3.1. Instrument "Globalbudget" und alternative Instrumente der Mengensteuerung.....	5
3.2. Kantone mit Globalbudgets und alternativen Instrumenten der Mengensteuerung	8
3.3. Ausgestaltung in den Kantonen	10
3.3.1. Kanton Tessin	10
3.3.2. Kanton Waadt	12
3.3.3. Kanton Genf.....	15
3.3.4. Übersicht.....	17
3.3.5. Kantone Wallis und Neuenburg	18
4. Vereinbarkeit der Umsetzung von Art. 51 KVG mit der neuen Spitalfinanzierung	21
4.1. Mit der Einführung des DRG-Systems verbundene Ziele	21
4.2. Prinzipien der neuen Spitalfinanzierung.....	23
5. Wirkungen der Globalbudgets und alternativer Instrumente der Mengensteuerung.....	29
5.1. Kosteneindämmung.....	30
5.1.1. Methoden und Grenzen.....	30
5.1.2. Darstellung Entwicklung	35
5.1.3. Beurteilung Entwicklung	50
5.2. Wettbewerb und Effizienz.....	55
5.2.1. Methoden und Grenzen.....	56
5.2.2. Finanzieller Druck.....	57
5.2.3. Reaktionen der Spitäler.....	57
5.2.4. Beurteilung.....	60
6. Fazit	61
Anhang I: Wirkungen der Globalbudgets.....	67
Anhang II: Fachgespräche.....	87

Anhang III: Begleitgruppe.....	95
Literaturverzeichnis.....	96

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Schematische Darstellung Vergütungsmodelle.....	6
Abbildung 2	Beispielhafte Darstellung Veränderung Vergütung Spital, TI.....	12
Abbildung 3	Beispielhafte Darstellung Veränderung Vergütung Spital, VD.....	14
Abbildung 4	Entwicklung OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf), indexiert, 2005-2015	37
Abbildung 5	Entwicklung Ausgaben Kantone für stationäre Spitalleistungen (inkl. GWL, inkl. kantonale Investitionen, gesamter stationärer Spitalbereich) (pro Kopf), 2005-2015.....	45
Abbildung 6	Entwicklung Anteil Ausgaben OKP spitalstationär (Akutsomatik) am nationalen BIP, indexiert, 2005-2015.....	51
Abbildung 7	Entwicklung Anteil Ausgaben Kantone für stationäre Spitalleistungen (inkl. GWL, inkl. kantonale Investitionen, gesamter stationärer Spitalbereich) am nationalen BIP, indexiert, 2005-2015.....	52
Abbildung 8	Vergütungssystemlandschaft vor Einführung von SwissDRG	67
Abbildung 9	Jährliches Wachstum OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik) und dessen Zusammensetzung, 2012-2015.	75
Abbildung 10	Entwicklung Anteil Ausgaben OKP (Total) am BIP, indexiert, 2005- 2015.....	76
Abbildung 11	Entwicklung Anteil Ausgaben Spitalbereich am BIP, indexiert, 2005- 2015.....	76
Abbildung 12	Entwicklung OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf), 2005-2015	77
Abbildung 13	Entwicklung OKP-Ausgaben ambulant (spital- und praxisambulant) (pro Kopf), 2005-2015.....	77
Abbildung 14	Entwicklung OKP-Ausgaben Total (alle Leistungsarten) (pro Kopf), 2005-2015	78
Abbildung 15	Entwicklung Ausgaben Kantone für stationäre Spitalleistungen (inkl. GWL, gesamter stationärer Spitalbereich) (pro Kopf), 2005-2015.....	78
Abbildung 16	Entwicklung Ausgaben aller Finanzierungsträger für den Spitalbereich (pro Kopf), 2010-2015.....	79
Abbildung 17	Entwicklung OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf), beobachtet und altersbereinigt, 2005-2015.....	81
Abbildung 18	Entwicklung OKP-Ausgaben ambulant (spital- und praxisambulant) (pro Kopf), beobachtet und altersbereinigt, 2005-2015.....	82
Abbildung 19	Entwicklung OKP-Ausgaben Total (alle Leistungsarten) (pro Kopf), beobachtet und altersbereinigt, 2005-2015.....	82
Abbildung 20	Finanzieller Druck 2016 und vor 2012.....	84

Abbildung 21	Veränderung finanzieller Druck, vor 2012 bis 2016.....	85
Abbildung 22	Reaktionen auf finanziellen Druck.....	86
Abbildung 23	Einschätzungen zu Reaktionen der Spitäler aufgrund der KVG-Revision in Bezug auf Mengenveränderungen.....	87

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Methodentabelle.....	4
Tabelle 2	Übersicht Anwendung Globalbudgets nach Art. 51 KVG und alternativer Instrumente der Mengensteuerung	9
Tabelle 3	Übersicht Anwendung Globalbudgets nach Art. 51 KVG.....	17
Tabelle 4	Vereinbarkeit mit den mit der Einführung des DRG-Systems verbundenen Zielen.....	22
Tabelle 5	Vereinbarkeit mit Prinzipien KVG-Revision.....	24
Tabelle 6	Anreizwirkungen lineare DRG-basierte Vergütung und Globalbudgets.	26
Tabelle 7	Durchschnittliches jährliches Wachstum Fälle pro Kopf und Ausgaben pro Kopf, 2012-2015	36
Tabelle 8	Einfluss der Alterung auf die Entwicklung der OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf), 2005-2015 / 2012-2015	41
Tabelle 9	Durchschnittliches jährliches Wachstum kantonale Ausgaben für stationäre Spitalleistungen (pro Kopf, gesamter stationärer Spitalbereich), 2012-2015 / 2013-2015	46
Tabelle 10	Bewertung Ausgabenentwicklung im Vergleich zur nationalen BIP-Entwicklung	54
Tabelle 11	Übersicht Indikatoren.....	68
Tabelle 12	Durchschnittliches jährliches Wachstum Fälle und Kosten OKP, BIP und Lohn, Basisresultate, 2005/2011-2012/2015.	70
Tabelle 13	Durchschnittliches jährliches Wachstum Fälle und Kosten OKP, BIP und Lohn, Robustheitstest, 2005/2011-2012/2015.	71
Tabelle 14	Durchschnittliches jährliches Wachstum Ausgaben Kantone und Spitalbereich, Basisresultate, BIP und Lohn, 2005/2011-2012/2015.....	72
Tabelle 15	Durchschnittliches jährliches Wachstum Ausgaben Kantone und Spitalbereich, Robustheitstest, BIP und Lohn, 2005/2011-2012/2015....	73
Tabelle 16	Abschätzung Einfluss Anhebung Finanzierungsschlüssel auf durchschnittliches jährliches Wachstum der OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik), 2012-2015	74
Tabelle 17	Anteil OKP an Ausgaben für stationäre Spitalleistungen (inkl. GWL)...	74
Tabelle 18	Interkantonale Patientenströme.....	83
Tabelle 19	Fachgespräche Institutionen	87
Tabelle 20	Mitglieder der Begleitgruppe	95

Abkürzungsverzeichnis

Andere	Gruppe der Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet hat.
AP-DRG	All Patient Diagnosis Related Groups
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
BIP	Bruttoinlandsprodukt
CM	Case Mix
DRG	Diagnosis Related Groups (diagnosebezogene Fallgruppen, in der Schweiz: SwissDRG)
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GB	Gruppe der Kantone, die im Zeitraum zwischen 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet hat.
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GWL	Gemeinwirtschaftliche Leistungen
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
MOKKE	Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
SEM	Staatssekretariat für Migration
SGK-N	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates
VGR	Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung
VP	Versicherte Person

Zusammenfassung

Ausgangslage und Methodik

Am 1. Januar 2009 ist die Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) im Bereich Spitalfinanzierung in Kraft getreten. Die Revision umfasste mehrere Massnahmen, eine der zentralsten ist die Einführung einer leistungsorientierten Vergütung, welche in der Akutsomatik seit dem Jahr 2012 mittels Fallpauschalen (sog. DRG-System) umgesetzt wird. Die Auswirkungen der KVG-Revision werden durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) aktuell in drei Themenbereichen untersucht (2. Etappe der Evaluation).¹

B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung wurde mit der Evaluation in einem dieser Themenbereiche – Kosten und Finanzierung des Versorgungssystems – beauftragt. Im Rahmen des Mandats wurde die vorliegende Studie erarbeitet. Diese stellt Grundlagen zur Erfüllung des Postulats 14.3385 *"Fallpauschalen und Globalbudgets. Evaluation der Systeme in den Kantonen"* bereit. Mit dem Postulat wird der Bundesrat beauftragt, einen Vergleich zwischen Kantonen, die das Steuerungsinstrument der Globalbudgets nach Art. 51 KVG anwenden, und Kantonen, die davon nicht Gebrauch machen, vorzunehmen und Auskunft darüber zu geben, ob die mit der Einführung von SwissDRG verfolgten Ziele in Kantonen mit Globalbudgets erreicht werden.² Gemäss Pflichtenheft soll die vorliegende Analyse vier Fragen beantworten:

- Welche Kantone machen im akutsomatischen Bereich von Globalbudgets nach Artikel 51 KVG Gebrauch?
- Wie wenden diese Artikel 51 KVG an?
- Wie wird sichergestellt, dass die Umsetzung von Artikel 51 KVG mit den Prinzipien der neuen Spitalfinanzierung vereinbar ist bzw. wie wurden allfällige Widersprüche gelöst?
- Welche Auswirkungen haben Globalbudgets auf die Leistungsmengen und die Kosten³ des akutsomatischen Bereichs im Vergleich zu Kantonen, die Artikel 51 KVG nicht anwenden?

Ausgehend von diesen vier Fragestellungen haben wir zwei evaluative Fragen formuliert, die im Rahmen dieser Analyse ebenfalls beantwortet werden sollen:

- Ist die Umsetzung von Art. 51 KVG mit den Prinzipien der neuen Spitalfinanzierung vereinbar?

¹ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/evaluationsberichte/evalber-kuv/evalber-kvg-revision-spitfi.html>

² Ein Globalbudget stellt ein Finanzierungsinstrument dar, bei welchem ein pauschaler Betrag für eine bestimmte Leistungserbringung gewährt wird, über das der Leistungserbringer frei verfügen kann. Gemäss Art. 51 Abs. 1 KVG kann der Kanton als finanzielles Steuerungsinstrument einen Gesamtbetrag für die Finanzierung der Spitäler oder der Pflegeheime festsetzen.

³ In diesem Bericht stehen die Ausgaben verschiedener Kostenträger für akutsomatische Leistungen im Fokus. Aus diesem Grund werden Kosten und Ausgaben synonym verwendet. Es wird der im jeweiligen Kontext geläufige Begriff verwendet.

- Inwiefern werden die Ziele, die mit der Einführung des DRG-Systems verfolgt werden, in Kantonen, die von Art. 51 KVG Gebrauch machen, erreicht?

Methodisch wurden verschiedene Erhebungstechniken angewandt: leitfadengestützte Fachgespräche mit Vertreter/innen von Kantonen mit Globalbudgets, Dokumentenanalyse, standardisierte Spital- und Kantonsbefragung⁴, Auswertung sekundärer Datenquellen. Für eine Validierung und Ergänzung der Bestandsaufnahme in Bezug auf Kantone mit Globalbudgets gemäss Art. 51 KVG und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung mit ähnlicher Wirkung wie Globalbudgets für den Zeitraum 2012-2017 wurde zusätzlich eine (vornehmlich) telefonische Befragung bei allen Kantonen durchgeführt.

Methodentabelle

Thema/Frage \ Methode	Fachgespräche	Dokumentenanalyse	Spital- und Kantonsbefragung	Befragung der Kantone (B,S,S.)	Sekundäre Datenquellen
Kantone mit Globalbudgets gemäss Art. 51 KVG (bezogen auf das Jahr 2017)		x	x		
Kantone mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung mit ähnlicher Wirkung wie Globalbudgets (bezogen auf die Jahre 2012-2017)		x		x	
Anwendung von Art. 51 KVG	x	x			
Vereinbarkeit der Umsetzung	x	x			
Auswirkungen	x		x		x

Anwendung der Globalbudgets nach Art. 51 KVG in der Akutsomatik

Im Jahr 2017 wendeten drei Kantone Globalbudgets gemäss Art. 51 KVG zur Finanzierung der Spitäler an. Dies waren die Kantone Tessin, Waadt und Genf. In der im Jahr 2017 angewandten Umsetzung wurde das Instrument primär zur Mengensteuerung eingesetzt und stellte eine Mischform zwischen Globalbudgets gemäss ökonomischer Theorie (fixer Beitrag unabhängig von der effektiven Leistungsmenge) und der DRG-Vergütung (leistungsorientierte Vergütung mittels Beitrag pro Fall) dar.

Die Berechnung der Globalbudgets basierte vornehmlich auf prognostizierten oder vergangenen Leistungsmengen, in einem Fall zusätzlich auch auf dem Budget aus dem Vorjahr (u.U. mit Anpassungen aufgrund von Abweichungen davon); bei Überschreitung der festgelegten Mengen bzw. des Budgets wurden die zusätzlich erbrachten Leistungen teilweise oder gar nicht vergütet. Das heisst: Auch wenn ein Globalbudget angewandt wurde, war dieses nicht (in jedem Fall) unabhängig von der (tatsächlich) erbrachten Leistungsmenge.

⁴ Diese Befragungen wurden im Herbst 2017 im Rahmen der 2. Etappe der Evaluation KVG-Revision Spitalfinanzierung durch die Beratungsbüros INFRAS (Spitäler) und econcept (Kantone) durchgeführt.

Die konkrete Ausgestaltung kann durch folgende Eckpunkte zusammengefasst werden:

- Betroffene: Alle Spitäler oder auch nur eine Auswahl von Spitälern mit kantonalem Leistungsauftrag
- Berechnung: Fallzahlen bzw. Case Mix (Berechnungsgrundlage: Fallzahlen resp. Case Mix früherer Jahre oder gemäss Bedarfsplanung), teilweise auch Rückgriff auf Budget aus dem Vorjahr (u.U. mit Anpassungen aufgrund von Abweichungen davon)
- Vergütung (Kantonsanteil) bei einer Überschreitung der festgelegten Mengen: unterschiedlich, teilweise vergütet (analog muss bei einer Unterschreitung ein Teil der Vergütung rückerstattet werden), teilweise geht Überschreitung auch vollständig zu Lasten des Leistungserbringers
- Versicherer: DRG-Vergütung
- Ausserkantonale Spitalwahl: nicht betroffen

Vereinbarkeit mit den Prinzipien der neuen Spitalfinanzierung

Mit der Einführung des DRG-Systems wurden verschiedene Ziele verfolgt, insbesondere eine Kosteneindämmung durch wirtschaftliche Anreize, die Verstärkung von Wettbewerb und Effizienz sowie eine Erhöhung der Transparenz. Um diese und weitere Ziele zu erreichen, kennt die neue Spitalfinanzierung verschiedene Prinzipien resp. Elemente:

- Leistungsorientierung bei der Finanzierung und bei der Planung
- Gleichbehandlung von öffentlichen und privaten Spitälern
- Dual-fixe Finanzierung durch Kantone und Versicherungen
- Stärkung der Freiheit der Versicherten bei der Wahl eines Spitals
- Auf einheitlichen Kriterien basierende, interkantonal koordinierte, bedarfsgerechte Planung

Es stellt sich die Frage, inwieweit das Instrument der Globalbudgets bzw. die Umsetzung von Art. 51 KVG mit diesen Prinzipien vereinbar ist. Zur Beantwortung dieser Frage wird die Umsetzung im Jahr 2017 herangezogen. Eine Analyse auf Basis der theoretischen Wirkungsmechanismen von Globalbudgets zeigt, dass die Vereinbarkeit grundsätzlich bejaht werden kann, vieles aber von der konkreten Umsetzung abhängt. Während das Konzept der Globalbudgets gemäss ökonomischer Theorie (Pauschale unabhängig von der Menge) in einem gewissen Widerspruch zur Leistungsfinanzierung steht, kann die von den Kantonen im Jahr 2017 mehrheitlich angewandte Mischform als vereinbar mit dem Prinzip der Leistungsorientierung bei der Finanzierung betrachtet werden. Abhängig von der konkreten Umsetzung von Art. 51 KVG kann die Vereinbarkeit mit dem Prinzip der Gleichbehandlung von öffentlichen und privaten Spitälern beeinträchtigt sein. Konkret ist dies dann der Fall, wenn für die Finanzierung der Spitäler bzw. die Steuerung der Leistungsmengen für öffentliche und private Spitäler unterschiedliche Instrumente angewendet werden, wie dies in den Kantonen GE und VD im Jahr 2017 der Fall war. Ein Spannungsverhältnis eröffnet sich zwischen der dual-fixen Finanzierung und dem effektiven kantonalen Finanzierungsanteil. So bezieht sich der festgelegte Anteil von mindestens 55% der Kantone bei den Globalbudgets nur auf die *vereinbarten* Spitalleistungen. Gemäss Bundesgerichts-

scheid (BGE 138 II 398) ist dies jedoch KVG-konform, Mengenbeschränkungen also zulässig. In Bezug auf die erweiterte Spitalwahl kann es zu Einschränkungen kommen. Dies zumindest dann, wenn ein striktes Globalbudget gilt (wie im Kanton GE). Weniger problematisch ist, falls bei Überschreitung ein Abschlag erfolgt, also nicht die gesamte Vergütung wegfällt (wie in den Kantonen VD und TI). Da gemäss Bundesgerichtsentscheid (BGE 138 II 398) die Aufnahmepflicht nur im Rahmen der Leistungsaufträge gilt und diese Mengenbeschränkungen vorsehen können, wird das Prinzip aus rechtlicher Sicht nicht eingeschränkt. Die Umsetzung im Jahr 2017 ist vereinbar mit einer auf einheitlichen Kriterien basierenden, interkantonal koordinierten und bedarfsgerechten Planung.

Wirkung auf Leistungsmengen und Ausgaben

Um die Wirkungen der Globalbudgets zu beurteilen, wird ein Vergleich zwischen den Kantonen, die in den Jahren 2012-2015 Globalbudgets gemäss Art. 51 KVG angewendet haben und Kantonen, die dieses Instrument nicht verwendet haben, durchgeführt.⁵ Neben Globalbudgets gemäss Art. 51 KVG können Kantone noch andere Instrumente der Mengensteuerung mit ähnlicher Wirkung anwenden (direkte Mengenbeschränkung, degressive Vergütung). Für die Analyse der Wirkung sind diese Kantone ebenfalls der Gruppe der Kantone mit Globalbudgets zuzuordnen. Als Selektionskriterien für die Aufnahme eines Kantons in die Gruppe der Kantone mit Globalbudgets gelten somit folgende zwei Kriterien (dabei muss min. eines der beiden erfüllt sein): 1) Anwendung eines Globalbudgets gemäss Art. 51 KVG, 2) Anwendung von alternativen Instrumenten der Mengensteuerung mit ähnlicher Wirkung. Die vorgenannten Instrumente müssen im Analysezeitraum zwischen 2012-2015 zumindest mehrheitlich angewandt worden sein. Gemäss diesen Kriterien lassen sich die Kantone Tessin, Waadt, Genf und Neuenburg in die Gruppe der Kantone mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung einteilen. Bei der Interpretation gilt es zu beachten, dass die Ergebnisse im Rahmen der Grenzen der Aussagekraft der untersuchten Indikatoren gelten. Auf diese Grenzen wird, jeweils separat für den betrachteten Indikator, eingegangen. Das Ergebnis in Bezug auf die Entwicklung der Leistungsmengen und verschiedener OKP-bezogener Ausgabenindikatoren (jeweils pro Kopf-Betrachtung) wird nachfolgend zusammengefasst (vgl. Tabelle auf Seite xiv):

- *OKP-Fälle spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf)*: Das Wachstum der OKP-Fälle spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf) ist in den Kantonen, die im Zeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben, weniger stark ausgeprägt als in den Kantonen, die im selben Zeitraum weder Globalbudgets noch alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben.
- *OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf)*: Die Gruppe der Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet hat, weist trotz der moderateren Mengenentwicklung (s.o.) für den Zeitraum 2012-2015 ein gleich hohes durchschnittliches

⁵ Globalbudgets, die vor 2012 zur Finanzierung von Spitälern zur Anwendung kamen, sind nicht Gegenstand dieser Analyse.

jährliches Ausgabenwachstum auf wie die Gruppe der anderen Kantone. Dieses Resultat kann mit einem stärkeren Rückgang der Baserates in der Gruppe der Kantone ohne Globalbudgets oder alternative Instrumente der Mengensteuerung erklärt werden. Ein möglicher Grund für den weniger stark ausgeprägten Preisrückgang in der Gruppe der Kantone mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung kann darin liegen, dass in dieser Gruppe aufgrund der Anwendung von AP-DRG vor 2012 zur Vergütung von stationären Spitalleistungen in der Akutsomatik die mit der Einführung von SwissDRG erwarteten Effizienzsteigerungen bereits vor 2012 realisiert wurden. Das hat möglicherweise zu einem weniger starken Druck auf die Basispreise in der Gruppe der Kantone mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung geführt. Daneben gilt es weitere Einflussfaktoren zu beachten: Auf der einen Seite kann die Ausgabenentwicklung aufgrund eines tieferen Ausgabenniveaus im Zeitraum 2012-2015 in der Gruppe der Kantone mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung relativ stärker ausgefallen sein als in der Gruppe der anderen Kantone (Basiseffekt). Auf der anderen Seite ist in den Kantonen ohne Globalbudgets oder alternative Instrumente der Mengensteuerung der demografische Effekt (Alterung der Bevölkerung) stärker ausgeprägt, was im Zeitraum 2012-2015 zu einer relativ stärkeren Zunahme der Ausgaben in dieser Kantonsgruppe geführt hat. Weiter hat der Umstand, dass einige Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets oder alternativen Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben, den kantonalen Finanzierungsanteil im Rahmen der vom Gesetz vorgesehenen Übergangsfrist schrittweise auf 55% angepasst haben, zu einem gedämpften Ausgabenanstieg in dieser Kantonsgruppe beigetragen. Wird dieser kostendämpfende Effekt herausgerechnet, liegt das durchschnittliche jährliche Wachstum der OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf) in der Gruppe der Kantone ohne Globalbudgets oder alternative Instrumente der Mengensteuerung über dem Wachstum in der Gruppe der Kantone mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung. Auf der Grundlage der in diesem Bericht vorliegenden Informationen ist keine abschliessende Einschätzung zum Gesamteffekt möglich.

- *OKP-Ausgaben ambulant (spital- und praxisambulant, alle Versorgungsbereiche) (pro Kopf):* Die Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben, weisen in Bezug auf die OKP-Ausgaben ambulant (pro Kopf) ein leicht tieferes durchschnittliches jährliches Wachstum auf als die anderen Kantone. Dabei gilt es zu beachten, dass erstere im Analysezeitraum ein relativ hohes Ausgabenniveau aufwiesen und Veränderungen relativ betrachtet weniger ausgeprägt ausgefallen sein können (Basiseffekt). Die OKP-Ausgaben ambulant (pro Kopf) sind insofern interessant, als sich systematische Unterschiede zwischen den beiden Kantonsgruppen in Bezug auf Leistungsverschiebungen vom stationären in den ambulanten Bereich in den OKP-Ausgaben ambulant (pro Kopf) widerspiegeln sollten, falls solche durch Globalbudgets und/oder alternative Instrumente ausgelöst werden. Die Resultate lassen allerdings keinen eindeutigen Schluss in Bezug auf Leistungs- und Kostenverschiebungen zu.

- *OKP-Ausgaben Total (alle Leistungsarten) (pro Kopf)*: In Bezug auf die OKP-Ausgaben Total weisen beide Kantonsgruppen im Zeitraum 2012-2015 ein vergleichbares durchschnittliches jährliches Wachstum auf. Ein Basiseffekt kann auch hier dafür verantwortlich sein, dass Ausgabensteigerungen in den Kantonen mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung weniger stark ins Gewicht fallen als in der Gruppe der anderen Kantone. Unter Berücksichtigung des Demografie-Effekts würde das durchschnittliche jährliche Wachstum in der Gruppe der Kantone ohne Globalbudgets oder alternative Instrumente der Mengensteuerung im Zeitraum 2012-2015 tiefer ausfallen als in der Gruppe der Kantone mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung.

Das Instrument des Globalbudgets und die alternativen Instrumente der Mengensteuerung (wie sie in der Praxis angewendet werden) zielen zwar auf die kantonalen Ausgaben ab. Sofern die Anreize, medizinisch nicht indizierte Leistungen zu erbringen, mit der Anwendung der Globalbudgets reduziert werden, müsste auch die OKP davon profitiert haben (im Sinne einer gedämpften Ausgabenentwicklung). Dieser Effekt kann auf der Grundlage der oben präsentierten Resultate allerdings nicht nachgewiesen werden. Die Ergebnisse für die weiteren Ausgabenindikatoren können wie folgt zusammengefasst werden:

- *Ausgaben der Kantone spitalstationär (inkl. GWL, inkl. kantonale Investitionen, gesamter stationärer Spitalbereich; Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation) (jeweils pro Kopf)*: In Bezug auf die Ausgaben der Kantone für stationäre Spitalleistungen (inkl. GWL, inkl. kantonale Investitionen) schneiden die Kantone, die im Zeitraum zwischen 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben, schlechter ab als die Gruppe der anderen Kantone. Dieses Resultat hängt allerdings massgeblich von der starken Abnahme der kantonalen Investitionen zwischen 2012 und 2013 in der Gruppe der Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets oder alternativen Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben, ab. Diese Veränderung kann mit der KVG-Revision Spitalfinanzierung in Verbindung gebracht werden: Neben den Betriebskosten sind nach neuer Spitalfinanzierung auch die Investitionskosten, die mit der Erbringung von stationären Spitalleistungen nach KVG in Verbindung stehen, über den Spitaltarif abgedeckt und werden nicht mehr nur vom Kanton getragen. Werden die kantonalen Investitionen aus der Analyse ausgeschlossen oder wird die Analyse auf den Zeitraum 2013-2015 eingeschränkt, kehrt das Resultat; die Gruppe der Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben, weist dann ein tieferes durchschnittliches jährliches Ausgabenwachstum auf als die Gruppe der anderen Kantone. Unter Berücksichtigung dieses Einflusses schneidet die Gruppe der Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet hat, zumindest im Zeitraum 2013-2015 in Bezug auf die Entwicklung der kantonalen Ausgaben für stationäre Spitalleistungen (inkl. GWL, inkl. kantonale Investitionen, gesamter stationärer Spitalbereich) (pro Kopf) besser ab als die Gruppe der anderen Kantone. Bei der Interpretation dieses Ergebnisses gilt es zu beachten, dass der hier betrachtete Indikator auch kantonale

Ausgaben für GWL einschliesst. Eine Bereinigung des Indikators um die kantonalen Ausgaben für GWL wurde geprüft, aufgrund einer unzureichenden Datenlage konnte eine Bereinigung allerdings nicht durchgeführt werden. Für die Untersuchung stand somit nicht derjenige Indikator zur Verfügung, der idealerweise herangezogen werden sollte. Veränderungen in den kantonalen Ausgaben für GWL, sofern diese in den zwei Kantonsgruppen für die betrachtete Zeitperiode unterschiedlich ausgefallen sind, können somit das Resultat beeinflusst haben.

- *Ausgaben aller Finanzierungsträger für den Spitalbereich (stationär und ambulant; Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation) (jeweils pro Kopf):* Bei diesem Indikator schneiden die Kantone, die im Zeitraum zwischen 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben, schlechter ab als die Gruppe der anderen Kantone.

Insgesamt vermitteln die untersuchten Indikatoren kein eindeutiges Bild. Weiter gilt es zu beachten, dass die Entwicklung der betrachteten Indikatoren noch von weiteren Einflussfaktoren abhängt – innerhalb und ausserhalb der KVG-Revision. Für den Einfluss dieser Faktoren konnte teils aus methodischen Gründen (deskriptive Analyse), teils auch darum, weil sie nicht gemessen werden können, nicht vollständig kontrolliert werden. Die Auswertungen können entsprechend erste Hinweise auf einen Einfluss von Globalbudgets auf die Ausgabenentwicklung geben. Abschliessende Aussagen sind allerdings nicht möglich.

Durchschnittliches jährliches Wachstum Fälle pro Kopf und Ausgaben pro Kopf, 2012-2015

	Kantone mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung im Zeitraum 2012-2015	Kantone ohne Globalbudgets oder alternative Instrumente der Mengensteuerung im Zeitraum 2012-2015
OKP-Fälle spitalstationär (Akutsomatik)	0,6%	1,2%
OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik)	0,1%	0,1%
OKP-Ausgaben ambulant (spital- und praxisambulant)	4,4%	4,7%
OKP-Ausgaben Total (alle Leistungsarten)	2,7%	2,7%
Ausgaben Kantone spitalstationär (inkl. GWL, inkl. kantonale Investitionen, gesamter stationärer Spitalbereich)	1,8%	-1,2%
Ausgaben Kantone & OKP spitalstationär (gesamter stationärer Spitalbereich)	1,4%	-0,4%
Ausgaben aller Finanzierungsträger ^(a) für Spitalbereich (stationär und ambulant)	3,2%	2,4%

Quellen: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (BFS), Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung MOKKE (BAG) bzw. Datenpool SASIS AG; Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (BFS); Auswertungen Obsan und B,S,S.; Anmerkungen: ^(a) Finanzierungsträger: Kantone, OKP, andere Sozialversicherungen, Privathaushalte, Zusatzversicherungen, andere öffentliche und private Finanzierungsträger.

Um diese Entwicklung einordnen zu können, bietet sich eine Orientierung an anderen Grössen an, insbesondere dem BIP- und Lohnwachstum. Über diese Grössen lässt sich ein

Bezug zur Einkommensentwicklung herstellen. Das Einkommen gilt als wichtige Determinante der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen (und damit als Treiber der Gesundheitsausgaben). Nachfolgend werden die Resultate für das BIP-Wachstum aufgezeigt. Sofern sich aus dem Vergleich mit dem Lohnwachstum eine unterschiedliche Einschätzung ergeben sollte, wird diese bei der Beurteilung mit einbezogen. Als Indikator zur Messung der Zielerreichung wird nachfolgend die Differenz zwischen dem durchschnittlichen jährlichen Ausgabenwachstum (pro Kopf) und dem durchschnittlichen jährlichen nationalen BIP-Wachstum (pro Kopf) (jeweils in %) verwendet.⁶ Das Ziel der Kosteneindämmung kann als erreicht betrachtet werden, wenn

- der Indikator in der Periode 2012-2015 einen Wert von kleiner gleich Null aufweist. In diesem Fall würde sich das Ausgabenwachstum im Rahmen des BIP-Wachstums bewegen.
- der Indikator in der Periode 2012-2015 einen tieferen Wert als in der Periode 2005-2011 aufweist. Das zweite Kriterium kommt dann zum Zug, wenn das erste Kriterium nicht erfüllt ist. In diesem Fall ist das Ausgabenwachstum grösser als das BIP-Wachstum. Allerdings klaffen BIP- und Ausgabenwachstum weniger stark auseinander als in der vorangegangenen Betrachtungsperiode.

Das Kosteneindämmungsziel wird in beiden Kantonsgruppen nur teilweise erreicht, wie nachfolgende Tabelle aufzeigt. Wie bei den Resultaten zur Entwicklung der Leistungsmengen und Ausgaben gilt es wiederum zu beachten, dass der Einfluss (positiv/keiner/negativ) der Anwendung von Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung auf die Zielerreichung nicht abschliessend beurteilt werden kann, da die Analyse keine kausalen Interpretationen zulässt.

⁶ Vgl. Expertenbericht (2017), Bundesrat (2016). Bundesrat (1991).

Bewertung Ausgabenentwicklung im Vergleich zur nationalen BIP-Entwicklung

Bereich	Kantone	Beurteilungskriterium		Gesamtbewertung
		Durchschnittliches jährliches Ausgabenwachstum ist 2012-2015 kleiner oder gleich jährliches BIP-Wachstum (pro Kopf Betrachtung)	Differenz zwischen durchschnittlichem jährlichen Ausgaben- und BIP-Wachstum 2012-2015 geringer als 2005-2011 (pro Kopf Betrachtung) (sofern das erste Kriterium nicht erfüllt ist)	
OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutso-matik)	GB	✓	(a)	✓
	Andere	✓	(a)	✓
OKP-Ausgaben Total (alle Leistungsarten)	GB	✗	✗	✗
	Andere	✗	✗	✗
Ausgaben Kantone spitalstationär (inkl. GWL, inkl. kantonale Investitionen, gesamter stationärer Spitalbereich)	GB	✗	✗	✗ ^(b)
	Andere	✓	(a)	✓ ^(c)
Ausgaben aller Finanzierungsträger für Spitalbereich (stationär und ambulant)	GB	✗	(d)	✗
	Andere	✗	(d)	✗

Anmerkung: GB: Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben; Andere: Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets oder alternativen Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben. ✓ = erreicht, ✗ nicht erreicht. Berücksichtigt werden jeweils pro-Kopf-Werte. ^(a) Keine Beurteilung, da erstes Kriterium erfüllt. ^(b) Wird die Entwicklung der kantonalen Ausgaben für stationäre Spitalleistungen (inkl. GWL) ohne kantonale Investitionen dem Lohnwachstum gegenübergestellt, wird das Kostendämpfungsziel nach dem zweiten Kriterium erfüllt. ^(c) Bei dieser Einschätzung muss beachtet werden: Wird die Entwicklung der kantonalen Ausgaben für stationäre Spitalleistungen (inkl. GWL) ohne kantonale Investitionen der BIP-Entwicklung gegenübergestellt, wird das Kostendämpfungsziel nicht erfüllt. Wird die Entwicklung der kantonalen Ausgaben für stationäre Spitalleistungen (inkl. GWL) ohne kantonale Investitionen dem Lohnwachstum gegenübergestellt, wird das Kostendämpfungsziel nach dem zweiten Kriterium erfüllt. ^(d) Keine Bewertung möglich, da Daten erst ab dem Jahr 2010 zur Verfügung stehen.

Weitere Wirkungen

In Zusammenhang mit der neuen Spitalfinanzierung sind Reaktionen der Spitäler wahrscheinlich – teilweise erwünscht, teilweise unerwünscht. Diese Thematik wird im Schlussbericht von B,S,S. im Themenbereich "Kosten und Finanzierung" vertieft analysiert. In der vorliegenden Analyse wird nur auf Reaktionen eingegangen, die durch das Instrument der Globalbudgets möglicherweise beeinflusst werden:

- Der Anreiz zur Mengenausdehnung, der bei der DRG-Vergütung besteht, wird vermindert. Dies zeigt sich sowohl aus theoretischer wie auch empirischer Sicht (Spitalbefragung).
- Weiter steht die Befürchtung einer Rationierung (d.h. das Vorenthalten von Leistungen, die der betroffenen Person einen Nutzen stiften würden) im Raum, wenn die Mengensteuerung zu restriktiv erfolgt. In der Praxis zeigt sich, dass diese Befürchtung zu relativieren ist: Die Einwohner/innen der Kantone, die Globalbudgets anwenden, beziehen weit unterdurchschnittlich oft ausserkantonale Leistungen. Dies hängt selbstverständlich auch mit den Charakteristika dieser Kantone zusammen (Lage, Sprache, Angebot), aber dennoch: Wenn es zu einer Unterversorgung kommen würde, müsste sich dies unseres Erachtens im ausserkantonalen Leistungsbezug abbilden.

Insgesamt finden sich Hinweise darauf, dass der mit dem DRG-System verbundene Anreiz zur Mengenausweitung durch Globalbudgets vermindert wird. Weiter sind empirisch keine negativen Wirkungen des Instruments Globalbudget auf die Ziele Wettbewerb und Effizienz zu erkennen. Dabei gilt es zu beachten, dass diese Beurteilung mehrheitlich auf subjektiven Einschätzungen von Spitalern und Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsstellen der Kantone Tessin, Waadt und Genf basiert.

Fazit

Im Ergebnis lässt sich sagen, dass das Instrument der Globalbudgets aus theoretischer Sicht neben der DRG-Vergütung angewendet werden kann und mit den mit der Einführung des DRG-Systems verfolgten Zielen und den Prinzipien der neuen Spitalfinanzierung sowie den damit intendierten Wirkungen grundsätzlich vereinbar ist. In der konkreten Anwendung aber ist das Instrument in Bezug auf die Vereinbarkeit mit gewissen Prinzipien des DRG-Systems – weniger aus rechtlicher als vielmehr aus ökonomischer Sicht – und der Vereinbarkeit mit gewissen Zielen der neuen Spitalfinanzierung (Wettbewerb) kritisch zu beurteilen. Aus theoretischer Sicht kann das Instrument der Globalbudgets die Wirkung der Massnahmen der KVG-Revision Spitalfinanzierung (insb. in Bezug auf die Kostendämpfung) unterstützen. Die Frage, welche Auswirkungen Globalbudgets und alternative Instrumente der Mengensteuerung auf die Leistungsmengen und die Kosten des akutsomatischen Bereichs haben, kann aufgrund der Grenzen der Aussagekraft der Informationen, die im Rahmen dieses Berichts aufbereitet wurden, allerdings nicht abschliessend beantwortet werden.

Résumé

Point de départ et méthodologie

La révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) dans le domaine du financement hospitalier est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009. Elle incluait plusieurs mesures, dont l'une des plus importantes était l'introduction d'une rémunération liée aux prestations. Cette rémunération s'applique depuis 2012 dans les soins somatiques aigus, au moyen des forfaits par cas (système DRG). L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) étudie actuellement les effets de cette révision de la LAMal dans trois domaines thématiques (2^e étape de l'évaluation).⁷

Le bureau *B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung* a été chargé de l'évaluation de l'un de ces domaines thématiques : les coûts et le financement du système de soins. La présente étude a été élaborée dans le cadre de ce mandat. Elle met à disposition des bases en réponse au postulat 14.3385 « *Rémunérations forfaitaires et budget global. Evaluation des systèmes en vigueur dans les cantons* ». Ce postulat charge le Conseil fédéral de procéder à une comparaison entre les cantons qui appliquent des budgets globaux – un instrument de gestion prévu à l'art. 51 LAMal – et les cantons qui n'en font pas usage, et d'indiquer si les objectifs poursuivis par l'introduction des SwissDRG sont atteints dans les cantons où cet instrument est appliqué.⁸ Conformément au cahier des charges, la présente analyse doit répondre à quatre questions :

- Quels sont les cantons qui utilisent des budgets globaux selon l'art. 51 LAMal dans les soins somatiques aigus ?
- Comment appliquent-ils l'art. 51 LAMal ?
- Comment s'assure-t-on que la mise en œuvre de l'art. 51 LAMal est compatible avec les principes du nouveau financement hospitalier et comment les contradictions éventuelles ont-elles été réglées ?
- Quelles sont les conséquences des budgets globaux sur les volumes de prestations et les coûts⁹ des soins somatiques aigus en comparaison avec les cantons qui n'appliquent pas l'art. 51 LAMal ?

Sur la base de ces quatre questions, nous avons formulé deux questions d'évaluation auxquelles la présente analyse doit également répondre :

- La mise en œuvre de l'art. 51 LAMal est-elle compatible avec les principes du nouveau financement hospitalier ?

⁷ <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/publikationen/evaluationsberichte/evalber-kuv/evalber-kvg-revision-spitfi.html>

⁸ Un budget global constitue un instrument de gestion financière, dans lequel un montant forfaitaire est accordé pour la fourniture d'une certaine prestation, dont le fournisseur de prestations peut disposer librement. Conformément à l'art. 51, al. 1, LAMal, le canton peut fixer, en tant qu'instrument de gestion des finances, un montant global pour le financement des hôpitaux ou des établissements médico-sociaux.

⁹ Le présent rapport se concentre sur les dépenses de différents agents payeurs pour des prestations de soins somatiques aigus. Pour cette raison, coûts et dépenses sont considérés comme des synonymes. Le terme habituel dans le contexte respectif est utilisé.

- Dans quelle mesure les objectifs poursuivis par l'introduction du système DRG sont-ils atteints dans les cantons qui font usage de l'art. 51 LAMal ?

Différentes techniques d'enquête ont été utilisées au plan méthodologique : entretiens spécialisés sur la base d'un guide avec des représentants des cantons appliquant des budgets globaux, analyse de documents, enquête standardisée auprès des hôpitaux et des cantons¹⁰, analyse de sources de données secondaires. Une enquête (principalement) téléphonique a par ailleurs été menée auprès de l'ensemble des cantons afin de valider et de compléter l'état des lieux concernant les cantons utilisant des budgets globaux selon l'art. 51 LAMal et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités ayant un effet comparable aux budgets globaux, sur la période 2012-2017.

Tableau méthodologique

Thème / question \ Méthode	Entretiens spécialisés	Analyse de documents	Enquête auprès des hôpitaux et des cantons	Enquête auprès des cantons (B,S,S.)	Sources de données secondaires
Cantons utilisant des budgets globaux selon l'art. 51 LAMal (en référence à l'année 2017)		x	x		
Cantons avec des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités ayant un effet comparable aux budgets globaux (en référence aux années 2012-2017)		x		x	
Application de l'art. 51 LAMal	x	x			
Conformité de la mise en œuvre	x	x			
Effets	x		x		x

Application actuelle des budgets globaux selon l'art. 51 LAMal dans les soins somatiques aigus

Trois cantons appliquaient en 2017 des budgets globaux selon l'art. 51 LAMal afin de financer les hôpitaux. Il s'agissait des cantons du Tessin, de Vaud et de Genève. Dans le cadre de la mise en œuvre en 2017, l'instrument a été principalement utilisé pour la gestion des quantités et représentait une forme mixte entre les budgets globaux selon la théorie économique (contribution fixe indépendamment du volume effectif des prestations) et la rémunération basée sur les DRG (rémunération liée aux prestations au moyen d'une contribution par cas).

Le calcul des budgets globaux reposait essentiellement sur des volumes de prestations prévisionnels ou passés et, dans un cas, sur le budget de l'année précédente (éventuellement

¹⁰ Ces enquêtes ont été réalisées à l'automne 2017, dans le cadre de la 2^e étape de l'évaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier, par les agences de conseil Infrass (hôpitaux) et econcept (cantons).

avec des adaptations fondées sur les écarts par rapport à celui-ci) ; en cas de dépassement des quantités fixées ou du budget, les prestations fournies en sus n'ont pas été rémunérées ou seulement en partie. En d'autres termes, même si un budget global n'a pas été appliqué, il n'était pas (systématiquement) indépendant du volume des prestations (effectivement) fournies.

La définition concrète peut être résumée grâce aux points essentiels suivants :

- Concernés : tous les hôpitaux ou seulement une sélection d'hôpitaux ayant un mandat de prestations cantonal
- Calcul : nombres de cas ou *case mix* (base de calcul : nombres de cas ou *case mix* des années précédentes ou selon la planification des besoins) ; dans un cas, recours également au budget de l'année précédente (éventuellement avec des adaptations résultant des écarts correspondants)
- Rémunération (part cantonale) en cas de dépassement des quantités fixées : variable, en partie rémunérée (par analogie, une partie de la rémunération doit être remboursée lorsque le budget n'est pas atteint) ; parfois, le dépassement est entièrement à la charge du fournisseur de prestations
- Assureur : rémunération basée sur les DRG
- Choix d'un hôpital extra-cantonal : non concerné

Compatibilité avec les principes du nouveau financement hospitalier

L'introduction du système DRG poursuivait différents objectifs, notamment une maîtrise des coûts grâce à des incitations économiques, le renforcement de la concurrence et de l'efficacité et une amélioration de la transparence. Le nouveau financement hospitalier connaît différents principes et éléments pour atteindre ces objectifs, mais aussi d'autres buts :

- Lien avec les prestations lors du financement et de la planification
- Égalité de traitement des hôpitaux publics et privés
- Financement dual-fixe par les cantons et les assurances
- Renforcement de la liberté des assurés lors du choix d'un hôpital
- Planification adaptée aux besoins, coordonnée au plan intercantonal et fondée sur des critères uniformes

On peut se demander dans quelle mesure l'instrument des budgets globaux ou la mise en œuvre de l'art. 51 LAMal est conciliable avec ces principes. Pour répondre à cette question, il sera fait référence à la mise en œuvre effectuée en 2017. Une analyse fondée sur les mécanismes d'action théoriques des budgets globaux montre que la compatibilité peut en principe être confirmée, mais que beaucoup d'aspects dépendent de la mise en œuvre concrète. Alors que le concept des budgets globaux selon la théorie économique (forfait indépendant de la quantité) contredit d'une certaine façon le concept de financement des prestations, la forme mixte majoritairement utilisée par les cantons en 2017 peut être jugée compatible avec le principe du lien avec les prestations lors du financement. En fonction de la mise en œuvre concrète de l'art. 51 LAMal, la compatibilité avec le principe de l'égalité de traitement des hôpitaux publics et privés peut être entravée. Concrètement, c'est le cas lorsque des instruments différents sont utilisés pour le financement des hôpitaux ou la

gestion des volumes de prestations pour les hôpitaux publics et privés, comme dans les cantons de GE et VD en 2017. Il existe un champ de tension entre le financement dual-fixe et la part cantonale effective dans le financement. Ainsi, la part cantonale définie à au moins 55 % dans les budgets globaux ne porte que sur les prestations hospitalières *convenues*. Selon un arrêt du Tribunal fédéral (ATF 138 II 398), ceci est toutefois conforme à la LAMal et les restrictions quantitatives sont donc admises. Des restrictions sont aussi possibles en ce qui concerne le choix étendu de l'hôpital, au moins lorsqu'un budget global strict s'applique (comme dans le canton de GE). Cela est moins problématique quand une diminution est appliquée en cas de dépassement, autrement dit quand la rémunération n'est pas supprimée en totalité (comme dans les cantons de VD et TI). Étant donné que l'obligation d'admission ne s'applique que dans le cadre des mandats de prestations selon l'arrêt du Tribunal fédéral (ATF 138 II 398) et que ceux-ci peuvent prévoir des restrictions quantitatives, ce principe n'est pas limité d'un point de vue juridique. La mise en œuvre effectuée en 2017 est compatible avec une planification fondée sur des critères uniformes, coordonnée entre les cantons et adaptée aux besoins.

Effet sur les volumes de prestations et les dépenses

Une comparaison est effectuée entre les cantons qui ont appliqué des budgets globaux selon l'art. 51 LAMal entre 2012 et 2015 et les cantons qui n'ont pas utilisé cet instrument, dans le but d'en évaluer les effets.¹¹ En plus de ces budgets globaux prévus à l'art. 51 LAMal, les cantons peuvent encore appliquer d'autres instruments de gestion des quantités aux effets similaires (restriction quantitative directe, rémunération dégressive). Pour analyser les effets, les cantons concernés doivent également être affectés au groupe des cantons avec des budgets globaux. Les deux critères suivants s'appliquent donc comme critères de sélection pour l'admission d'un canton dans le groupe des cantons avec des budgets globaux (l'un des deux au minimum doit être satisfait) : 1) application d'un budget global selon l'art. 51 LAMal, 2) application d'instruments alternatifs de gestion des quantités ayant un effet comparable. Les instruments précités doivent avoir été appliqué au moins majoritairement dans la période d'analyse qui s'étend de 2012 à 2015. Selon ces critères, les cantons du Tessin, de Vaud, de Genève et de Neuchâtel peuvent être affectés au groupe des cantons avec des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités. Lors de l'interprétation des résultats, il convient de noter qu'ils sont valables dans les limites de la valeur des indicateurs examinés. Ces limites sont examinées séparément pour chaque indicateur. Le résultat concernant l'évolution des volumes de prestations et différents indicateurs de dépenses liés à l'AOS (dans une perspective par tête) est résumé ci-après (cf. le tableau à la page xxv) :

- *Cas AOS hospitalier (soins somatiques aigus) (par tête)* : la croissance des cas AOS hospitaliers (soins somatiques aigus) (par tête) est moins marquée dans les cantons qui ont appliqué des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 que dans les cantons qui n'appliquaient aucun de ces instruments durant la même période.

¹¹ Les budgets globaux qui ont été utilisés pour le financement des hôpitaux avant 2012 ne font pas l'objet de cette analyse.

- *Dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus) (par tête)* : le groupe des cantons qui ont appliqué des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 présente une augmentation annuelle moyenne des dépenses comparable à celle du groupe des autres cantons sur la même période, malgré une évolution modérée des quantités (cf. ci-dessus). Ce résultat peut s'expliquer par une baisse plus importante du *baserate* dans le groupe des cantons sans budgets globaux ou instruments alternatifs de gestion des quantités. L'une des raisons éventuelles de la baisse des prix moins marquée dans le groupe des cantons avec des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités pourrait être que les gains d'efficience attendus avec l'introduction des SwissDRG ont déjà été réalisés avant 2012 dans ce groupe, en raison de l'application des AP-DRG avant 2012 pour la rémunération des prestations hospitalières stationnaires en soins somatiques aigus. Il en a éventuellement résulté une pression moins importante sur les prix de base dans le groupe des cantons avec des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités. D'autres facteurs d'influence doivent parallèlement être pris en considération : d'une part, l'évolution des dépenses peut avoir été relativement plus importante dans le groupe des cantons avec des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités que dans le groupe des autres cantons, en raison d'un moindre niveau des dépenses durant la période 2012-2015 (effet de base). D'autre part, l'effet démographique (le vieillissement de la population) est plus prononcé dans les cantons sans budgets globaux ou instruments alternatifs de gestion des quantités, ce qui s'est traduit par une augmentation relativement plus forte des dépenses dans ce groupe durant la période 2012-2015. Par ailleurs, le fait que certains cantons qui n'appliquaient pas de budgets globaux ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 ont progressivement ajusté la part cantonale du financement à 55 % dans le cadre du délai de transition prévu par la loi a contribué à un ralentissement de l'augmentation des dépenses dans ce groupe de cantons. Si l'on exclut cet effet, la croissance annuelle moyenne des dépenses AOS stationnaires (soins somatiques aigus) (par tête) dans le groupe des cantons ne disposant pas de budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités est supérieure à celle du groupe des cantons disposant de budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités. Aucune évaluation définitive de l'effet global n'est possible sur la base des informations disponibles dans ce rapport.
- *Dépenses AOS ambulatoires (secteur ambulatoire des hôpitaux et des cabinets privés, tous les secteurs de soins) (par tête)* : les cantons qui ont appliqué des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 présentent une croissance annuelle moyenne légèrement inférieure que les autres cantons en ce qui concerne les dépenses AOS ambulatoires (par tête). Notons que ces cantons présentaient un niveau de dépenses relativement élevé au cours de la période analysée et que les changements peuvent avoir été moins prononcés en termes relatifs (effet de base). Les dépenses AOS ambulatoires (par tête) sont intéressantes, dans le sens où elles devraient refléter les différences systématiques entre les deux groupes de cantons concernant les transferts de prestations du

secteur hospitalier au secteur ambulatoire, si ces transferts sont provoqués par des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs. Les résultats ne permettent cependant pas de tirer de conclusions claires concernant les transferts de prestations et de coûts.

- *Dépenses AOS totales (tous les types de prestations) (par tête)* : concernant les dépenses AOS totales, les deux groupes de cantons présentent une croissance annuelle moyenne comparable durant la période 2012-2015. Là encore, un effet de base peut être responsable du fait que les augmentations de dépenses dans les cantons avec des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités pèsent moins que dans le groupe des autres cantons. En tenant compte de l'effet démographique, la croissance annuelle moyenne dans le groupe des cantons sans budgets globaux ou instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 serait plus basse que dans le groupe des cantons avec des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités.

L'instrument du budget global et les instruments alternatifs de gestion des quantités (tels qu'ils sont employés dans la pratique) visent les dépenses cantonales. Si les incitations visant à fournir des prestations médicalement non indiquées sont réduites avec l'application des budgets globaux, l'AOS devrait également en avoir profité (dans le sens d'un ralentissement de l'augmentation des dépenses). Cet effet ne peut cependant pas être démontré sur la base des résultats présentés ci-dessus. Les résultats pour les autres indicateurs de dépenses peuvent être résumés de la manière suivante :

- *Dépenses hospitalières stationnaires des cantons (y compris les PIG, y compris les investissements cantonaux totalité du secteur hospitalier stationnaire ; soins somatiques aigus, psychiatrie et réadaptation) (par personne)* : concernant les dépenses des cantons pour les prestations hospitalières stationnaires (y compris PIG, y compris investissements cantonaux), les cantons qui ont appliqué des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 affichent de moins bons résultats que le groupe des autres cantons. Ce résultat est toutefois lié en grande partie à la forte diminution des investissements cantonaux entre 2012 et 2013 dans le groupe des cantons qui n'appliquaient pas de budgets globaux ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015. Ce changement peut être associé à la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. Outre les coûts d'exploitation, les coûts d'investissement en relation avec la fourniture de prestations hospitalières stationnaires selon la LAMal sont également couverts par le tarif hospitalier et ne sont plus uniquement supportés par le canton, conformément au nouveau financement hospitalier. Si les investissements cantonaux sont exclus de l'analyse ou si l'analyse est restreinte à la période de 2013-2015, le résultat s'inverse : le groupe des cantons qui ont appliqué des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 présente alors une croissance annuelle moyenne des dépenses inférieure à celle du groupe des autres cantons. En tenant compte de cette influence, le groupe des cantons qui ont appliqué des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités obtient de

meilleurs résultats que le groupe des autres cantons concernant l'évolution des dépenses cantonales pour les prestations hospitalières stationnaires (avec les PIG, y compris les investissements cantonaux et la totalité du secteur hospitalier stationnaire) (par tête), du moins pendant la période 2013-2015. Lors de l'interprétation de ce résultat, il convient de noter que l'indicateur examiné inclut aussi les dépenses cantonales pour les PIG. Un ajustement de l'indicateur aux dépenses cantonales pour les PIG a été examiné. Toutefois, en raison d'un manque de données, cette adaptation n'a pas pu être effectuée. Par conséquent, l'indicateur disponible pour l'étude n'est pas celui qui devrait idéalement être utilisé. Les changements dans les dépenses cantonales pour les PIG, dans la mesure où ils ont différé dans les deux groupes cantonaux au cours de la période considérée, peuvent donc avoir influencé le résultat.

- *Dépenses de tous les agents de financement pour le secteur hospitalier (stationnaire et ambulatoire ; soins somatiques aigus, psychiatrie et réadaptation) (respectivement par tête) : les cantons qui ont appliqué des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 obtiennent de moins bons résultats que le groupe des autres cantons pour cet indicateur.*

Globalement, les indicateurs examinés ne donnent pas une image claire. Ensuite, il est à noter que l'évolution des indicateurs observés dépend encore d'autres facteurs d'influence, dans le cadre et en dehors de la révision de la LAMal. L'influence de ces facteurs n'a pu être totalement contrôlée, en partie pour des raisons méthodologiques (analyse descriptive) et en partie aussi parce qu'ils ne peuvent être mesurés. Les analyses peuvent par conséquent donner une première idée de l'influence des budgets globaux sur l'évolution des dépenses. Toutefois, des conclusions définitives ne sont pas possibles.

Croissance annuelle moyenne des cas par tête et dépenses par tête, 2012-2015

	Cantons avec des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015	Cantons sans budgets globaux ou instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015
Cas AOS hospitaliers stationnaires (soins somatiques aigus)	0,6 %	1,2 %
Dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus)	0,1 %	0,1 %
Dépenses AOS ambulatoires (secteur ambulatoire des hôpitaux et des cabinets privés)	4,4 %	4,7 %
Dépenses AOS totales (tous les types de prestations)	2,7 %	2,7 %
Dépenses hospitalières stationnaires des cantons (y compris les PIG, y compris les investissements cantonaux et la totalité du secteur hospitalier stationnaire)	1,8 %	-1,2 %
Dépenses des cantons et AOS hospitalières stationnaires (totalité du secteur hospitalier stationnaire)	1,4 %	-0,4 %
Dépenses de tous les agents de financement ^(a) pour le secteur hospitalier (stationnaire et ambulatoire)	3,2 %	2,4 %

Sources : *Statistique médicale des hôpitaux (OFS), Monitoring de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie MOKKE (OFSP) et pool de données SASIS SA ; Coûts et financement du système de santé (OFS) ; analyses de l'Obsan et de B,S,S. ; remarques : ^(a) agents de financement : cantons, AOS, autres assurances sociales, ménages privés, assurances complémentaires, autres agents de financement publics et privés.*

Afin de pouvoir classer cette évolution, d'autres grandeurs, notamment la croissance du PIB et des salaires, peuvent être prises en compte. Elles permettent d'établir un lien avec l'évolution des salaires. Le revenu est considéré comme un facteur déterminant important de la demande de prestations de santé (et donc comme moteur des dépenses de santé). Les résultats pour la croissance du PIB sont présentés ci-après. Au cas où la comparaison avec la croissance des salaires devait déboucher sur une appréciation différente, celle-ci est prise en compte dans l'évaluation. La différence entre la croissance annuelle moyenne des dépenses (par tête) et la croissance nationale annuelle moyenne du PIB (par tête) (respectivement en %) est utilisée ci-après comme indicateur pour la mesure de la réalisation des objectifs.¹² L'objectif de la maîtrise des coûts peut être jugé atteint lorsque :

- l'indicateur affiche une valeur inférieure ou égale à zéro durant la période 2012-2015. Dans ce cas, la croissance des dépenses oscillerait dans le cadre de la croissance du PIB.
- l'indicateur durant la période 2012-2015 affiche une valeur inférieure à celle de la période 2005-2011. Le deuxième critère entre en jeu quand le premier critère n'est pas rempli. Dans ce cas, la croissance des dépenses est supérieure à la croissance

¹² Cf. rapport du groupe d'experts (2017), Conseil fédéral (2016). Conseil fédéral (1991).

du PIB. La croissance du PIB et des dépenses diffère toutefois moins qu'au cours de la période d'observation précédente.

L'objectif de maîtrise des coûts n'est que partiellement atteint dans les deux groupes de cantons, comme le montre le tableau suivant. Comme pour les résultats relatifs à l'évolution des volumes de prestations et des dépenses, rappelons que l'influence (positive/nulle/négative) de l'application des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités sur l'atteinte des objectifs ne peut pas être évaluée de manière définitive, car l'analyse ne permet aucune interprétation causale.

Évaluation de l'évolution des dépenses en comparaison avec l'évolution nationale du PIB

Domaine	Cantons	Critère d'évaluation		Évaluation globale
		La croissance annuelle moyenne des dépenses sur la période 2012-2015 est inférieure ou égale à la croissance annuelle du PIB (perspective par tête)	La différence entre la croissance annuelle moyenne des dépenses et du PIB entre 2012-2015 est inférieure à celle entre 2005-2011 (perspective par tête) (si le premier critère n'est pas rempli)	
Dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus)	BG	✓	(a)	✓
	Autres	✓	(a)	✓
Dépenses AOS totales (tous les types de prestations)	BG	✗	✗	✗
	Autres	✗	✗	✗
Dépenses hospitalières stationnaires des cantons (y compris PIG, y compris investissements cantonaux, totalité du secteur hospitalier stationnaire)	BG	✗	✗	✗ ^(b)
	Autres	✓	(a)	✓ ^(c)
Dépenses de tous les agents de financement pour le secteur hospitalier (stationnaire et ambulatoire)	BG	✗	(d)	✗
	Autres	✗	(d)	✗

Remarque : BG : cantons qui ont appliqué des budgets globaux, et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 ; autres : cantons qui n'ont pas appliqué de budgets globaux ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015. ✓ = atteint, ✗ pas atteint. Les valeurs par tête sont respectivement prises en compte. ^(a) Aucune évaluation, car le premier critère est rempli. ^(b) Si l'évolution des dépenses cantonales pour les prestations hospitalières stationnaires (y compris les PIG) sans investissements cantonaux est comparée à la croissance des salaires, l'objectif de maîtrise des coûts est atteint selon le deuxième critère. ^(c) Lors de cette évaluation, il faut tenir compte du fait que si l'évolution des dépenses cantonales pour les prestations hospitalières stationnaires (y compris les PIG) sans investissements cantonaux est comparée à l'évolution du PIB, l'objectif de maîtrise des coûts n'est pas atteint. Si l'évolution des dépenses cantonales pour les prestations hospitalières stationnaires (y compris les PIG) sans investissements cantonaux est comparée à la croissance des salaires, l'objectif de maîtrise des coûts est atteint selon le deuxième critère. ^(d) Aucune évaluation n'est possible, car les données ne sont disponibles qu'à partir de 2010.

Autres effets

On peut s'attendre à des réactions de la part des hôpitaux en relation avec le nouveau financement hospitalier – certaines sont souhaitables, d'autres non. Cette thématique est analysée en profondeur dans le rapport de B,S,S. à propos de la thématique « Coûts et financement ». La présente analyse ne traite que des réactions susceptibles d'être influencées par l'instrument des budgets globaux :

- L'incitation à l'augmentation du volume qui existe dans le cadre de la rémunération basée sur les DRG est atténuée. C'est ce qui apparaît à la fois dans une perspective théorique et empirique (enquête auprès des hôpitaux).
- La crainte d'un rationnement (c.-à-d. le fait de priver la personne concernée de prestations qui pourraient lui être utiles) est en outre avancée, au cas où la gestion des quantités serait trop restrictive. En pratique, on constate que cette crainte mérite d'être relativisée : les habitants des cantons qui appliquent des budgets globaux sollicitent très peu de prestations extra-cantoniales. Cela s'explique bien sûr aussi par les caractéristiques de ces cantons (situation, langue, offre), mais il n'empêche que s'il y avait un déficit de soins, nous pensons que celui-ci se reflèterait dans le recours à des prestations extra-cantoniales.

Dans l'ensemble, il semble que l'incitation à l'augmentation des quantités induite par le système DRG est atténuée par les budgets globaux. Aucun effet négatif de l'instrument des budgets globaux sur les objectifs de concurrence et d'efficacité n'est par ailleurs identifiable. Notons que cette évaluation se fonde majoritairement sur des appréciations subjectives d'hôpitaux et de représentants des autorités sanitaires des cantons du Tessin, de Vaud et de Genève.

Conclusion

En conclusion, on peut dire que l'instrument des budgets globaux peut théoriquement être appliqué parallèlement à la rémunération basée sur les DRG et qu'il est en principe compatible avec les objectifs poursuivis dans le cadre de l'introduction du système DRG et les principes du nouveau financement hospitalier, de même qu'avec les effets ainsi recherchés. Dans l'application concrète, l'instrument doit cependant être évalué de manière critique concernant la compatibilité avec certains principes du système DRG – moins d'un point de vue juridique qu'économique – et la compatibilité avec certains objectifs du nouveau financement hospitalier (concurrence). Théoriquement, l'instrument des budgets globaux peut renforcer l'effet des mesures prévues par la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier (notamment en relation avec la maîtrise des coûts). La question de l'impact des budgets globaux et des instruments alternatifs de gestion des quantités sur le volume des prestations et les coûts du domaine des soins somatiques aigus ne peut être tranchée de manière définitive en raison des limites du caractère significatif des informations examinées dans le présent rapport.

Sintesi

Situazione iniziale e metodologia

Il 1° gennaio 2009 è entrata in vigore la revisione della legge del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal) nell'ambito del finanziamento ospedaliero. La revisione comprendeva diverse misure: tra queste, una delle più importanti era l'introduzione di una remunerazione orientata alle prestazioni che nel settore somatico acuto è attuata dal 2012 attraverso gli importi forfettari per singolo caso (il cosiddetto sistema DRG). Attualmente l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) sta esaminando gli effetti della revisione della LAMal in tre ambiti tematici (2^a tappa della valutazione)¹³.

B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung è stata incaricata di effettuare la valutazione in uno di questi ambiti tematici, ossia in quello dei costi e del finanziamento del sistema di assistenza sanitaria. Nel quadro di tale mandato è stato elaborato il presente studio, il quale pone le basi per l'adempimento del postulato 14.3385 «*Forfait per caso e preventivo globale. Valutazione dei sistemi in vigore nei cantoni*». Quest'ultimo incarica il Consiglio federale di mettere a confronto i Cantoni che fanno uso dello strumento di gestione rappresentato dallo stanziamento globale di bilancio di cui all'articolo 51 LAMal e quelli che vi rinunciano, illustrando inoltre se, nei primi, sono raggiunti gli obiettivi perseguiti con l'introduzione di SwissDRG¹⁴. Secondo il capitolato d'oneri, la presente analisi deve rispondere alle seguenti quattro domande:

- Quali Cantoni fanno uso di stanziamenti globali di bilancio di cui all'articolo 51 LAMal nel settore somatico acuto?
- In che modo tali Cantoni applicano l'articolo 51 LAMal?
- Come si assicura che l'attuazione dell'articolo 51 LAMal sia compatibile con i principi del nuovo finanziamento ospedaliero e come vengono risolte eventuali contraddizioni?
- Quali ripercussioni hanno gli stanziamenti globali di bilancio sul volume delle prestazioni e sui costi¹⁵ del settore somatico acuto rispetto ai Cantoni che non applicano l'articolo 51 LAMal?

Partendo da queste quattro domande, abbiamo elaborato due ulteriori quesiti di valutazione a cui dare risposta nella presente analisi:

- L'attuazione dell'articolo 51 LAMal è compatibile con i principi del nuovo finanziamento ospedaliero?

¹³ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/evaluationsberichte/evalber-kuv/evalber-kvg-revision-spitfi.html> (non disponibile in italiano).

¹⁴ Uno stanziamento globale di bilancio rappresenta uno strumento di finanziamento attraverso il quale per una determinata prestazione è concesso un importo forfettario di cui il fornitore di prestazioni può disporre liberamente. Ai sensi dell'articolo 51 cpv. 1 LAMal, il Cantone può fissare, quale strumento di gestione finanziario, un importo complessivo per il finanziamento degli ospedali o delle case di cura.

¹⁵ In questo rapporto sono esaminate le spese di diversi soggetti che sostengono i costi per le prestazioni relative al settore somatico acuto. Per questo motivo, i termini «costi» e «spese» sono utilizzati come sinonimi. In base al contesto, verrà utilizzato di volta in volta il termine più comune.

- In che misura sono raggiunti gli obiettivi perseguiti con l'introduzione del sistema DRG nei Cantoni che applicano l'articolo 51 LAMal?

Dal punto di vista metodologico sono state impiegate diverse tecniche di rilevamento, quali interviste specialistiche sulla base di una guida con rappresentanti di Cantoni che utilizzano stanziamenti globali di bilancio, analisi di documenti, questionari standardizzati rivolti a ospedali e Cantoni¹⁶, valutazione di fonti secondarie di dati. Per una validazione e un completamento del rilevamento della situazione in merito ai Cantoni che nel periodo 2012-2017 hanno fissato stanziamenti globali di bilancio di cui all'articolo 51 LAMal e/o strumenti alternativi di gestione del volume delle prestazioni con effetto simile agli stanziamenti globali di bilancio, è stato inoltre condotto anche un sondaggio (principalmente) telefonico presso tutti i Cantoni.

Tabella dei metodi

Argomento/quesito	Metodo	Interviste specialistiche	Analisi di documenti	Sondaggio tra ospedali e Cantoni	Sondaggio tra i Cantoni (B,S,S.)	Fonti secondarie di dati
Cantoni con stanziamenti globali di bilancio di cui all'art. 51 LAMal (con riferimento al 2017)			x	x		
Cantoni con stanziamenti globali di bilancio e/o strumenti alternativi di gestione del volume con effetto simile agli stanziamenti globali di bilancio (con riferimento agli anni 2012-2017)			x		x	
Applicazione dell'art. 51 LAMal		x	x			
Compatibilità dell'attuazione		x	x			
Effetti		x		x		x

Applicazione degli stanziamenti globali di bilancio di cui all'articolo 51 LAMal nel settore somatico acuto

Nel 2017, i Cantoni che per il finanziamento degli ospedali applicavano gli stanziamenti globali di bilancio ai sensi dell'articolo 51 LAMal erano tre: il Cantone Ticino, il Cantone del Vallese e il Cantone di Ginevra. Nell'attuazione applicata nel 2017, tale strumento è stato utilizzato primariamente per gestire il volume delle prestazioni e rappresentava una forma mista tra gli stanziamenti globali di bilancio definiti dalla teoria economica (ossia un importo fisso indipendente dall'effettivo volume delle prestazioni) e la remunerazione DRG (ossia una remunerazione orientata alle prestazioni attraverso un importo per singolo caso).

¹⁶ I sondaggi sono stati effettuati dalle agenzie di consulenza INFRAS (per gli ospedali) ed econcept (per i Cantoni) nell'autunno 2017 nel quadro della 2^a tappa della valutazione della revisione della LAMal nell'ambito del finanziamento ospedaliero.

Il calcolo degli stanziamenti globali di bilancio si basava principalmente sul volume pronosticato o passato delle prestazioni e, in un caso, anche sullo stanziamento dell'anno precedente (in determinate circostanze con adeguamenti dovuti a divergenze da quest'ultimo). In caso di superamento del volume prestabilito o dello stanziamento, le ulteriori prestazioni fornite sono state remunerate parzialmente o non lo sono state affatto. Ciò significa che, anche se è stato utilizzato uno stanziamento globale di bilancio, questo non (sempre) era indipendente dal volume delle prestazioni (effettivamente) fornite.

La struttura concreta può essere riassunta nei seguenti punti chiave:

- interessati: tutti gli ospedali o anche solo una selezione di ospedali con mandato di prestazioni cantonale;
- calcolo: numero di casi, ovvero case mix (base di calcolo: numero di casi risp. case mix degli anni precedenti o in base alla pianificazione del fabbisogno) e in parte anche ricorso allo stanziamento dell'anno precedente (in determinate circostanze con adeguamenti dovuti a divergenze da quest'ultimo);
- remunerazione (quotaparte cantonale) in caso di superamento dei volumi stabiliti: variabile, in certi casi le ulteriori prestazioni sono parzialmente remunerate (analogamente, in caso di mancato raggiungimento dei volumi stabiliti, parte della remunerazione deve essere rimborsata), in altri casi il superamento è completamente a carico del fornitore di prestazioni;
- assicuratori: remunerazione DRG;
- scelta di ospedali extracantionali: non interessata.

Compatibilità con i principi del nuovo finanziamento ospedaliero

Con l'introduzione del sistema DRG sono stati perseguiti diversi obiettivi, tra cui in particolare un contenimento dei costi attraverso incentivi economici, il potenziamento della concorrenza e dell'efficienza e un aumento della trasparenza. Per raggiungere questi e altri obiettivi, il nuovo finanziamento ospedaliero presenta diversi principi risp. elementi:

- orientamento alle prestazioni nel finanziamento e nella pianificazione;
- parità di trattamento degli ospedali pubblici e privati;
- finanziamento duale fisso da parte di Cantoni e assicurazioni;
- potenziamento della libertà di scelta dell'ospedale da parte degli assicurati;
- pianificazione basata su criteri unitari, coordinata a livello intercantonale e commisurata al fabbisogno.

Ci si chiede quindi in che misura lo strumento degli stanziamenti globali di bilancio, ossia l'attuazione dell'articolo 51 LAMal, sia compatibile con i principi suesposti. Per rispondere a questa questione è impiegata l'attuazione dell'anno 2017. Un'analisi basata sui meccanismi d'azione teorici degli stanziamenti globali di bilancio dimostra che, in linea di principio, la compatibilità è confermabile, ma molto dipende dall'attuazione concreta. Se, stando alla teoria economica, il concetto di stanziamenti globali di bilancio (forfait indipendenti dal volume) in una certa misura può essere in contraddizione con il finanziamento delle prestazioni, la forma mista prevalentemente utilizzata dai Cantoni nel 2017 può essere considerata compatibile con il principio di orientamento alle prestazioni nel finanziamento. La compatibilità con il principio di parità di trattamento degli ospedali pubblici e privati

può essere compromessa in base a come l'articolo 51 LAMal viene attuato concretamente. Ciò si verifica nel momento in cui per il finanziamento degli ospedali, ossia per la gestione del volume delle prestazioni, vengono impiegati strumenti diversi per gli ospedali pubblici e privati, come avveniva nel 2017 nei Cantoni di Ginevra e di Vaud. In questi casi insorge un conflitto tra il finanziamento duale fisso e l'effettiva quota di finanziamento cantonale. Di conseguenza, la quotaparte cantonale fissata ad almeno il 55 per cento negli stanziamenti globali di bilancio si riferisce solo alle prestazioni ospedaliere *concordate*. Ai sensi della decisione del Tribunale federale (DTF 138 II 398), ciò tuttavia è conforme alla LAMal; le limitazioni del volume delle prestazioni sono quindi ammesse. Per quanto concerne l'ampliamento della scelta degli ospedali ciò può comportare limitazioni, per lo meno quando lo stanziamento globale di bilancio è rigido (come nel Cantone di Ginevra). La situazione è meno problematica se in caso di superamento del volume stabilito è applicata una diminuzione della remunerazione che non viene così soppressa per intero (come nei Cantoni Ticino e Vaud). Poiché secondo la decisione del Tribunale federale (DTF 138 II 398) l'obbligo di ammissione vige solo nei limiti dei mandati di prestazioni e questi ultimi possono prevedere limitazioni del volume delle prestazioni, dal punto di vista giuridico questo principio non è compromesso. L'attuazione del 2017 è dunque compatibile con la pianificazione fondata su criteri uniformi, coordinata tra i Cantoni e commisurata al fabbisogno.

Ripercussione sul volume delle prestazioni e sulle spese

Per valutare le ripercussioni degli stanziamenti globali di bilancio, sono stati messi a confronto i Cantoni che nel periodo 2012-2015 ne hanno fatto uso ai sensi dell'articolo 51 LAMal e i Cantoni che invece non li hanno impiegati¹⁷. Oltre agli stanziamenti globali di bilancio di cui all'articolo 51 LAMal, i Cantoni hanno la possibilità di impiegare anche altri strumenti di gestione del volume con effetto simile (quali la limitazione diretta del volume o la remunerazione degressiva). Al fine di tale analisi, anche questi ultimi sono da includere nel gruppo dei Cantoni con stanziamenti globali di bilancio. Per l'inclusione in tale gruppo vigono i due seguenti criteri di selezione (di cui deve esserne soddisfatto almeno uno): 1) utilizzo di uno stanziamento globale di bilancio di cui all'art. 51 LAMal; 2) utilizzo di strumenti alternativi di gestione del volume con effetto simile. Tali strumenti devono essere stati utilizzati, almeno per la gran parte, nel periodo di analisi dal 2012 al 2015. Secondo tali criteri, nel gruppo dei Cantoni con stanziamenti globali di bilancio e/o strumenti alternativi di gestione del volume risultano rientrare il Cantone Ticino, il Cantone del Vallese, il Cantone di Ginevra e il Cantone di Neuchâtel. Per quanto riguarda l'interpretazione dei risultati si deve considerare che essi sono validi nei limiti del valore informativo degli indicatori esaminati. Questi limiti sono esaminati separatamente per ogni indicatore. Il risultato relativo all'evoluzione del volume delle prestazioni e di diversi indicatori di spesa riferiti all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS), considerati ciascuno come importo pro capite, è riassunto come segue (cfr. tabella alla pagina xxxvi):

¹⁷ Gli stanziamenti globali di bilancio utilizzati per il finanziamento degli ospedali prima del 2012 non sono oggetto della presente analisi.

- *casi AOMS nel settore ospedaliero stazionario (somatico acuto, pro capite)*: nei Cantoni che nel periodo 2012-2015 hanno impiegato stanziamenti globali di bilancio e/o strumenti alternativi di gestione del volume, la crescita dei casi AOMS nel settore ospedaliero stazionario (somatico acuto, pro capite) è meno marcata rispetto a quanto rilevato nei Cantoni che non hanno messo in atto né una misura né l'altra;
- *spese AOMS nel settore ospedaliero stazionario (somatico acuto, pro capite)*: il gruppo dei Cantoni che nel periodo 2012-2015 ha impiegato stanziamenti globali di bilancio e/o strumenti alternativi di gestione del volume, nonostante l'aumento moderato del volume (di cui al punto precedente), presentano per il periodo preso in esame una crescita media annua delle spese uguale a quella del gruppo degli altri Cantoni. Questo risultato si spiega con un calo più importante dei prezzi di base per il gruppo dei Cantoni che non ha utilizzato stanziamenti globali di bilancio o strumenti alternativi di gestione del volume. Una possibile ragione della diminuzione meno marcata dei prezzi nel gruppo che invece li ha utilizzati può essere individuata nel fatto che in questo gruppo, grazie all'applicazione dell'AP-DRG prima del 2012 per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere stazionarie nel settore somatico acuto, gli aumenti di efficienza auspicati con l'introduzione del sistema DRG sono stati raggiunti già prima di quell'anno. In questo gruppo, ciò potrebbe aver comportato una pressione meno decisa sui prezzi di base. Inoltre si devono considerare altri fattori di influenza: da una parte, è possibile che l'evoluzione delle spese sia risultata relativamente più marcata nel gruppo con stanziamenti globali di bilancio e/o strumenti alternativi di gestione del volume rispetto a quello degli altri Cantoni, a causa di un livello di spese più basso nel periodo 2012-2015 (effetto base). Dall'altra, l'effetto demografico (invecchiamento della popolazione) si è fatto sentire di più nei Cantoni senza stanziamenti globali di bilancio e/o strumenti alternativi di gestione del volume, cosa che nel periodo 2012-2015 ha comportato un aumento delle spese relativamente più marcato per questo gruppo di Cantoni. Inoltre, il fatto che alcuni dei Cantoni che in quel periodo non hanno impiegato né stanziamenti globali di bilancio né strumenti alternativi di gestione del volume abbiano gradatamente adeguato al 55 per cento la quotaparte di finanziamento cantonale nel quadro del periodo transitorio previsto dalla legge ha contribuito a una crescita contenuta delle spese per questo gruppo di Cantoni. Se si esclude questo effetto di contenimento dei costi, l'aumento annuale medio delle spese dell'AOMS per il settore ospedaliero stazionario (somatico acuto) (pro capite) nel gruppo di Cantoni senza stanziamenti globali di bilancio o strumenti alternativi di gestione del volume si situa al di sopra dell'aumento nel gruppo di Cantoni con stanziamenti globali di bilancio e/o strumenti alternativi di gestione del volume. Sulla base delle informazioni presenti in questo rapporto non è possibile evincere una stima conclusiva dell'effetto complessivo;
- *spese AOMS nel settore ambulatoriale (ambulatori ospedalieri e studi ambulatoriali, tutti i settori di cure, pro capite)*: i Cantoni che nel periodo 2012-2015 hanno impiegato stanziamenti globali di bilancio e/o strumenti alternativi per la gestione del volume presentano un aumento medio annuo delle spese AOMS nel settore ambulatoriale (pro capite) leggermente più contenuto rispetto agli altri Cantoni. Si

deve però tenere conto del fatto che, nel periodo analizzato, i primi Cantoni presentavano un livello di spese relativamente alto e le variazioni, possono essere state meno marcate in termini relativi (effetto base). Le spese dell'AOMS nel settore ambulatoriale (pro capite) risultano interessanti in quanto, laddove siano generate da stanziamenti globali di bilancio e/o strumenti alternativi di gestione del volume, dovrebbero rispecchiarsi differenze sistematiche tra i due gruppi di Cantoni per quanto concerne i trasferimenti delle prestazioni dal settore stazionario a quello ambulatoriale. I risultati, tuttavia, non permettono di giungere a una conclusione univoca in merito ai trasferimenti di prestazioni e di costi;

- *spese AOMS totali (tutti i tipi di prestazioni, pro capite)*: per quanto concerne le spese AOMS totali, per il periodo 2012-2015 i due gruppi di Cantoni presentano una crescita annua media simile. Anche in questo caso, un effetto base può essere responsabile del fatto che nei Cantoni con stanziamenti globali di bilancio e/o strumenti alternativi di gestione del volume gli aumenti delle spese pesino meno che nel gruppo degli altri Cantoni. Tenendo conto dell'effetto demografico la crescita media annua nel periodo 2012-2015 per il gruppo dei Cantoni senza stanziamenti globali di bilancio e/o strumenti alternativi di gestione del volume sarebbe più bassa rispetto al gruppo dei Cantoni che attua queste misure.

Lo strumento dello stanziamento globale di bilancio e gli strumenti alternativi di gestione delle quantità (come sono impiegati nella pratica) hanno come obiettivo le finanze cantonali. Laddove con l'utilizzo degli stanziamenti globali di bilancio gli incentivi a fornire prestazioni non indicate dal punto di vista medico vengono ridotti, anche l'AOMS dovrebbe averne tratto beneficio (in quanto la crescita delle spese viene contenuta). Sulla base dei risultati presentati sopra, non è possibile tuttavia dimostrare tale effetto. I risultati per gli altri indicatori di spesa possono invece essere riassunti come segue:

- *spese dei Cantoni nel settore ospedaliero stazionario (comprese le prestazioni economicamente di interesse generale e gli investimenti cantonali, intero settore stazionario ospedaliero; settore somatico acuto, psichiatria e riabilitazione, pro capite)*: per quanto riguarda le spese dei Cantoni per le prestazioni ospedaliere stazionarie (comprese le prestazioni economicamente di interesse generale e gli investimenti cantonali), i Cantoni che nel periodo 2012-2015 hanno utilizzato stanziamenti globali di bilancio e/o strumenti alternativi di gestione del volume presentano risultati peggiori rispetto a quelli del gruppo degli altri Cantoni. Questo dato dipende tuttavia in modo determinante dal netto calo degli investimenti cantonali registrato tra il 2012 e il 2013 nel gruppo dei Cantoni che nel periodo 2012-2015 non ha impiegato alcuno stanziamento globale di bilancio o strumento alternativo di gestione del volume. Questo cambiamento può essere imputato alla revisione della LAMal nell'ambito del finanziamento ospedaliero: con il nuovo regime, oltre ai costi di gestione, anche i costi d'investimento connessi con la fornitura di prestazioni ospedaliere stazionarie ai sensi della LAMal sono coperti dalla tariffa ospedaliera e non sono più sostenuti solo dal Cantone. Se gli investimenti cantonali vengono esclusi dall'analisi o si considera solo il periodo 2013-2015, il risultato si inverte; il gruppo dei Cantoni che nel periodo 2012-2015 ha impiegato stanziamenti globali di bilancio e/o strumenti alternativi di gestione del volume

presenta quindi un aumento medio annuo delle spese più contenuto rispetto a quello del gruppo degli altri Cantoni. Alla luce di questo fattore, il gruppo dei Cantoni che nel periodo 2012-2015 ha impiegato stanziamenti globali di bilancio e/o strumenti alternativi di gestione del volume presenta, per lo meno nel periodo 2013-2015, risultati migliori per quanto riguarda l'andamento delle spese cantonali per le prestazioni ospedaliere stazionarie (intero settore, con le prestazioni economicamente di interesse generale e inclusi gli investimenti cantonali, pro capite) rispetto al gruppo degli altri Cantoni. Nell'interpretazione di questi risultati si può notare che l'indicatore esaminato include anche le spese cantonali per le prestazioni economicamente di interesse generale. È stata esaminata la possibilità di un adattamento dell'indicatore alle spese cantonali per le prestazioni di interesse generale. A causa della mancanza di dati, questo adattamento non ha però potuto essere effettuato. Per l'inchiesta non era quindi disponibile l'indicatore che idealmente avrebbe dovuto essere considerato. I cambiamenti delle spese cantonali per le prestazioni economicamente di interesse generale possono aver influenzato il risultato, visto che erano differenti nei due gruppi cantonali nel periodo considerato.

- *spese di tutti i finanziatori del settore ospedaliero (stazionario e ambulatoriale, settore somatico acuto, psichiatria e riabilitazione, pro capite):* per quanto riguarda questo indicatore, i Cantoni che nel periodo 2012-2015 hanno utilizzato stanziamenti globali di bilancio e/o strumenti alternativi di gestione del volume hanno registrato risultati peggiori rispetto a quelli del gruppo degli altri Cantoni.

Complessivamente, dagli indicatori esaminati non risulta un'immagine chiara. Va inoltre osservato che l'andamento degli indicatori presi in considerazione risente anche di altri fattori di influenza, sia interni che esterni alla revisione della LAMal. L'influenza di questi fattori non ha potuto essere controllata completamente, in parte per ragioni metodologiche (analisi descrittiva) e in parte anche perché non possono essere misurati. Le valutazioni possono quindi fornire prime indicazioni su un'influenza degli stanziamenti globali di bilancio sull'andamento delle spese. Conclusioni definitive non sono tuttavia possibili.

Aumento medio annuo pro capite dei casi e delle spese pro capite, 2012-2015

	Cantoni con stanziamenti globali di bilancio e/o strumenti alternativi di gestione del volume nel periodo 2012-2015	Cantoni senza stanziamenti globali di bilancio o strumenti alternativi di gestione del volume nel periodo 2012-2015
Casi AOMS settore ospedaliero stazionario (somatico acuto)	0,6%	1,2%
Spese AOMS settore ospedaliero stazionario (somatico acuto)	0,1%	0,1%
Spese AOMS settore ambulatoriale (ambulatori ospedalieri e studi ambulatoriali)	4,4%	4,7%
Spese AOMS totali (tutti i tipi di prestazioni)	2,7%	2,7%
Spese dei Cantoni nel settore ospedaliero stazionario (comprese le prestazioni economicamente di interesse generale e gli investimenti cantonali, intero settore)	1,8%	-1,2%
Spese di Cantoni e AOMS nel settore ospedaliero stazionario (intero settore)	1,4%	-0,4%
Spese di tutti i finanziatori ^(a) per il settore ospedaliero (stazionario e ambulatoriale)	3,2%	2,4%

Fonti: Statistica medica ospedaliera (UST), Monitoraggio dell'evoluzione dei costi attuale MOKKE (UFSP, non disponibile in italiano) e pool di dati SASIS SA; Costi e finanziamento del sistema sanitario (UST, non disponibile in italiano); analisi Obsan e B,S,S. Nota: ^(a) finanziatori: Cantoni, AOMS, altre assicurazioni sociali, economie domestiche, assicurazioni complementari, altri finanziatori pubblici e privati.

Per riuscire a interpretare questa evoluzione vale la pena di ricorrere ad altre grandezze, in particolare alla crescita del PIL e dei salari, tramite le quali si può stabilire una correlazione con l'andamento del reddito. Quest'ultimo è infatti un importante determinante della domanda di prestazioni sanitarie (e, di conseguenza, un fattore che incentiva le spese sanitarie). Di seguito verranno presentati i risultati relativi alla crescita del PIL. Laddove dal confronto con la crescita salariale dovesse emergere una stima diversa, questa verrà inclusa nella valutazione. Come indicatore per misurare il raggiungimento degli obiettivi di seguito si utilizzerà la differenza tra la crescita media annua delle spese (pro capite) e la crescita media annua del PIL a livello nazionale (pro capite), espresse in percentuale¹⁸. L'obiettivo del contenimento dei costi potrà ritenersi raggiunto se:

- nel periodo 2012-2015 l'indicatore presenta un valore uguale o inferiore a zero. In questo caso, l'aumento delle spese si collocherebbe all'interno della crescita del PIL;
- nel periodo 2012-2015 l'indicatore presenta un valore inferiore a quello del periodo 2005-2011. Si fa ricorso al secondo criterio se il primo non è soddisfatto. In questo caso la crescita delle spese è più elevata di quella del PIL. Il divario tra crescita del PIL e delle spese, tuttavia, è meno marcato rispetto ai periodi passati presi in esame.

¹⁸ Cfr. Rapporto peritale (2017), Consiglio federale (2016). Consiglio federale (1991).

L'obiettivo di contenimento dei costi è raggiunto solo in parte nei due gruppi di Cantoni, come mostra la tabella seguente. Come per i risultati sull'andamento del volume delle prestazioni e delle spese, anche qui è bene ricordare che l'effetto (positivo, nullo o negativo) dell'utilizzo di stanziamenti globali di bilancio e/o di strumenti alternativi di gestione del volume per il raggiungimento degli obiettivi non può essere valutato in modo definitivo in quanto l'analisi non permette interpretazioni causali.

Valutazione dell'andamento delle spese rispetto all'andamento nazionale del PIL

Settore	Cantoni	Criterio di valutazione		Valutazione complessiva
		L'aumento medio annuo delle spese del periodo 2012-2015 è minore o uguale rispetto alla crescita annua del PIL (valori pro capite)	La differenza tra l'aumento medio annuo delle spese e del PIL nel periodo 2012-2015 è inferiore rispetto al periodo 2005-2011 (valori pro capite) (laddove il primo criterio non sia soddisfatto)	
Spese AOMS settore ospedaliero stazionario (somatico acuto)	SG	✓	(a)	✓
	altri	✓	(a)	✓
Spese AOMS totali (tutti i tipi di prestazioni)	SG	✗	✗	✗
	altri	✗	✗	✗
Spese dei Cantoni nel settore ospedaliero stazionario (comprese le prestazioni economicamente di interesse generale e gli investimenti cantonali, intero settore)	SG	✗	✗	✗ ^(b)
	altri	✓	(a)	✓ ^(c)
Spese di tutti i finanziatori per il settore ospedaliero (stazionario e ambulatoriale)	SG	✗	(d)	✗
	altri	✗	(d)	✗

Nota: SG: Cantoni che nel periodo 2012-2015 hanno utilizzato stanziamenti globali di bilancio e/o strumenti alternativi di gestione del volume; altri: Cantoni che nel periodo 2012-2015 non hanno utilizzato stanziamenti globali di bilancio e/o strumenti alternativi di gestione del volume. ✓ = raggiunto, ✗ non raggiunto. I valori riportati sono sempre pro capite. ^(a)Nessuna valutazione perché il primo criterio è soddisfatto. ^(b)Se si confronta l'andamento delle spese cantonali per prestazioni ospedaliere stazionarie (comprese quelle economicamente di interesse generale) con la crescita salariale escludendo gli investimenti cantonali, l'obiettivo del contenimento dei costi è raggiunto in base al secondo criterio. ^(c)Per questa stima si osserva che se si confronta l'andamento delle spese cantonali per prestazioni ospedaliere stazionarie (comprese quelle economicamente di interesse generale) con la crescita del PIL escludendo gli investimenti cantonali, l'obiettivo del contenimento dei costi non è raggiunto. Se si confronta l'andamento delle spese cantonali per prestazioni ospedaliere stazionarie (comprese quelle economicamente di interesse generale) con la crescita salariale escludendo gli investimenti cantonali, l'obiettivo del contenimento dei costi è raggiunto in base al secondo criterio. ^(d) Valutazione impossibile in quanto i dati sono disponibili solo a partire dal 2010.

Ulteriori ripercussioni

In relazione al nuovo finanziamento ospedaliero, da parte degli ospedali si possono prevedere reazioni, in parte desiderate e in parte indesiderate. Questo argomento è analizzato in dettaglio nel rapporto B,S,S sul tema dei costi e del finanziamento. Nella presente analisi si considerano invece solo le reazioni che possono essere influenzate dallo strumento degli stanziamenti globali di bilancio, e in particolare:

- l'incentivo all'ampliamento del volume delle prestazioni derivante dalla remunerazione DRG viene ridotto. Ciò è dimostrato sia dal punto di vista teorico che da quello empirico (attraverso il sondaggio tra gli ospedali);
- nel caso in cui la gestione del volume delle prestazioni avvenga in modo eccessivamente restrittivo, si teme inoltre un razionamento (ossia che vengano rifiutate prestazioni che apporterebbero un beneficio alla persona interessata). Nella prassi si nota tuttavia come questo timore vada relativizzato: gli abitanti dei Cantoni che impiegano stanziamenti globali di bilancio ricorrono a prestazioni extracantonali con una frequenza decisamente inferiore rispetto alla media. Naturalmente ciò dipende anche dalle caratteristiche dei Cantoni in questione (posizione, lingua, offerta), ma, ciò non di meno, se vi fosse un'assistenza insufficiente, dal nostro punto di vista ciò dovrebbe rispecchiarsi nel ricorso a prestazioni extracantonali.

Nel complesso, vi sono elementi che indicano che l'incentivo all'ampliamento del volume delle prestazioni derivante dal sistema DRG sia ridotto dagli stanziamenti globali di bilancio. Inoltre, empiricamente non sono state rilevate ripercussioni negative dello strumento dello stanziamento globale di bilancio per quanto riguarda gli obiettivi di concorrenza ed efficienza. In questo contesto, tuttavia, si deve tenere conto del fatto che si è giunti a tale giudizio basandosi sulle stime soggettive degli ospedali e dei rappresentanti dei servizi sanitari dei Cantoni Ticino, del Vallese e di Ginevra.

Conclusioni

Alla luce del risultato si può affermare che, dal punto di vista teorico, lo strumento degli stanziamenti globali di bilancio può essere utilizzato in abbinamento alla remunerazione DRG e in linea di principio è compatibile con gli obiettivi perseguiti dall'introduzione del sistema DRG e con i principi del nuovo finanziamento ospedaliero, nonché con gli effetti auspicati di quest'ultimo. Nell'applicazione concreta, tuttavia, questo strumento è valutato criticamente per ciò che concerne la compatibilità con determinati principi del sistema DRG, più dal punto di vista economico che da quello giuridico, e con alcuni obiettivi del nuovo finanziamento ospedaliero (concorrenza). Dal punto di vista teorico, lo strumento degli stanziamenti globali di bilancio può supportare l'effetto delle misure contenute nella revisione della LAMal nell'ambito del finanziamento ospedaliero (in particolare in relazione al contenimento dei costi). A causa dei limiti del valore delle informazioni raccolte nell'ambito di questo rapporto non è possibile rispondere in modo esaustivo alla questione degli effetti degli stanziamenti globali di bilancio e degli strumenti alternativi di gestione del volume delle prestazioni sul volume delle prestazioni e sui costi del settore somatico acuto.

1. Ausgangslage

Am 1. Januar 2009 ist die Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) im Bereich Spitalfinanzierung in Kraft getreten.¹⁹ Die Revision umfasste mehrere Massnahmen. Kernelemente sind die Vergütung stationärer Spitalleistungen mittels leistungsbezogener Pauschalen (basierend auf schweizweit einheitlichen Tarifstrukturen²⁰), die dual-fixe Finanzierung dieser Pauschalen (mit welchen die Betriebskosten ebenso wie die Investitionen der Spitäler abgegolten werden) durch Versicherer und Kantone, kantonale Spitalplanungen nach gesamtschweizerisch einheitlichen Kriterien der Wirtschaftlichkeit und Qualität sowie die Verpflichtung der Kantone zur interkantonalen Koordination bei der Spitalplanung, die Stärkung der Freiheit der Versicherten bei der Wahl eines Spitals, und die Erweiterung der Informationsbasis zur Wirtschaftlichkeit und Qualität der stationären Spitalleistungen. Die neuen Finanzierungsregeln werden mehrheitlich seit dem 1. Januar 2012 umgesetzt. Die Auswirkungen der KVG-Revision werden durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) evaluiert. Die erste Etappe (2012-2015) der Evaluation wurde mit dem Zwischenbericht des BAG an den Bundesrat abgeschlossen. In der zweiten Etappe (2016-2018) werden die Wirkungen der KVG-Revision in drei Themenbereichen ("Kosten und Finanzierung des Versorgungssystems", "Qualität der stationären Leistungen", "Entwicklung der Spitallandschaft und Sicherstellung der Versorgung") vertieft untersucht.²¹

Die Firma B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung wurde mit der Evaluation im Themenbereich Kosten und Finanzierung des Versorgungssystems beauftragt. Diese ist aktuell in Bearbeitung²² und hat zum Ziel, die Umsetzung und Wirkungen der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Kosten und die Finanzierung des Versorgungssystems *aufzuzeigen* und zu *beurteilen* sowie einen allfälligen Handlungsbedarf in Bezug auf Anpassungen auf der gesetzgeberischen Ebene oder bei der Umsetzung der Massnahmen aufzuzeigen. Das Evaluationsmandat schliesst auch die Bereitstellung von Grundlagen zur Erfüllung des Postulats 14.3385 "*Fallpauschalen und Globalbudgets. Evaluation der Systeme in den Kantonen*" ein.²³

Mit dem Postulat wird der Bundesrat beauftragt, einen Bericht über die Anwendung des DRG-Systems zu erarbeiten und dabei insbesondere einen Vergleich zwischen jenen Kantonen, die das Steuerungsinstrument der Globalbudgets nach Art. 51 KVG anwenden, und jenen Kantonen, die davon nicht Gebrauch machen, vorzunehmen.²⁴ Der Bericht des Bun-

¹⁹ Am 21. Dezember 2007 haben die eidgenössischen Räte die Revision verabschiedet.

²⁰ In der Akutsomatik wurde mit SwissDRG ein System basierend auf diagnosebezogenen Patientengruppen (Diagnosis Related Groups DRG) eingeführt.

²¹ Für weitere Informationen zur Evaluation vgl. www.bag.admin.ch/evalspitalfinanzierung

²² Die Publikation dieses Berichts wird zusammen mit dem Schlussbericht der Evaluation im Jahr 2019 erfolgen.

²³ <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefit?AffairId=20143385>.

²⁴ Gemäss Art. 51 Abs. 1 KVG kann der Kanton als finanzielles Steuerungsinstrument einen Gesamtbetrag für die Finanzierung der Spitäler oder der Pflegeheime festsetzen. Die Kostenaufteilung nach Artikel 49a (dual fixe Finanzierung) bleibt vorbehalten. Der Art. 51 KVG ist seit dem 1. Januar 1996 in Kraft.

desrates soll Auskunft darüber geben, ob die mit der Einführung des DRG-Systems verfolgten Ziele in den Kantonen, die das Steuerungsinstrument der Globalbudgets nach Art. 51 KVG anwenden, erreicht wurden oder nicht. In Zusammenhang mit dem Postulat 14.3385 sind auch die parlamentarische Initiative Bortoluzzi 12.500 (die eine Streichung von Artikel 51 KVG anstrebte, da er der Idee der leistungsbezogenen Finanzierung widerspreche) und der darauf Bezug nehmende Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates vom 20. Februar 2014 (im Folgenden als Bericht SGK-N bezeichnet) zu nennen.²⁵

Der Fokus dieses Berichts liegt auf der Vergütung von stationären Leistungen in der Akut-somatik. Das DRG-System ist seit dem Jahr 2012 in Kraft. In der Psychiatrie und Rehabilitation erfolgte die Vergütung bis anhin nach Tagespauschalen. Neue leistungsorientierte Vergütungssysteme wurden auf Anfang 2018 (Psychiatrie: TARPSY) bzw. werden voraussichtlich ab 2022 (Rehabilitation: ST Reha) eingeführt. Die Vergütung von stationären Leistungen in den Bereichen Psychiatrie und Rehabilitation ist somit nicht Gegenstand dieses Berichts. Die in dieser Studie präsentierten Ergebnisse lassen keine Rückschlüsse auf die Bereiche Rehabilitation und Psychiatrie zu.

2. Konzept der Studie

Aus dem Auftrag des Postulats (vgl. Kapitel 1) können folgende *deskriptive* Fragestellungen abgeleitet werden²⁶:

- I. Welche Kantone machen im akutsomatischen Bereich von Globalbudgets nach Artikel 51 KVG Gebrauch?
- II. Wie wenden diese Artikel 51 KVG an?
- III. Wie wird sichergestellt, dass die Umsetzung von Artikel 51 KVG mit den Prinzipien der neuen Spitalfinanzierung vereinbar ist bzw. wie wurden allfällige Widersprüche gelöst?
- IV. Welche Auswirkungen haben Globalbudgets auf die Leistungsmengen und die Kosten des akutsomatischen Bereichs im Vergleich zu Kantonen, die Artikel 51 KVG nicht anwenden?

Daraus haben wir zwei *evaluative* Fragestellungen abgeleitet, die in Kapitel 4 resp. Kapitel 5 beantwortet werden (in Klammern finden sich die Kriterien, anhand derer die Bewertung erfolgt):

1. Ist die Umsetzung von Art. 51 KVG mit den Prinzipien der neuen Spitalfinanzierung vereinbar? (*Angemessenheit*: Die Anwendung von Globalbudgets hat einen negativen/keinen/einen positiven Einfluss auf die Umsetzung der Prinzipien der neuen Spitalfinanzierung.)
2. Inwiefern werden die Ziele, die mit der Einführung des DRG-Systems verfolgt werden, in Kantonen, die von Art. 51 KVG Gebrauch machen, erreicht? (*Wirksamkeit*: Die Anwendung von Globalbudgets hat einen negativen/keinen/einen positiven Einfluss auf die erwarteten/erwünschten Wirkungen des DRG-Systems.)

²⁵ <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20120500>.

²⁶ Diese Fragestellungen wurden im Pflichtenheft zur Evaluation vom BAG formuliert.

Die deskriptiven und evaluativen Fragestellungen werden mittels einer Kombination verschiedener Methoden beantwortet:

- *Fachgespräche:* Wir führten Fachgespräche mit jeweils einem Vertreter / einer Vertreterin der Gesundheitsstellen von Kantonen mit einem Globalbudget durch. Für die Fachgespräche wurde ein semi-strukturierter Gesprächsleitfaden entwickelt, dessen Entwurf gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern des BAG und der GDK diskutiert wurde. Die Fachgespräche wurden zwischen Oktober und November 2017 telefonisch durchgeführt. Die Gesundheitsstellen und der Gesprächsleitfaden sind in Anhang II aufgeführt.²⁷
- *Dokumentenanalyse:* Als Ergänzung zu den Informationen aus den Gesprächen mit den Kantonen wurden Informationen aus verschiedenen (kantonalen) Dokumenten (Spitalplanungsdokumente, Gesetze etc.) gewonnen. Weiter wurden Studien, die sich mit der KVG-Revision Spitalfinanzierung befassen (Studien aus Evaluationsmandaten des BAG wie auch von Dritten²⁸), berücksichtigt.
- *Spital- und Kantonsbefragung:* Als weitere Informationsquellen haben wir die Befragungen der Spitäler und Kantone, die im Rahmen der 2. Etappe der Evaluation KVG-Revision Spitalfinanzierung durch die Beratungsbüros Infrac (Spitäler) und econcept (Kantone) im Herbst 2017 durchgeführt wurden (nachfolgend als "Spitalbefragung" bzw. "Kantonsbefragung" bezeichnet), verwendet.²⁹
- *Ergänzende Befragung der Kantone (B,S,S.):* Im Rahmen einer telefonischen Befragung bei allen Kantonen hat B,S,S. im Juni 2018 eine vorgängig eigens erstellte literatur- und dokumentenbasierte Bestandsaufnahme zur Anwendung von Instrumenten der Mengensteuerung in den Kantonen validiert und falls nötig korrigiert und/oder ergänzt.
- *Sekundärdatenanalyse:* Für die Analyse der Wirkungen haben wir auf verschiedene Sekundärdaten zurückgegriffen: Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Krankenhausstatistik (BFS), Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (BFS), Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung MOKKE (BAG) bzw. Datenpool SASIS AG³⁰, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung (VGR) (BFS), Schweizerischer Lohnindex (BFS). Diese Daten werden deskriptiv ausgewertet. Effekte aufgrund von Drittvariablen werden soweit möglich qualitativ aufgenommen. Auf eine kausale Analyse unter Zuhilfenahme eines Regressionsmodells wird verzichtet, da die Versuchsanlage für eine belastbare (d.h. möglichst den kausalen Effekt der Globalbudgets identifizierende) Schätzung nicht geeignet ist.³¹

²⁷ Wir bedanken uns bei den befragten Personen für die Gespräche und die Beantwortung der Fragen.

²⁸ www.bag.admin.ch/evalspitalfinanzierung

²⁹ Die Befragungen werden im Schlussbericht zum Themenbereich "Kosten und Finanzierung", der im Rahmen der 2. Etappe der Evaluation KVG-Revision Spitalfinanzierung erstellt und 2019 vorliegen wird, beschrieben.

³⁰ Stand Juni 2018.

³¹ Einerseits datiert der Beginn der Anwendung von Globalbudgets ausserhalb des gewählten Analysezeitraums von 2012-2015, teilweise aber auch ausserhalb des von den verfügbaren Datenreihen eingeschlossenen Zeitraums. Weiter wurden die Instrumente der Globalbudgets im Zuge kantonomer Anpassungen im

Zeitraum: Der primäre Analysezeitraum erstreckt sich über die Jahre 2012-2015. Der Start des Analysezeitraums wurde aufgrund des Postulats 14.3385 auf das Jahr 2012 gelegt, da die Untersuchung der Wirkungen von Globalbudgets und deren Wechselwirkungen mit der neuen Spitalfinanzierung im Zentrum steht. Aufgrund der Datenverfügbarkeit können die Jahre nach 2015 nicht einbezogen werden. Für Vorher-Nachher-Vergleiche wird der Analysezeitraum um die Jahre 2005-2011 erweitert. In diesem Zusammenhang gilt es zu beachten: Vor 2012 finanzierten Kantone stationäre Leistungen im Bereich der OKP mittels Beiträgen an die Spitäler (Subventionen) (vgl. Rüttsche 2011). Eine Reihe von Kantonen richtete diese Beiträge als Globalbudgets aus.³² Globalbudgets, wie sie vor 2012 angewendet wurden, sind aber nicht Gegenstand dieser Analyse.

Tabelle 1 zeigt auf, welche Methoden für die Beantwortung der oben erwähnten Fragestellungen angewendet werden. Die Hauptergebnisse der folgenden Analysen werden jeweils kapitelweise in Form von Fazits in einer Box zusammengefasst.

Tabelle 1 Methodentabelle

Thema/Frage \ Methode	Fachgespräche	Dokumentenanalyse	Spital- und Kantonsbefragung	Befragung der Kantone (B,S,S.)	Sekundäre Datenquellen
Kantone mit Globalbudgets gemäss Art. 51 KVG (bezogen auf das Jahr 2017)		x	x		
Kantone mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung mit ähnlicher Wirkung wie Globalbudgets (bezogen auf die Jahre 2012-2017)		x		x	
Anwendung von Art. 51 KVG	x	x			
Vereinbarkeit der Umsetzung	x	x			
Auswirkungen	x		x		x

Nachgang zur KVG-Revision Spitalfinanzierung angepasst. Eine Isolation der Wirkung von Globalbudgets von den Wirkungen der Massnahmen der KVG-Revision Spitalfinanzierung ist dadurch nicht möglich.

³² Vgl. hierzu die Zusammenstellung der GDK über die Spitaltarifstrukturen (inkl. der Berechnungsgrundlage des Kantonsanteils) in allen Kantonen (Stand 2007), online verfügbar über (zuletzt konsultiert: 12.6.2018): <https://www.gdk-cds.ch/index.php?id=572>

3. Anwendung der Globalbudgets und alternativer Instrumente der Mengensteuerung

3.1. Instrument "Globalbudget" und alternative Instrumente der Mengensteuerung

Ein Globalbudget stellt ein Finanzierungsinstrument dar, bei welchem ein pauschaler Betrag für eine bestimmte Leistungserbringung gewährt wird, über das der Leistungserbringer frei verfügen kann. Im Bereich der Finanzierung von Spitälern (und Pflegeheimen) sind Globalbudgets gemäss Art. 51 KVG zulässig. Das KVG regelt die Finanzierung der KVG-pflichtigen Leistungen. Die Regelung der Finanzierung weiterer Leistungen (wie bspw. gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL))³³ ist Sache der Kantone.

KVG Art. 51 Globalbudget für Spitäler und Pflegeheime

¹ Der Kanton kann als finanzielles Steuerungsinstrument einen Gesamtbetrag für die Finanzierung der Spitäler oder der Pflegeheime festsetzen. Die Kostenaufteilung nach Artikel 49a³⁴ bleibt vorbehalten.

² Der Kanton hört die Leistungserbringer und die Versicherer vorher an.

Für die nachfolgende Diskussion wird der Fokus auf die Vergütung von KVG-pflichtigen stationären Spitalleistungen in der Akutsomatik eingeschränkt. Dieser Fokus wird durch das Postulat 14.3385 „Fallpauschalen und Globalbudgets. Evaluation der Systeme in den Kantonen“ nahegelegt, das direkt Bezug auf das DRG-System nimmt.

Das *Globalbudget* gemäss ökonomischer Theorie gibt einen fixen *Ausgabenbetrag* für die Vergütung von Leistungen vor, die innerhalb einer bestimmten Zeitperiode erbracht werden.³⁵ In Abbildung 1 ist die Vergütung mittels Globalbudget mit der horizontalen Linie durch den Punkt (100, 0) dargestellt. Wird die Vergütung der Aktivität über ein Globalbudget strikt angewendet, ist die Höhe der Vergütung unabhängig vom Umfang der realisierten Aktivität (d.h. der Leistungserbringung). Entsprechend verlaufen die Linien links und rechts des Punktes (100, 0) horizontal. In diesem Sinne ist das Globalbudget als Instrument zur Kostenkontrolle und entsprechend auch zur Planungssicherheit zu betrachten.

Bei der *DRG-basierten Vergütung* erfolgt die Vergütung eines Behandlungsfalls hingegen über Fallpauschalen. Die Höhe der jeweiligen Pauschale hängt von der Einteilung des Falls in eine diagnosebezogene Fallgruppe (DRG) und der Baserate (Spitaltarif) ab. Die Fallgruppen sollen dabei Fälle zusammenfassen, die sich bezogen auf den medizinischen und ökonomischen Aufwand ähnlich sind (vgl. Hölzer & Schmidt 2010). Jeder Fallgruppe kann

³³ Dazu zählen gemäss KVG insbesondere (Art. 49 Abs. 3): a. die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen; b. die Forschung und universitäre Lehre. Das KVG schliesst in Art. 49 Abs. 3 die Finanzierung der Kosten der GWL zu Lasten der OKP aus.

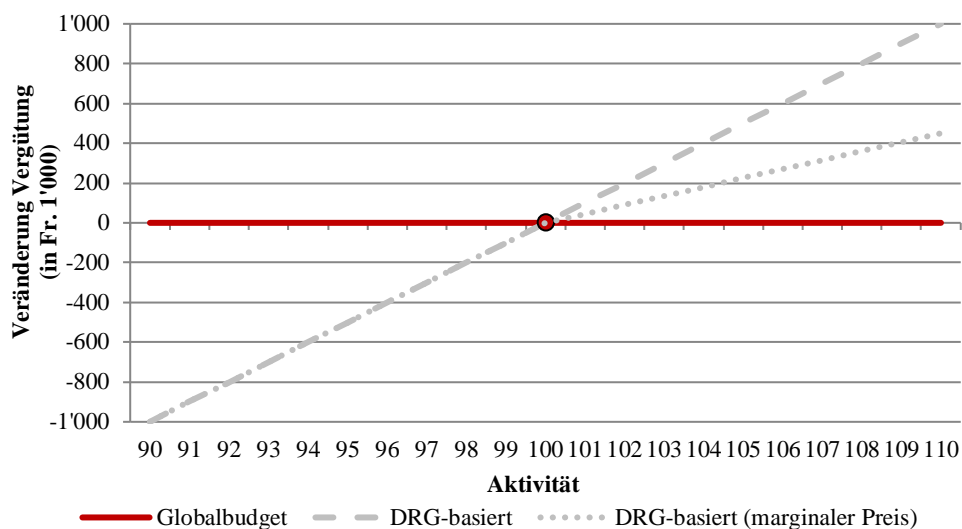
³⁴ Insbesondere Art. 49a Abs. 1-2 KVG: «Die Vergütungen [...] werden vom Kanton und den Versicherern anteilmässig übernommen. [...] Der kantonale Anteil beträgt mindestens 55 Prozent.»

³⁵ Vgl. bspw. Street et al. (2011), Geruso et al. (2016).

ein Kostengewicht zugeordnet werden, das den relativen Ressourcenverbrauch abbildet. Die Vergütung aller Behandlungsfälle ergibt sich aus der mit der Baserate bewerteten Summe der Kostengewichte. Die Summe der Kostengewichte wird als Case Mix bezeichnet.

Die DRG-basierte Vergütung kann verschiedene Formen annehmen (vgl. hierzu die Ausführungen in Street et al. 2011, S. 96ff). Im einfachsten Fall (= System SwissDRG) ist die Vergütung linear, d.h. die Vergütung des Spitals ergibt sich aus der Multiplikation des Case Mix (CM) des Spitals (nachfolgend als Aktivität bezeichnet) mit der Baserate. In Abbildung 1 ist die lineare Vergütung als graue, gestrichelte Linie dargestellt. Abweichungen von der erwarteten Aktivität um eine Einheit führen zu einer Zu- bzw. Abnahme der Vergütung um die Höhe der Baserate. Weiter ist auch eine marginale Vergütung möglich (als graue gepunktete Linie dargestellt). Dabei wird eine bestimmte Aktivität festgelegt, ab welcher eine zusätzliche Einheit nicht mehr mit dem vollen Preis vergütet wird, sondern nur noch mit einem bestimmten Anteil α der Baserate ($0 < \alpha < 1$).³⁶

Abbildung 1 Schematische Darstellung Vergütungsmodelle



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Street et al. (2011). Anmerkungen: Zur Veranschaulichung der Vergütungssysteme wird an dieser Stelle wie auch bei den folgenden Abbildungen auf ein fiktives Beispiel zurückgegriffen. Dieses Beispiel kann über folgende Eckwerte charakterisiert werden: (Referenz-)Aktivität (Case Mix) = 100, Baserate = 100.

Vorliegende Dokumente und Gutachten (GDK 2018, SGK-N 2014, Rüttsche 2012 & 2015) geben erste Hinweise auf die konkrete Anwendung des Steuerungsinstruments der Globalbudgets zur Finanzierung von Spitälern. Globalbudgets gemäss Art. 51 KVG können dabei im Rahmen einer *Mengensteuerung* zwecks Verhinderung einer medizinisch nicht indizierten Mengenausweitung bzw. Eindämmung des Kostenwachstums zur Anwendung

³⁶ Falls $\alpha = 0$, erhält das Spital für Behandlungsfälle über der vereinbarten Aktivität keine Vergütung mehr. Falls $\alpha = 1$ gilt die lineare Vergütung.

kommen.³⁷ Gemäss GDK (2018) können die Kantone zur Mengensteuerung neben Globalbudgets gemäss Art. 51 KVG (Festlegung einer Budgetobergrenze) noch weitere Instrumente anwenden³⁸: Bei der *direkten Mengenbeschränkung* wird eine maximale Anzahl von Fällen oder ein maximaler CM festgelegt. Bei Überschreitung erfolgt keine Vergütung mehr. Bezogen auf den Kantonsanteil: Der Kanton richtet seinen Beitrag nur bis zum Erreichen einer bestimmten Anzahl von Fällen / eines bestimmten CM aus. Falls die Mengenbeschränkung im Leistungsauftrag des Spitals festgeschrieben ist, gilt es gemäss GDK (2018) zu beachten, dass die Zulassung zur Abrechnung zulasten der OKP bei Überschreitung der maximalen Menge nicht mehr gegeben ist. Bei einer *degressiven Vergütung* (in der Praxis wird häufig auch von *degressiven Tarifen* gesprochen) wird analog zur direkten Mengenbeschränkung eine maximale Anzahl von Fällen oder ein maximaler CM festgelegt. Bei Überschreitung der festgelegten Menge (Fälle, CM) erfolgt ein Abschlag auf dem kantonalen Anteil der Fallpauschale für diejenige Menge, die die Grenze übersteigt. In der Wirkung sind diese Instrumente der Mengensteuerung ähnlich zu beurteilen wie Globalbudgets.

Hinweise aus Dokumenten legen den Schluss nahe, dass die Anwendung von Globalbudgets gemäss Art. 51 KVG vom theoretischen Ideal abweichen und Elemente der oben erwähnten alternativen Instrumente der Mengensteuerung enthalten oder die Instrumente nebeneinander angewendet werden. Gemäss SGK-N (2014) bilden prognostizierte Leistungsmengen die Grundlage für die Globalbudgets. Genauer würden Globalbudgets auf einer Steuerung von Leistungsmengen im Rahmen der Spitalplanung beruhen (vgl. Rüttsche 2015, Rz. 57 & 68). Gemäss SGK-N (2014) werden bei Überschreitung der festgelegten Mengen nur die Grenzkosten für die zusätzlich erbrachten Leistungen vergütet. Das heisst: Auch wenn ein Globalbudget angewandt wird, ist dieses nicht unabhängig von der (tatsächlich) erbrachten Leistungsmenge. Hier gibt es eine grosse Ähnlichkeit mit der DRG-basierten Vergütung mit marginalem Preis (vgl. Abbildung 1) bzw. zur degressiven Vergütung. Die Anreizwirkungen werden sich somit zwischen denjenigen einer DRG-basierten Vergütung und einem strikten Globalbudget bewegen. Das heisst: Die im Bereich der Finanzierung von Spitälern angewandten Globalbudgets stellen Mischformen zwischen Globalbudgets gemäss ökonomischer Theorie und der linearen DRG-Vergütung dar.

³⁷ Vgl. GDK (2018, S. 16f.) für eine Empfehlung in Bezug auf die Mengensteuerung. In den Fachgesprächen mit den Kantonen, die Globalbudgets anwenden, wurde aber auch auf andere Funktionen der Globalbudgets wie die Risikoverteilung zwischen Leistungserbringer und Kanton sowie die Planungshilfe hingewiesen (z.B. bei einem Globalbudget, das gar nicht abhängig von den tatsächlichen Leistungsmengen ist, trägt der Kanton kein Risiko, dafür die Leistungserbringer).

³⁸ Gemäss Rüttsche (2011, Abschnitt 3.2) sind die Kantone zur Mengensteuerung berechtigt, nicht aber verpflichtet.

Box I Zwischenfazit: Instrument "Globalbudget" und alternative Instrumente der Mengensteuerung

Globalbudget in der Theorie:

- Gesamtbetrag für Vergütung von Leistungen unabhängig von effektiven Kosten und Leistungsmengen
- Instrument zur Ausgabenkontrolle, aber auch andere Funktionen (Risikoverteilung zwischen Kanton und Spitälern, Planungshilfe)

Globalbudget in der Praxis (Festlegung einer Budgetobergrenze):

- Mischform zwischen Globalbudget gemäss Theorie und linearer DRG-Vergütung
- Instrument zur Mengensteuerung, aber auch andere Funktionen (Risikoverteilung zwischen Kanton und Spitälern, Planungshilfe)

Weitere Instrumente zur Mengensteuerung mit ähnlicher Wirkung wie Globalbudgets:

- Direkte Mengenbeschränkung: Max. Fallzahl oder CM – keine Vergütung durch Kanton bei Überschreitung
- Degressive Vergütung: Max. Fallzahl oder CM – Abschlag auf Vergütung durch Kanton bei Überschreitung

3.2. Kantone mit Globalbudgets und alternativen Instrumenten der Mengensteuerung

Dieses Kapitel leistet eine Bestandsaufnahme darüber, welche Kantone in den Jahren 2012-2017 von Globalbudgets gemäss Art. 51 KVG Gebrauch machten. In der vorliegenden Studie resp. dem Postulat geht es spezifisch um Art. 51 KVG und das Instrument der Globalbudgets. Faktisch wirken die im vorangehenden Kapitel erwähnten alternativen Instrumente der Mengensteuerung ähnliche wie Globalbudgets bzw. werden sogar mit Globalbudgets kombiniert (vgl. dazu die Ausführungen in Kapitel 3.3). Aus diesem Grund haben wir die Bestandsaufnahme um diese Instrumente erweitert. Zur Erhebung der Informationen zur Anwendung von Globalbudgets und alternativer Instrumente der Mengensteuerung haben wir in einem ersten Schritt bestehende Dokumente (bspw. SGK-N 2014) und Studien (Widmer et al. 2013, 2016) konsultiert sowie auf Informationen aus der Kantonsbefragung, die im Rahmen der 2. Etappe der Evaluation KVG-Revision Spitalfinanzierung im Herbst 2017 durchgeführt wurde, zurückgegriffen. Auf dieser Basis haben wir eine erste Bestandsaufnahme erstellt und diese in einem zweiten Schritt im Rahmen einer telefonischen Befragung bei allen Kantonen im Juni 2018 validiert und falls nötig korrigiert und/oder ergänzt. Tabelle 2 fasst die Bestandsaufnahme zusammen.

Tabelle 2 Übersicht Anwendung Globalbudgets nach Art. 51 KVG und alternativer Instrumente der Mengensteuerung

Instrument	Kantone	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Globalbudgets nach Art. 51 KVG	TI, VD ⁽¹⁾ , GE ⁽²⁾	x	x	x	x	x	x
	NE ⁽³⁾	x	x	x			
Direkte Mengenbeschränkung	VD ⁽⁴⁾ , GE ⁽⁴⁾	x	x	x	x	x	x
	NE ⁽⁵⁾		x	x	x	x	x
Degressive Vergütung ⁽⁶⁾	VS				x	x	x

Anmerkung: Telefonische Befragung der Kantone durch B,S,S. im Juni 2018. Grau hinterlegt ist der Analysezeitraum, der die Jahre 2012-2015 umfasst.

⁽¹⁾ Nur für Spitäler mit umfassendem Leistungsauftrag.

⁽²⁾ Für alle Spitäler. Für die Privatspitäler werden zudem Quoten festgelegt.

⁽³⁾ Im Jahr 2012 galt das Globalbudget auch für das Hôpital de la Providence. In den Jahren 2013 und 2014 nur noch für das Hôpital neuchâtelois (HNE).

⁽⁴⁾ Anwendung von Quoten (maximale Anzahl von Fällen, bezogen auf nur grundversicherte Patientinnen und Patienten) bei Privatspitälern (Kanton Genf) bzw. Spitälern mit eingeschränktem Leistungsauftrag (faktisch ebenfalls Privatspitäler) (Kanton Waadt).

⁽⁵⁾ Anwendung von Quoten (maximale Anzahl von Fällen). In den Jahren 2013-2016 nur für das Hôpital de la Providence. Ab 2017 für alle Spitäler.

⁽⁶⁾ In der Praxis wird häufig von degressiven Tarifen gesprochen.

In folgenden Kantonen erfolgte die Vergütung der stationären Leistungen in den Jahren 2012-2017 ausschliesslich über Fallpauschalen gemäss KVG (demzufolge wurden in diesen Kantonen in der betrachteten Zeitperiode keine für diesen Bericht relevanten Instrumente der Mengensteuerung angewendet): Aargau, Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden, Basel-Landschaft, Basel-Stadt, Bern, Freiburg³⁹, Glarus⁴⁰, Graubünden, Jura, Luzern, Nidwalden, Obwalden, Schaffhausen, Schwyz, Solothurn, St. Gallen, Thurgau, Uri, Zug⁴¹, Zürich.

In den Jahren 2012-2017 machten die Kantone Tessin, Waadt und Genf Gebrauch vom Instrument der Globalbudgets, bis 2014 auch der Kanton Neuenburg.⁴² Eine direkte Men-

³⁹ Ausnahme: Der Kanton Freiburg wendet für das interkantonale Spital der Broye (HIB) dieselbe Finanzierung an wie der Kanton Waadt. Die stationären Leistungen der anderen Spitäler werden über Fallpauschalen gemäss KVG finanziert.

⁴⁰ Keine Rückmeldung auf unsere Anfrage bis zum Zeitpunkt der Berichterstattung. Wir gehen davon aus, dass der Kanton Glarus im betrachteten Zeitfenster keine Instrumente der Mengensteuerung angewendet hat.

⁴¹ Im Kanton Zug wurde im Jahr 2012 noch eine Bettenbeschränkung (maximale Anzahl Betten für Zuger Patientinnen und Patienten) angewendet. Die Beschränkung galt für das Zuger Kantonsspital und die Andreaklinik. Aufgrund eines BVGer-Urteils (C-4302/2011), wonach dies eine kapazitätsbezogene und deshalb nicht zulässige Planung sei, wurde diese Beschränkung aufgehoben.

⁴² Im Bericht der SGK-N (2014) werden die Kantone Tessin, Waadt und Genf als Kantone, die von Globalbudgets nach Art. 51 KVG Gebrauch machen, genannt. In der Kantonsbefragung gaben 7 weitere Kantone an, dass im Bereich Akutsomatik eine gesetzliche Grundlage für Globalbudgets nach Art. 51 KVG bestehe (dabei handelt es sich um die Kantone AR, BS, SG, UR, VS, ZG, ZH). Gebrauch davon macht allerdings keiner dieser 7 Kantone.

genbeschränkung wurde im Zeitraum 2012-2017 in den Kantonen Waadt, Genf und Neuenburg (ab 2013) angewendet. Das Instrument der degressiven Vergütung wird seit 2015 im Kanton Wallis angewendet.

Box II Fazit in Bezug auf die Fragestellung I

Welche Kantone machen im akutsomatischen Bereich von Globalbudgets nach Artikel 51 KVG Gebrauch?

Globalbudgets nach Art. 51 KVG (Stand: Jahr 2017)

- Gesetzliche Grundlage: 10 Kantone
- Anwendung: 3 Kantone (Tessin, Waadt, Genf), zudem 1 Kanton (Neuenburg) im Zeitraum 2012-2014.

Alternative Instrumente zur Mengensteuerung (Stand: Jahr 2017)

- Direkte Mengenbeschränkung: 3 Kantone (Waadt, Genf, Neuenburg)
- Degressive Vergütung: 1 Kanton (Wallis)

3.3. Ausgestaltung in den Kantonen

Im folgenden Kapitel gehen wir auf die Ausgestaltung des Instruments des Globalbudgets gemäss Art. 51 KVG in den Kantonen Tessin, Waadt und Genf im Detail ein. Diese Kantone wenden aktuell bzw. wendeten im Zeitraum 2012-2017 Globalbudgets an. Am Schluss gehen wir kurz auf die Ausgestaltung der Mengensteuerungsinstrumente in den Kantonen Neuenburg und Wallis ein. Die Ausführungen basieren primär auf den ausführlichen Fachgesprächen mit den Kantonen Tessin, Waadt und Genf sowie telefonischen und schriftlichen Abklärungen mit den Kantonen Neuenburg und Wallis. Dort, wo zusätzliche Quellen hinzugezogen werden, werden diese benannt.

3.3.1. Kanton Tessin

Grundlagen und Festlegung

Der Kanton Tessin wendet seit 2002 Globalbudgets zur Finanzierung von Spitalleistungen des Ente Ospedaliero Cantonale (EOC) an. Ab dem Jahr 2012 wird das Instrument der Globalbudgets für alle Listenspitäler des Kantons Tessin angewendet. Es ist das gesamte Leistungsspektrum eingeschlossen.

Im Herbst des laufenden Jahres werden die Budgets für den Kantonsanteil für das jeweils folgende Jahr auf spitalindividueller Ebene festgelegt. Die Budgets ergeben sich aus dem erwarteten CM für das entsprechende Budgetjahr multipliziert mit dem für das Budgetjahr gültigen Spitaltarif und dem Kantonsanteil von 55%. Das Gesamtbudget auf kantonaler Ebene ergibt sich aus der Summe der spitalindividuellen Budgets. Die Spitäler und der Kanton verhandeln über den erwarteten CM für das jeweils folgende Jahr. Dabei legen die

Spitäler ihre Prognose des CM vor. Der Kanton macht eigene Berechnungen für die Listenspitäler auf der Grundlage der letzten zwei Jahre.⁴³ Der Kanton nimmt dabei im Prinzip eine Fortschreibung der Entwicklung der vergangenen zwei Jahre vor. Falls keine Vereinbarung getroffen werden kann, wird der CM per Verordnung vom Kanton festgelegt. Dagegen können die Spitäler beim kantonalen Verwaltungsgericht rekurrieren. Der CM wird in jährlichen Leistungsverträgen spitalindividuell festgeschrieben.

Abweichungen vom Budget

Falls der festgelegte CM um mehr als 3% überschritten wird, richtet der Kanton für seinen Anteil für die Fälle über dem (oberen) Grenzwert einen reduzierten Tarif aus. Der Kanton vergütet dabei lediglich die variablen Kosten des betreffenden Spitals.⁴⁴ Falls der festgelegte CM um mehr als 3% unterschritten wird, muss das Spital für den Kantonsanteil für die betroffenen Fälle unter dem (unteren) Grenzwert eine Rückerstattung in der Höhe der variablen Kosten leisten. Die Vergütung durch die Krankenversicherungen ist vom marginalen Tarif nicht betroffen.

In Abbildung 2 wird die zusätzliche Vergütung zum Globalbudget bei Überschreitung der 3%-Grenze bzw. die Rückerstattung bei Unterschreitung der 3%-Grenze anhand eines fiktiven Beispiels abgebildet.

Zu beachten: Es wird die gesamte Vergütung (von Kanton und Versicherungen) aufgeführt. Als Vergleich wird zudem nur der Kantonsanteil abgebildet. Die Vergütung mittels Globalbudget wird der linearen DRG-basierten Vergütung (wiederum für Kanton und Versicherungen) gegenübergestellt. Da innerhalb der Grenzwerte (+/- 3% des vereinbarten CM) der vereinbarte Kantonsanteil fixiert ist, fällt die zusätzliche Vergütung über der Referenzaktivität bis zum oberen Grenzwert weniger gross aus als darüber. Demgegenüber fällt die Rückerstattung bei einer Unterschreitung der Referenzaktivität bis zum unteren Grenzwert weniger stark aus als darunter.

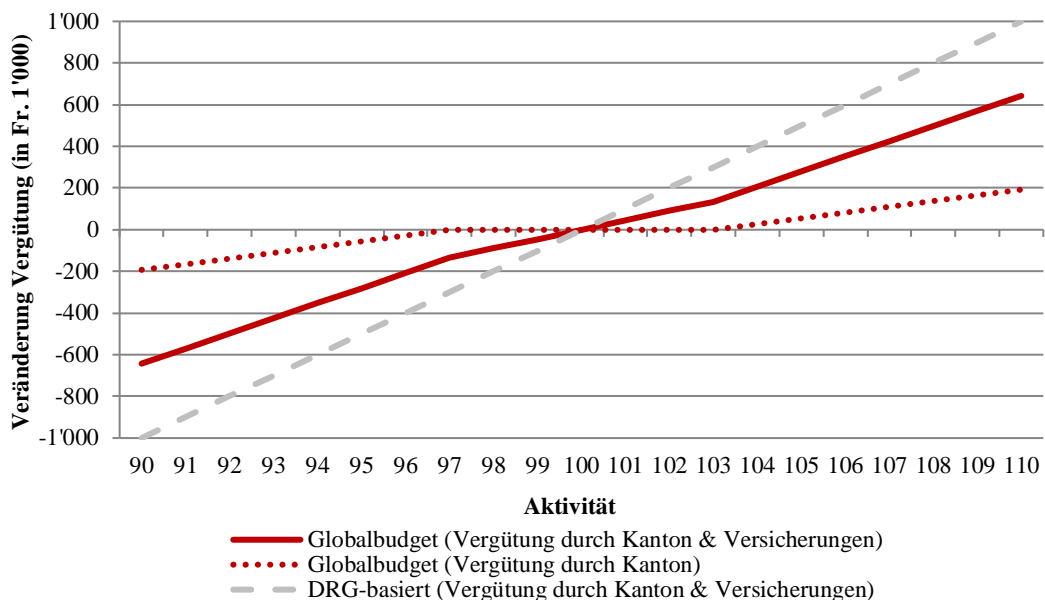
Der vereinbarte CM wurde im Jahr 2016 von der Hälfte der Spitäler überschritten, von der anderen Hälfte unterschritten. Im Durchschnitt über alle Spitäler betrug die Überschreitung des vereinbarten CM 1,7%.⁴⁵

⁴³ Die Informationen des laufenden Jahres werden dabei nicht einbezogen. Berücksichtigt werden die KVG-pflichtigen Fälle von Patientinnen und Patienten mit Wohnort im Kanton Tessin.

⁴⁴ Die Berechnung des Anteils der variablen Kosten an den Gesamtkosten für KVG-pflichtige stationäre Spitalleistungen basiert auf dem betrieblichen Rechnungswesen in den Spitälern nach REKOLE® und erfolgt spitalindividuell (vgl. Art. 48c Regolamento della legge di applicazione della legge federale sull'assicurazione malattie (LCAMal) RLCAMal (RL/TI 6.4.6.1.1)).

⁴⁵ Für die Jahre 2012-2015 ergaben sich Überschreitungen von 4,0%, 3,1%, 2,8% und 4,2% (vgl. Kanton Tessin 2017, S. 198f).

Abbildung 2 Beispielhafte Darstellung Veränderung Vergütung Spital, TI



Quelle: Eigene Darstellung. Anmerkung: Das fiktive Beispiel kann über folgende Eckwerte charakterisiert werden: (Referenz-)Aktivität (Case Mix) = 100, Baserate = 100, Kantonsanteil = 55%, Anteil variable Kosten = 50%.

Weitere Modalitäten

Ausnahmen gibt es bei Notfällen. Mengenausweitungen aufgrund von ausserordentlichen Ereignissen (Katastrophen, Epidemien etc.) sind vom Mechanismus nicht betroffen (d.h. rechtfertigen Überschreitungen). Patientinnen und Patienten von ausserhalb des Kantons Tessin, die sich in einem Listenspital des Kantons Tessin behandeln lassen, "belasten" die Budgets der Spitäler nicht. Ebenfalls ausserhalb des Globalbudgets erfolgt die Vergütung von Behandlungen von Patientinnen und Patienten mit Wohnort Tessin, die sich in einem Spital ausserhalb des Kantons behandeln lassen. Die Anwendung und mögliche Wirkungen des Globalbudgets werden bei der interkantonalen Koordination im Rahmen der Versorgungsplanung nicht thematisiert. Der Kanton legt im Einführungsgesetz zum KVG⁴⁶ des Weiteren ein Kriterium fest, ab wann die Aufnahmepflicht der Spitäler als erfüllt gilt. Dies ist dann der Fall, wenn der Anteil der Patientinnen und Patienten mit nur Grundversicherung am Total der behandelten Patientinnen und Patienten mindestens 50% beträgt. Allfällige gemeinwirtschaftliche Leistungen werden zusätzlich zum Globalbudget finanziert.

3.3.2. Kanton Waadt

Grundlagen und Festlegung

Das Instrument des Globalbudgets zur Finanzierung von Spitälern wird seit 1980 angewendet. Mit der Einführung von Globalbudgets sollten eine (verstärkte) Kostenkontrolle,

⁴⁶ Art. 63c Abs. 2 LCAMal.

die Stärkung der Verwaltungsautonomie der Spitäler und die Stärkung der Leistungsfähigkeit des Kantons in Bezug auf Verwaltung und Planung einhergehen. Seit dem Jahr 2012 wird ein "Mischsystem" angewendet. Die Versicherungen bewegen sich in der Logik der leistungsabhängigen Finanzierung nach SwissDRG, der Kanton in der Logik des Globalbudgets. Das Anwendungsgebiet hat sich seit dem Jahr 2014 reduziert und beschränkt sich auf alle Patientinnen und Patienten, für welche sich der Kanton an der Finanzierung der Leistungen beteiligt (u.a. KVG-pflichtige Leistungen für Patientinnen und Patienten mit Wohnort Kanton Waadt).⁴⁷ Das Globalbudget wird für alle Leistungserbringer mit einem umfassenden Leistungsauftrag (Spitäler der Fédération des hôpitaux vaudois (FHV))⁴⁸ des Kantons Waadt angewendet. Die hier skizzierte Anwendung des Globalbudgets gilt seit 2017 auch für das Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV).⁴⁹ Das Budget wird im Rahmen der Erstellung des jährlichen Leistungsvertrags für jeden Leistungserbringer separat berechnet und festgelegt (auf Basis des Case Mix des vorletzten Jahres). Für Kliniken mit einem eingeschränkten Leistungsauftrag (dabei handelt es sich faktisch um Privatspitäler) wird die Aktivität über Quoten (d.h. eine direkte Mengenbeschränkung) geregelt.⁵⁰ Dabei wird die Anzahl der Leistungen, die gegenüber dem Kanton abgerechnet werden dürfen, in den Leistungsaufträgen dieser Kliniken festgeschrieben.

Abweichungen vom Budget/von den maximalen Fallzahlen

Um die Anwendung des Instruments des Globalbudgets besser zu verstehen, ist es hilfreich, sich den *realisierten Ertrag* eines Spitals anzuschauen.⁵¹ Der realisierte Ertrag eines Spitals ergibt sich aus einem fixen, vom Kanton garantierten und einem variablen Teil. Der fixe Teil resultiert aus dem CM des Spitals des Referenzjahres⁵², bewertet mit dem gültigen Spitaltarif, multipliziert mit dem Faktor α (dieser liegt zwischen 0 und 1).⁵³ Im akutstationären Bereich beträgt der fixe Anteil α 55%. Dieser Anteil entspricht gerade dem vom KVG vorgesehenen minimalen Kantonsanteil für die Vergütung von KVG-pflichtigen stationären Spitalleistungen. Der variable Anteil entspricht folglich 45%. Der variable Teil ergibt sich aus der realisierten Aktivität, bewertet mit dem gültigen Spitaltarif, multipliziert mit dem Faktor $(1 - \alpha)$. Falls die realisierte Aktivität unter der Referenzaktivität liegt,

⁴⁷ Das Budget wird entsprechend auf Basis innerkantonaler Fälle berechnet (KVG, IV).

⁴⁸ Vgl. Liste informative sur les établissements hospitaliers inscrits ou non-inscrits sur la liste LAMal du canton de Vaud (online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 19.4.2018): <https://www.vd.ch/themes/sante/organisation/hopitaux-et-cliniques/liste-lamal/prise-en-charge-des-couts>)

⁴⁹ Zuvor galt ein ähnliches Modell. Ausgangspunkt war das Budget der vergangenen Periode. Anpassungen erfolgten aufgrund verschiedener erwarteter (Preis-)Entwicklungen.

⁵⁰ Im Jahr 2012 wurde für die maximalen Fallzahlen noch eine Aufteilung von 60% nur Grundversicherte und 40% Zusatzversicherte vorgesehen. Im Jahr 2017 bezogen sich die Quoten auf nur grundversicherte Patientinnen und Patienten.

⁵¹ Die Betrachtung beschränkt sich auf den Ertrag aus der Erbringung von KVG-pflichtigen Leistungen. Andere Erträge, bspw. aus der Erbringung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen, werden hier nicht betrachtet.

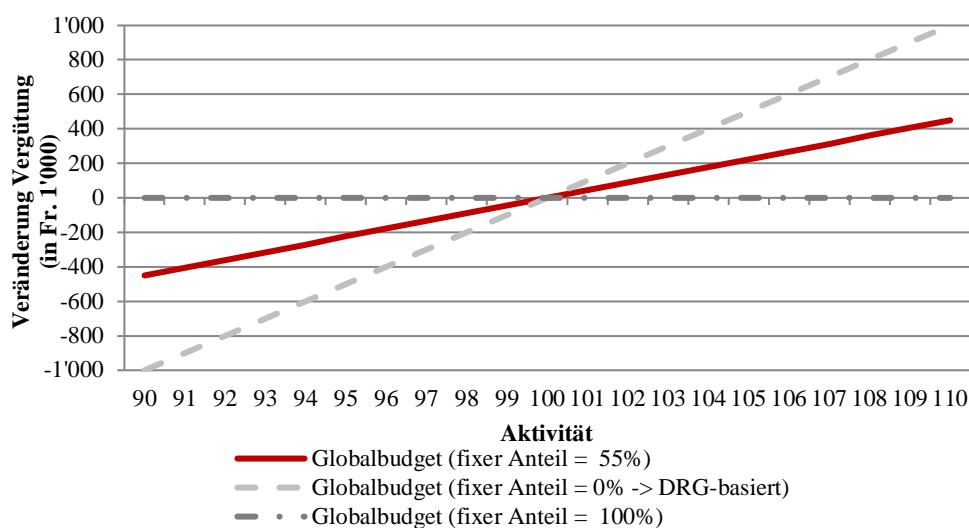
⁵² Beim Referenzjahr handelt es sich jeweils um das vorletzte Jahr (t-2), d.h. dasjenige, für welches validierte (Leistungs-)Daten zur Verfügung stehen. Zum fixen, durch den Kanton garantierten Teil gehört auch die Vergütung der Anlagenutzungskoten.

⁵³ Gemäss Fachgespräch übernehme das Globalbudget auch die Funktion der Risikoverteilung zwischen Kanton und Spitälern. Da der fixe Anteil zwischen den Spitälern und dem Service de la santé publique (SSP) vereinbart werde, hätten die Spitäler die Möglichkeit, auf die Risikoverteilung Einfluss zu nehmen.

erhält das Spital nur den fixen Anteil von 55% (d.h. muss auf den variablen Anteil von 45% verzichten). Falls die realisierte Aktivität über der Referenzaktivität liegt, erhält das Spital für die zusätzliche Aktivität nur den variablen Anteil von 45%. Die Krankenversicherungen bezahlen weiterhin ihren Anteil, sie sind entsprechend nicht betroffen.

Abbildung 3 zeigt beispielhaft die Veränderungen der *Erträge eines Spitals* aus der Erbringung von KVG-pflichtigen stationären Spitalleistungen bei Abweichungen von der Referenzaktivität.

Abbildung 3 Beispielhafte Darstellung Veränderung Vergütung Spital, VD



Quelle: Eigene Darstellung. Anmerkungen: Das fiktive Beispiel kann über folgende Eckwerte charakterisiert werden: (Referenz-)Aktivität (Case Mix) = 100, Baserate = 100, fixer Anteil $\alpha = 55\%$.

Zur Veranschaulichung werden noch die fiktiven Fälle mit einem fixen Anteil von 0% (System würde der DRG-Vergütung entsprechen) und 100% (System würde Globalbudget entsprechen, das vollständig unabhängig von der Leistungsmenge ist) dargestellt. Bei einem fixen Anteil von 0% würde das finanzielle Risiko für den Fall, dass die realisierte Aktivität unter der Referenzaktivität ausfällt, vollständig durch das Spital getragen. Das Spital würde im Gegenzug die volle Vergütung für die Aktivität über der Referenzaktivität erhalten. Bei einem fixen Anteil von 100% würde das finanzielle Risiko für den Fall, dass die realisierte Aktivität unter der Referenzaktivität ausfällt, vollständig durch den Kanton getragen. Sofern die realisierte Aktivität über der Referenzaktivität liegt, würde das Spital für diese zusätzliche Aktivität allerdings keine Vergütung erhalten. Im Jahr 2016 hatten ca. 80% der betroffenen Leistungserbringer eine Budgetüberschreitung, rund 20% eine Unterschreitung.

Für Spitäler, deren Aktivitäten über Quoten geregelt werden: Der Kanton vergütet seinen Anteil an den KVG-pflichtigen Leistungen nur im Rahmen dieser Quoten. Die Spitäler können jedoch einen begründeten Antrag an den Kanton richten, der je nach Bedarf eine zusätzliche Quote festsetzen kann.

Weitere Modalitäten

Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz ausserhalb des Kantons Waadt, die sich in einem Listenspital des Kantons Waadt behandeln lassen, werden vom Budget nicht erfasst. Dies gilt auch für Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Waadt, die sich ausserhalb des Kantons behandeln lassen. Die Anwendung der Globalbudgets ist nicht Gegenstand einer allfälligen interkantonalen Koordination der Spitalplanung.⁵⁴ Die Aufnahme-pflicht ist vom Globalbudget nicht betroffen. Falls ein Leistungserbringer Patientinnen und Patienten nicht aufnehmen würde, würde er im Jahr t+2 dafür "gebüsst" (da sein Budget aufgrund der tieferen Fallzahlen im Referenzjahr dann niedriger ausfallen würde). Gemeinwirtschaftliche Leistungen werden ausserhalb des hier besprochenen Globalbudgets finanziert.

3.3.3. Kanton Genf

Grundlagen und Festlegung

Der Kanton Genf wendete das Instrument der Globalbudgets zur Finanzierung der Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) bereits vor dem Jahr 2012 an. Seit 2012 werden auch die Privatspitäler, die auf der Spitalliste des Kantons aufgeführt sind, in das Budget eingeschlossen. Das Budget auf Kantonsebene wird aufgrund des Budgets aus dem Vorjahr (dabei können auch allfällige Abweichungen davon berücksichtigt werden) und Abweichungen davon aufgrund erwarteter Veränderungen im Bedarf der Kantonsbevölkerung (Bedarfsplanung) festgelegt. Festlegung und Aufteilung des Budgets auf die Spitäler erfolgen aufgrund von Verhandlungen mit den Leistungserbringern. Gemäss BVGer-Urteil C-5017/2015 orientiert sich die Festlegung der Budgets an den aufgrund der Spitalplanung auf die einzelnen Spitäler zugewiesenen Fallzahlen. Das Budget pro Spital ergibt sich dabei aus der Multiplikation aus Case Mix (dieser ergibt sich aus der Multiplikation der zugewiesenen Fallzahlen mit den entsprechenden Kostengewichten nach SwissDRG) und aus dem für das betreffende Spital geltenden Basispreises.

Der Kanton Genf schliesst mit den HUG einen Leistungsvertrag über vier Jahre ab. In dieser Vereinbarung werden, basierend auf der Spitalplanung (vgl. République et Canton de Genève 2015), jährliche Leistungsmengen (Fallzahlen) fixiert (vgl. République et Canton de Genève & HUG 2016).⁵⁵ Der aktuelle Leistungsvertrag geht von einem Anstieg der Anzahl Fälle in der Akutsomatik um 5% bis 2019 aus. Der Leistungsvertrag wird vom Grosse Rat des Kantons Genf genehmigt. Das Parlament entscheidet jedes Jahr über das Budget für die HUG. Für die privaten Spitäler, die auf der Spitalliste des Kantons Genf gelistet sind, werden jährlich Leistungsaufträge fixiert, die maximale Fallzahlen (differenziert nach Leistungsgruppen) enthalten. Der Spitalplanungsbericht des Kantons Genf (vgl. République et Canton de Genève 2015, Abschnitt D.I.1.6) geht näher auf die Leistungsaufträge der Privatspitäler im Kanton Genf ein. Das Vorgehen bei der Bedarfsprognose

⁵⁴ Gemäss Fachgespräch würden durch das Globalbudget keine Fallzahlen "fixiert". Daraus ergäbe sich keine Notwendigkeit, die Anwendung von Globalbudgets im Rahmen einer interkantonalen Koordination der Spitalplanung zu diskutieren.

⁵⁵ Annex 1 der Leistungsvereinbarung zwischen Kanton Genf und HUG über die Jahre 2016 bis 2019 listet die Fallzahlen nach Bereichen auf.

und die Aufteilung der Aufträge auf die Spitäler werden dort für das Jahr 2015 beschrieben. Der Bedarf, der durch das Angebot der privaten Listenspitäler zu decken ist, ergibt sich aus dem Bedarf, der durch die Listenspitäler zu decken ist, abzüglich des (prognostizierten) Angebots der HUG.

Abweichungen vom Budget/von den maximalen Fallzahlen

Bei Abweichungen vom Budget ist zwischen den HUG und den Privatspitälern zu unterscheiden. Kommt es bei den Privatspitälern zu Budgetüberschreitungen (d.h. Überschreitung der festgelegten Fallzahlen), entrichtet der Kanton für die zusätzlichen Leistungen seinen Anteil an der Vergütung nicht mehr. Der Anteil der Versicherer bleibt bestehen.⁵⁶ Werden die festgelegten Fallzahlen nicht erreicht, müssen die Spitäler den entsprechenden Betrag zurückerstatten. Bei den HUG gehen Überschreitungen des Budgets zulasten des Spitals. Budgetunterschreitungen haben keine Konsequenzen, die HUG müssen den entsprechenden Betrag nicht zurückzahlen.

Im Jahr 2016 haben die Privatspitäler die festgelegten Fallzahlen ausgeschöpft. Bei den HUG wurde keine (nennenswerte) Abweichung vom Budget festgestellt.

Weitere Modalitäten

Patientinnen und Patienten von ausserhalb des Kantons Genf, die sich in einem Listenspital des Kantons Genf behandeln lassen, "belasten" die Budgets der Spitäler nicht. Ebenfalls ausserhalb des Budgets der Spitäler erfolgt die Vergütung von Behandlungen von Patientinnen und Patienten mit Wohnort im Kanton Genf, die sich in einem Spital ausserhalb des Kantons behandeln lassen.⁵⁷ Die Anwendung und mögliche Wirkungen des Globalbudgets werden bei der interkantonalen Koordination im Rahmen der Versorgungsplanung nicht thematisiert. Die Privatspitäler haben eine Aufnahmepflicht im Ausmass der festgelegten Quoten. Darüber hinaus gibt es keine Aufnahmepflicht. Patientinnen und Patienten werden an die HUG verweisen (auch bei Notfällen). Die HUG sind demgegenüber verpflichtet, alle Patientinnen und Patienten aufzunehmen. Der Leistungsvertrag der HUG umfasst neben der medizinischen Versorgung auch Aufträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) sowie für die Aus- und Weiterbildung und die Forschung, für deren Entschädigung ein separates Budget ausgewiesen wird (vgl. République et Canton de Genève 2016).

⁵⁶ Gemäss "häufig gestellten Fragen" zur neuen Spitalfinanzierung (*Foire aux questions*, <http://ge.ch/sante/planification-reseau-de-soins/planification/planification-reseau-de-soins-liste-hospitaliere-lamal>, zuletzt besucht: 12.12.2017) müssen Patientinnen und Patienten, die nur grundversichert sind, mit zusätzlichen Kosten rechnen, falls sie sich in einem Privatspital behandeln lassen, das mit der entsprechenden Leistung auf der Spitalliste steht, die maximale Anzahl Fälle aber bereits ausgeschöpft hat. Sie können gemäss Fragen-Antwort-Katalog diese zusätzlichen Kosten vermeiden, falls sie sich in einem anderen Privatspital, das die Quote noch nicht ausgeschöpft hat, oder in den HUG behandeln lassen.

⁵⁷ Vgl. "häufig gestellte Fragen" zur neuen Spitalfinanzierung (*Foire aux questions*, <http://ge.ch/sante/planification-reseau-de-soins/planification/planification-reseau-de-soins-liste-hospitaliere-lamal>, zuletzt besucht: 12.12.2017).

3.3.4. Übersicht

Nachfolgend werden die Eckpunkte der Ausgestaltung der Globalbudgets in den drei betrachteten Kantonen nochmals im Überblick aufgeführt.

Tabelle 3 Übersicht Anwendung Globalbudgets nach Art. 51 KVG

Anwendung	Kanton Tessin	Kanton Waadt	Kanton Genf
Rahmen	Leistungsvertrag	Leistungsvertrag	Leistungsvertrag (HUG); Leistungsaufträge (private Spitäler)
Leistungserbringer	Alle Spitäler mit Leistungsauftrag	Alle Spitäler mit Leistungsauftrag	Alle Spitäler mit Leistungsauftrag bzw. Leistungsauftrag
Leistungen	Alle Leistungen	Alle Leistungen	Alle Leistungen
Basis Festlegung	CM	CM	Budget des Vorjahres (u.U. Berücksichtigung von Abweichungen davon), erwartete Entwicklung der Fallzahlen bzw. CM
Zuteilung auf Leistungserbringer	Verhandlung / Fortschreibung Trend aus vergangenen zwei Jahren	Wert des vorletzten Jahres, d.h. retrospektiv	Fallzahlen gemäss Spitalplanung, Verhandlungen zwischen Kanton und Leistungserbringern
Konsequenzen bei Budgetüberschreitung	Ausserhalb Toleranz von +3%: Vergütung in der Höhe der variablen Kosten (nur Kantonsanteil) (Anteil der Krankenversicherer nicht betroffen)	Vergütung des variablen Anteils von 45% des Spitaltarifs (Akutsomatik) (Anteil der Krankenversicherer nicht betroffen)	Private Spitäler: Kantonsanteil wird nicht vergütet. HUG: Überschreitung zulasten des Spitals (Anteil der Krankenversicherer nicht betroffen)
Konsequenzen bei Budgetunterschreitung	Ausserhalb der Toleranz von -3%: Rückerstattung in der Höhe der variablen Kosten (nur Kantonsanteil) (Anteil der Krankenversicherer nicht betroffen)	Vergütung wird nur um variablen Teil reduziert. (Anteil der Krankenversicherer nicht betroffen)	Private Spitäler: Rückerstattung HUG: Keine Rückerstattung (Anteil der Krankenversicherer nicht betroffen)
Effektiver Kostenteiler OKP/Kanton	Effektiver Kantonsanteil sinkt (steigt) bei Budgetüberschreitung (Budgetunterschreitung)	Effektiver Kantonsanteil sinkt (steigt) bei Budgetüberschreitung (Budgetunterschreitung)	Effektiver Kantonsanteil sinkt (steigt) bei Budgetüberschreitung (Budgetunterschreitung)

Anwendung	Kanton Tessin	Kanton Waadt	Kanton Genf
Einschluss ausserkantonaler Patientinnen und Patienten ⁵⁸	Nein	Nein	Nein
Mengenbeschränkungen nach bestimmten Merkmalen	Mindestanteil von 50% Patientinnen und Patienten mit nur Grundversicherung (gilt für alle Spitäler)	Maximale Fallzahlen (Quoten); Beschränkung auf Leistungen für ausschliesslich Grundversicherte (beschränkt auf Spitäler mit eingeschränktem Leistungsauftrag, faktisch Privatspitäler).	Maximale Fallzahlen (Quoten); Beschränkung auf Leistungen für ausschliesslich Grundversicherte (beschränkt auf Privatspitäler)

Quelle: Fachgespräche mit Kantonen

3.3.5. Kantone Wallis und Neuenburg

Kanton Wallis

Der Kanton Wallis wendet seit 2015 eine Mengensteuerung im Rahmen der Spitalplanung an.⁵⁹ Kantongesetzliche Grundlage dafür sind die Art. 10, 12 und 13 des kantonalen Gesetzes über die Krankenkassen (GKAI) vom 13. März 2014. Art. 10 GKAI geht in groben Zügen auf den Inhalt der Leistungsverträge mit den Listenspitälern ein. Die Leistungsverträge enthalten die Ausführungsbestimmungen der Leistungsaufträge, u.a. zur finanziellen Beteiligung des Kantons. Gemäss Art. 12 Abs. 2 GKAI kann der Kanton nach Anhörung der betroffenen Leistungserbringer und Versicherer für die Finanzierung gewisser Leistungen ein Globalbudget im Sinne von Art. 51 KVG festlegen. Der Art. 13 GKAI legt das Verfahren zur Bestimmung der finanziellen Beteiligung des Kantons fest. Der Kanton Wallis beschränkt sich auf Mengenbeschränkungen bezogen auf Leistungsgruppen gemäss SPLG-Konzept. In der Praxis wird somit kein Globalbudget im Sinne eines im Voraus festgelegten maximalen Betrags für den kantonalen Anteil an der Vergütung der akutstationären Spitalleistungen festgelegt. Übersteigt das Total der Fallzahlen aller Spitäler die vom Kanton fixierte maximale Fallzahl, richtet der Kanton Wallis seinen Beitrag nur noch für 30% der Fälle, die diesen Grenzwert überschreiten, aus. Die Aufteilung zwischen den Leistungserbringern ist proportional zu den effektiven Fallzahlen der Spitäler. Der Kanton Wallis wendet somit ein Instrument mit einer degressiven Vergütung an. Bei Überschreitung der festgelegten Menge ist die Wirkung am ehesten vergleichbar mit Globalbudgets im Kanton Tessin.

Fiktives Beispiel: Die budgetierten Fallzahlen innerhalb einer Leistungsgruppe werden in einem Jahr über alle Leistungserbringer gesehen um 100 Fälle überschritten. Ein Leis-

⁵⁸ Entsprechend wird Anwendung Globalbudgets im Rahmen der interkantonalen Koordination nicht thematisiert.

⁵⁹ In den Jahren 2012 bis 2014 erfolgte eine Vergütung über Fallpauschalen gemäss KVG.

Leistungserbringer X hat einen Anteil von 20% an den insgesamt erbrachten Fallzahlen in dieser Leistungsgruppe. Der Kanton bezahlt dem Leistungserbringer X für 20 Fälle (20% von 100) nur 30% des kantonalen Finanzierungsanteils von 55%.

Kanton Neuenburg

Von 2005 bis 2014 wurden die Mittel für das Hôpital neuchâtelois über ein Globalbudget gemäss Art. 51 KVG bereitgestellt.⁶⁰ Das Budget basierte auf historischen Daten und berücksichtigte Aktivitätsprognosen. Konkrete Mengen bzw. Fallzahlen wurden nicht unterstellt. Budgetüberschreitungen gingen zulasten des Spitals. Das Hôpital de la Providence (GSMN) wird seit 2013 auf Basis der erbrachten Leistungen in der Höhe der KVG-Beteiligung mit 55% finanziert, seit 2015 gilt diese Finanzierung für alle Listenspitäler im Kanton Neuenburg. In den Jahren 2013-2016 wurden für das Hôpital de la Providence (GSMN) maximale Fallzahlen festgelegt⁶¹. Seit 2017 wird für alle Leistungsgruppen in den sechs Leistungsbereichen Urologie, HNO, Orthopädie, Rheumatologie, Ophthalmologie und Gynäkologie (elektive Leistungen) und für alle Listenspitäler eine Begrenzung der in jährlichen Fallzahlen ausgedrückten Mengen (sog. Quoten) angewendet. Die Spitäler können eine Erhöhung der Quoten fordern. Bei Wahlleistungen, für die ein Mandat mit einer mengenmässigen Begrenzung der Anzahl der Fälle verbunden ist, wird der kantonale Anteil der überzähligen Fälle (d.h. der Fälle, die bei Erreichen der bewilligten Quote durchgeführt werden) nicht ausbezahlt.⁶²

Für die Analyse betrachtete Zeitfenster 2012-2015 ist vornehmlich das Globalbudget für das Hôpital neuchâtelois (HNE) relevant. Detailliertere Informationen zur Anwendung des Globalbudgets konnten im Rahmen der Abklärungen mit dem Kanton Neuenburg nicht in Erfahrung gebracht werden. Aufgrund der uns vorliegenden Informationen gehen wir aber davon aus, dass das Instrument in der Wirkung ähnlich zu beurteilen ist wie das Globalbudget im Kanton Genf.

⁶⁰ Kantonsgesetzliche Grundlage: Loi cantonale sur l'Etablissement hospitalier multisite (LEHM).

⁶¹ Da die festgelegten Quoten eingehalten wurden, mussten keine Maßnahmen ergriffen werden.

⁶² Rapport du Conseil d'État concernat la Planification Hospitalière Neuchâteloise 2016-2022 (S. 19).

Box III Fazit in Bezug auf die Fragestellung II

Wie wenden Kantone, die von Art. 51 KVG in der Akutsomatik Gebrauch machen, diesen an?

- *Betroffene:* Alle Spitäler oder auch nur eine Auswahl von Spitalern mit kantonalem Leistungsauftrag
- *Berechnung:* Fallzahlen bzw. Case Mix (Berechnungsgrundlage: Fallzahlen resp. Case Mix früherer Jahre oder gemäss Bedarfsplanung), teilweise auch Rückgriff auf Budget aus dem Vorjahr (u.U. mit Anpassungen aufgrund von Abweichungen davon)
- *Vergütung bei Überschreitung des Budgets oder der festgelegten Mengen:* unterschiedlich, teilweise vergütet (analog muss bei einer Unterschreitung ein Teil der Vergütung rückerstattet werden), teilweise geht Überschreitung auch vollständig zu Lasten des Leistungserbringers
- *Versicherer:* DRG-Vergütung
- *Ausserkantonale Spitalwahl:* nicht betroffen

4. Vereinbarkeit der Umsetzung von Art. 51 KVG mit der neuen Spitalfinanzierung

Das vorliegende Kapitel diskutiert, ob die Umsetzung von Art. 51 KVG mit den mit der Einführung des DRG-Systems verfolgten Zielen und den Prinzipien der neuen Spitalfinanzierung vereinbar ist. Aufgrund der Relevanz der konkreten Ausgestaltung unterscheiden wir, wo nötig, zwischen der grundsätzlichen Vereinbarkeit des Instruments der des Globalbudgets und der Vereinbarkeit gemäss Umsetzung von Art. 51 KVG im Jahr 2017.

In Bezug auf die Zielerreichung nehmen wir in Kapitel 4.1 eine *theoretische* Beurteilung vor.⁶³ In Kapitel 5 wird dann analysiert, inwieweit diese Ziele in Kantonen, die von Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung Gebrauch machten, im Vergleich zu den Kantonen ohne Globalbudgets oder alternative Instrumente der Mengensteuerung *effektiv* erreicht wurden (empirische Sicht). Die evaluative Frage, inwiefern die Ziele, die mit der Einführung des DRG-Systems verfolgt werden, in Kantonen, die von Art. 51 KVG Gebrauch machen, erreicht werden, wird daher erst in Kapitel 5 abschliessend beantwortet.

In Bezug auf die Vereinbarkeit der Umsetzung von Art. 51 KVG im Jahr 2017 mit den Prinzipien der neuen Spitalfinanzierung nehmen wir in Kapitel 4.2 eine Bewertung vor. Wir fragen uns dabei, ob die Umsetzung von Art. 51 KVG mit den Prinzipien der neuen Spitalfinanzierung vereinbar ist. Dabei untersuchen wir, ob die Umsetzung von Art. 51 KVG einen negativen/keinen/einen positiven Effekt auf die Umsetzung der Prinzipien der neuen Spitalfinanzierung erwarten lässt.

4.1. Mit der Einführung des DRG-Systems verbundene Ziele

Mit der Einführung des DRG-Systems werden insbesondere folgende Ziele verfolgt:⁶⁴

- *Kosteneindämmung* durch wirtschaftliche Anreize
- Erhöhung des *Wettbewerbs* unter den Spitalern
- Erhöhung der *Effizienz* in der Leistungserbringung
- *Transparenz* und *Vergleichbarkeit* bzgl. Kosten der Leistungen sowie der Finanzflüsse

Es stellt sich nun die Frage, ob resp. unter welchen Bedingungen die Umsetzung von Art. 51 KVG mit den oben aufgeführten *Zielen* vereinbar ist. Die nachfolgende Tabelle stellt unsere diesbezüglichen Einschätzungen *im Vergleich zur linearen DRG-Vergütung* dar. Die Beurteilung basiert auf der ökonomischen Theorie (insbesondere einer Analyse zu den Anreizen und Fehlanreizen) unter Berücksichtigung der konkreten Umsetzung in den Kantonen.

⁶³ Gemäss Fragestellungen (vgl. Kapitel 2) wäre nur eine Vereinbarkeit mit den Prinzipien der neuen Spitalfinanzierung zu analysieren. Gemäss unserer Auffassung ist es jedoch aufgrund des engen Zusammenhangs zwischen Zielen und Prinzipien sinnvoll, auch die grundsätzlichen, mit der Einführung des DRG-Systems verfolgten Ziele zu berücksichtigen.

⁶⁴ Die Ziele lassen sich aus folgenden Quellen erschliessen bzw. werden in folgenden Quellen genannt: Bundesrat (2004) und Pellegrini et al. (2010, S. 31).

Tabelle 4 Vereinbarkeit mit den mit der Einführung des DRG-Systems verbundenen Zielen

Kosteneindämmung
<p>Vereinbarkeit Globalbudgets: Ja. Positiver Effekt auf Leistungsmengen- und Kostenentwicklung aufgrund der Anwendung von Globalbudgets zu erwarten (Reduktion/Vermeidung von Anreizen zur Erbringung von medizinisch nicht indizierten Leistungen), allerdings bezogen auf den Versorgungsbereich, der vom Globalbudget abgedeckt wird (für eine gesamtheitliche Betrachtung sind Leistungs- und Kostenverschiebungen in andere Versorgungsbereiche zu beachten).</p> <p>Unterschied zu DRG-Vergütung: Möglicherweise Abschwächung von unerwünschten Effekten wie insbesondere Mengenausweitung (in der Anwendung würde eine Überschreitung der festgelegten Leistungsmengen nur noch reduzierte Mehreinnahmen bedeuten).</p>
Wettbewerb
<p>Vereinbarkeit Globalbudgets: Abhängig von der Umsetzung. Negativer Effekt zu erwarten, falls Anwendung der Globalbudgets nicht für alle Spitäler gleich (spitalindividuelle Wirkung der Anreize)⁶⁵ oder je nach Spital Anwendung von unterschiedlichen Instrumenten der Mengensteuerung.</p> <p>Unterschied zu DRG-Vergütung: Abhängig von Ausgestaltung höherer oder geringerer Wettbewerb möglich. In der Ausgestaltung im Jahr 2017: kantonal unterschiedlich (TI: neutral, VD und GE: Ungleichbehandlung Kantonsspital/CHUV bzw. HUG i.V. zu Privatspitälern, d.h. Anwendung unterschiedlicher Instrumente der Mengensteuerung).⁶⁶ In diesem Zusammenhang relevant: Mehrfachrolle der Kantone im Spitalbereich (einerseits als Planungsbehörde bei Festlegung des Budgets und der Zuteilung auf die Leistungserbringer, andererseits als Spitaleigentümer).</p>
Effizienz
<p>Vereinbarkeit Globalbudgets: Ja. Positiver Effekt auf Effizienz in der Leistungserbringung zu erwarten (Vergütung ist unabhängig von den tatsächlichen Kosten).</p> <p>Unterschied zu DRG-Vergütung: Möglicherweise Verstärkung von unerwünschten Effekten wie insbesondere Rationierung: In der Ausgestaltung im Jahr 2017 unterschiedlich zu beurteilen (TI und VD weniger problematisch, da bei Budgetüberschreitung lediglich Abschlag; GE problematischer, da striktes Globalbudget). Dann sehr kritisch zu beurteilen, wenn auch ein Ausweichen auf ausserkantonale Leistungserbringer nicht mehr möglich wäre: dies ist in den betrachteten Kantonen aber nicht der Fall. Zudem: Budget im Kanton GE basiert u.a. auf Budget aus Vorjahr (u.U. mit Berücksichtigung von Abweichungen davon), nicht auszuschliessen, dass leistungserbringerspezifische Gegebenheiten (inkl. Ineffizienzen) in die Finanzierung einfließen.</p>
Transparenz und Vergleichbarkeit
<p>Vereinbarkeit Globalbudgets: Abhängig von der Ausgestaltung. Negativer Effekt auf die Transparenz bezogen auf die Finanzierungsflüsse und Kosten zu erwarten, falls Globalbudgets eine Quersubventionierung von KVG-pflichtigen stationären Spitalleistungen ermöglichen.⁶⁷</p> <p>Unterschied zu DRG-Vergütung: Abhängig von Ausgestaltung geringere Transparenz möglich. In der Ausgestaltung im Jahr 2017: Sofern Budget an Leistungsmengen (KVG-pflichtig) geknüpft ist, keine (substanzuelle) Einschränkung der Transparenz zu erwarten. Ausnahme: Kanton GE, der die Höhe des neuen Budgets u.a. auch an historischen Werten orientiert. Eine gewisse Verringerung der Transparenz entsteht schon alleine dadurch, dass – im Unterschied zur schweizweit einheitlichen Systematik der DRG-Vergütung – in den Kantonen mit Globalbudgets unterschiedliche Systeme gelten, sowie aus der Tatsache, dass die Auswirkungen der Mengenbeschränkung relativ komplex sind.</p>

⁶⁵ Gemäss Widmer et al. (2016, S. 25f.) können Leistungs- bzw. Mengeneinschränkungen und Einschränkungen bzgl. der Patientenzusammensetzung bei selektiver (d.h. spitalindividueller) Anwendung wettbewerbsverzerrend wirken. Die Spitäler sind dann einem unterschiedlichen finanziellen Risiko ausgesetzt.

⁶⁶ Im Urteil C-5017/2017 rügte das Bundesverwaltungsgericht die quantitative Fallbeschränkung in Zusammenhang mit der Spitalplanung, wie sie im Kanton Genf konkret angewendet wird (Verteilung der Anzahl Fälle an Privatkliniken nach Abzug der Fälle, die dem Universitätsspital zugeschrieben werden) und weist auf die dadurch einhergehende Einschränkung des Wettbewerbs hin.

⁶⁷ Eine Quersubventionierung wäre dann möglich, wenn neben KVG-pflichtigen Leistungen auch andere Leistungen (wie GWL) über ein Globalbudget finanziert werden und die Finanzierung aus einem einzigen Topf erfolgen würde.

Quelle: Einschätzung B,S,S. auf Basis der verwendeten Datenquellen (vgl. Kap. 2) und der Analyse der Umsetzung (vgl. Kap. 3). Anmerkung: Für vertiefte Analysen zur Zielerreichung vgl. Kapitel 5.

Im Ergebnis lässt sich sagen, dass aus theoretischer Sicht das Globalbudget im Vergleich zur Vergütung mittels DRG gewisse erwünschte Anreize (zur Effizienzsteigerung) etwas verstärkt oder unerwünschte Anreize (zur Mengenausweitung) abschwächt, jedoch keine grundlegend anderen Effekte zu erwarten sind. In der Folge ist die Vereinbarkeit mit den mit der Einführung des DRG-Systems verbundenen Zielen theoretisch gegeben. Allerdings: Die Beurteilung hängt in substanziellem Ausmass von der konkreten Ausgestaltung ab. Insbesondere in Bezug auf das Ziel des Wettbewerbs kann das Instrument des Globalbudgets schlechter als die DRG-Vergütung abschneiden, wie das folgende fiktive Beispiel aufzeigt: Ein Kanton x berechnet das (spitalindividuelle) Globalbudget für öffentliche und private Spitäler unterschiedlich. Bei beiden verwendet er den letztjährigen CM der Spitäler als Basis. Bei den öffentlichen Spitälern berücksichtigt er dabei zusätzlich jährlich eine 5%-Erhöhung der Leistungsmengen, bei den privaten nicht.

Box IV Zwischenfazit: Vereinbarkeit der Umsetzung von Art. 51 KVG mit den mit der Einführung des DRG-Systems verfolgten Zielen (theoretisch)

- Instrument des Globalbudgets theoretisch vereinbar, allerdings abhängig von der konkreten Ausgestaltung.
- In der Umsetzung im Jahr 2017 ist die Vereinbarkeit in Bezug auf das mit dem DRG-System verfolgte Ziel des *Wettbewerbs* kritisch zu beurteilen (Beeinträchtigung des Wettbewerbs durch Ungleichbehandlung von öffentlichen Spitälern und Privatspitälern, da unterschiedliche Instrumente der Mengensteuerung angewendet wurden). In Bezug auf die *Effizienz* in der Leistungserbringung ist ein positiver Effekt zu erwarten. Allerdings besteht, je nach Ausgestaltung, die Gefahr einer Rationierung. In der Umsetzung im Jahr 2017 keine Einschränkungen in Bezug auf das Ziel der *Transparenz* zu erwarten, da Festlegung der Budgets mehrheitlich an Leistungsmengen geknüpft ist. Eine gewisse Verringerung der Transparenz ergibt sich durch die kantonal unterschiedlichen Systeme (im Vergleich zur schweizweit einheitlichen Systematik der DRG-Vergütung). Die Vereinbarkeit in Bezug auf das *Kosteneindämmungsziel* ist gegeben und wird sogar noch verstärkt durch reduzierte Anreize für eine unerwünschte Mengenausweitung.
- Möglicherweise auftretende unerwünschte Wirkungen (Rationierung, Beeinträchtigung des Wettbewerbs) und erwünschte Wirkungen in Bezug auf die Kosteneindämmung sind empirisch zu überprüfen (vgl. Kapitel 5).

4.2. Prinzipien der neuen Spitalfinanzierung

Um die im vorangehenden Kapitel erwähnten Ziele zu erreichen, sollten bereits etablierte Prinzipien gestärkt und neue Prinzipien etabliert werden. Nachfolgende Tabelle führt die

Prinzipien der neuen Spitalfinanzierung auf und beurteilt die Kompatibilität der Umsetzung von Art. 51 KVG im Jahr 2017 mit diesen Prinzipien⁶⁸ gemäss Einschätzung von B,S,S. Diese Einschätzung basiert auf der ökonomischen Theorie (Anreize und Fehlreize) und erfolgt aufgrund der oben aufgeführten Wichtigkeit der konkreten Ausgestaltung nach Theorie und Praxis differenziert. Anschliessend an die Tabelle werden die Einschätzungen kurz erläutert.

Tabelle 5 Vereinbarkeit mit Prinzipien KVG-Revision

Leistungsorientierung bei der Finanzierung und bei der Planung		
Mit der KVG-Revision Spitalfinanzierung hat ein Wechsel von der objekt- hin zur leistungsbezogenen Vergütung stattgefunden. Gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG vereinbaren die Vertragsparteien für die Vergütung von stationären Behandlungen Pauschalen. In der Regel sind Fallpauschalen festzulegen. Die Pauschalen sind leistungsbezogen und beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen. In der Akutsomatik erfolgt die Vergütung seit dem Jahr 2012 über leistungsbezogene Fallpauschalen (Tarifsystem SwissDRG). Die Planung erfolgt gemäss Art. 58c KVV in der Akutsomatik leistungsorientiert.		
<p>Theorie:</p> <p>Allgemein: Instrument eines festgelegten pauschalen Gesamtbetrags (unabhängig von der effektiven Leistungsmenge) steht in gewissem Widerspruch zum Konzept der Leistungsfinanzierung.</p> <p>Zudem: Beeinträchtigung, falls</p> <ul style="list-style-type: none"> - Festlegung des Budgets kosten-, nicht leistungsbezogen - der Tarifbereich (leistungsbezogene Fallpauschalen, schweizweit einheitliches Tarifsystem) betroffen wäre. 	<p>Ausgestaltung:</p> <p>Die Ausgestaltung im Jahr 2017 ist mehrheitlich in Einklang mit dem Bundesrecht / den Prinzipien (insb. dann, wenn Berechnung des pauschalen Gesamtbetrags mittels erwarteten Leistungsmengen und teilweise Vergütung auch bei Überschreitung)⁶⁹</p>	<p>→ Aufgrund der Ausgestaltung im Jahr 2017 gegeben, grundsätzlich aber Widerspruch zu Leistungsorientierung bei der Finanzierung.</p>
Gleichbehandlung von öffentlichen und privaten Spitälern im Bereich der Spitalfinanzierung		
Mit der KVG-Revision Spitalfinanzierung sind die Listenspitäler, unabhängig von der Rechtsform und der Trägerschaft, in Bezug auf die Finanzierung gleich zu behandeln.		
<p>Theorie:</p> <p>Beeinträchtigung, falls sich die Finanzierung von KVG-pflichtigen Leistungen, die von Listenspitälern erbracht werden, zwischen öffentlichen und privaten Spitälern unterscheiden würde.</p>	<p>Ausgestaltung:</p> <p>Abhängig von kantonaler Umsetzung (Ungleichbehandlung in zwei Kantonen, da unterschiedliche Instrumente der Mengensteuerung angewendet werden)</p>	<p>→ Vereinbarkeit: grundsätzlich ja (abhängig von der Ausgestaltung)</p>
Dual-fixe Finanzierung Kantone und Versicherungen		
Die Revision brachte eine Änderung des Kostenteilers zwischen Versicherungen und Kanton mit sich. Die Kantone übernehmen einen Anteil von mindestens 55% an der Vergütung von KVG-pflichtigen stationären Leistungen der Listenspitäler (unabhängig von der Rechtsform und der Trägerschaft des Spitals) (Art. 49a Abs. 2 KVG)		

⁶⁸ Die Prinzipien sind im Rahmen der KVG-Revision kein bereits definierter Begriff und wurden daher von B,S,S. aus den Kernelementen der KVG-Revision abgeleitet. Vgl. Bundesrat (2004) und BAG (2014).

⁶⁹ Vgl. dazu auch Rüttsche (2012, Rz. 30).

<p>Theorie: Beeinträchtigung, falls der Kanton seinen geschuldeten Beitrag, der sich auf die vereinbarte Leistungsmenge bezieht, nicht bezahlen würde. (Zu beachten: Gilt auch für die DRG-Vergütung.)</p>	<p>Ausgestaltung: Keine Beeinträchtigung in der Praxis, da nebenstehende Einschränkung nicht auftritt (da geschuldeter Betrag nur für vereinbarte Leistungsmengen).</p>	<p>→ Vereinbarkeit: rechtlich ja (gemäss BGE), faktisch nein (da zwar noch dual, aber nicht mehr fix).</p>
Stärkung der Freiheit der Versicherten bei der Wahl eines Spitals		
<p>Mit der KVG-Revision Spitalfinanzierung wurde die Freiheit der Versicherten bei der Wahl eines Spitals gestärkt. Gemäss Art. 41 Abs. 1bis KVG kann die versicherte Person für die stationäre Behandlung unter den Spitälern frei wählen, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind.</p>		
<p>Theorie: Beeinträchtigung, falls</p> <ul style="list-style-type: none"> - die erweiterte Wahl eines Listenspitals innerhalb des Wohnkantons eingeschränkt würde. - die erweiterte Wahl eines Listenspitals ausserhalb des Wohnkantons eingeschränkt würde. 	<p>Ausgestaltung: Innerhalb Wohnkanton: Faktisch Einschränkung möglich (z.B. Wartelisten), rechtlich gesehen nicht; ausserhalb Wohnkanton: keine Einschränkung (da in Mengenbeschränkung nicht berücksichtigt)</p>	<p>→ Vereinbarkeit: rechtlich ja, faktisch abhängig von der Umsetzung beeinträchtigt (da Einschränkung möglich) (z.B. durch Wartelisten, die den Zugang in zeitlicher Hinsicht einschränken).</p>
Auf einheitlichen Kriterien basierende, interkantonal koordinierte, bedarfsgerechte Planung		
<p>Die KVG-Revision Spitalfinanzierung brachte eine Vereinheitlichung der kantonalen Planungen, insbesondere in Bezug auf Vorgehen (insb. statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche) und die Planungskriterien (Wirtschaftlichkeit und Qualität, Art. 58b Abs. 4 KVV), sowie eine Pflicht zur interkantonalen Koordination der Planungen mit sich (Art. 39 Abs. 2 KVG).⁷⁰</p>		
<p>Theorie: Beeinträchtigung, falls</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Anwendung der (einheitlichen) Planungskriterien eingeschränkt wäre - mögliche Auswirkungen der Anwendung der Globalbudgets auf ausserkantonale Patientinnen und Patienten nicht Gegenstand der interkantonalen Koordination wären - die Globalbudgets aus rein finanzieller Optik festgelegt würden ohne Berücksichtigung des festgestellten Bedarfs. 	<p>Ausgestaltung: Keine Beeinträchtigung in der Praxis, da nebenstehende Einschränkung in der Praxis nicht auftritt.</p>	<p>→ Vereinbarkeit: ja (grundsätzlich und in der Anwendung im Jahr 2017)</p>

Leistungsorientierung

Das Konzept der Globalbudgets gemäss ökonomischer Theorie (Pauschale unabhängig von der Menge) steht in gewissem Widerspruch zur Leistungsfinanzierung.⁷¹ Die von den Kantonen im Jahr 2017 angewandte Mischform, deren Berechnung auf den einzelnen Leistungen basiert, kann jedoch als vereinbar mit den Prinzipien der neuen Spitalfinanzierung

⁷⁰ Die Notwendigkeit einer interkantonalen Koordination der Planungen ergibt sich gemäss Bundesrat (2009, S. 4) aus der erweiterten Spitalwahl, da die Patientinnen und Patienten nun die Möglichkeit haben, auch ein Listenspital ausserhalb ihres Wohnkantons zu wählen.

⁷¹ Vgl. dazu auch Rüttsche (2012, Rz. 30).

betrachtet werden (vgl. BGE 138 II 398, E. 4.7). Problematisch wären die Globalbudgets dann, wenn deren Berechnung kostenorientiert erfolgt (d.h. wenn z.B. 55% der effektiven Betriebskosten des vergangenen Jahres als Globalbudget für ein Spital verwendet würden) oder nicht die Leistungsmengen angepasst würden, sondern direkt in den Tarif bzw. in das Tarifsysteem eingegriffen würde. Dies ist in der Praxis aber mehrheitlich nicht der Fall.⁷² Das Globalbudget in den Kantonen TI und VD, teilweise auch in GE, setzte ebenso wie die DRG-Vergütung auf die leistungsbezogene Abgeltung.⁷³ Je nach Vergütungssystem erwachsen verschiedene Anreize.⁷⁴ Einerseits resultiert ein Anreiz zur Steigerung der Kosteneffizienz (Senkung der Kosten pro Behandlungsfall). Andererseits bestehen auch Anreize, die Erlöse zu erhöhen. Eine Erhöhung der Erlöse kann dabei durch eine Erhöhung der Erlöse pro Behandlungsfall oder durch eine Mengenausweitung erfolgen. Die (Anreiz-)Wirkungen werden in Tabelle 6 aus Sicht B,S,S. basierend auf der ökonomischen Theorie zusammengefasst.

Tabelle 6 Anreizwirkungen lineare DRG-basierte Vergütung und Globalbudgets

Anreiz	DRG-basierte Vergütung (fixer Preis pro Behandlungsfall)	Globalbudget (fixer Betrag für festgelegte Aktivität innerhalb einer bestimmten Zeit)
Erhöhung Kosteneffizienz in der Leistungserbringung	Erwünschte Reaktionen: <ul style="list-style-type: none"> - Struktur- und Prozessoptimierungen - verbessertes Schnittstellenmanagement - verstärkte Kooperationen mit anderen Leistungserbringern - (erwünschte, da effiziente) Leistungsverlagerungen in vor- und/oder nachgelagerte Bereiche - verstärkte Spezialisierung 	Erwünschte Reaktionen: Analog DRG-basierte Vergütung
	Unerwünschte Reaktionen: <ul style="list-style-type: none"> - Patientenselektion - Rationierung⁷⁵ - unerwünschte (da z.B. wenig effiziente) Leistungsverlagerungen in vor- und/oder nachgelagerte Bereiche 	Unerwünschte Reaktionen: Verstärkte Anreize zu Patientenselektion und Rationierung, unerwünschte Leistungsverlagerungen in vor- und nachgelagerte Bereiche
	Erwünschte Reaktion: Verbesserung der Kodierqualität	Nicht relevant (kein Erlös <i>pro Fall</i>)

⁷² Kosten- anstatt Leistungsbezug bei der Finanzierung im Kanton GE im Jahr 2017 nicht auszuschliessen, da klarer Leistungsbezug fehlt.

⁷³ Gemäss BVGer-Urteil C-5017/2015 ähnelt die statische Zuweisung eines Gesamtbudgets an die Privatspitäler, wie es im Kanton Genf der Fall ist, tendenziell einer Objekt- und nicht einer Leistungsfinanzierung.

⁷⁴ Vgl. Cots et al. (2011), Trottmann et al. (2016), Geruso & McGuire (2016) (allg. theoretische Überlegungen), mit Fokus auf die Schweiz: Widmer et al. (2017a), Frey et al. (2014) und Felder et al. (2014).

⁷⁵ Vorenthalten von Leistungen, die der betroffenen Person einen Nutzen stiften würde.

Anreiz	DRG-basierte Vergütung (fixer Preis pro Behandlungsfall)	Globalbudget (fixer Betrag für festgelegte Aktivität innerhalb einer bestimmten Zeit)
Erhöhung Erlöse pro Behandlungsfall	Unerwünschte Reaktion: Up-Coding ⁷⁶	
Mengenausweitung / Erhöhung der Aktivität ⁷⁷	Unerwünschte Reaktionen: Angebotsinduzierte Nachfrage (Erbringung von medizinisch nicht indizierten Leistungen) ⁷⁸ Aus finanziellen Überlegungen: Gesamthafte Verlagerung von Behandlungen vom ambulanten in den stationären Bereich (bei unterschiedlicher Vergütung in beiden Bereichen).	Erwünschte Reaktionen: Erbringung nur (medizinisch) notwendiger Leistungen, da bei Budgetüberschreitung Leistungen nicht mehr vergütet werden. Unerwünschte Reaktionen: Da das Spital keine Anreize hat, über die festgelegte Aktivität hinauszugehen, können u.U. Wartelisten entstehen.

Gleichbehandlung

Dieses Prinzip ist mit dem Prinzip der Leistungsorientierung bei der Finanzierung verknüpft. Gemäss Bundesrat (2004, S. 5570 u. S. 5579) setzt die Leistungsorientierung bei der Finanzierung zwecks Stärkung des Wettbewerbs voraus, dass die Spitäler unabhängig von der Trägerschaft die Leistungen unter den gleichen Bedingungen erbringen. Dieses Prinzip ist dabei unabhängig vom Instrument des Globalbudgets; dies zeigt auch die Tatsache, dass die Beurteilung in Bezug auf die Anwendung von Globalbudgets der drei Kantone unterschiedlich ausfällt: Während der Kanton Tessin Globalbudgets sowohl für die privaten wie auch für die öffentlichen Spitäler kannte, ist dies in den Kantonen Genf und Waadt nicht der Fall. Während die kantonale Vergütung von stationären Spitalleistungen von öffentlichen Spitälern über Globalbudgets erfolgte, galten für Privatspitäler direkte Mengenbeschränkungen. Im Urteil C-5017/2015 rügte das Bundesverwaltungsgericht die Ungleichbehandlung von öffentlichen und privaten Spitälern im Kanton Genf in Bezug auf die Zuteilung von Leistungsmengen auf die öffentlichen Spitäler und die Privatspitäler. Für die Privatspitäler gelten die zugewiesenen Leistungsmengen als fixe Quoten und bilden die Basis für die Berechnung des dem Spital zugewiesenen Budgets. Zu beachten ist: Die Vergütung (fallbezogen oder Globalbudget) ist nur *ein* Faktor, der die Gleichbehandlung beinhaltet. Ebenso wichtig oder teilweise sogar noch wichtiger sind etwa die Elemente der Abgeltung der GWL oder die Aufnahme der privaten Spitäler als Listenspitäler.

⁷⁶ Unter Up-Coding wird eine systematisch zu hohe Kodierung, d.h. eine Kodierung von DRGs mit zu hohen Kostengewichten verstanden.

⁷⁷ Widmer et al. (2017a, Kap. 3) unterscheiden dabei zwischen *finanziellen* und *risikobezogenen* Anreizen, die Fallzahlen zu erhöhen. Finanzieller Anreiz: Durch die Mengenausdehnung können höhere Deckungsbeiträge an die Fixkosten erwirtschaftet werden. Risikobezogener Anreiz: Durch die pauschale Vergütung erhöht sich das finanzielle Risiko für die Spitäler. Eine mögliche Strategie, das Risiko zu reduzieren, besteht in der Erhöhung der Fallzahlen zwecks Risikopooling (d.h. Fällen mit Verlusten können Fälle mit Gewinnen gegenübergestellt werden).

⁷⁸ Es gilt zu beachten, dass auch eine *Spezialisierung* zu einer erhöhten Aktivität in einem bestimmten Leistungsbereich führt, vermutlich aber auf Kosten von Aktivitäten in einem anderen Leistungsbereich.

Dual-fixe Finanzierung

Besonders bei den Globalbudgets ist, dass sich der Anteil von mindestens 55% auf *vereinbarte* Spitalleistungen von Spitälern auf der kantonalen Spitalliste bezieht, nicht auf die gesamten Spitalleistungen. Gemäss Bundesgericht (BGE 138 II 398)⁷⁹ ist ein solches System jedoch KVG-konform. Entsprechend seien Kantonsbeiträge nur geschuldet, bis die (vereinbarten) Maximalmengen erreicht sind. Der effektive kantonale Finanzierungsanteil kann somit unter 55% sinken. Diese Situation eröffnet zwar ein gewisses Spannungsverhältnis zwischen der dual-fixen Finanzierung und dem effektiven kantonalen Finanzierungsanteil. Die Situation ist aber als gesetzeskonform zu betrachten (s.o.).

Erweiterte Spitalwahl

Werden Globalbudgets als Instrument zur Mengensteuerung eingesetzt, ist das Budget bzw. die festgelegte Aktivität bei einem Listenspital bereits im Verlauf des Jahres bindend und verweigert das Spital daraufhin den Patientinnen und Patienten eine (geplante/nicht notfallmässige) Behandlung, würde dies die Patientinnen und Patienten in der Spitalwahl faktisch einschränken, u.U. sind Wartelisten nötig. Da gemäss Bundesgericht (BGE 138 II 398)⁸⁰ die Aufnahmepflicht nur im Rahmen der Leistungsaufträge gilt und diese Mengenbeschränkungen vorsehen können, wird das Prinzip aus rechtlicher Sicht nicht eingeschränkt. Faktisch ist eine Einschränkung allerdings möglich.

Ausserkantonale Patientinnen und Patienten werden nicht an die Leistungsmenge des kantonalen Spitals angerechnet, so dass für diese die erweiterte Spitalwahl nicht eingeschränkt wird.

Koordinierte und bedarfsgerechte Planung

Entscheidend bei der Planung ist die Bedingung, dass die Globalbudgets möglichst bedarfsgerecht sind, d.h. auf dem Bedarf der Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons basieren. Dies ist in der Umsetzung im Jahr 2017 der Fall. Da die Globalbudgets die erweiterte Spitalwahl über die Kantonsgrenzen nicht einschränken, besteht auch kein Anlass zur interkantonalen Koordination.⁸¹

Box V Fazit in Bezug auf die Fragestellung III und in Bezug auf die 1. evaluative Frage

Wie wird sichergestellt, dass die Umsetzung von Artikel 51 KVG mit den Prinzipien der neuen Spitalfinanzierung vereinbar ist bzw. wie wurden allfällige Widersprüche gelöst?

- *Leistungsorientierung bei der Finanzierung und Planung:* Berechnung der Globalbudgets (zumindest grösstenteils) basierend auf prognostizierten oder vergangenen (und in Leistungsverträgen festgelegten) Leistungsmengen.

⁷⁹ Vgl. Rütsche (2012, Rz. 21).

⁸⁰ Vgl. Rütsche (2012, Rz. 19).

⁸¹ Dies wäre allerdings dann der Fall, wenn durch eine restriktive Anwendung der Globalbudgets ein grösserer Abfluss von Patientinnen und Patienten in andere Kantone verursacht würde. Hierfür gibt es allerdings keine Hinweise (vgl. Ausführungen zu den interkantonalen Patientenströmen weiter unten).

- *Dual-fixe Finanzierung*: Beschränkung auf den vorgesehenen Kantonsanteil bezogen auf die vereinbarte Leistungsmenge.
- In Bezug auf die anderen Prinzipien der neuen Spitalfinanzierung (*Gleichbehandlung von öffentlichen und privaten Spitälern im Bereich der Spitalfinanzierung; Stärkung der Freiheit der Versicherten bei der Wahl eines Spitals; auf einheitlichen Kriterien basierende, interkantonal koordinierte, bedarfsgerechte Planung*) werden in den betrachteten Kantonen keine spezifischen Vorkehrungen getroffen.

Ist die Umsetzung von Art. 51 KVG mit den Prinzipien der neuen Spitalfinanzierung vereinbar?

- *Leistungsorientierung bei der Finanzierung*: Die von den Kantonen mehrheitlich angewandte Mischform, deren Berechnung auf den einzelnen Leistungen basiert, kann als vereinbar mit dem Prinzip der leistungsbezogenen Finanzierung betrachtet werden.
- *Gleichbehandlung*: In der Praxis im Jahr 2017 erfolgt in einem Kanton eine mit dem Prinzip der Gleichbehandlung vereinbare Umsetzung, in zwei Kantonen nicht (da unterschiedliche Instrumente der Mengensteuerung angewendet werden).
- *Dual-fixe Finanzierung*: Abweichung zwischen festgelegtem und effektivem kantonalen Finanzierungsanteil bei Über-/Unterschreitung des Budgets zu erwarten. Aus rechtlicher Sicht aber vereinbar mit dual-fixer Finanzierung.
- *Erweiterte Spitalwahl*: Wahlmöglichkeit kann faktisch eingeschränkt sein. Aus rechtlicher Sicht aber vereinbar mit dem Prinzip der erweiterten Spitalwahl.
- *Koordinierte und bedarfsgerechte Planung*: In der Umsetzung im Jahr 2017 vereinbar mit einer koordinierten und bedarfsgerechten Planung.

5. Wirkungen der Globalbudgets und alternativer Instrumente der Mengensteuerung

In diesem Kapitel wird analysiert, inwieweit die mit der Einführung des DRG-Systems verfolgten Ziele tatsächlich erreicht werden. Methodisch wird ein Vergleich zwischen den Kantonen, die im Analysezeitraum 2012-2015 Globalbudgets gemäss Art. 51 KVG angewendet haben und jenen Kantonen, die im selben Zeitraum das Instrument der Globalbudgets nach Art. 51 KVG nicht angewendet haben, vorgenommen. Wie bereits in Kapitel 3.2 ausgeführt, gibt es neben Globalbudgets gemäss Art. 51 KVG noch alternative Instrumente der Mengensteuerung mit ähnlicher Wirkung. Kantone, die alternative Instrumente der Mengensteuerung mit ähnlicher Wirkung wie Globalbudgets gemäss Art. 51 KVG angewendet haben, werden bei der Analyse der Gruppe der Kantone mit Globalbudgets zugeordnet.⁸² Die Bestandsaufnahme hat gezeigt, dass alternative Instrumente im Untersu-

⁸² Die Kantone Waadt, Genf und Neuenburg wendeten im Analysezeitraum (zumindest teilweise) parallel auch andere Instrumente der Mengensteuerung an.

chungszeitraum 2012-2015 ebenfalls zur Anwendung gekommen sind. Als Selektionskriterien für die Aufnahme eines Kantons in die Gruppe der Kantone mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung gelten somit folgende zwei Kriterien (dabei muss min. eines der beiden erfüllt sein): 1) Anwendung eines Globalbudgets gemäss Art. 51 KVG, 2) Anwendung von alternativen Instrumenten der Mengensteuerung mit ähnlicher Wirkung. Die Anwendung der vorgenannten Instrumente muss – zumindest mehrheitlich – im Analysezeitraum zwischen 2012-2015 liegen.⁸³

Gemäss diesen Kriterien und der Einschränkung auf den Zeitraum 2012-2015 lassen sich die Kantone Tessin, Waadt, Genf und Neuenburg in die Gruppe der Kantone mit Globalbudgets einteilen (vgl. Tabelle 2). Die Kantone Tessin, Waadt und Genf wendeten Globalbudgets gemäss Art. 51 KVG über den gesamten Analysezeitraum an. Der Kanton Neuenburg wendete Globalbudgets nach Art. 51 KVG zwischen 2012-2014 an. Das Kriterium der zeitlichen Anwendung ist für drei von vier Jahren erfüllt, die Anwendung umfasst somit fast den gesamten Untersuchungszeitraum. Der Kanton Wallis wendet zwar ein alternatives Instrument der Mengensteuerung mit ähnlicher Wirkung an, dies allerdings erst ab 2015, d.h. dem letzten Jahr des Untersuchungszeitraums. Deshalb ordnen wir den Kanton Wallis den Kantonen ohne Globalbudgets zu. Für die zentralen Indikatoren führen wir zudem einen Robustheitstest durch, in dem wir die Kantone Neuenburg und Wallis aus der Analyse ausschliessen, d.h. weder den Kantonen mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung noch den anderen Kantonen zuordnen.

5.1. Kosteneindämmung

Mit der Einführung des DRG-Systems ist das Ziel einer Kosteneindämmung durch wirtschaftliche Anreize verbunden. In den folgenden Auswertungen werden die Entwicklungen von Leistungsmengen, Ausgaben und weiteren interessierenden Grössen der Kantone mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung im Vergleich zu denjenigen ohne Globalbudgets oder alternative Instrumente der Mengensteuerung dargestellt. Die Aggregation der Indikatoren für die Kantonsgruppen erfolgt über gewichtete Mittelwerte.⁸⁴ Sofern sich zwischen den vier Kantonen mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung grössere Unterschiede zeigen, werden die Resultate separat für diese Kantone besprochen.

5.1.1. Methoden und Grenzen

Zeiträume und Indikatoren

Die Wahl der Indikatoren (s.u.) begründet sich einerseits im Bestreben, ein möglichst vollständiges Bild der Ausgabenentwicklung zu zeichnen. Andererseits sollen über die einbezogenen Indikatoren auch mögliche Kostenverlagerungen (bspw. innerhalb der OKP zwischen stationärem und ambulantem Bereich) aufgefangen werden können. Der Zeitraum ergibt sich aus dem Evaluationsgegenstand (KVG-Revision Spitalfinanzierung) und der

⁸³ Eine Begründung, warum die Analyse auf den Zeitraum 2012-2015 fokussiert, findet sich in Kapitel 5.1.1.

⁸⁴ Als Gewicht wird die Anzahl Personen (versicherte Personen oder Wohnbevölkerung in den Kantonen) verwendet.

Verfügbarkeit der Daten. Die DRG-basierte Vergütung in der Akutsomatik wurde auf das Jahr 2012 umgesetzt. Der Einbezug eines längeren Zeithorizonts erlaubt einen Vorher-Nachher Vergleich. Dieser ist für die Bewertung der Zielerreichung notwendig, da bestimmte Ziele der Revision im Sinne einer angestrebten Veränderung über die Zeit formuliert sind.

Zeiträume: Primär wird der Zeitraum seit Einführung der neuen Vergütungs- und Finanzierungsregeln (ab 2012) analysiert, ergänzend wird auch ein längerer Zeithorizont (seit 2005) betrachtet.⁸⁵ Aufgrund der Datenverfügbarkeit erstreckt sich der Analysezeitraum bis zum Jahr 2015.

Indikatoren: Als Indikatoren in Bezug auf die Ausgabenentwicklung werden einerseits die Leistungsmengen (als relevanter Kostentreiber) und andererseits Indikatoren zu den Ausgaben selbst betrachtet. Zu letzteren zählen:

Ausgaben der OKP⁸⁶:

- OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik)
- OKP-Ausgaben ambulant (spital- und praxisambulant; *alle Versorgungsbereiche*)
- OKP-Ausgaben Total (alle Leistungsarten)

Ausgaben der Kantone:

- Ausgaben Kantone spitalstationär (inkl. GWL, inkl. kantonale Investitionen, gesamter stationärer Spitalbereich; *Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation*)⁸⁷

Ausgaben für den Spitalbereich:

- Ausgaben Kanton & OKP spitalstationär (gesamter stationärer Spitalbereich; *Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation*)

⁸⁵ Bei der Wahl des Starts des erweiterten Analysezeitraums (Jahr 2005) galt es, zwischen Aktualität (der Startzeitpunkt sollte nicht zu weit weg vom Jahr 2012 entfernt liegen) und Robustheit (der Zeitraum vor 2012 sollte genügend lang sein, damit ein Trend und nicht zufällige Schwankungen abgebildet werden) abzuwägen. Bei der Analyse der Zielerreichung, wo der erweiterte Analysezeitraum einbezogen wird, werden wir die Robustheit des Resultats in Bezug auf den gewählten Startzeitpunkt (als alternativen Zeitpunkt verwenden wir das Jahr 1997 – aufgrund der Datenverfügbarkeit gegeben – und das Jahr 2008 – gleich langer Zeitraum wie bei der Analyse der Jahre 2012-2015) untersuchen.

⁸⁶ Das Instrument des Globalbudgets zielt zwar auf die kantonalen Ausgaben ab. Sofern die Anreize, medizinisch nicht indizierte Leistungen zu erbringen, mit der Anwendung der Globalbudgets reduziert werden, profitiert auch die OKP davon.

⁸⁷ Die Ausgaben der Kantone umfassen nicht nur die Ausgaben für KVG-pflichtige Leistungen, sondern auch für GWL. Eine Bereinigung des Indikators um die kantonalen Ausgaben für GWL wurde geprüft, aufgrund einer unzureichenden Datenlage wurde allerdings auf eine Bereinigung verzichtet. Felder et al. (2017) dokumentieren in Bezug auf die Ausgaben für GWL grosse kantonale Unterschiede. Die in der Studie publizierten Werte sind allerdings stark umstritten. Veränderungen in den kantonalen Ausgaben für GWL, sofern sie die zwei Kantonsgruppen unterschiedlich betreffen, können somit die Ergebnisse beeinflussen. Weiter schliesst der Indikator auch die kantonalen Investitionen ein. Wir gehen bei der Diskussion der Entwicklung des Indikators näher auf den Einfluss von Veränderungen in den kantonalen Investitionen ein.

- Ausgaben aller Finanzierungsträger⁸⁸ für Spitalbereich (stationär und ambulant; *Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation*)

Zu beachten: Die folgenden Auswertungen zu den Entwicklungen der Leistungsmengen (OKP-Fälle spitalstationär) und der OKP-Ausgaben für stationäre Spitalleistungen beziehen sich ausschliesslich auf die Akutsomatik. Die Ausgaben der Kantone für stationäre Spitalleistungen (inkl. GWL, inkl. kantonale Investitionen) beziehen sich dagegen, aufgrund der fehlenden Möglichkeit der Eingrenzung auf die Akutsomatik, auf den gesamten stationären Spitalbereich.

Tabelle 11 (Anhang I) gibt eine Übersicht über alle Indikatoren, informiert über Operationalisierung sowie Quellen und weist auf mögliche Grenzen und Probleme hin. Neben den OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik) werden die OKP-Ausgaben ambulant (spital- und praxisambulant) und die OKP-Ausgaben Total (alle Leistungsarten) als weitere Ausgabenindikatoren berücksichtigt, um mögliche Leistungs- und Ausgabenverschiebungen zwischen den Bereichen innerhalb der OKP abbilden zu können sowie um ein möglichst vollständiges Bild der Ausgabenentwicklung zu zeichnen.⁸⁹ Die Ausgaben der OKP erlauben eine hohe Vergleichbarkeit zwischen den Kantonen, da eine einheitliche Berechnung der Vergütung erfolgt. Ein Vergleich der Ausgaben der OKP ist somit – im Vergleich zu den Ausgaben der Kantone – weniger abhängig vom Verhalten eines Kantons. Relevant für die effektive Ausgabenentwicklung sind aber selbstverständlich auch die Ausgaben der Kantone, weshalb diese ebenfalls betrachtet werden. Schliesslich wird die Analyse noch auf den gesamten Spitalbereich ausgeweitet, um sicherzustellen, dass allfällige Unterschiede bei den Ausgaben für stationäre Spitalleistungen nicht nur mit Verschiebungen in den ambulanten Bereich zu erklären sind (und somit in einer Gesamtbetrachtung wiederum keine Unterschiede auftreten). Es wird jeweils eine pro-Kopf-Betrachtung vorgenommen, um einer möglicherweise unterschiedlichen Bevölkerungsdynamik in den betrachteten Kantonsgruppen Rechnung zu tragen. Auf eine Betrachtung der Ausgabenentwicklung für das gesamte Gesundheitswesen wird hier verzichtet. Eine kantonal differenzierte Auswertung ist schwierig, da es Abgrenzungsprobleme in Bezug auf die Zuweisung von Ausgaben auf die einzelnen Kantone gibt.

Aussagekraft und Grenzen

Es gilt darauf hinzuweisen, dass Unterschiede zwischen den beiden Kantonsgruppen, sofern sie denn vorliegen, nicht abschliessend erklärt werden können, da verschiedene Faktoren die Entwicklungen beeinflussen können. Diese Faktoren werden für die Analyse dann zur Herausforderung, wenn sie die beiden betrachteten Kantonsgruppen unterschied-

⁸⁸ Kantone, OKP, andere Sozialversicherungen, Privathaushalte, Zusatzversicherungen, andere öffentliche und private Finanzierungsträger.

⁸⁹ Mögliche Leistungs- und Ausgabenverlagerungen von der Akutsomatik in nachgelagerte stationäre Versorgungsbereiche (bspw. in die Rehabilitation), die aufgrund der DRG-Vergütung und der Anwendung von Globalbudgets zur Finanzierung von akutsomatischen Spitalleistungen ausgelöst werden, werden über diesen Indikator aufgefangen. Kommt es aufgrund von Leistungsverschiebungen zu einer Eindämmung des Ausgabenwachstums für akutstationäre Spitalleistungen, wird diese Eindämmung durch Ausgabenansteige für Leistungen in anderen Versorgungsbereichen kompensiert.

lich betreffen und wenn für sie nicht kontrolliert werden kann. Die Faktoren werden nachfolgend kurz diskutiert und ihre Bedeutung für die nachfolgenden Auswertungen wird aufgezeigt.⁹⁰

Ausgangslage und Ausgangsniveau

Mit SwissDRG wurde ein neues System zur Vergütung von akutstationären Spitalleistungen eingeführt. Es gilt dabei zu beachten, dass in gewissen Kantonen bereits vor dem Jahr 2012 stationäre Spitalleistungen (zumindest teilweise) über Fallpauschalen (System AP-DRG) vergütet wurden (vgl. Abbildung 8 im Anhang I). Insbesondere ist zu beachten, dass die vier Kantone mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung ebenfalls in die Gruppe der AP-DRG Kantone gehörten.

Auch sog. Basiseffekte können eine Rolle spielen: Für Kantone mit einem tiefen Niveau der OKP-Ausgaben pro versicherte Person (z.B. basierend auf vergleichsweise geringen Angeboten an stationären Spitalleistungen in einer Region) fallen Ausgabensteigerungen prozentual stärker aus als für Kantone mit bereits hohem Ausgabenniveau. Gründe für unterschiedliche Ausgabenniveaus können in Unterschieden bzgl. Demografie, Nachfrage oder Angebot begründet sein.

Bedeutung für die nachfolgenden Auswertungen: Der Vergleich vor/nach Einführung der neuen Spitalfinanzierung kann durch die Ausgangslage und das Ausgangsniveau verzerrt sein. Bei der Analyse der Entwicklung seit Einführung der neuen Spitalfinanzierung ist die unterschiedliche Ausgangslage in Bezug auf die Vergütungssysteme vor 2012 weniger problematisch, da seit 2012 mit SwissDRG ein schweizweit einheitliches Vergütungssystem existiert und für alle die gleichen Anreize setzt. Auch aus diesem Grund wird in erster Linie die Entwicklung seit 2012 betrachtet. Nicht ausgeschlossen werden können aber Effekte, die sich über das Jahr 2012 hinausziehen (bspw. dann, wenn Anpassungen nur zeitverzögert erfolgen). Um dem Umstand von unterschiedlichen Ausgangsniveaus zu begegnen, wird ergänzend zur prozentualen Änderung jeweils auch die absolute Höhe der Ausgaben diskutiert.

Weitere Einflussfaktoren innerhalb der KVG-Revision

Die Revision brachte drei weitere Änderungen bzgl. der Finanzierung von KVG-pflichtigen Spitalleistungen mit sich (Pellegrini & Roth 2015, S. 41): Erstens gilt seit 2012

⁹⁰ Auf eine kausale Analyse unter Zuhilfenahme eines Regressionsmodells wird verzichtet. Grund: Um eine belastbare (d.h. möglichst den kausalen Effekt der Globalbudgets identifizierende) Schätzung vorzunehmen, wäre ein Differenz-von-Differenzen-Ansatz angezeigt. Dabei würden die Ausgabenverläufe der Kantone mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung (Versuchsgruppe) mit der Ausgabenentwicklung bei den anderen Kantonen (Vergleichsgruppe) verglichen. Hierzu müssten für beide Gruppen Informationen zu den Ausgaben für die Zeit vor und nach der Einführung von Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung vorhanden sein. Hier liegt das Problem: Globalbudgets wurden in den Kantonen GE, TI, VD und NE bereits vor dem Analysezeitraum (2012-2015) angewendet, teilweise auch vor dem Beginn des von den verfügbaren Datenreihen eingeschlossenen Zeitraums. Weiter wurden die Instrumente der Globalbudgets im Zuge kantonaler Anpassungen im Nachgang zur KVG-Revision Spitalfinanzierung angepasst. Eine Isolation der Wirkung von Globalbudgets von den Wirkungen der Massnahmen der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung ist dadurch nicht möglich.

ein neuer Kostenteiler von max. 45% für die OKP und min. 55% für die Kantone.⁹¹ Zweitens werden die Anlagenutzungskosten (ANK) in die Fallpauschalen inkludiert. Während die erste Änderung die Ausgaben der OKP in der Tendenz drückt, erhöht die zweite Massnahme die Ausgaben der OKP. Drittens erfolgt die Finanzierung von KVG-pflichtigen Spitalleistungen mit Ausnahmen unabhängig vom Ort der Leistungserbringung. Diese Änderung hat eine Mehrbelastung der Kantone und eine Entlastung der Zusatzversicherungen zur Folge.

Bedeutung für die nachfolgenden Auswertungen: Diese Massnahmen wirken grundsätzlich auf alle Kantone, weshalb sie den nachfolgenden Vergleich nicht beeinträchtigen sollten. Ausnahme: Da der Kantonsanteil in einigen Kantonen (vgl. Übergangsfrist, Fussnote 91) im Jahr 2012 unter 55% angesetzt und dann bis 2017 auf 55% erhöht wurde, hat dies in den entsprechenden Kantonen im Analysezeitraum 2012-2015 zu einer Dämpfung des Wachstums der OKP-Ausgaben spitalstationär geführt.

Weitere Einflussfaktoren ausserhalb der KVG-Revision

Neben der KVG-Revision Spitalfinanzierung existieren naturgemäss auch andere Einflussfaktoren, welche die Ausgaben und Finanzierung des Versorgungssystems beeinflussen. Zu den wichtigsten Einflussfaktoren gehören folgende:

- *Alterung der Gesellschaft:* Die Alterung der Bevölkerung gilt als relevanter Ausgabentreiber.⁹² Da die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen mit dem Alter ansteigt und der Anteil der über 65-Jährigen zunimmt, steigen die Gesundheitsausgaben pro Kopf. *Bedeutung für die nachfolgenden Auswertungen:* Der Einfluss dieses Aspekts des demografischen Wandels auf die OKP-Ausgaben im spitalstationären und ambulanten Bereich (im Folgenden mit "Demografie-Effekt" bezeichnet) sowie insgesamt lässt sich anhand der verfügbaren Daten mittels ökonomischer Methoden quantifizieren (vgl. Anhang I).⁹³ Da die beiden Kantonsgruppen von der Alterung der Gesellschaft grundsätzlich unterschiedlich betroffen sein können, werden die Analysen separat für die beiden Kantonsgruppen durchgeführt.
- *Medizinisch-technischer Fortschritt:* Innovationen im Bereich der Medizin ermöglichen die Anwendung von neuen und besseren Behandlungen und Operationen. *Bedeutung für die nachfolgenden Auswertungen:* Wir gehen davon aus, dass der medizinisch-technische Fortschritt alle Kantone gleich betrifft. Die nachfolgende Auswertung wird daher durch diesen Einflussfaktor nicht verzerrt.
- *Nachfrage* (unabhängig vom Alter): Neben rein demografischen Aspekten sind auch andere Merkmale der Nachfrageseite zu berücksichtigen. Dazu gehören die

⁹¹ Dabei ist eine Übergangsfrist bis zum 1.1.2017 zu beachten (vgl. KVG-Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007 (Spitalfinanzierung), Abs. 5). Unter gewissen Umständen konnte vor 2017 der kantonale Finanzierungsanteil zwischen 45% und 55% festgelegt werden. Die GDK hat eine Liste der Kostenteiler für die Jahre 2012 bis 2018 zusammengestellt (zuletzt konsultiert: 24.1.2018): https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/tb_zusammenstellung_kostenteiler_170901.pdf.

⁹² Vgl. z.B. Brändle & Colombier (2017).

⁹³ Das Verfahren kann auf die anderen Ausgabenindikatoren nicht angewendet werden, da uns zu diesen Ausgabenindikatoren keine nach Altersgruppen differenzierten Daten vorliegen.

Präferenzen für Gesundheitsleistungen sowie die Einkommensentwicklung. Diese beeinflussen sich zudem möglicherweise auch wechselseitig. Je dynamischer sich die Einkommen entwickeln, desto stärker steigt erwartungsgemäss auch die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen. Präferenzen und Einkommensentwicklung können bspw. zwischen Regionen (ländlich, urban) unterschiedlich ausgeprägt sein. *Bedeutung für die nachfolgenden Auswertungen:* Der Einfluss von Einkommen und Präferenzen wird nicht explizit untersucht. Wenn sich die Entwicklung der Einkommen (oder der Präferenzen) zwischen den Gruppen mit und ohne Globalbudget substantiell unterscheiden sollte, könnte dies zu einer Unschärfe führen, die wir nicht quantifizieren können.

Die aufgeführten Einflussfaktoren können in den nachfolgenden statistisch-deskriptiven Auswertungen teilweise, aber nicht vollständig kontrolliert werden. In der Folge können die Auswertungen Hinweise liefern, aber eine Kausalität zwischen Globalbudgets und alternativen Instrumenten der Mengensteuerung und Ausgabenentwicklung nicht im statistischen Sinne beweisen. Aus unserer Sicht sollten kleinere, nicht systematische Unterschiede nicht überbewertet werden. Zeigen sich jedoch systematische und robuste Unterschiede (d.h. es zeigen sich in Bezug auf verschiedene Indikatoren und unterschiedliche Zeiträume und in allen Kantonen der jeweiligen Gruppe immer wieder dieselben Zusammenhänge), kann dies unseres Erachtens als Hinweis auf den Einfluss von Globalbudgets und alternativen Instrumenten der Mengensteuerung gewertet werden. Vor diesem Hintergrund werden die nachfolgenden Auswertungen zunächst deskriptiv dargestellt, bevor eine Schlussfolgerung zum Einfluss von Globalbudgets und alternativen Instrumenten der Mengensteuerung gezogen wird.

5.1.2. Darstellung Entwicklung

Übersicht

Die Entwicklung der Indikatoren der Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben, im Vergleich zu den anderen Kantonen wird zunächst im Überblick dargestellt und danach erläutert. Bei der Interpretation gilt es zu beachten, dass die Ergebnisse im Rahmen der Grenzen der Aussagekraft der untersuchten Indikatoren gelten (wie im Kapitel 5.1.1 ausgeführt).

Tabelle 7 Durchschnittliches jährliches Wachstum Fälle pro Kopf und Ausgaben pro Kopf, 2012-2015

	Kantone mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung im Zeitraum 2012-2015	Kantone ohne Globalbudgets oder alternative Instrumente der Mengensteuerung im Zeitraum 2012-2015
OKP-Fälle spitalstationär (Akutsomatik)	0,6%	1,2%
OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik)	0,1%	0,1%
OKP-Ausgaben ambulant (spital- und praxisambulant)	4,4%	4,7%
OKP-Ausgaben Total (alle Leistungsarten)	2,7%	2,7%
Ausgaben Kantone spitalstationär (inkl. GWL, inkl. kantonale Investitionen, gesamter stationärer Spitalbereich)	1,8%	-1,2%
Ausgaben Kanton & OKP spitalstationär (gesamter stationärer Spitalbereich)	1,4%	-0,4%
Ausgaben aller Finanzierungsträger ^(a) für Spitalbereich (stationär und ambulant)	3,2%	2,4%

Quellen: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (BFS), Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung MOKKE (BAG) bzw. Datenpool SASIS AG; Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (BFS); Auswertungen Obsan und B,S,S. Anmerkungen: ^(a) Finanzierungsträger: Kantone, OKP, andere Sozialversicherungen, Privathaushalte, Zusatzversicherungen, andere öffentliche und private Finanzierungsträger.

Leistungsmengen (OKP-Fälle spitalstationär (Akutsomatik))

Das Wachstum der OKP-Fälle spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf) ist in den Kantonen, die im Untersuchungszeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben, weniger stark ausgeprägt als in den Kantonen ohne Globalbudgets oder alternative Instrumente der Mengensteuerung. Das jährliche Wachstum der OKP-Fälle spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf) lag im Zeitraum von 2012 bis 2015 bei 1,2% (Kantone ohne Globalbudgets oder alternative Instrumente der Mengensteuerung) bzw. 0,6% (Kantone mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung).

Basiseffekt aufgrund unterschiedlicher Leistungsmengenniveaus: Die höhere Wachstumsrate in der Gruppe der Kantone ohne Globalbudgets oder alternative Instrumente der Mengensteuerung kann zumindest teilweise einem Basiseffekt geschuldet sein, da diese Gruppe über den gesamten Analysezeitraum tiefere pro-Kopf-Werte in Bezug auf die OKP-Fälle spitalstationär (Akutsomatik) aufweist als die Gruppe der Kantone mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung.

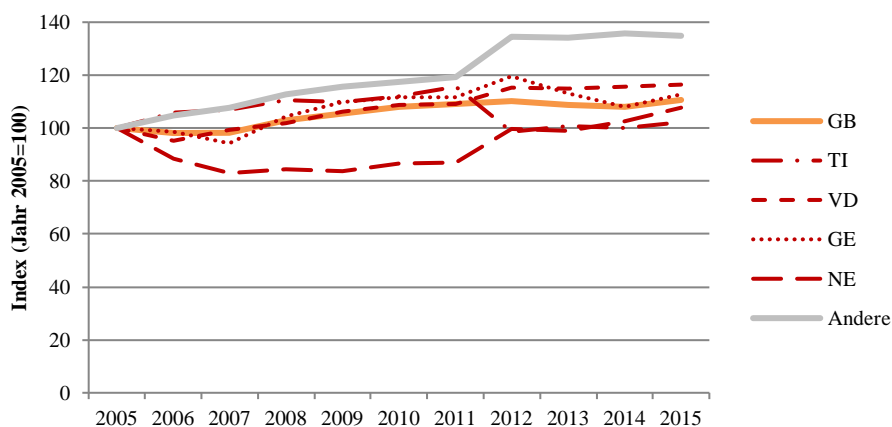
Änderungen der KVG-Revision Spitalfinanzierung: Eine Untersuchung von Widmer et al. (2017a) gibt Hinweise darauf, dass der oben dokumentierte Unterschied zwischen den beiden Kantonsgruppen nicht auf einen Einführungseffekt von SwissDRG zurückgeführt wer-

den kann. Die Resultate aus Widmer et al. (2017a) weisen darauf hin, dass die unterschiedliche Entwicklung der Fallzahlen zwischen den beiden Gruppen bereits vor 2012 Bestand hatte.⁹⁴

OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik)

In Abbildung 4 sind die Entwicklungen der OKP-Ausgaben für stationäre Spitalleistungen (Akutsomatik) (pro Kopf) für die Kantone, die im Zeitraum 2012 bis 2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben (jeweils als Gruppe, mit „GB“ bezeichnet, und einzeln), und für die Gruppe der anderen Kantone (mit „Andere“ bezeichnet) abgebildet.

Abbildung 4 *Entwicklung OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf), indiziert, 2005-2015*



Quelle: Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung MOKKE (BAG) bzw. Datenpool SASIS AG. Anmerkungen: OKP-Ausgaben nach Behandlungsjahr⁹⁵, pro versicherte Person. GB = Kantone, die im Analysezeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben; Andere = Kantone, die im Analysezeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets oder alternativen Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben; TI = Tessin; VD = Waadt; GE = Genf; NE = Neuenburg.

Die OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf) sind in Kantonen, die im Zeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets oder alternativen Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben, seit 2005 stärker gestiegen als die OKP-Ausgaben spitalstationär

⁹⁴ Widmer et al. (2017a) haben den Einfluss der Einführung von SwissDRG auf die Entwicklung der Leistungsmengen untersucht. Dafür wurde u.a. die Entwicklung der Leistungsmengen (Fälle pro Kopf) in einer Gruppe von Kantonen mit Globalbudgets und degressiven Tarifen mit der Entwicklung in den anderen Kantonen verglichen. Theoretisch wären die Anreize für Mengenausweitungen aufgrund der Einführung von SwissDRG in der Gruppe ohne Globalbudgets oder degressive Tarife grösser als in den Kantonen mit Mengenbeschränkungen. Die Resultate der ökonometrischen Analyse zeigen, dass zwischen den Gruppen keine Unterschiede bestehen, die auf die Einführung von SwissDRG zurückzuführen sind.

⁹⁵ Wie in Pellegrini & Roth (2015, S. 39) wird auf das Behandlungsjahr abgestellt, da aufgrund der (teilweise) offenen Tarifsituation im Jahr 2012 Rechnungen erst im Jahr 2013 beglichen wurden. Würde die Betrachtung auf das Abrechnungsjahr abgestellt, würden die Ausgaben im Jahr 2012 unter-, die Ausgaben im Jahr 2013 überschätzt.

(Akutsomatik) (pro Kopf) in den Kantonen, die im Zeitraum 2012-2015-Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben. Dabei sind für den Unterschied die Entwicklungen bis zum Jahr 2012 ausschlaggebend. Verantwortlich ist das deutlich höhere Wachstum der OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf) im Zeitraum 2005 bis 2011 in den Kantonen, die im Zeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets oder alternativen Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben. Das durchschnittliche jährliche Wachstum im Zeitraum 2005-2011 kann in dieser Gruppe mit 3,0% veranschlagt werden. Im Vergleich dazu wuchsen die OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf) in der Gruppe der Kantone mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung im Durchschnitt über die Jahre 2005-2011 jährlich um lediglich 1,5%. Ab 2012 entwickelten sich die OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf) in beiden Gruppen gleich (durchschnittliches jährliches Wachstum von 0,1%, vgl. Tabelle 12 Anhang I). In der Gruppen der Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben, ist das durchschnittliche jährliche Wachstum der OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf) somit um 1,4%-Punkte zurückgegangen, während in der Gruppe der Kantone ohne Globalbudgets oder alternative Instrumente der Mengensteuerung ein Rückgang um 2,9%-Punkte zu verzeichnen ist.^{96 97}

Das Wachstum der OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf) kann in das Wachstum der OKP-Ausgaben spitalstationär pro Fall (Akutsomatik) und in das Wachstum der Anzahl OKP-Fälle spitalstationär (Akutsomatik) pro Kopf aufgeteilt werden. Dabei bildet der erste Teil die Preisentwicklung, der zweite Teil die Mengenentwicklung ab.⁹⁸ Diese Aufteilung wird in Abbildung 9 im Anhang I dargestellt. Für das insgesamt positive Wachstum der OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf) in den Jahren 2012 bis 2015 ist die Mengenentwicklung verantwortlich. Diese ist - wie bereits weiter

⁹⁶ Bei den Kantonen, die im Zeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets oder alternativen Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben, ist weiter ein deutlicher Anstieg der OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf) vom Jahr 2011 auf das Jahr 2012 zu beobachten. Dieser "Schwelleneffekt" auf die OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf) kann auf den Systemwechsel (vgl. Ausführungen in Kapitel 5.1, vgl. auch Pellegrini & Roth 2016, S. 6) zurückgeführt werden. Dieser Effekt ist bei den Kantonen, die im Zeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben, insgesamt weniger ausgeprägt. Die Entwicklung der OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf) im Kanton Tessin ist auf das Jahr 2012 sogar zurückgegangen. Der Grund dafür liegt in der Anpassung des Kostenteilers zwischen Kanton und Krankenversicherungen. Der Anteil der OKP an den Gesamtausgaben für stationäre Spitalleistungen lag im Kanton Tessin vor 2012 mit rund 57% relativ hoch (vgl. Tabelle 16 im Anhang I). Dieser Anteil ist im Jahr 2012 auf rund 44% (-13%-Punkte) zurückgegangen (VD: konstant bei 36%, GE: Anstieg um 6%-Punkte, NE: Anstieg um 1%-Punkt). Bei der Gruppe der Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets oder alternativen Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben, fallen die Veränderungen zwischen -9%-Punkten und +12%-Punkten aus, wobei in 19 Kantonen ein Anstieg, in 4 ein Rückgang zu beobachten ist.

⁹⁷ Wenn die Kantone Wallis und Neuenburg aus der Analyse ausgeschlossen werden (Robustheitstest, vgl. Tabelle 13 im Anhang), ändern sich die Resultate insofern, als die Gruppe der Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet hat, im Vergleich zu den anderen Kantonen im Zeitraum 2012-2015 ein geringeres (sogar negatives) durchschnittliches jährliches Wachstum der OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf) aufweist.

⁹⁸ Beim Vergleich der OKP-Fälle spitalstationär (Akutsomatik) mit den OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik) gilt es zu beachten, dass die Fälle und Ausgaben aus jeweils unterschiedlichen Quellen stammen und die Resultate daher mit entsprechender Vorsicht zu interpretieren sind.

oben ausgeführt - in den Kantonen, die im Zeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets oder alternativen Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben, ausgeprägter als in den Kantonen mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung.⁹⁹ In beiden Kantonsgruppen ist für den Zeitraum 2012-2015 eine rückläufige Preisentwicklung zu beobachten, die den Mengeneffekt teilweise kompensiert. Diese Entwicklung ist in der Gruppe der Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets oder alternativen Instrumente der Mengensteuerung angewendet hat, stärker ausgeprägt als in der Gruppe der Kantone mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung.^{100 101} Es stellt sich die Frage, wie diese unterschiedliche Preisentwicklung in den beiden Kantonsgruppen erklärt werden kann. Ein möglicher Grund könnte sein, dass die Einführung von SwissDRG im Jahr 2012 die Anreize zu effizienzsteigernden Reaktionen der Spitäler in den beiden Kantonsgruppen unterschiedlich beeinflusst hat. Vor 2012 wurden akutsomatische Spitalleistungen in einigen Kantonen, u.a. in den Kantonen, die im Zeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben, (zumindest teilweise) bereits über Fallpauschalen (System AP-DRG) vergütet. In diesen Regionen waren die effizienzsteigernden Anreize, die von SwissDRG ausgehen sollten, zumindest teilweise schon in Kraft, während in den anderen Regionen diese Anreize durch die Einführung von SwissDRG geschaffen oder verstärkt wurden. Traten diese Anreizeffekte und die damit verbundenen effizienzsteigernden Reaktionen der Spitäler zeitverzögert ein, und wurden zumindest in der Anfangsphase regionale Betriebsvergleiche zur Bestimmung der Spitaltarife durchgeführt, könnten die Preise für akutsomatische Spitalleistungen in der Gruppe der Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet hat, weniger stark unter Druck gewesen sein als in der Gruppe der anderen Kantone.

Bedeutung weiterer Einflussfaktoren: Die OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf) haben sich in beiden Kantonsgruppen im Zeitraum 2012-2015 gleich entwickelt. Um den Einfluss von Globalbudgets und alternativer Instrumente der Mengensteuerung auf dieses Resultat einschätzen zu können, sind Einflüsse von weiteren Faktoren zu analysieren. Nachfolgend werden verschiedene Faktoren diskutiert:

Basiseffekte aufgrund unterschiedlicher Ausgabenniveaus: Wie Abbildung 12 im Anhang I zeigt, lag das Niveau der OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf) in den Kantonen, die im Zeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets oder alternativen Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben, zu Beginn der Betrachtungsperiode unter dem

⁹⁹ Pellegrini & Roth (2017, S. 2) dokumentieren für den stationären Spitalbereich ebenfalls ein Ausgabenwachstum, das in erster Line auf einen Anstieg der Anzahl der stationären Fälle zurückzuführen ist.

¹⁰⁰ Die differenzierte Betrachtung der Kantone Tessin, Waadt, Genf und Neuenburg zeigt, dass für die insgesamt negative Preisentwicklung die Kantone Genf und Neuenburg verantwortlich sind. Gemäss Fachgespräch mit dem Kanton Genf haben sich die Spitaltarife effektiv nach unten bewegt.

¹⁰¹ Eine eigene Auswertung zur Entwicklung der Spitaltarife im akutstationären Bereich für die beiden Kantonsgruppen über die Jahre 2012-2015 bestätigt dieses Bild, wobei für beide Kantonsgruppen eine Abnahme der Spitaltarife über den Zeitraum 2012-2015 festgestellt werden kann: Während der mittlere Spitaltarif (gemessen am Median) in der Gruppe der Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet hat, um 1,3% zurückgegangen ist, kann für die Gruppe der anderen Kantone ein Rückgang des mittleren Spitaltarifs um 2,1% beobachtet werden (Quelle: Spitaltarife gemäss tarifsuisse AG und HSK).

Niveau der Kantone, die im selben Zeitraum Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben. Bis zum Jahr 2011 ist das Niveau der OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf) in der Gruppe der Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet hat, auf dasjenige der Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben, angestiegen. Für die Periode 2012-2015 liegen die OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf) in den Kantonen ohne Globalbudgets oder alternative Instrumente der Mengensteuerung (nach dem Schwelleneffekt auf das Jahr 2012 hin) im Niveau über den OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf) der Kantone mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass ein Basiseffekt den dämpfenden Effekt von Globalbudgets und alternativen Instrumenten der Mengensteuerung auf die Entwicklung der OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf) in der Gruppe der Kantone mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung zumindest teilweise kompensiert.

Demografie: Um den Einfluss der Alterung zu untersuchen, wurde der Demografie-Effekt auf die Entwicklung der OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf) in den beiden Kantonsgruppen untersucht.¹⁰² Die zentralen Ergebnisse werden in Tabelle 8 unten zusammengefasst. Abbildung 17 im Anhang I zeigt die beobachtete und die kontrafaktische Entwicklung der OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf) nach Behandlungsjahr für die Gruppe der Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet hat und der Gruppe der anderen Kantone. Die beobachteten OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf) sind im Zeitraum 2005-2015 in beiden Gruppen von rund 555 Franken auf rund 614 Franken (GB: Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben) bzw. 496 Franken auf 670 Franken (Andere: Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets oder alternativen Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben) gestiegen. Die kontrafaktische Entwicklung zeigt, wie sich die OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf) über die Zeit entwickelt hätten, wenn die Altersverteilung der Bevölkerung – das heisst, die Anteile der einzelnen Altersgruppen – seit 2005 konstant geblieben wäre. Im Jahr 2015 hätten die OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf) ohne Änderung der Altersverteilung rund 590 Franken (GB) bzw. 628 Franken (Andere) betragen. Der "Demografie-Effekt" auf die OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf) im Jahr 2015 beträgt somit rund 24 Franken (GB) bzw. 42 Franken (Andere). Mit anderen Worten: Die Alterung der Bevölkerung erklärt rund 41% (GB) bzw. 24% (Andere) des Anstiegs der OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf), welcher im Zeitraum von 2005 bis 2015 stattfand. Dieses Resultat legt den Schluss nahe, dass der stärkere Anstieg der OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf) im Zeitraum 2005-2015 in den Kantonen, die im Zeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets oder alternativen Instrumente

¹⁰² Eine Beschreibung der Untersuchung findet sich im Anhang I dieses Berichts. Die Analyse betrachtet nur den Einfluss der Alterung auf die Entwicklung der OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf). Andere Faktoren werden dabei nicht berücksichtigt.

der Mengensteuerung angewendet haben, nicht auf den "Demografie-Effekt" zurückgeführt werden kann. Wird nur der Zeitraum 2012 bis 2015 betrachtet, liegt der Anstieg der OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf) in den Kantonen mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung mit rund 2 Franken etwa gleich hoch wie in der Gruppe ohne Globalbudgets oder alternative Instrumente der Mengensteuerung. Wird die Altersverteilung im Zeitraum 2012-2015 konstant gehalten, nehmen die OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf) in beiden Kantonsgruppen ab, wobei der Alterseffekt in der Gruppe der Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets und alternativen Instrumente der Mengensteuerung angewendet hat, etwas stärker ausgeprägt ist als in der Gruppe der Kantone, die im gleichen Zeitraum Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet hat. Unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung sind die OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf) in der Gruppe der Kantone ohne Globalbudgets oder alternative Instrumente der Mengensteuerung im Zeitraum 2012-2015 somit weniger stark angestiegen als in der Gruppe der Kantone mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung.

Tabelle 8 Einfluss der Alterung auf die Entwicklung der OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf), 2005-2015 / 2012-2015

Zeitraum	Kantonsgruppe	Beobachtete Veränderung (in Fr. pro Kopf)	Veränderung bei konstanter Altersverteilung (Basisjahr: 2005 / 2012) (in Fr. pro Kopf)	Demografie-Effekt (in Fr. pro Kopf und in %)
2005-2015	GB	58,6	34,8	23,8 (41%)
	Andere	174,5	132,3	42,2 (24%)
2012-2015	GB	1,9	-3,3	-5,2 (-275%)
	Andere	2,3	-9,6	-11,9 (-529%)

Quelle: Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung MOKKE (BAG) bzw. Datenpool SASIS AG. Anmerkungen: OKP-Ausgaben spitalstationär nach Behandlungsjahr, pro versicherte Person, Leistungsart Spital stationär. Die Entwicklung ohne Änderung der Altersverteilung wurde mit dem Verfahren von Elder et al. (2015) geschätzt. GB = Kantone, die im Analysezeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben; Andere = Kantone, die im Analysezeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets oder alternativen Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben.

Änderungen der KVG-Revision Spitalfinanzierung: In einigen Kantonen, die im Zeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets oder alternativen Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben, wurde der kantonale Finanzierungsanteil auf das Jahr 2012 noch nicht bei 55% angesetzt (wie das in den vier Kantonen mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung der Fall war), sondern unterhalb. Wie eine Zusammenstellung¹⁰³ der GDK zu den kantonalen Finanzierungsanteilen zeigt, lagen im Jahr 2012 die kantonalen Finanzierungsanteile erst in fünf Kantonen aus der Gruppe der Kantone ohne Globalbudgets oder alternative Instrumente der Mengensteuerung bei 55%. Die Anteile der anderen Kantone bewegten sich zwischen 45% und 53%. Im Jahr 2017 lagen alle Anteile bei 55%. Die Anhebung des kantonalen Finanzierungsanteils im betrachteten Zeitraum in der Gruppe der Kantone ohne Globalbudgets oder alternative Instrumente der

¹⁰³ Vgl. <https://www.gdk-cds.ch/index.php?id=942&L=0> (11.1.2019).

Mengensteuerung hat zu einem gedämpften Wachstum der OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf) geführt. Wird der kostendämpfende Effekt aufgrund der zeitlich verzögerten Anhebung des kantonalen Finanzierungsanteils auf min. 55% im Rahmen der gesetzlich vorgesehenen Übergangsfrist bis 2017 herausgerechnet, liegt das durchschnittliche jährliche Wachstum der OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf) in der Gruppe der Kantone ohne Globalbudgets oder alternative Instrumente der Mengensteuerung mit 1,1% über dem Wachstum in der Gruppe der Kantone mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung (0,1%).¹⁰⁴

OKP-Ausgaben ambulant (spital- und praxisambulant; alle Versorgungsbereiche)

Die OKP-Ausgaben ambulant (spital- und praxisambulant; alle Versorgungsbereiche) (pro Kopf) werden als weiterer Ausgabenindikator betrachtet. Der ambulante Bereich kann von der Anwendung von Globalbudgets und alternativer Instrumente der Mengensteuerung insofern betroffen sein, als Globalbudgets und alternative Instrumente der Mengensteuerung eine (verstärkte) Verschiebung von Behandlungen (bspw. einer stationären Behandlung vor- oder nachgelagerte Untersuchungen) und damit einhergehend eine (verstärkte) Verlagerung von Ausgaben vom stationären in den ambulanten Bereich bewirken können. In Tabelle 7 ist das jährliche Wachstum der OKP-Ausgaben ambulant (pro Kopf) insgesamt, in Tabelle 12 (Anhang I) auch getrennt für den spital- und praxisambulanten Bereich für die betrachteten Kantonsgruppen mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung sowie der Gruppe der anderen Kantone aufgeführt. In den Kantonen, die im Zeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben, fällt das Wachstum der OKP-Ausgaben ambulant (pro Kopf) um 0,3%-Punkte geringer aus als in den Kantonen ohne Globalbudgets oder alternative Instrumente der Mengensteuerung. In der Zeitperiode 2012 bis 2015 betrug das durchschnittliche jährliche Wachstum der OKP-Ausgaben ambulant (pro Kopf) in den Kantonen mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung 4,4% (praxisambulant: 4,9%, spitalambulant: 3,7%), in der Gruppe der Kantone ohne Globalbudgets oder alternative Instrumente der Mengensteuerung 4,7% (praxisambulant: 5,0%, spitalambulant: 4,4%). Während sich das Wachstum der OKP-Ausgaben ambulant (pro Kopf) in den Kantonen, die im Zeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben, im Vergleich zur Zeitperiode 2005 bis 2011 etwas verstärkt hat (in der Periode 2005 bis 2011 lag das durchschnittliche jährliche Wachstum bei 3,6%), fällt das durchschnittliche jährliche Wachstum in den anderen Kantonen etwas geringer aus (in der Periode 2005 bis 2011 lag das durchschnittliche jährliche Wachstum bei 5,0%).¹⁰⁵ Nachfolgend wird diskutiert, ob und in welchem Ausmass die beobachteten Entwicklungen durch einen Basiseffekt oder die Alterung der Bevölkerung erklärt werden können:

¹⁰⁴ Für diese Abschätzung wurden die OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf) ab dem Jahr 2013 unter der Annahme fortgeschrieben, dass der kantonale Finanzierungsschlüssel auf dem Niveau des Jahres 2012 verharren würde (vgl. Ergebnisse in Tabelle 16 im Anhang).

¹⁰⁵ Die Resultate ändern sich nicht grundsätzlich, wenn die Kantone Wallis und Neuenburg aus der Analyse ausgeschlossen werden (Robustheitstest, vgl. Tabelle 13 im Anhang).

Basiseffekte aufgrund unterschiedlicher Ausgabenniveaus: Wie die Abbildung 13 im Anhang I zeigt, lag das Niveau der OKP-Ausgaben ambulant (pro Kopf) in den Kantonen, die im Zeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben, seit 2005 deutlich über dem Niveau der OKP-Ausgaben ambulant (pro Kopf) der anderen Kantone. Eine Angleichung im Niveau ist nicht zu beobachten. Ein höheres durchschnittliches jährliches Wachstum der OKP-Ausgaben ambulant (pro Kopf) in Kantonen, die im Zeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets oder alternativen Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben, können daher (zumindest teilweise) einem Basiseffekt zugeschrieben werden.

Demografie: Abbildung 18 im Anhang I zeigt die beobachtete und die kontrafaktische Entwicklung der OKP-Ausgaben ambulant (pro Kopf) nach Behandlungsjahr für die Gruppe der Kantone mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung sowie der Gruppe der anderen Kantone. Der Demografie-Effekt beträgt im Jahr 2015 38 Franken (GB) bzw. 54 Franken (Andere) pro Kopf. Somit erklärt die Alterung der Bevölkerung rund 7% (GB) bzw. 10% (Andere) des Anstiegs der OKP-Ausgaben ambulant (pro Kopf), welcher im Zeitraum von 2005 bis 2015 stattfand. Im Vergleich zum spitalstationären Bereich (Akutsomatik) ist der Demografie-Effekt deutlich geringer. Zudem sind die Ausgabenentwicklungen in beiden Kantonsgruppen in einem ähnlichen Ausmass vom Demografie-Effekt betroffen. Die unterschiedliche Entwicklung kann daher nicht alleine auf den Demografie-Effekt zurückgeführt werden. Die Aussagen gelten auch dann, wenn nur die Jahre 2012-2015 betrachtet werden.

OKP-Ausgaben Total (alle Leistungsarten)

In Tabelle 7 und Tabelle 12 (Anhang I) ist für die betrachteten Kantone bzw. Kantonsgruppen, die im Zeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben, und für die Gruppe der anderen Kantone das durchschnittliche jährliche Wachstum der OKP-Ausgaben Total (pro Kopf) aufgeführt. Das jährliche Wachstum der OKP-Ausgaben Total (pro Kopf) für die Periode 2012-2015 unterscheidet sich zwischen den beiden Kantonsgruppen nicht (je 2,7%). Im Vergleich zur Periode 2005-2011 hat sich das durchschnittliche jährliche Wachstum der OKP-Ausgaben Total (pro Kopf) in den Kantonen, die im Zeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben, erhöht (von 1,7% auf 2,7%). In den anderen Kantonen ist das durchschnittliche jährliche Wachstum der OKP-Ausgaben Total (pro Kopf) zurückgegangen (von 3,1% auf 2,7%). Nachfolgend wird, wie bereits für den spitalstationären und ambulanten Bereich, diskutiert, ob und in welchem Ausmass die beobachteten Entwicklungen durch einen Basiseffekt oder die Alterung der Bevölkerung erklärt werden können:

Basiseffekte aufgrund unterschiedlicher Ausgabenniveaus: Wie die Abbildung 14 im Anhang I zeigt, liegt das Niveau der OKP-Ausgaben Total (pro Kopf) in der Gruppe der Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet hat, seit 2005 über dem Niveau der OKP-Ausgaben Total (pro Kopf) der Gruppe der Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets oder alternativen Instrumente der Mengensteuerung angewendet hat. Aufgrund des Basiseffekts kann das durchschnittliche jährliche Wachstum der OKP-Ausgaben Total (pro Kopf) in

den Kantonen mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung etwas tiefer, in der Gruppe der anderen Kantone etwas höher ausfallen.

Demografie: Abbildung 19 im Anhang I zeigt die beobachtete und die kontrafaktische Entwicklung der OKP-Ausgaben ambulant (pro Kopf) nach Behandlungsjahr für die Gruppe der Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet hat, und für die Gruppe der anderen Kantone. Der Demografie-Effekt beträgt im Jahr 2015 142 Franken (GB) bzw. 184 Franken (Andere) (pro Kopf). Die Alterung der Bevölkerung erklärt in beiden Kantonsgruppen rund 18% bzw. 19% des Anstiegs der OKP-Ausgaben Total (pro Kopf), welcher im Zeitraum von 2005 bis 2015 stattfand. Die unterschiedliche Entwicklung der OKP-Ausgaben ambulant (pro Kopf) zwischen den beiden Kantonsgruppen ist entsprechend nicht dem Demografie-Effekt geschuldet. Bei Betrachtung des Zeitraums 2012-2015 zeigt sich in den Kantonen ohne Globalbudgets oder alternative Instrumente der Mengensteuerung ein vergleichbarer "Demografie-Effekt" wie in der Periode 2005-2015. In den Kantonen mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung liegt der "Demografie-Effekt" mit 10% etwas tiefer.

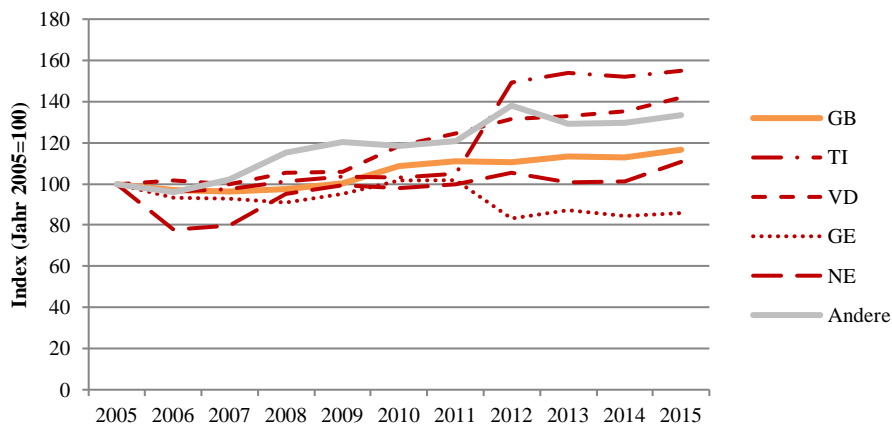
Kantonale Ausgaben für stationäre Spitalleistungen (inkl. GWL, inkl. kantonale Investitionen, gesamter stationärer Spitalbereich; Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation)

In Abbildung 5 sind die Entwicklungen der Ausgaben der Kantone für stationäre Spitalleistungen (inkl. GWL, inkl. kantonale Investitionen; Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation) (pro Kopf) dargestellt. Dabei werden die Ausgaben für KVG-pflichtige Leistungen und GWL betrachtet, da eine Differenzierung zwischen Ausgaben für die beiden Leistungsarten über den gesamten Analysezeitraum für die für diese Studie zur Verfügung stehenden Daten nicht möglich war. Daher gilt es zu beachten, dass Veränderungen bei den Ausgaben für GWL die Entwicklung des Indikators beeinflussen können. Kantonale Investitionen im Spitalbereich werden ebenfalls eingeschlossen, um die kantonalen Ausgaben für stationäre Spitalleistungen möglichst umfassend abbilden zu können. Auf den Einfluss von Veränderungen in den kantonalen Investitionen im Spitalbereich auf die Entwicklung des Ausgabenindikators gehen wir weiter unten ein.

Zwischen 2012 und 2015 betrug das durchschnittliche jährliche Wachstum der kantonalen Ausgaben für stationäre Spitalleistungen (inkl. GWL, inkl. kantonale Investitionen) (pro Kopf) in den Kantonen, die im Zeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben, 1,8%. Im Vergleich dazu haben die kantonalen Ausgaben für stationäre Spitalleistungen (inkl. GWL, inkl. kantonale Investitionen) (pro Kopf) in der Gruppe der Kantone ohne Globalbudgets oder alternative Instrumente der Mengensteuerung im selben Zeitraum um durchschnittlich 1,2% pro Jahr abgenommen. Wird die Zeitperiode zwischen 2005 und 2011 betrachtet, fallen die durchschnittlichen jährlichen Wachstumsraten gleich wie in der folgenden Periode (Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben) bzw. mit 3,2% höher (Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets oder alternativen Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben) aus. In den Kantonen, die im Zeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets oder alternativen Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben, fällt das durchschnittliche jährliche

Wachstum der kantonalen Ausgaben für stationäre Spitalleistungen (inkl. GWL, inkl. kantonale Investitionen) (pro Kopf) seit 2012 somit tiefer aus als vor 2012.¹⁰⁶

Abbildung 5 Entwicklung Ausgaben Kantone für stationäre Spitalleistungen (inkl. GWL, inkl. kantonale Investitionen, gesamter stationärer Spitalbereich) (pro Kopf), 2005-2015.



Quelle: Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (BFS). Anmerkungen: Ausgaben pro versicherte Person. GB = Kantone, die im Analysezeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben; Andere = Kantone, die im Analysezeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets oder alternativen Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben; TI = Tessin; VD = Waadt; GE = Genf; NE = Neuenburg.

Nachfolgend wird diskutiert, inwiefern und in welchem Ausmass die beobachteten Entwicklungen auf Veränderungen durch einen Basiseffekt oder die KVG-Revision Spitalfinanzierung erklärt werden können¹⁰⁷:

Basiseffekte aufgrund unterschiedlicher Ausgabenniveaus: Der im Vergleich zur Gruppe der Kantone ohne Globalbudgets oder alternative Instrumente der Mengensteuerung moderate Anstieg der kantonalen Ausgaben für stationäre Spitalleistungen (inkl. GWL, inkl. kantonale Investitionen) (pro Kopf) im Zeitraum 2005-2011 in der Gruppe der Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet hat, könnte auch einem Basiseffekt geschuldet sein. Wie Abbildung 15 im Anhang I zeigt, haben insb. die Kantone Waadt, Genf und Neuenburg über den gesamten Betrachtungszeitraum seit 2005 ein höheres Niveau an kantonalen Ausgaben für stationäre Spitalleistungen (inkl. GWL, inkl. kantonale Investitionen) (pro Kopf) als die Gruppe der anderen Kantone.

Änderungen der KVG-Revision Spitalfinanzierung: Wie bereits bei den Ausführungen zu den OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf) vermerkt, wurde in einigen

¹⁰⁶ Die Resultate ändern sich nicht grundsätzlich, wenn die Kantone Wallis und Neuenburg aus der Analyse ausgeschlossen werden (Robustheitstest, vgl. Tabelle 13 im Anhang).

¹⁰⁷ Eine Kontrolle für eine unterschiedliche demografische Entwicklung kann für diesen Ausgabenindikator nicht vorgenommen werden, da keine Daten differenziert nach Altersgruppen vorliegen.

Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets oder alternativen Instrumente der Mengensteuerung angewendet hatten, der kantonale Finanzierungsanteil auf das Jahr 2012 noch unterhalb der gesetzlich vorgesehenen 55% angesetzt. Eine Anpassung auf 55% erfolgte danach schrittweise.¹⁰⁸ Dies hat im betrachteten Zeitraum in der Gruppe der Kantone ohne Globalbudgets oder alternative Instrumente der Mengensteuerung zu einem höheren Wachstum der kantonalen Ausgaben für stationäre Spitalleistungen (inkl. GWL, inkl. kantonale Investitionen) (pro Kopf) geführt. Weiter ist in Abbildung 5 bei der Gruppe der Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets oder alternativen Instrumente der Mengensteuerung angewendet hat, ein Knick im Jahr 2012 zu beobachten (d.h. ein Anstieg auf das Jahr 2012, gefolgt von einem Rückgang auf das Jahr 2013). Der auffällige Verlauf der Kurve im Jahr 2012 erklärt sich mit einem starken Rückgang der Investitionen der Kantone im Spitalbereich, der mit der neuen Spitalfinanzierung in Verbindung gebracht werden kann.¹⁰⁹ Wird die Entwicklung der kantonalen Ausgaben für stationäre Spitalleistungen (inkl. GWL, inkl. kantonale Investitionen) (pro Kopf) erst ab dem Jahr 2013 analysiert, liegt das durchschnittliche Wachstum in den Kantonen mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung mit 1,4% unter demjenigen der Kantone ohne Globalbudgets oder alternative Instrumente der Mengensteuerung mit 1,6%. Werden die kantonalen Ausgaben für stationäre Spitalleistungen (inkl. GWL) (pro Kopf) ohne Investitionen betrachtet, fällt das durchschnittliche jährliche Wachstum in den Kantonen mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung für den Zeitraum 2012-2015 mit 1,0% tiefer aus als in der Gruppe der anderen Kantone mit 1,7%.

Die Ergebnisse der Abschätzungen werden in der Tabelle 9 zusammengefasst.

Tabelle 9 Durchschnittliches jährliches Wachstum kantonale Ausgaben für stationäre Spitalleistungen (pro Kopf, gesamter stationärer Spitalbereich), 2012-2015 / 2013-2015

	Kantone mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung im Zeitraum 2012-2015		Kantone ohne Globalbudgets oder alternative Instrumente der Mengensteuerung im Zeitraum 2012-2015	
	2012-2015	2013-2015	2012-2015	2013-2015
inkl. GWL, inkl. kantonale Investitionen	1,8%	1,4%	-1,2%	1,6%
inkl. GWL, exkl. kantonale Investitionen	1,0%	1,2%	1,7%	2,0%

Quellen: Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (BFS).

Ausgaben aller Finanzierungsträger für Spitalbereich (stationär und ambulanz)

Bisher stand das Wachstum der Ausgaben für stationäre Spitalleistungen im Fokus, deren Finanzierung der OKP und/oder den Kantonen obliegt. Der Fokus wird nachfolgend auf

¹⁰⁸ Dieses Vorgehen ist konform mit den KVG Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007 (Spitalfinanzierung).

¹⁰⁹ Neben den Betriebskosten sind nach neuer Spitalfinanzierung auch die Investitionskosten, die mit der Erbringung von stationären Spitalleistungen nach KVG in Verbindung stehen, über den Spittarif abgedeckt und werden nicht mehr nur vom Kanton getragen (Art. 49 Abs. 5 KVG).

den gesamten Spitalbereich ausgeweitet. Dies bedeutet erstens, dass neben stationären Leistungen auch ambulante Leistungen sowie Leistungen, die nicht KVG-pflichtig sind, einbezogen werden. Zweitens werden die Ausgaben aller Finanzierungsträger (Kantone, OKP, andere Sozialversicherungen, Privathaushalte, Zusatzversicherungen, andere öffentliche und private Finanzierungsträger) berücksichtigt. Die Auswertung zeigt, dass in der Periode 2012 bis 2015 ein deutlicher Anstieg der Ausgaben für den Spitalbereich zu verzeichnen ist. Dabei fällt das durchschnittliche jährliche Wachstum der Ausgaben für den gesamten Spitalbereich (pro Kopf) in den Kantonen, die im Zeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben, mit 3,2% höher aus als in der Gruppe der anderen Kantone mit 2,4% (vgl. Tabelle 14 in Anhang I).¹¹⁰

Basiseffekte aufgrund unterschiedlicher Ausgabenniveaus: Wie Abbildung 16 in Anhang I zeigt, liegt das Niveau der Ausgaben für den gesamten Spitalbereich (pro Kopf) in den Kantonen Waadt und Genf (und damit auch das Ausgabenniveau der Gruppe der Kantone mit Globalbuges und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung) über dem Niveau der anderen Kantone. Das höhere durchschnittliche jährliche Wachstum der Ausgaben für den gesamten Spitalbereich (pro Kopf) in der Gruppe der Kantone mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung kann entsprechend nicht dem Basiseffekt zugeschrieben werden.¹¹¹

Box VI Fazit in Bezug auf die Fragestellung IV

Welche Auswirkungen haben die Globalbudgets auf die Leistungsmengen und die Kosten des akutsomatischen Bereichs im Vergleich zu Kantonen, die Artikel 51 KVG nicht anwenden?

Indikatoren bezogen auf den spitalstationären Bereich (Akutsomatik)

- In Bezug auf die Leistungsmengen (OKP-Fälle spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf)) weist die Gruppe der Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet hat, ein tieferes durchschnittliches jährliches Wachstum auf als die Gruppe der Kantone ohne Globalbudgets oder alternative Instrumente der Mengensteuerung.
- Die Gruppe der Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet hat, weist im Vergleich zur Gruppe der anderen Kantone im Zeitraum 2012-2015 in Bezug auf die OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf) trotz der moderateren Entwicklung der Leistungsmengen (pro Kopf) (s.o.) ein gleich hohes durchschnittliches jährliches Wachstum auf. Dieses Resultat kann mit einem stärkeren Rückgang der Baserates in der Gruppe der Kantone ohne Globalbudgets oder alternative Instrumente der Mengensteuerung im Vergleich zur

¹¹⁰ Für die Kantone Tessin, Waadt, Genf und Neuenburg betragen die jährlichen Wachstumsraten 2,2%, 4,9%, 1,1% und 0,8%.

¹¹¹ Eine Kontrolle für eine unterschiedliche demografische Entwicklung kann für diesen Ausgabenindikator nicht vorgenommen werden, da keine Daten differenziert nach Altersgruppen vorliegen.

Gruppe der Kantone mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung erklärt werden. Diese Entwicklung kann temporärer Natur sein: Die mit der Einführung von SwissDRG im Jahr 2012 erwarteten Effizienzsteigerungen wurden in den Kantonen mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung aufgrund der in diesen Kantonen bereits vor 2012 angewendeten Vergütung von stationären Spitalleistungen über AP-DRG möglicherweise bereits vorzeitig realisiert, was zu einem weniger stark ausgeprägten Druck auf die Basispreise in diesen Kantonen geführt haben kann. Daneben gilt es die Einflüsse von weiteren Faktoren zu beachten: Einerseits kann die Ausgabenentwicklung aufgrund eines tieferen Ausgabenniveaus im Zeitraum 2012-2015 in der Gruppe der Kantone mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung relativ stärker ausgefallen sein als in der Gruppe der anderen Kantone (Basiseffekt). Auf der anderen Seite ist in den Kantonen ohne Globalbudgets oder alternative Instrumente der Mengensteuerung der demografische Effekt stärker ausgeprägt, was im Zeitraum 2012-2015 zu einer stärkeren Zunahme der Ausgaben in dieser Kantonsgruppe geführt hat. Weiter hat der Umstand, dass einige Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets oder alternativen Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben, den kantonalen Finanzierungsanteil im Rahmen der vom Gesetz vorgesehenen Übergangsfrist schrittweise auf 55% angepasst haben, zu einem gedämpften Ausgabenanstieg in dieser Kantonsgruppe beigetragen. Auf der Grundlage der in diesem Bericht vorliegenden Informationen ist keine abschliessende Einschätzung zum Gesamteffekt möglich.

Weitere Ausgabenindikatoren

- In Bezug auf die OKP-Ausgaben ambulant (spital- und praxisambulant) (pro Kopf) weisen die Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben, ein leicht tieferes und in Bezug auf die OKP-Ausgaben Total (alle Leistungsarten) (pro Kopf) ein vergleichbares durchschnittliches jährliches Wachstum wie die anderen Kantone auf. Basiseffekte können auch hier die Resultate beeinflusst haben (die sich in einem tieferen durchschnittlichen jährlichen Wachstum der OKP-Ausgaben ambulant und Total - jeweils (pro Kopf) – in Kantonen mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung im Vergleich zur Gruppe der anderen Kantone niederschlagen). Die Unterschiede in der Entwicklung OKP-Ausgaben ambulant (pro Kopf) können nicht auf einen Demografie-Effekt (Alterung der Bevölkerung) zurückgeführt werden. Bei den OKP-Ausgaben Total (pro Kopf) fällt das durchschnittliche jährliche Wachstum in der Gruppe der Kantone ohne Globalbudgets oder alternative Instrumente der Mengensteuerung unter Berücksichtigung des Demografie-Effekts im Zeitraum 2012-2015 tiefer aus als in der Gruppe der Kantone mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung. Auf dieser Grundlage lassen sich keine eindeutigen Aussagen in Bezug auf Leistungs- und Kostenverschiebungen machen, welche durch Globalbudgets und/oder alternative Instrumente in der Akutsomatik möglicherweise ausgelöst wurden.

- Die Gruppe der Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet hat, weist im Vergleich zu den anderen Kantonen im Zeitraum 2012-2015 ein höheres durchschnittliches jährliches Wachstum der kantonalen Ausgaben für stationäre Spitalleistungen (inkl. GWL, inkl. kantonale Investitionen, gesamter stationärer Spitalbereich) (pro Kopf) und ein höheres durchschnittliches jährliches Wachstum der Ausgaben im Spitalbereich (stationär und ambulant) (pro Kopf) auf. Da die Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben, im Analysezeitraum ein höheres Niveau in Bezug auf diese Ausgabenindikatoren aufwiesen, vermögen Basiseffekte dieses Resultat nicht zu erklären. Bei der Interpretation der Unterschiede in der Entwicklung der kantonalen Ausgaben für stationäre Spitalleistungen (inkl. GWL, inkl. kantonale Investitionen) (pro Kopf) zwischen den beiden Kantonsgruppen gilt es zu berücksichtigen, dass die kantonalen Investitionen in diese Betrachtung eingeschlossen werden. Es zeigt sich, dass die Entwicklung des Indikators in der Gruppe der Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet hat, zu Beginn des Analysezeitraums massgeblich durch Veränderungen in den kantonalen Investitionen im Spitalbereich beeinflusst wird. Werden diese Investitionen weggelassen oder wird der Analysezeitraum auf die Jahre 2013-2015 eingeschränkt, dreht sich das Resultat: Das durchschnittliche jährliche Wachstum der kantonalen Ausgaben für stationäre Spitalleistungen fällt dann in der Gruppe der Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet hat, tiefer aus als in den anderen Kantonen. Unter Berücksichtigung dieses Einflusses schneidet die Gruppe der Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet hat, im Zeitraum 2013-2015 in Bezug auf die Entwicklung der Ausgaben für kantonalen Ausgaben für stationäre Spitalleistungen (inkl. GWL, inkl. kantonale Investitionen) (pro Kopf) besser ab als die Gruppe der anderen Kantone. Bei der Interpretation dieses Ergebnisses gilt es zu beachten, dass keine Bereinigung des Indikators um die kantonalen Ausgaben für GWL möglich war und für die Untersuchung somit nicht derjenige Indikator zur Verfügung stand, der idealerweise herangezogen werden sollte. Veränderungen in den kantonalen Ausgaben für GWL, sofern diese in den zwei Kantonsgruppen in der betrachteten Zeitperiode unterschiedlich ausgefallen sind, können somit das Resultat beeinflusst haben.

Insgesamt vermitteln die untersuchten Indikatoren kein eindeutiges Bild: Zwar schneidet die Gruppe der Kantone, die in den Jahren 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet hat, in Bezug auf das Wachstum der Leistungsmengen (OKP-Fälle spitalstationär (Akutsomatik) und OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik)) gleich gut oder sogar besser ab (im Sinne eines geringeren Wachstums) als die Gruppe der anderen Kantone. In Bezug auf die kantonalen Ausgaben für Spitalleistungen (inkl. GWL, inkl. kantonale Investitionen) schneidet allerdings die Gruppe der Kantone ohne Globalbudgets und alternative Instrumente der Mengensteuerung besser ab (wiederum im Sinne eines geringeren Wachstums), wobei dieses Resultat aufgrund der eingeschränkten Aussagekraft des verwendeten Indikators sehr

vorsichtig zu interpretieren ist. Zudem ergeben die betrachteten Indikatoren zu den OKP-Ausgaben ambulant (spital- und praxisambulant) und OKP-Ausgaben Total (alle Leistungsbereiche) keine eindeutigen Unterschiede zwischen den beiden Gruppen in Bezug auf Leistungs- und Kostenverlagerungen.

Der kausale Einfluss von Globalbudgets und alternativer Instrumente der Mengensteuerung auf Leistungsmengen (OKP-Fälle spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf)) und die Entwicklung der betrachteten Ausgabenindikatoren kann nicht abschliessend beurteilt werden. Verschiedene weitere Faktoren können die Entwicklungen ebenfalls beeinflusst haben. Für den Einfluss dieser Faktoren konnte teils aus methodischen Gründen (deskriptive Analyse), teils auch darum, weil sie nicht gemessen werden können, nicht vollständig kontrolliert werden. Letztlich kann die Frage, welche Auswirkungen Globalbudgets und alternative Instrumente der Mengensteuerung auf die Leistungsmengen und die Kosten des akutsomatischen Bereichs haben, auf der Grundlage der Informationen, die im Rahmen dieses Berichts aufbereitet wurden, nicht abschliessend beantwortet werden.

5.1.3. Beurteilung Entwicklung

Die im vorangehenden Kapitel dokumentierten Entwicklungen bei den Ausgabenindikatoren werden nachfolgend in Bezug auf das Kostendämpfungsziel beurteilt. Verschiedene Quellen nennen mögliche Grössen, an welchen sich das Kostendämpfungsziel orientieren kann. Dazu gehören BIP- und Lohnwachstum^{112, 113}. Nachfolgend werden die Resultate für das BIP-Wachstum aufgezeigt. Sofern sich aus dem Vergleich mit dem Lohnwachstum eine abweichende Einschätzung ergeben sollte, wird diese erwähnt und bei der Beurteilung einbezogen. Die Einschätzungen unter Einbezug des Lohnwachstums können aus den Informationen in Tabelle 12 und Tabelle 14 (Anhang I) abgeleitet werden.

Als Indikator zur Messung der Zielerreichung wird nachfolgend die Differenz zwischen dem jährlichen Ausgabenwachstum (pro Kopf) und dem jährlichen nominalen BIP-Wachstum (pro Kopf) verwendet.^{114, 115} Das Ziel gilt in Anlehnung an die Botschaft des Bundesrates aus dem Jahr 1991 (vgl. Bundesrat, 1991) als erreicht, wenn

- der Indikator in der Periode 2012-2015 einen Wert von kleiner oder gleich Null annimmt. In diesem Fall würde sich das Ausgabenwachstum im Rahmen des BIP-Wachstums bewegen. (*Der Anteil der Ausgaben am BIP nimmt nicht zu.*)

¹¹² Für diesen Bericht wird das Lohnwachstum über die Entwicklung des Bruttonominallohns der Arbeitnehmenden in der Schweiz gemäss Schweizerischem Lohnindex (BFS) gemessen.

¹¹³ Vgl. Expertenbericht (2017, S. 26f.), Bundesrat (2016), Bundesrat (1991, S. 126 & 222). Gemäss Expertenbericht (2017, S. 26f.) würden sich BIP- und Lohnwachstum als Vergleichsgrössen eignen. Der Bezug zur BIP-Entwicklung ergebe sich daraus, dass ein Bezug zur Einkommens- und Bevölkerungsentwicklung hergestellt werden könne (und die Gesundheitskosten u.a. von diesen Grössen abhängen würden). Der Bezug zur Lohnentwicklung ergebe sich daraus, dass die Bevölkerung die Krankenversicherungsprämien hauptsächlich mit den Lohneinnahmen finanzieren müsse.

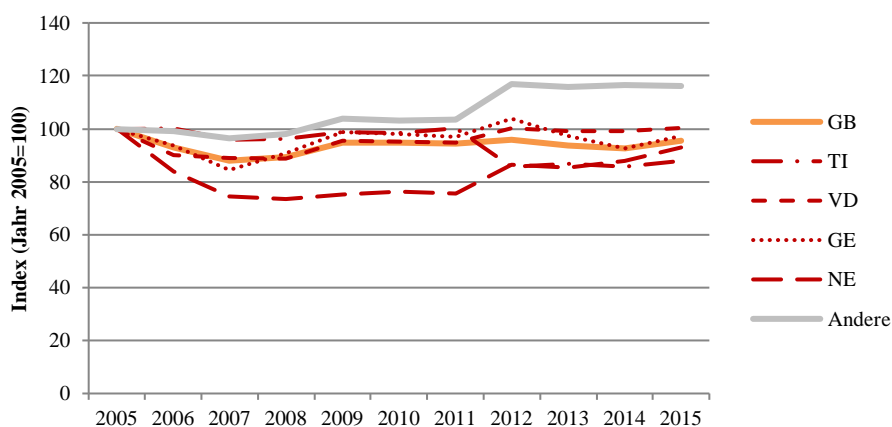
¹¹⁴ Berechnung (für die Periode 2012-2015): Indikator = jährliches Ausgabenwachstum pro Person – jährliches Wachstum des BIP pro Kopf.

¹¹⁵ Dem möglichen Einwand von konjunkturellen Einflüssen wird insofern Rechnung getragen, als der Indikator nicht zu einem Zeitpunkt, sondern als Durchschnitt auf eine Zeitperiode bezogen wird.

- der Indikator für die Periode 2012-2015 einen tieferen Wert als in der Periode 2005-2011 aufweist. Das zweite Kriterium kommt dann zum Zug, wenn das erste Kriterium nicht erfüllt ist. In diesem Fall ist das Ausgabenwachstum grösser als das BIP-Wachstum. Allerdings klaffen BIP- und Ausgabenwachstum weniger stark auseinander als in der vorangegangenen Betrachtungsperiode. (*Der Anteil der Ausgaben am BIP nimmt im Vergleich zur vorangehenden Periode weniger stark zu.*)

Zur Veranschaulichung wird in der Abbildung 6 und Abbildung 7 für die OKP-Ausgaben spitalstationär und die Ausgaben der Kantone für stationäre Spitalleistungen (inkl. GWL, inkl. kantonale Investitionen) die Entwicklung des Anteils der Ausgaben am nationalen BIP aufgeführt. Für die OKP-Ausgaben Total und den Spitalbereich sind die Resultate in Abbildung 10 und Abbildung 11 in Anhang I aufgeführt.¹¹⁶ Zur Erinnerung: Ist das erste Kriterium erfüllt, nimmt der Anteil der Ausgaben am nationalen BIP nicht zu. Das zweite Kriterium ist erfüllt, falls der Anteil der Ausgaben am nationalen BIP im Vergleich zur vorangehenden Periode weniger stark zunimmt.

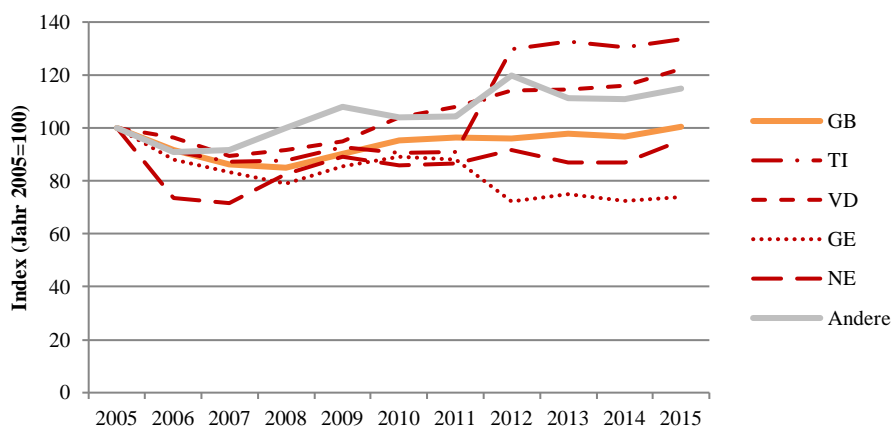
Abbildung 6 Entwicklung Anteil Ausgaben OKP spitalstationär (Akutsomatik) am nationalen BIP, indiziert, 2005-2015.



Quelle: Bruttoinlandsprodukt (BIP): VGR, BFS; OKP-Ausgaben: Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung MOKKE (BAG) bzw. Datenpool SASIS AG (Ausgaben nach Behandlungsjahr. GB = Kantone, die im Analysezeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben; Andere = Kantone, die im Analysezeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets oder alternativen Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben; TI = Tessin; VD = Waadt; GE = Genf; NE = Neuenburg.

¹¹⁶ Grundlagen für die Beurteilung der Zielerreichung finden sich auch in Tabelle 12 und Tabelle 14 im Anhang I.

Abbildung 7 Entwicklung Anteil Ausgaben Kantone für stationäre Spitalleistungen (inkl. GWL, inkl. kantonale Investitionen, gesamter stationärer Spitalbereich) am nationalen BIP, indiziert, 2005-2015.



Quelle: Bruttoinlandsprodukt (BIP): VGR, BFS; Ausgaben Spitalbereich: Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (BFS). GB = Kantone, die im Analysezeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben; Andere = Kantone, die im Analysezeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets oder alternativen Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben; TI = Tessin; VD = Waadt; GE = Genf; NE = Neuenburg.

Eine Zusammenfassung der Resultate findet sich in nachfolgender Tabelle. Die Resultate zeigen, dass das Kostendämpfungsziel bei den OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf) gemessen am ersten Kriterium sowohl in der Gruppe der Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet hat, als auch in der Gruppe der anderen Kantone erreicht wird. Zu beachten gilt es, dass in der Gruppe der Kantone ohne Globalbudgets oder alternative Instrumente der Mengensteuerung zwei temporäre Effekte zu einem gedämpften Ausgabenanstieg beigetragen haben (vgl. Ausführungen in Kapitel 5.1.2: Schrittweise Anpassung des Finanzierungsanteils auf 55% im Rahmen der vom Gesetz vorgegebenen Übergangsfrist, Preiseffekt). Robustheitstests zeigen zudem: Auch wenn die Kantone Neuenburg und Wallis aus der Analyse ausgeschlossen werden, ist das erste Kriterium in beiden Kantonsgruppen immer noch erfüllt. Zudem hängt das Resultat nicht vom gewählten Startzeitpunkt der Analyseperiode (Jahr 2005) ab. Werden als Startzeitpunkte die Jahre 1997 oder 2008 gewählt, bleibt das Resultat bestehen.

Wird das Wachstum der kantonalen Ausgaben für spitalstationäre Leistungen (inkl. GWL, inkl. kantonale Investitionen, gesamter stationärer Spitalbereich) (pro Kopf) betrachtet, wird das Kostendämpfungsziel (gemessen am ersten Kriterium) nur in der Gruppe der Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets oder alternativen Instrumente der Mengensteuerung angewendet hat, erreicht (wobei die vier Kantone mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung ein unterschiedliches Wachstum der kantonalen Ausgaben für stationäre Spitalleistungen (inkl. GWL, inkl., Investitionen) (pro Kopf) aufweisen). Zu beachten ist, dass die Kantone in Bezug auf die Ausgaben für stationäre Spitalleistungen (inkl. GWL, inkl. Investitionen) einen gewissen Handlungsspielraum haben. Entsprechend erklärt sich dieses Ergebnis – zumindest teilweise – durch

unterschiedliche Präferenzen in den Kantonen. Weiter gilt es wie bereits bei der Darstellung der Entwicklung des Indikators in Kapitel 5.1.2 festgestellt zu beachten, dass die Entwicklung der kantonalen Ausgaben für stationäre Spitalleistungen (inkl. GWL) (pro Kopf) sensitiv auf den Ein- bzw. Ausschluss der kantonalen Investitionen ist. Wird die Entwicklung der kantonalen Ausgaben für stationäre Spitalleistungen (inkl. GWL) ohne kantonale Investitionen der BIP-Entwicklung gegenübergestellt, wird das Kostendämpfungsziel in beiden Kantonsgruppen weder nach dem ersten noch nach dem Kriterium erfüllt.¹¹⁷

Für das Wachstum der der OKP-Ausgaben Total (alle Leistungsarten) (pro Kopf) und für das Wachstum der Ausgaben für den Spitalbereich insgesamt (unabhängig vom Kostenträger) (pro Kopf) wird das Kostendämpfungsziel nicht erreicht – weder in Kantonen, die im Zeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben, noch in der Gruppe der anderen Kantone. Hier wird das gedämpfte Wachstum für stationäre Spitalleistungen durch das hohe Ausgabenwachstum für ambulante Leistungen überlagert.

¹¹⁷ Dies gilt auch bei Einschluss der Investitionen, aber Eingrenzung des Betrachtungszeitraums auf die Jahre 2013-2015. Erfolgt die Gegenüberstellung nach dem Lohnwachstum, wird das Kostendämpfungsziel in beiden Kantonsgruppen nach dem zweiten Kriterium erfüllt, sofern die Investitionen ausgeschlossen werden. Werden die Investitionen berücksichtigt, der Betrachtungszeitraum aber auf die Jahre 2013-2015 eingeschränkt, wird das Kostendämpfungsziel bei Gegenüberstellung mit dem Lohnwachstum nur in der Gruppe der Kantone ohne Globalbudgets oder alternative Instrumente der Mengensteuerung erreicht.

Tabelle 10 Bewertung Ausgabenentwicklung im Vergleich zur nationalen BIP-Entwicklung

Bereich	Kantone	Beurteilungskriterium		Gesamtbewertung
		Durchschnittliches jährliches Ausgabenwachstum ist 2012-2015 kleiner oder gleich jährliches BIP-Wachstum (pro Kopf Betrachtung)	Differenz zwischen durchschnittlichem jährlichen Ausgaben- und BIP-Wachstum 2012-2015 geringer als 2005-2011 (pro Kopf Betrachtung) (sofern das erste Kriterium nicht erfüllt ist)	
OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutso-matik)	GB	✓	(a)	✓
	Andere	✓	(a)	✓
OKP-Ausgaben Total (alle Leistungsarten)	GB	✗	✗	✗
	Andere	✗	✗	✗
Ausgaben Kantone spitalstationär (inkl. GWL, inkl. kantonale Investitionen, gesamter stationärer Spitalbereich)	GB	✗	✗	✗ ^(b)
	Andere	✓	(a)	✓ ^(c)
Ausgaben aller Finanzierungsträger für Spitalbereich (stationär und ambulant)	GB	✗	(d)	✗
	Andere	✗	(d)	✗

Anmerkung: GB: Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben; Andere: Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets oder alternativen Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben. ✓ = erreicht, ✗ nicht erreicht. Berücksichtigt werden jeweils pro-Kopf-Werte. ^(a) Keine Beurteilung, da erstes Kriterium erfüllt. ^(b) Wird die Entwicklung der kantonalen Ausgaben für stationäre Spitalleistungen (inkl. GWL) ohne kantonale Investitionen dem Lohnwachstum gegenübergestellt, wird das Kostendämpfungsziel nach dem zweiten Kriterium erfüllt. ^(c) Bei dieser Einschätzung muss beachtet werden: Wird die Entwicklung der kantonalen Ausgaben für stationäre Spitalleistungen (inkl. GWL) ohne kantonale Investitionen der BIP-Entwicklung gegenübergestellt, wird das Kostendämpfungsziel nicht erfüllt. Wird die Entwicklung der kantonalen Ausgaben für stationäre Spitalleistungen (inkl. GWL) ohne kantonale Investitionen dem Lohnwachstum gegenübergestellt, wird das Kostendämpfungsziel nach dem zweiten Kriterium erfüllt. ^(d) Keine Bewertung möglich, da Daten erst ab dem Jahr 2010 zur Verfügung stehen.

Box VII Fazit in Bezug auf die 2. evaluative Frage (Ziel Kosteneindämmung)

Inwiefern werden die Ziele, die mit der Einführung des DRG-Systems verfolgt werden, in Kantonen, die von Art. 51 KVG Gebrauch machen, erreicht?

- Für die OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf) wird das Kostendämpfungsziel sowohl in der Gruppe der Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets oder alternativen Instrumente der Mengensteuerung angewendet hat, wie auch in der Gruppe der Kantone, die im selben Zeitraum Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet hat, erreicht. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass zwei temporäre Faktoren (schrittweise Anpassung des Finanzierungsanteils auf 55% im Rahmen der vom Gesetz vorgegebenen Übergangsfrist, Preiseffekt) das durchschnittliche jährliche Wachstum der OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf) im Zeitraum 2012-2015 in der Gruppe der Kantone ohne Globalbudgets oder alternative Instrumente der Mengensteuerung – anders als in der Analysegruppe – gedämpft haben.
- Für die anderen Ausgabenindikatoren ist das Kostendämpfungsziel für die Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben, nicht erreicht. Dies gilt auch für die Kantone, die im selben Zeitraum keine Globalbudgets oder alternativen Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben – mit Ausnahme der kantonalen Ausgaben für stationäre Spitalleistungen (inkl. GWL, inkl. kantonale Investitionen, gesamter stationärer Spitalbereich) (pro Kopf). Bei diesem Indikator gilt es allerdings zu berücksichtigen, dass das Resultat sensitiv auf den Ausschluss der kantonalen Investitionen reagiert: Werden die kantonalen Investitionen ausgeschlossen, wird das Kostendämpfungsziel in beiden Kantonsgruppen sowohl nach dem ersten wie auch nach dem zweiten Kriterium nicht erfüllt. Zudem konnte der Indikator nicht um die kantonalen Ausgaben für GWL bereinigt werden. Veränderungen in den kantonalen Ausgaben für GWL, sofern diese in den zwei Kantonsgruppen im betrachteten Zeitraum unterschiedlich ausgefallen sind, können somit das Resultat beeinflusst haben.
- *Beurteilung:* Der Beitrag der Globalbudgets und alternativer Instrumente der Mengensteuerung an der beobachteten Ausgabenentwicklung für verschiedene Bereiche/Indikatoren kann nicht abschliessend beurteilt werden (vgl. Fazit zur deskriptiven Frage IV im vorangehenden Kapitel). Ob die Anwendung von Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung einen positiven/keinen/negativen Einfluss auf die Zielerreichung hat, kann daher nicht abschliessend beurteilt werden. Dies gilt insb. auch für die Entwicklung der betrachteten Indikatoren zu den OKP-Ausgaben.

5.2. Wettbewerb und Effizienz

Zu den weiteren mit der Einführung des DRG-Systems verfolgten Zielen zählen Wettbewerb, Effizienz und Transparenz. Auf mögliche Einschränkungen der Transparenz sind beim Instrument der Globalbudgets sind wir bereits bei den theoretischen Überlegungen in

Kapitel 4.1 eingegangen. Auf eine empirische Untersuchung wird an dieser Stelle verzichtet.¹¹⁸ Der Fokus liegt nachfolgend auf den Zielen Wettbewerb und Effizienz.

Als Basis für die folgenden Ausführungen dienen einerseits die Fachgespräche mit Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsstellen der drei Kantone. Als zusätzliche Informationsquelle wird die Spitalbefragung (vgl. Kapitel 2), die im Rahmen der 2. Etappe der Evaluation KVG-Revision Spitalfinanzierung durchgeführt wurde, genutzt. Die wichtigsten Ergebnisse werden nachfolgend aufgeführt, ergänzende Auswertungen finden sich im Anhang I.

5.2.1. Methoden und Grenzen

Zeiträume und Indikatoren

Zeiträume: Soweit möglich wird die Zeit vor und nach der Einführung der neuen Vergütungs- und Finanzierungsregeln (ab 2012) betrachtet, um einen Vorher-nachher-Vergleich durchzuführen.

Proxy-Variablen: Die Konzepte Wettbewerb und Effizienz entziehen sich einer direkten Beobachtung. Sie können nur über Hilfsgrössen (Proxy-Variablen) abgebildet werden. Folgende Indikatoren werden bei der Analyse einbezogen:

- Als Proxy-Variable für die mit der leistungsorientierten Vergütung verbundenen Wirkungen auf den Wettbewerb verwenden wir den von den Spitälern subjektiv wahrgenommenen *finanziellen Druck*.¹¹⁹ Darunter wird nachfolgend der Druck verstanden, die dem Spital entstehenden Kosten im stationären Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zu senken und/oder die Erträge zu erhöhen.
- Als Proxy-Variablen in Bezug auf die (erwünschten und unerwünschten) Reaktionen der Spitäler, die mit dem Konzept der Effizienz verbunden sind, werden *Zu- und Abflüsse von Patientinnen und Patienten (Patientenströme)* sowie subjektive *Einschätzungen der Spitäler in Bezug auf Mengenentwicklungen und Leistungsverlagerungen* betrachtet. Zudem wurden über Fachgespräche Einschätzungen von Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsstellen der Kantone Tessin, Waadt und Genf in Bezug auf das Ausmass von ausserkantonalen Behandlungen und zu einer möglichen Patientenselektion aufgenommen.¹²⁰

¹¹⁸ Eine vertiefte Diskussion über die Transparenz bzgl. Kosten und Finanzierung wird im Bericht zum Themenbereich "Kosten und Finanzierung", der im Rahmen der 2. Etappe der Evaluation KVG-Revision Spitalfinanzierung erstellt wird, geführt.

¹¹⁹ Befragung der Spitäler im Rahmen der 2. Etappe der Evaluation KVG-Revision Spitalfinanzierung, im Herbst 2017 durchgeführt durch das Beratungsbüro Infrac.

¹²⁰ Ausführliche Interviews wurden nur mit Kantonen, die Globalbudgets gemäss Art. 51 KVG im Jahr 2017 angewendet haben, geführt. Deshalb sind zu den Aspekten Patientenselektion und Unterversorgung keine Einschätzungen des Kantons Neuenburg vorhanden.

Aussagekraft und Grenzen

Wie stark der finanzielle Druck auf den Spitälern lastet, hängt auch (oder sogar vornehmlich) von anderen Faktoren ab, für welche im Rahmen dieser Studie nicht "kontrolliert" werden konnte. Dasselbe gilt für die (effizienzsteigernden/-mindernden) Reaktionen der Spitäler. Diese Faktoren sind dann relevant, wenn die beiden betrachteten Kantonsgruppen unterschiedlich davon betroffen sind. Zu diesen Faktoren zählen insb. die Massnahmen der KVG-Revision Spitalfinanzierung (insb. Spitaltarife, Tarifstruktur) bzw. mögliche Unterschiede in der Umsetzung und/oder Wirkung dieser Massnahmen.

Weiter gilt es zu beachten, dass die hier berücksichtigten Indikatoren (bis auf die Patientenströme) auf subjektiven Einschätzungen der Spitäler und von Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsstellen der Kantone Tessin, Waadt und Genf beruhen.

Bedeutung für die nachfolgenden Auswertungen: Die Vergleiche zwischen den beiden Kantonsgruppen sind mit Vorsicht zu interpretieren. Auf die Umsetzung und Wirkung der Massnahmen der KVG-Revision Spitalfinanzierung wird der Themenbericht "Kosten und Finanzierung", der im Rahmen der 2. Etappe der Evaluation KVG-Revision Spitalfinanzierung erarbeitet wird, ausführlich eingehen.¹²¹

5.2.2. Finanzieller Druck

Die Mehrheit der befragten Spitäler schätzt den finanziellen Druck bereits für die Zeit vor 2012 als eher hoch, hoch oder sehr hoch ein. Für das Jahr 2016 teilen diese Einschätzung noch mehr Spitäler. Im Vergleich zur Einschätzung für die Zeit vor 2012 fällt auf, dass die Einschätzung "sehr hoch" für das Jahr 2016 deutlich häufiger gewählt wurde (vgl. Abbildung 20, Anhang I). Insgesamt scheint der finanzielle Druck seit Einführung der neuen Spitalfinanzierung zugenommen zu haben. In der Tendenz fallen die Einschätzungen bei den Spitälern in beiden Kantonsgruppen ähnlich aus (vgl. Abbildung 21, Anhang I).¹²² Dieses Ergebnis ist aus unserer Sicht insofern wenig überraschend, als der finanzielle Druck resp. die Wettbewerbssituation von einer Vielzahl von Elementen abhängt (innerhalb und ausserhalb der Revision), die unabhängig von der Funktionsweise der Vergütung sind.¹²³

5.2.3. Reaktionen der Spitäler

Die neue Spitalfinanzierung beinhaltet veränderte Anreize und Wirkungsmechanismen. Daraus resultieren wiederum Reaktionen der Spitäler – teilweise erwünscht und teilweise unerwünscht. Diese Thematik wird im Bericht des Themenbereichs "Kosten und Finanzie-

¹²¹ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/evaluationsberichte/evalber-kuv/evalber-kvg-revision-spitfi.html>. Der Bericht wird voraussichtlich 2019 publiziert.

¹²² Bei der Interpretation der Unterschiede ist zu beachten, dass die Fallzahlen in der Gruppe mit Globalbudgets tief sind.

¹²³ Das Resultat ändert sich nicht, wenn die Spitäler aus den Kantonen Wallis und Neuenburg aus der Analyse ausgeschlossen werden. Zu beachten: Beim Robustheitstest werden nur einige wenige Spitäler ausgeschlossen, eine Veränderung des Resultats ist schon aus diesem Grund eher unwahrscheinlich. Die Resultate des Robustheitstests werden aus diesem Grund im Bericht nicht präsentiert.

rung", der im Rahmen der 2. Etappe der Evaluation KVG-Revision Spitalfinanzierung erstellt wird, vertieft analysiert. Im vorliegenden Bericht soll daher nur auf Reaktionen eingegangen werden, die im Zusammenhang mit Globalbudgets stehen (vgl. theoretische Ausführungen im Kapitel 4.2, Tabelle 6). Dabei stehen mögliche unerwünschte Reaktionen im Fokus.

Fokus: Rationierung und Patientenselektion?

Eine der mit Globalbudgets am meisten genannte Befürchtung betrifft den Fehlanreiz einer Rationierung (d.h. das Vorenthalten einer Leistung, die der betroffenen Person einen Nutzen stiften würde): Wenn das Globalbudget ausgeschöpft ist, haben die Spitäler kaum Anreize, zusätzliche Patient/innen aufzunehmen.¹²⁴ Wenn Leistungen rationiert werden, ist davon auszugehen, dass die betroffenen Personen in andere Kantone ausweichen (da diese Leistungen weiterhin vergütet werden und erweiterte Spitalwahl herrscht). Wir prüfen daher die interkantonalen Patientenströme. Die These: Versicherte aus Kantonen mit Globalbudgets weisen eine höhere Inanspruchnahme von ausserkantonalen Leistungen auf.

Diese These kann nicht bestätigt werden:¹²⁵ Die Kantone Tessin, Waadt und Genf haben im Vergleich zu den anderen Kantonen geringe Abflüsse von Patientinnen und Patienten im stationären Spitalbereich.¹²⁶ Im Jahr 2015 bewegten sich die Abflüsse im Bereich von 3,6% bis 6,1%. Schweizweit betragen die Abflüsse im Jahr 2015 15,4% (vgl. Tabelle 17, Anhang I). Im Gegensatz dazu wies der Kanton Neuenburg im Jahr 2015 einen überdurchschnittlich hohen Abfluss von 23.3% auf, was bereits für das Jahr 2010 beobachtet werden kann. Die Veränderungen der Abflüsse in den betrachteten Kantonen fallen zwischen 2010 und 2015 mit Ausnahme des Kantons Neuenburg unterhalb der schweizweiten Veränderung aus. Während auf gesamtschweizerischer Ebene der Abfluss im betrachteten Zeitraum um 2,2%-Punkte zugenommen hat, fallen die Veränderungen in den Kantonen Tessin, Waadt und Genf zwischen 0,3%-Punkten und 0,7%-Punkten aus. Der Kanton Neuenburg weist für den gleichen Zeitraum eine Zunahme des Abflusses um 3,9%-Punkten aus. Die tiefen Abflüsse in den Kantonen Tessin, Waadt und Genf lassen sich in den betrachteten Kantonen zumindest teilweise durch die geografische Lage (Tessin) und den Umstand, dass die Versorgung durch die Präsenz von Universitätsspitalern umfassend ist, erklären (Waadt, Genf) (vgl. Gruber & Lippitsch 2018). Der überdurchschnittlich hohe Abfluss im Kanton Neuenburg ist zumindest teilweise dem Umstand geschuldet, dass für gewisse Leistungen die Angebote von Universitätsspitalern in den umliegenden Kantonen in Anspruch genommen werden. Neben diesen Faktoren hängt die Inanspruchnahme von ausserkantonalen Leistungen auch von der Finanzierung dieser Leistungen ab. In diesem Zusammenhang spielen die kantonalen Referenztarife für die Vergütung ausserkantonomer Behandlungen eine wichtige Rolle. Die Versicherten können für die stationäre Behandlung

¹²⁴ Im Artikel von Balmer (2018) werden verschiedene Bedenken und Befürchtungen in Bezug auf Globalbudgets geäussert, bspw. auch in Bezug auf Rationierung.

¹²⁵ Die Analyse basiert auf Resultaten aus der Studie von Gruber & Lippitsch (2018). Die Studie zeichnet u.a. die Entwicklung der interkantonalen Patientenströme im akutsomatischen Bereich für die Jahre 2010 bis 2015 nach.

¹²⁶ Abfluss = Anteil der ausserkantonal hospitalisierten Fälle an allen im Kanton wohnhaften Fällen.

unter den Spitälern frei wählen, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind. Kanton und OKP beteiligen sich aber höchstens nach dem Referenztarif, der sich an den Spitaltarifen der Listenspitäler des Wohnkantons der Patientin/des Patienten orientiert. Wie Cosandey et al. (2018) aufzeigen, setzen einige Kantone diese Referenztarife relativ tief an, was je nach Baserate des ausserkantonalen Listenspitals dazu führt, dass die Patientinnen und Patienten einen Teil der Behandlung selber bezahlen müssen, sofern sie über keine entsprechende Zusatzversicherung verfügen.¹²⁷ Eine eigene Analyse auf der Grundlage der Spital- und Referenztarife der Jahre 2012-2015¹²⁸ zeigt, dass sich die Referenztarife für die Vergütung ausserkantonomer akutsomatischer Behandlungen der Kantone mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung im Zeitraum 2012-2015 an den mittleren Baserates (gemessen am Median) der innerkantonalen Listenspitäler orientierten. D.h., dass die relativ tiefen Abflüsse von Patientinnen und Patienten in den Kantonen, die im Zeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben, nicht mit tiefen Referenztarifen erklärt werden können.

Gemäss Einschätzung der Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsstellen der Kantone Tessin, Waadt und Genf hat die Anwendung von Globalbudgets keinen Einfluss darauf, ob sich Patientinnen und Patienten ausserkantonal behandeln lassen müssen. Weiter gibt es gemäss Einschätzung der Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsstellen der Kantone Tessin, Waadt und Genf keine Hinweise auf Patientenselektion / Unterversorgung gewisser Patientengruppen.¹²⁹

Weitere Reaktionen

Mengenausweitung: Im Unterschied zur DRG-Vergütung ist der Anreiz für Mengenausdehnungen bei Globalbudgets geringer und in der Folge bleibt nur eine Richtung für Anpassungen: Kosten senken. Denn Erträge durch Ausweitung der Fallzahlen können nicht (mehr vollumfänglich) realisiert werden. Dies bestätigt sich bei der Befragung der Spitäler. Gemäss Einschätzung der Spitäler (unabhängig von der Kantonsgruppe) ist es aufgrund des finanziellen Drucks im eigenen Spital nach 2012 insbesondere zu Struktur- und Prozessoptimierungen gekommen (vgl. Abbildung 22, Anhang I).¹³⁰ Dies kann als Hinweis auf effizienzsteigende Reaktionen gedeutet werden. Interessant ist weiter, dass weniger als die Hälfte der Spitäler in Kantonen, die im Zeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben, die Aussage bejahen,

¹²⁷ Die Analyse in Cosandey et al. (2018) bezieht sich auf das Jahr 2017.

¹²⁸ In die Analyse für die Jahre 2012-2015 einbezogen wurden die Spitaltarife von tarifsuisse und HSK.

¹²⁹ Ausführliche Interviews wurden nur mit Kantonen, die Globalbudgets gemäss Art. 51 KVG bis mindestens zum Jahr 2017 angewendet haben, geführt. Deshalb sind zu den Aspekten Patientenselektion und Unterversorgung keine Einschätzungen des Kantons Neuenburg vorhanden.

¹³⁰ Mit Blick auf die Arbeitsorganisation fällt die Einschätzung der Ärzteschaft etwas anders aus, wie Resultate aus Befragungen des Instituts gfs.bern im Auftrag der FMH bei der Ärzteschaft in den Jahren 2011-2017 nahelagen (vgl. Golder et al. 2017). Im Jahr 2017 hat der Anteil der Ärztinnen und Ärzte in der Akutsomatik, die die Aussage zu Arbeitsbedingungen und Chancen/Belastungen auf ihre Tätigkeit „allgemein schlechte Arbeitsorganisation im Spital“ als sehr oder eher zutreffend bezeichnete, im Vergleich zum Jahr 2011 um 2%-Punkte von 35% auf 37% zugenommen.

wonach es in ihrem Spital nach 2012 aufgrund des finanziellen Drucks zu einer Erhöhung der medizinischen Fälle gekommen ist, wohingegen diese Aussage von mehr als der Hälfte der Spitäler in Kantonen ohne Globalbudgets oder alternative Instrumente der Mengensteuerung bejaht wird.¹³¹

Leistungsverlagerungen: Gemäss Einschätzung der befragten Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsstellen der Kantone Tessin, Waadt und Genf sind keine Leistungsverlagerungen aufgrund der Anwendung von Globalbudgets zu beobachten.¹³² Gesamthafte Verlagerungen vom stationären in den ambulanten Bereich seien insb. vom medizinisch-technischen Fortschritt und der unterschiedlichen Vergütung ambulant/stationär getrieben. Insgesamt sind keine Hinweise auf Unterschiede in Bezug auf Leistungsverlagerungen auszumachen.¹³³

5.2.4. Beurteilung

Wie sich Globalbudgets im Vergleich zur DRG-basierten Vergütung auf die Ziele Wettbewerb und Effizienz ausgewirkt haben, kann an dieser Stelle nicht abschliessend beurteilt werden. Wie stark der Wettbewerb ausgeprägt ist, hängt auch (oder sogar vornehmlich) von anderen Faktoren ab, für welche im Rahmen dieser Studie nicht "kontrolliert" werden konnte. Dasselbe gilt für die Reaktionen der Spitäler. Die oben präsentierten deskriptiven Analysen lassen keine abschwächenden Wirkungen des Instruments Globalbudget auf die Ziele Wettbewerb und Effizienz erkennen.

¹³¹ In Zahlen: 61% der Spitäler in Kantonen ohne Globalbudgets bejahen die Aussage, wonach es aufgrund der KVG-Revision in ihrem Spital zu einer Zunahme von stationären Fällen gekommen ist. Dieser Anteil liegt bei Spitalern in Kantonen mit Globalbudgets bei 38% (vgl. Abbildung 22).

¹³² Vgl. Fussnote 129.

¹³³ In der Literatur werden mögliche Leistungs- und Kostenverlagerungen aufgrund der Einführung von SwissDRG untersucht (vgl. Felder et al. 2014, Frey et al. 2014, Widmer et al. 2017b). Die Resultate aus dieser Literatur deuten auf Verlagerungen von Leistungen aus dem akutstationären Bereich in die vor- und nachgelagerten ambulanten Bereiche hin. Eine gesamthafte Verlagerung von Behandlungen in andere Bereiche (insb. in den ambulanten Bereich) ist nicht festzustellen. Widmer et al. (2017b) finden allerdings Hinweise, dass es zumindest in gewissen medizinischen Bereichen zu einer gesamthafte Verlagerung in den stationären Bereich gekommen ist. Es liegen allerdings keine Untersuchungen vor, die zwischen den beiden Kantonsgruppen differenzieren würden. Die Auswertungen zu den OKP-Ausgaben spitalstationär und ambulant in Kapitel 5.1.2 (vgl. Tabelle 7 sowie Abbildung 12 und Abbildung 13 im Anhang) weisen zwar auf leicht unterschiedliche Entwicklungen und Niveaus hin. Auf dieser Grundlage lässt sich allerdings kein Zusammenhang zwischen Leistungsverlagerungen und der Anwendung von Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung herstellen.

Box VIII Fazit in Bezug auf die 2. evaluative Frage (Ziele Wettbewerb und Effizienz, damit verbundene erwünschte und unerwünschte Wirkungen)¹³⁴

Inwiefern werden die Ziele, die mit der Einführung des DRG-Systems verfolgt werden, in Kantonen, die von Art. 51 KVG Gebrauch machen, erreicht?

- In der Einschätzung von Spitälern herrscht ein hoher finanzieller Druck bei Spitälern in Kantonen mit Globalbudgets. Dieselbe Beobachtung kann aber auch für Spitälern in den Kantonen ohne Globalbudgets gemacht werden. Im Unterschied zu Spitälern in Kantonen ohne Globalbudgets sind bei den Spitälern in Kantonen mit Globalbudgets teils (leichte) Unterschiede bezüglich der Reaktionen auf den finanziellen Druck zu beobachten: Spitälern in Kantonen mit Globalbudgets erhöhen aufgrund des finanziellen Druck seltener die Leistungsmengen.
- Auf der Grundlage der betrachteten Indikatoren sind keine Hinweise auf unerwünschte Reaktionen (Rationierung und Patientenselektion) in den Kantonen mit Globalbudgets zu erkennen.
- *Beurteilung:* Die für diesen Bericht beigezogenen Informationen lassen keine negativen Wirkungen des Instruments Globalbudget auf die Ziele Wettbewerb und Effizienz erkennen. Eine abschliessende empirische Beurteilung ist allerdings nicht möglich, da für andere Faktoren im Rahmen dieser Studie nicht kontrolliert werden konnte. Es gilt zu beachten, dass diese Beurteilung auch auf subjektiven Einschätzungen von Spitälern und Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsstellen der Kantone Tessin, Waadt und Genf basiert.

6. Fazit

Die vorliegende Analyse beschreibt resp. beurteilt die Anwendung und Wirkung von Globalbudgets nach Art. 51 KVG. Die Beschreibung der Anwendung von Globalbudgets nach Art. 51 KVG und die Beurteilung, inwiefern Kantone mit Globalbudgets gemäss Art. 51 KVG die mit dem DRG-System verfolgten Prinzipien und Ziele erfüllen, beschränkt sich auf jene Kantone, die im Jahr 2017 davon Gebrauch machten. Für die Analyse der Wirkungen steht der Analysezeitraum 2012-2015 im Fokus. Im Jahr 2012 wurde das DRG-System zur Vergütung von akutstationären Spitalleistungen eingeführt. Der Analysezeitraum umfasst aufgrund der zur Verfügung stehenden Daten die Jahre bis 2015. Um Vergleiche mit der Zeit vor 2012 vorzunehmen, wurde für einige Analysen der Analysezeitraum um die Jahre ab 2005 ergänzt. Dabei gilt es zu beachten, dass in der Analyse nur Globalbudgets gemäss Art. 51 KVG, die nach dem Jahr 2012 angewendet wurden, betrachtet werden. Vor 2012 finanzierten auch andere Kantone Spitälern über Globalbudgets; diese Globalbudgets sind in diesem Bericht allerdings nicht Gegenstand der Analyse. Es existieren Instrumente der Mengensteuerung (direkte Mengenbeschränkung, degressive Vergütung), die in ihrer Wirkung ähnlich zu beurteilen sind wie Globalbudgets gemäss Art. 51

¹³⁴ Substanzielle Einschränkungen der Transparenz sind u.E. beim Instrument der Globalbudgets nicht zu erwarten (vgl. theoretische Überlegungen in Kapitel 4.1).

KVG. Um bei der Analyse diesem Umstand Rechnung zu tragen, wurden die Bestandsaufnahme und die anschliessende Analyse der Wirkungen um diese alternativen Instrumente der Mengensteuerung ausgeweitet.

Im Jahr 2017 wendeten die Kantone Tessin, Waadt und Genf Globalbudgets nach Art. 51 KVG an (vgl. Box II, Kapitel 3.2). In der im Jahr 2017 angewandten Umsetzung wurde das Instrument primär zur Mengensteuerung eingesetzt, erfüllte aber auch andere Zwecke (bspw. Planungshilfe), und stellte eine Mischform zwischen Globalbudgets gemäss ökonomischer Theorie (fixer Beitrag) und der DRG-Vergütung (Beitrag pro Fall) dar. Die Globalbudgets wurden vornehmlich basierend auf prognostizierten oder vergangenen Leistungsmengen berechnet. In einem Fall wurde zudem auch Bezug auf das vergangene Budget (u.U. mit Berücksichtigung von Abweichungen davon) genommen. Bei Überschreitung der festgelegten Mengen erfolgte die Vergütung des kantonalen Anteils nur noch teilweise oder fiel vollständig weg (vgl. Box III, Kapitel 3.3.4).

Das Instrument des Globalbudgets ist mit den Prinzipien der neuen Spitalfinanzierung theoretisch vereinbar, vieles hängt jedoch von der konkreten Ausgestaltung ab. Bei der Beurteilung wurde auf die Umsetzung im Jahr 2017 abgestellt. Das Konzept der Globalbudgets gemäss ökonomischer Theorie (Pauschale unabhängig von der Menge) steht in gewissem Widerspruch zur Leistungsfinanzierung. Die von den Kantonen im Jahr 2017 mehrheitlich angewandte Mischform, deren Berechnung auf den einzelnen Leistungen basierte, kann jedoch als vereinbar mit dem Prinzip der Leistungsorientierung bei der Finanzierung betrachtet werden. Abhängig von der konkreten Umsetzung von Art. 51 KVG kann die Vereinbarkeit mit dem Prinzip der Gleichbehandlung von öffentlichen und privaten Spitälern beeinträchtigt sein. Konkret ist dies dann der Fall, wenn für die Finanzierung der Spitäler bzw. die Steuerung der Leistungsmengen für öffentliche und private Spitäler unterschiedliche Instrumente angewendet werden, wie dies in den Kantonen GE und VD im Jahr 2017 der Fall war. Ein Spannungsverhältnis eröffnet sich zwischen der dual-fixen Finanzierung und dem effektiven kantonalen Finanzierungsanteil. So bezog sich der festgelegte Anteil von mindestens 55% der Kantone bei den Globalbudgets nur auf die *vereinbarten* Spitalleistungen. Gemäss Bundesgerichtsentscheid (BGE 138 II 398) ist dies jedoch KVG-konform, Mengenbeschränkungen also zulässig. In Bezug auf die erweiterte Spitalwahl kann es zu Einschränkungen kommen. Dies zumindest dann, wenn ein striktes Globalbudget gilt (wie im Kanton GE im Jahr 2017). Weniger problematisch ist, falls bei Überschreibung ein Abschlag erfolgt, also nicht die gesamte Vergütung wegfällt (wie in den Kantonen VD und TI im Jahr 2017). Da gemäss Bundesgerichtsentscheid (BGE 138 II 398) die Aufnahmepflicht nur im Rahmen der Leistungsaufträge gilt und diese Mengenbeschränkungen vorsehen können, wird das Prinzip aus rechtlicher Sicht nicht eingeschränkt (vgl. Box V, Kapitel 4.2).

Für die Analyse der Wirkungen wurde ein Vergleich zwischen Kantonen, die in den Jahren 2012-2015 Globalbudgets gemäss Art. 51 KVG angewendet haben und Kantonen, die dieses Instrument nicht verwendet haben, durchgeführt. Für die Analyse der Wirkung wurden die Kantone, die Globalbudgets gemäss Art 51 KVG und/oder alternative Instrumenten der Mengensteuerung mit ähnlicher Wirkung im Analysezeitraum zwischen 2012-2015 (mehrheitlich) angewendet haben, in die Analysegruppe, die anderen Kantone in die Vergleichsgruppe eingeteilt. Aufgrund dieser Kriterien wurden die Kantone Tessin, Waadt, Genf und Neuenburg in die Analysegruppe, die anderen Kantone in die Vergleichsgruppe eingeteilt.

Bei der Interpretation gilt es zu beachten, dass die Ergebnisse im Rahmen der Grenzen der Aussagekraft der untersuchten Indikatoren gelten. Auf diese Grenzen wird im Anschluss an die Ergebnispräsentation eingegangen.

Die Analysen der Unterschiede zwischen den Kantonen mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung und den anderen Kantonen in Bezug auf die Entwicklungen der verschiedenen Indikatoren zeigen kein einheitliches Bild: Wird die Entwicklung der Leistungsmengen (OKP-Fälle spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf)) im Zeitraum 2012-2015 betrachtet, weist die Gruppe der Kantone mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung ein tieferes durchschnittliches jährliches Wachstum auf als die Gruppe der anderen Kantone (vgl. Box VI, Kapitel 5.1.2). Dieser Befund deckt sich mit der Einschätzung der Spitäler, wonach die Spitäler in Kantonen mit Globalbudgets seltener die Leistungsmengen aufgrund finanziellen Drucks erhöhten als Spitäler in Kantonen ohne Globalbudgets oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung (vgl. Box VIII, Kapitel 5.2.4).

Die Gruppe der Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet hat, weist trotz der moderateren Mengenentwicklung (s.o.) für den Zeitraum 2012-2015 ein gleich hohes durchschnittliches jährliches Wachstum der OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf) auf wie die Gruppe der Kantone, die im selben Zeitraum keine Globalbudgets oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet hat. Dieses Resultat kann mit einem stärkeren Rückgang der Baserates in der Gruppe der Kantone ohne Globalbudgets oder alternative Instrumente der Mengensteuerung erklärt werden. Ein möglicher Grund für den weniger stark ausgeprägten Preisrückgang in der Gruppe der Kantone mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung kann darin liegen, dass in dieser Gruppe aufgrund der Anwendung von AP-DRG vor 2012 zur Vergütung von stationären Spitalleistungen in der Akutsomatik die mit der Einführung von SwissDRG erwarteten Effizienzsteigerungen bereits vor 2012 realisiert wurden. Das hat möglicherweise zu einem weniger starken Druck auf die Basispreise in der Gruppe der Kantone mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung geführt. Daneben gilt es weitere Einflussfaktoren zu beachten: Auf der einen Seite kann die Ausgabenentwicklung aufgrund eines tieferen Ausgabenniveaus im Zeitraum 2012-2015 in der Gruppe der Kantone mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung relativ stärker ausgefallen sein als in der Gruppe der anderen Kantone (Basiseffekt). Auf der anderen Seite ist in den Kantonen ohne Globalbudgets oder alternative Instrumente der Mengensteuerung der demografische Effekt stärker ausgeprägt, was im Zeitraum 2012-2015 zu einer stärkeren Zunahme der Ausgaben in dieser Kantonsgruppe geführt hat. Weiter hat der Umstand, dass einige Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets oder alternativen Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben, den kantonalen Finanzierungsanteil im Rahmen der vom Gesetz vorgesehenen Übergangsfrist schrittweise auf 55% angepasst haben, zu einem gedämpften Ausgabenanstieg in dieser Kantonsgruppe beigetragen. Auf der Grundlage der in diesem Bericht vorliegenden Informationen ist keine abschliessende Einschätzung zum Gesamteffekt möglich.

In Bezug auf die OKP-Ausgaben ambulant (spital- und praxisambulant) (pro Kopf) und die OKP-Ausgaben Total (alle Leistungsarten) (pro Kopf) weisen die Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung

angewendet haben, im Vergleich zu den anderen Kantonen im Zeitraum 2012-2015 ein (leicht) tieferes bzw. vergleichbares durchschnittliches jährliches Ausgabenwachstum auf. Aufgrund von Basiseffekten können die Ausgabenentwicklungen in der Gruppe der Kantone ohne Globalbudgets oder alternative Instrumente der Mengensteuerung höher ausgefallen sein als in der Gruppe der Kantone mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung. Zudem würde das durchschnittliche jährliche Wachstum der OKP-Ausgaben Total (pro Kopf) in der Gruppe der Kantone ohne Globalbudgets oder alternative Instrumente der Mengensteuerung unter Berücksichtigung des Demografie-Effekts im Zeitraum 2012-2015 tiefer als in der Gruppe der Kantone mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung ausfallen. Auf dieser Grundlage lassen sich keine eindeutigen Aussagen in Bezug auf mögliche Leistungs- und Kostenverschiebungen machen.

Das Instrument des Globalbudgets und die alternativen Instrumente der Mengensteuerung (wie sie in der Praxis angewendet werden) zielen zwar auf die kantonalen Ausgaben ab. Sofern die Anreize, medizinisch nicht indizierte Leistungen zu erbringen, mit der Anwendung der Globalbudgets und der alternativen Instrumente der Mengensteuerung reduziert werden, profitiert auch die OKP davon (im Sinne einer gedämpften Ausgabenentwicklung). Dieser Effekt kann auf der Grundlage der Resultate allerdings nicht nachgewiesen werden.

Die Gruppe der Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet hat, weist im Zeitraum 2012-2015 im Vergleich zu den anderen Kantonen ein höheres durchschnittliches jährliches Wachstum der kantonalen Ausgaben für stationäre Spitalleistungen (inkl. GWL, inkl. kantonale Investitionen, gesamter stationärer Spitalbereich) (pro Kopf) sowie ein höheres durchschnittliches jährliches Wachstum der Ausgaben aller Finanzierungsträger für den Spitalbereich (stationär und ambulant) insgesamt auf. Dabei gilt es zu beachten: Das Resultat für die kantonalen Ausgaben für stationäre Spitalleistungen (inkl. GWL) (pro Kopf) hängt massgeblich von der starken Abnahme der kantonalen Investitionen zwischen 2012 und 2013 in der Gruppe der Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets oder alternativen Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben, ab. Diese Veränderung kann auf die KVG-Revision Spitalfinanzierung zurückgeführt werden: Neben den Betriebskosten sind nach neuer Spitalfinanzierung auch die Investitionskosten, die mit der Erbringung von stationären Spitalleistungen nach KVG in Verbindung stehen, über den Spitaltarif abgedeckt und werden nicht mehr nur vom Kanton getragen. Werden die kantonalen Investitionen aus der Analyse ausgeschlossen oder wird die Analyse auf den Zeitraum 2013-2015 eingeschränkt, kehrt das Resultat; die Gruppe der Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet hat, weist dann ein tieferes durchschnittliches jährliches Ausgabenwachstum auf als die Gruppe der anderen Kantone. Unter Berücksichtigung dieses Einflusses schneidet die Gruppe der Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet hat, zumindest im Zeitraum 2013-2015 in Bezug auf die Entwicklung der kantonalen Ausgaben für stationäre Spitalleistungen (inkl. GWL, inkl. kantonale Investitionen, gesamter stationärer Spitalbereich) (pro Kopf) besser ab als die Gruppe der anderen Kantone. Bei der Interpretation dieses Ergebnisses gilt es zu beachten, dass keine Bereinigung des Indikators um die kantonalen Ausgaben für GWL möglich war

und für die Untersuchung somit nicht derjenige Indikator zur Verfügung stand, der idealerweise herangezogen werden sollte. Veränderungen in den kantonalen Ausgaben für GWL, sofern diese in den zwei Kantonsgruppen für die betrachtete Zeitperiode unterschiedlich ausgefallen sind, können somit das Resultat beeinflusst haben.

Insgesamt vermitteln die untersuchten Indikatoren kein eindeutiges Bild. Weiter gilt es zu beachten, dass der kausale Einfluss von Globalbudgets und alternativen Instrumenten der Mengensteuerung auf Leistungsmengen (OKP-Fälle spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf)) und die Entwicklung der verschiedenen betrachteten Ausgabenindikatoren im Rahmen dieser Studie nicht abschliessend beurteilt werden konnte (vgl. Box VI, Kapitel 5.1.2). Die Frage, welche Auswirkungen Globalbudgets und alternative Instrumente der Mengensteuerung auf die Leistungsmengen und die Kosten des akutsomatischen Bereichs haben, kann auf der Grundlage der Informationen, die im Rahmen dieses Berichts aufbereitet wurden, letztlich nicht abschliessend beantwortet werden.

Das Kostendämpfungsziel, gemessen am jährlichen Ausgabenwachstum im Vergleich zum jährlichen BIP- bzw. Lohnwachstum¹³⁵, wird in der Periode 2012-2015 für die OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf) in beiden Kantonsgruppen erreicht. Für die anderen Ausgabenindikatoren (mit Ausnahme der kantonalen Ausgaben für stationäre Spitalleistungen (inkl. GWL, inkl. Investitionen, gesamter stationärer Spitalbereich) (pro Kopf) für die Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets oder alternativen Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben) wird das Ziel nicht erreicht. Der konkrete Beitrag von Globalbudgets und alternativen Instrumenten der Mengensteuerung an die Zielerreichung kann nicht abschliessend beurteilt werden (vgl. Box VII, Kapitel 5.1.3).

In der Ausgestaltung im Jahr 2017 ist die Vereinbarkeit von Globalbudgets in Bezug auf das mit dem DRG-System verfolgte Ziel des Wettbewerbs (Beeinträchtigung des Wettbewerbs durch Ungleichbehandlung von öffentlichen Spitälern und Privatspitälern) aus theoretischer Sicht als kritisch zu beurteilen. In Bezug auf das Ziel der Effizienz ist aus theoretischer Sicht ein positiver Effekt zu erwarten. Allerdings besteht, je nach Ausgestaltung, die Gefahr einer Rationierung (d.h. Vorenthalten von Leistungen, die bei der betroffenen Person einen Nutzen stiften würden). In der Praxis zeigt sich jedoch, dass diese Befürchtung zu relativieren ist: Die Einwohner/innen der Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben, beziehen weit unterdurchschnittlich oft ausserkantonale Leistungen. Dies hängt selbstverständlich mit den Charakteristika dieser Kantone (Lage, Sprache, Angebot) und der Finanzierung der ausserkantonalen Behandlungen (Stichwort: Referenztarife) zusammen, aber dennoch: Wenn es zu einer Unterversorgung kommen würde, müsste sich dies u.E. im ausserkantonalen Leistungsbezug abbilden. Die für diesen Bericht beigezogenen Informationen lassen empirisch insgesamt keine negativen Wirkungen des Instruments Globalbudget sowie alternativer Instrumente der Mengensteuerung auf die Ziele Wettbewerb und

¹³⁵ Jährliches Ausgabenwachstum in der Periode 2012-2015 kleiner oder gleich jährliches BIP- bzw. Lohnwachstum, sofern nicht erfüllt: Differenz zwischen jährlichem Ausgabenwachstum und jährlichem BIP- bzw. Lohnwachstum in der Periode 2012-2015 kleiner als in der Periode 2005-2011.

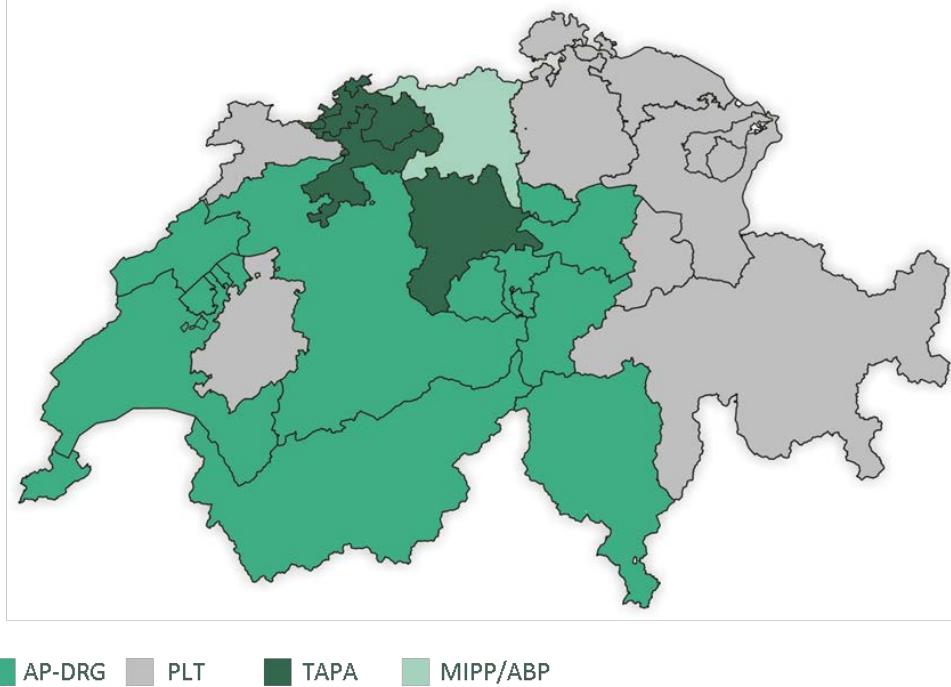
Effizienz erkennen. Dabei gilt es zu beachten, dass diese Beurteilung mehrheitlich auf subjektiven Einschätzungen von Spitalern und Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsstellen der Kantone Tessin, Waadt und Genf basieren. Eine gewisse Verringerung der Transparenz ergibt sich durch die kantonal unterschiedlichen Systeme. Die Vereinbarkeit in Bezug auf das Kosteneindämmungsziel ist gegeben. (vgl. Box IV in Kapitel 4.1; Box VII, Kapitel 5.1.3; Box VIII, Kapitel 5.2.4).

Im Ergebnis lässt sich sagen: Globalbudgets können theoretisch in Einklang mit den Prinzipien der neuen Spitalfinanzierung und den Zielen des DRG-Systems umgesetzt werden. Vieles hängt allerdings von der konkreten Umsetzung ab. Globalbudgets können die Wirkung der Massnahmen der neuen Spitalfinanzierung (insb. in Bezug auf die Kosteneindämmung) theoretisch unterstützen. Die Frage, welche Auswirkungen Globalbudgets und alternative Instrumente der Mengensteuerung auf die Leistungsmengen und die Kosten des akutsomatischen Bereichs haben, kann aufgrund der Grenzen der Aussagekraft der Informationen, die im Rahmen dieses Berichts aufbereitet wurden, allerdings nicht abschliessend beantwortet werden.

Anhang I: Wirkungen der Globalbudgets

Rahmenbedingungen

Abbildung 8 Vergütungssystemlandschaft vor Einführung von SwissDRG



Quelle: Felder et al. (2014). AP-DRG: All Patient Diagnoses Related Groups, PLT: Prozess-Leistungs-Tarifierung, TAPA: Tagespauschalen, MIPP: Modell integrierter Patientenpfade, ABP: Abteilungspauschalen

Leistungs- und Kostenentwicklung

Tabelle 11 Übersicht Indikatoren

Nr.	Indikator	Operationalisierung	Quelle	Zu beachten
[1]	OKP-Fälle spitalstationär (Akut-somatik)	Anzahl OKP-Fälle, gesamter stationärer Bereich, nach Wohnkanton	Medizinische Statistik der Krankenhäuser (BFS)	Gesamter stationärer Bereich, nicht nur Akut-somatik Die Qualität der Angaben zum Hauptkostenträger für Grundversicherungsleistungen (zentral für Identifikation der OKP-Fälle) wurde auf dem Niveau der Kantone nicht eingehend von uns untersucht. <i>Einschätzung</i> : Vorsicht bei der Interpretation.
[2]	Versicherte Personen	Anzahl versicherte Personen (nach Wohnkanton)	Statistik Risikoausgleich, Gemeinsamen Einrichtung KVG/Asylstatistik ¹³⁶	Eigene Berechnungen auf Grundlage der genannten Quellen. <i>Einschätzung</i> : Vorsicht bei der Interpretation.
[3]	OKP-Ausgaben spitalstationär (Akut-somatik)			
[4]	OKP-Ausgaben spitalstationär (gesamter stationärer Spitalbereich)	Ausgaben OKP nach Bereich und Behandlungsjahr		Gesamter Spitalbereich, keine Einschränkung auf Akut-somatik
[5]	OKP-Ausgaben spitalambulant (gesamter ambulanter Spitalbereich)	absolut oder pro versicherte Person (nach MOKKE)	MOKKE (BAG) bzw. Datenpool SASIS AG	Gesamter ambulanter Bereich, keine Einschränkung auf Akut-somatik
[6]	OKP-Ausgaben praxisambulant			
[7]	OKP-Ausgaben ambulant [5]+[6]			
[8]	OKP-Ausgaben Total (alle Leistungsarten)			

¹³⁶ Berechnung des Versichertenbestands auf der Grundlage der Statistik Risikoausgleich, Gemeinsamen Einrichtung KVG, und der Asylstatistik, Staatssekretariat für Migration (SEM).

Nr.	Indikator	Operationalisierung	Quelle	Zu beachten
[9]	OKP-Ausgaben spitalstationär pro Fall (Akutsomatik)	OKP spitalstationär (Akutsomatik) / OKP-Fälle stationär (Akutsomatik)	vgl. oben	Daten stammen aus unterschiedlichen Quellen. <i>Einschätzung</i> : Vorsicht bei der Interpretation.
[10]	OKP-Fälle spitalstationär (Akutsomatik) pro versicherte Person	OKP-Fälle spitalstationär (Akutsomatik) / Versicherte Personen	vgl. oben	Daten stammen aus unterschiedlichen Quellen. <i>Einschätzung</i> : Vorsicht bei der Interpretation.
[11]	Ausgaben Kantone spitalstationär (inkl. GWL, inkl. kantonale Investitionen, gesamter stationärer Spitalbereich)	Ausgaben, pro versicherte Personen	Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (BFS)	Die Ausgaben sind inkl. GWL und Investitionen der Kantone. Synthesestatistik (vgl. BFS 2017 für weitere Informationen)
[12]	Ausgaben Kantone spitalstationär (inkl. GWL, exkl. kantonale Investitionen, gesamter stationärer Spitalbereich)	Ausgaben, pro versicherte Personen	Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (BFS)	Die Ausgaben sind inkl. GWL, exkl. Investitionen der Kantone. Synthesestatistik (vgl. BFS 2017 für weitere Informationen)
[13]	Ausgaben Kantone & OKP spitalstationär (gesamter stationärer Spitalbereich) [4]+[11]	Ausgaben, pro versicherte Person	vgl. oben	Hochrechnung der OKP-Ausgaben aufgrund Versichertenbestand gemäss [2]. <i>Einschätzung</i> : Vorsicht bei der Interpretation.
[14]	Ausgaben aller Finanzierungsträger für Spitalbereich (stationär und ambulant)	Ausgaben für den Spitalbereich, pro Person (ständige Wohnbevölkerung)	Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (BFS)	Synthesestatistik (vgl. BFS 2017 für weitere Informationen)
[15]	Lohn	Jährliches Wachstum des Bruttonominallohns von Arbeitnehmenden in der Schweiz	Lohnindex (BFS), Daten der Sammelstelle für die Statistik der Unfallversicherung (SSUV)	Keine Hinweise
[16]	BIP	Jährliches Wachstum Bruttoinlandsprodukt (absolut oder pro Kopf)	VGR (BFS)	Keine Hinweise

Quellen: vgl. Hinweise in der Tabelle.

Tabelle 12 Durchschnittliches jährliches Wachstum Fälle und Kosten OKP, BIP und Lohn, Basisresultate, 2005/2011-2012/2015.

	CH		GB		TI		VD		GE		NE		Andere	
	05/11	12/15	05/11	12/15	05/11	12/15	05/11	12/15	05/11	12/15	05/11	12/15	05/11	12/15
pro Kopf Werte														
BIP	2,4%	0,3%												
Lohn	1,6%	0,6%												
OKP-Fälle spitalstationär (Akutsomatik)		1,1%		0,6%		0,8%		0,0%		1,1%		1,2%		1,2%
OKP spitalstationär (Akutsomatik)	2,7%	0,1%	1,5%	0,1%	2,4%	1,1%	1,5%	0,3%	1,9%	-1,9%	-2,3%	2,6%	3,0%	0,1%
OKP spitalambulant	6,9%	4,2%	5,5%	3,7%	5,8%	4,5%	4,8%	3,2%	4,9%	3,6%	10,4%	4,5%	7,4%	4,4%
OKP praxisambulant	3,1%	5,0%	2,3%	4,9%	1,8%	7,1%	2,8%	4,2%	2,0%	4,2%	1,8%	6,9%	3,4%	5,0%
OKP ambulant	4,7%	4,7%	3,6%	4,4%	3,4%	6,0%	3,8%	3,7%	3,0%	4,0%	5,4%	5,7%	5,0%	4,7%
OKP total	2,7%	2,7%	1,7%	2,7%	1,8%	4,2%	1,9%	2,5%	1,4%	1,8%	1,3%	3,8%	3,1%	2,7%
absolute Werte														
BIP	3,4%	1,4%												
OKP-Fälle spitalstationär (Akutsomatik)		2,2%		2,0%		1,9%		1,7%		2,0%		3,1%		2,2%
OKP spitalstationär (Akutsomatik)	3,6%	1,2%	2,5%	1,4%	3,3%	2,3%	2,9%	2,0%	2,9%	-1,0%	-1,9%	3,3%	3,9%	1,1%
OKP spitalambulant	7,9%	5,4%	6,6%	5,0%	6,7%	5,7%	6,3%	5,0%	6,0%	4,6%	10,8%	5,3%	8,4%	5,5%
OKP praxisambulant	4,1%	6,1%	3,4%	6,2%	2,7%	8,3%	4,2%	6,0%	3,0%	5,2%	2,2%	7,7%	4,3%	6,1%
OKP ambulant	5,7%	5,8%	4,7%	5,7%	4,3%	7,2%	5,2%	5,5%	4,0%	5,0%	5,9%	6,5%	6,0%	5,8%
OKP total	3,7%	3,8%	2,8%	4,0%	2,7%	5,3%	3,4%	4,2%	2,4%	2,7%	1,7%	4,5%	4,0%	3,8%

Quelle: OKP-Fälle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (BFS), Auswertung Obsan (Wohnkanton); Bruttoinlandsprodukt (BIP): VGR, BFS; OKP-Ausgaben: Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung MOKKE (BAG) bzw. Datenpool SASIS AG (Ausgaben nach Behandlungsjahr. Für absolute Werte Hochrechnung aufgrund Versichertenbestand gemäss Statistik Risikoausgleich, Gemeinsamen Einrichtung KVG, und Asylstatistik, SEM). Lohn: Schweizerischer Lohnindex aufgrund der Daten der Sammelstelle für die Statistik der Unfallversicherung (SSUV) (BFS). GB = Kantone, die im Analysezeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben; Andere = Kantone, die im Analysezeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben.

Tabelle 13 Durchschnittliches jährliches Wachstum Fälle und Kosten OKP, BIP und Lohn, Robustheitstest, 2005/2011-2012/2015.

	CH		GB		TI		VD		GE		Andere	
	05/11	12/15	05/11	12/15	05/11	12/15	05/11	12/15	05/11	12/15	05/11	12/15
pro Kopf Werte												
BIP	2,4%	0,3%										
Lohn	1,6%	0,6%										
OKP-Fälle spitalstationär (Akutsomatik)		2,2%		1,9%		1,9%		1,7%		2,0%		2,4%
OKP spitalstationär (Akutsomatik)	2,7%	0,1%	1,8%	-0,2%	2,4%	1,1%	1,5%	0,3%	1,9%	-1,9%	3,0%	0,3%
OKP spitalambulant	6,9%	4,2%	5,1%	3,6%	5,8%	4,5%	4,8%	3,2%	4,9%	3,6%	7,3%	4,3%
OKP praxisambulant	3,1%	5,0%	2,3%	4,7%	1,8%	7,1%	2,8%	4,2%	2,0%	4,2%	3,3%	5,0%
OKP ambulant	4,7%	4,7%	3,5%	4,2%	3,4%	6,0%	3,8%	3,7%	3,0%	4,0%	5,0%	4,7%
OKP total	2,7%	2,7%	1,7%	2,6%	1,8%	4,2%	1,9%	2,5%	1,4%	1,8%	3,1%	2,7%
absolute Werte												
BIP	3,4%	1,4%										
OKP-Fälle spitalstationär (Akutsomatik)		1,1%		0,5%		0,8%		0,0%		1,1%		1,3%
OKP spitalstationär (Akutsomatik)	3,6%	1,2%	3,0%	1,2%	3,3%	2,3%	2,9%	2,0%	2,9%	-1,0%	3,9%	1,3%
OKP spitalambulant	7,9%	5,4%	6,3%	5,0%	6,7%	5,7%	6,3%	5,0%	6,0%	4,6%	8,3%	5,4%
OKP praxisambulant	4,1%	6,1%	3,5%	6,1%	2,7%	8,3%	4,2%	6,0%	3,0%	5,2%	4,3%	6,0%
OKP ambulant	5,7%	5,8%	4,7%	5,6%	4,3%	7,2%	5,2%	5,5%	4,0%	5,0%	5,9%	5,8%
OKP total	3,7%	3,8%	2,9%	4,0%	2,7%	5,3%	3,4%	4,2%	2,4%	2,7%	4,0%	3,7%

Quelle: OKP-Fälle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (BFS), Auswertung Obsan (Wohnkanton); Bruttoinlandsprodukt (BIP): VGR, BFS; OKP-Ausgaben: Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung MOKKE (BAG) bzw. Datenpool SASIS AG (Ausgaben nach Behandlungsjahr. Für absolute Werte Hochrechnung aufgrund Versichertenbestand gemäss Statistik Risikoausgleich, Gemeinsamen Einrichtung KVG, und Asylstatistik, SEM). Lohn: Schweizerischer Lohnindex aufgrund der Daten der Sammelstelle für die Statistik der Unfallversicherung (SSUV) (BFS). GB = Kantone, die im Analysezeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben; Andere = Kantone, die im Analysezeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets oder alternativen Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben.

Tabelle 14 Durchschnittliches jährliches Wachstum Ausgaben Kantone und Spitalbereich, Basisresultate, BIP und Lohn, 2005/2011-2012/2015.

	CH		GB		TI		VD		GE		NE		Andere	
	05/11	12/15	05/11	12/15	05/11	12/15	05/11	12/15	05/11	12/15	05/11	12/15	05/11	12/15
pro Kopf Werte														
BIP	2,4%	0,3%												
Lohn	1,6%	0,6%												
Kantone spitalstationär (inkl. GWL, inkl. Investitionen)	2,8%	-0,5%	1,8%	1,8%	0,8%	1,2%	3,7%	2,6%	0,3%	1,0%	0,0%	1,6%	3,2%	-1,2%
Kantone spitalstationär (inkl. GWL, exkl. Investitionen)	3,2%	1,5%	2,1%	1,0%	4,3%	1,2%	3,6%	2,0%	0,0%	-0,6%	3,3%	1,6%	3,5%	1,7%
Kantone & OKP spitalstationär	2,6%	0,0%	1,3%	1,4%	1,5%	1,4%	2,5%	1,9%	0,2%	0,5%	-0,6%	1,7%	3,0%	-0,4%
Spitalbereich		2,6%		3,2%		2,2%		4,9%		1,1%		0,8%		2,4%
absolute Werte														
BIP	3,4%	1,4%												
Kantone spitalstationär (inkl. GWL, inkl. Investitionen)	3,8%	0,6%	2,9%	3,1%	1,7%	2,4%	5,2%	4,3%	1,3%	1,9%	0,4%	2,3%	4,1%	-0,1%
Kantone spitalstationär (inkl. GWL, exkl. Investitionen)	4,1%	2,6%	3,2%	2,3%	5,2%	2,3%	5,1%	3,7%	1,0%	0,3%	3,7%	2,3%	4,5%	2,7%
Kantone & OKP spitalstationär	3,6%	1,0%	2,4%	2,7%	2,4%	2,5%	3,9%	3,6%	1,2%	1,5%	-0,2%	2,5%	3,9%	0,6%
Spitalbereich		3,8%		4,6%		3,4%		6,6%		2,5%		1,6%		3,6%

Quelle: Ausgaben Kantone und Spitalbereich: Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (BFS). OKP-Ausgaben: Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung MOKKE (BAG) bzw. Datenpool SASIS AG (Ausgaben nach Behandlungsjahr. Für absolute Werte Hochrechnung aufgrund Versichertenbestand gemäss Statistik Risikoausgleich, Gemeinsamen Einrichtung KVG, und Asylstatistik, SEM). Lohn: Schweizerischer Lohnindex aufgrund der Daten der Sammelstelle für die Statistik der Unfallversicherung (SSUV) (BFS). GB = Kantone, die im Analysezeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben; Andere = Kantone, die im Analysezeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets oder alternativen Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben.

Tabelle 15 Durchschnittliches jährliches Wachstum Ausgaben Kantone und Spitalbereich, Robustheitstest, BIP und Lohn, 2005/2011-2012/2015.

	CH		GB		TI		VD		GE		Andere	
	05/11	12/15	05/11	12/15	05/11	12/15	05/11	12/15	05/11	12/15	05/11	12/15
pro Kopf Werte												
BIP	2,4%	0,3%										
Lohn	1,6%	0,6%										
Kantone spitalstationär (inkl. GWL, inkl. Investitionen)	2,8%	-0,5%	1,7%	1,7%	0,8%	1,2%	3,7%	2,6%	0,3%	1,0%	3,2%	-1,1%
Kantone spitalstationär (inkl. GWL, exkl. Investitionen)	3,2%	1,5%	2,0%	0,9%	4,3%	1,2%	3,6%	2,0%	0,0%	-0,6%	3,5%	1,7%
Kantone & OKP spitalstationär	2,6%	0,0%	1,4%	1,3%	1,5%	1,4%	2,5%	1,9%	0,2%	0,5%	2,9%	-0,4%
Spitalbereich		2,6%		3,1%		2,2%		4,9%		1,1%		2,4%
absolute Werte												
BIP	3,4%	1,4%										
Kantone spitalstationär (inkl. GWL, inkl. Investitionen)	3,8%	0,6%	2,9%	3,1%	1,7%	2,4%	5,2%	4,3%	1,3%	1,9%	4,1%	-0,1%
Kantone spitalstationär (inkl. GWL, exkl. Investitionen)	4,1%	2,6%	3,2%	2,3%	5,2%	2,3%	5,1%	3,7%	1,0%	0,3%	4,5%	2,7%
Kantone & OKP spitalstationär	3,6%	1,0%	2,5%	2,7%	2,4%	2,5%	3,9%	3,6%	1,2%	1,5%	3,9%	0,6%
Spitalbereich		3,8%		4,6%		3,4%		6,6%		2,5%		3,6%

Quelle: Ausgaben Kantone und Spitalbereich: Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (BFS). OKP-Ausgaben: Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung MOKKE (BAG) bzw. Datenpool SASIS AG (Ausgaben nach Behandlungsjahr. Für absolute Werte Hochrechnung aufgrund Versichertenbestand gemäss Statistik Risikoausgleich, Gemeinsamen Einrichtung KVG, und Asylstatistik, SEM). Lohn: Schweizerischer Lohnindex aufgrund der Daten der Sammelstelle für die Statistik der Unfallversicherung (SSUV) (BFS). GB = Kantone, die im Analysezeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben; Andere = Kantone, die im Analysezeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets oder alternativen Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben.

Tabelle 16 Abschätzung Einfluss Anhebung Finanzierungsschlüssel auf durchschnittliches jährliches Wachstum der OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik), 2012-2015

Gruppen	Basisresultate	Bereinigung um zeitlich verzögerte Anhebung des Finanzierungsschlüssels*
GB	0,1%	0,1%
Andere	0,1%	1,1%

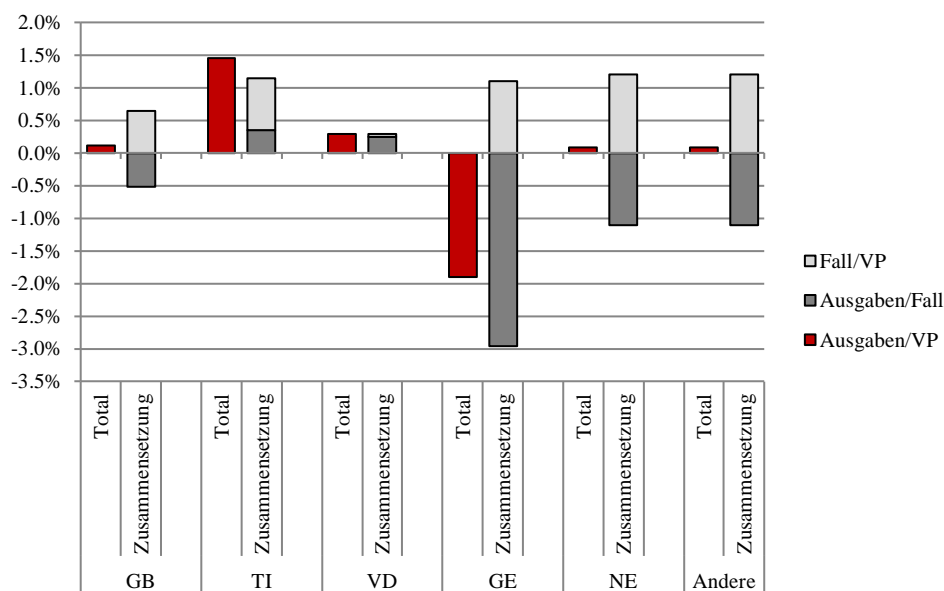
Quelle: Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung MOKKE (BAG) bzw. Datenpool SASIS AG, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (BFS). Anmerkungen: OKP-Ausgaben nach Behandlungsjahr, Ausgaben pro versicherte Person. * Annahme: Die OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf) werden ab dem Jahr 2013 unter der Annahme fortgeschrieben, dass der kantonale Finanzierungsschlüssel auf dem Niveau des Jahres 2012 verharren würde.

Tabelle 17 Anteil OKP an Ausgaben für stationäre Spitalleistungen (inkl. GWL)

Kantone	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
GB	40,1%	40,4%	40,2%	40,6%	40,3%	38,5%	38,3%	38,7%	38,0%	38,1%	38,0%
TI	55,6%	57,5%	57,2%	57,0%	56,7%	57,0%	57,5%	43,9%	43,7%	44,0%	44,2%
VD	40,4%	39,2%	39,8%	38,7%	39,1%	36,7%	36,0%	36,0%	35,9%	35,6%	34,7%
GE	26,7%	27,4%	26,5%	28,6%	27,9%	26,4%	26,5%	32,4%	30,6%	30,8%	31,5%
NE	33,4%	37,3%	36,2%	32,4%	31,5%	31,6%	31,0%	32,2%	33,3%	33,8%	32,4%
Andere	43,3%	45,3%	44,4%	42,5%	42,1%	42,7%	42,7%	42,0%	43,7%	44,0%	43,2%

Quelle: Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung MOKKE (BAG) bzw. Datenpool SASIS AG, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (BFS). Anmerkungen: OKP-Ausgaben nach Behandlungsjahr, Ausgaben pro versicherte Person. Anmerkung: Es ist zu berücksichtigen, dass die Anteile der OKP nicht direkt mit dem gesetzlich vorgesehenen Kostenteiler von max. 45% für Krankenversicherungen verglichen werden können, da bei den Ausgaben der Kantone auch Ausgaben für GWL enthalten sind. GB = Kantone, die im Analysezeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben; Andere = Kantone, die im Analysezeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets oder alternativen Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben.

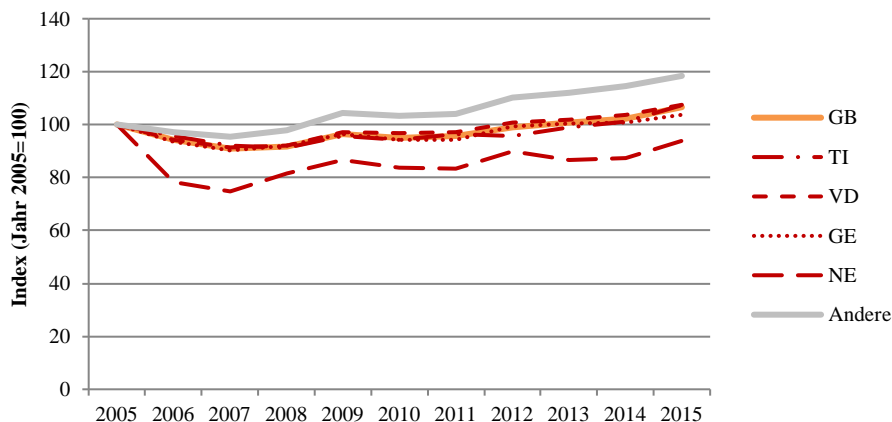
Abbildung 9 Jährliches Wachstum OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik) und dessen Zusammensetzung, 2012-2015.



Quelle: Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung MOKKE (BAG) bzw. Datenpool SASIS AG. Anmerkungen: OKP-Ausgaben nach Behandlungsjahr, pro versicherte Person (VP) (nach Wohnkanton). GB = Kantone, die im Analysezeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben; Andere = Kantone, die im Analysezeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben.

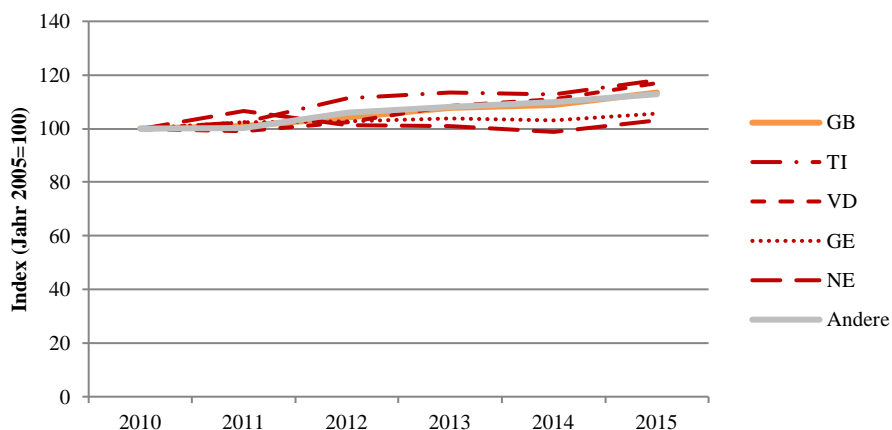
Lesebeispiel: In den Kantonen, die im Zeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben, nahmen die OKP-Ausgaben spitalstationär pro Fall jährlich um 0,6% zu. Diese Zunahme setzt sich zusammen aus einer Zunahme der OKP-Fälle spitalstationär (pro versicherte Person) und einer Zunahme bei den OKP-Ausgaben spitalstationär pro Fall, wobei die OKP-Ausgaben spitalstationär pro Fall weniger stark angestiegen sind als die Anzahl der OKP-Fälle spitalstationär (pro versicherte Person).

Abbildung 10 Entwicklung Anteil Ausgaben OKP (Total) am BIP, indiziert, 2005-2015.



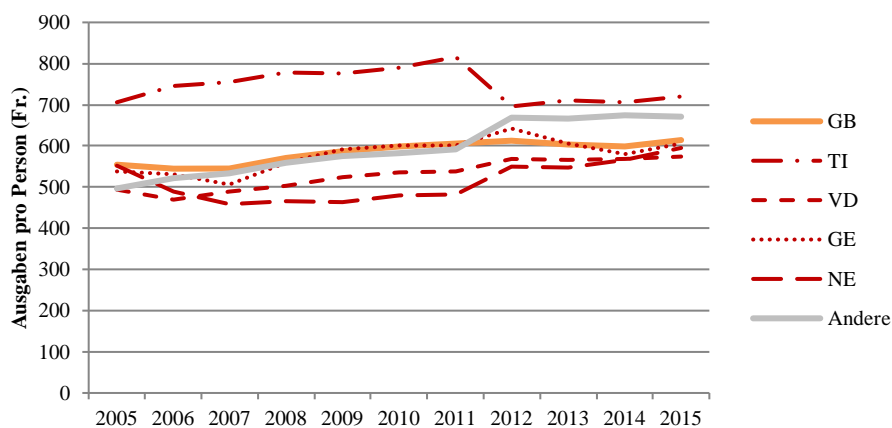
Quelle: Bruttoinlandsprodukt (BIP): VGR, BFS; OKP-Ausgaben: Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung MOKKE (BAG) bzw. Datenpool SASIS AG (Ausgaben nach Behandlungsjahr. Für absolute Werte Hochrechnung aufgrund Versichertenbestand gemäss Statistik Risikoausgleich, Gemeinsamen Einrichtung KVG, und Asylstatistik, SEM). GB = Kantone, die im Analysezeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben; Andere = Kantone, die im Analysezeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben.

Abbildung 11 Entwicklung Anteil Ausgaben Spitalbereich am BIP, indiziert, 2005-2015.



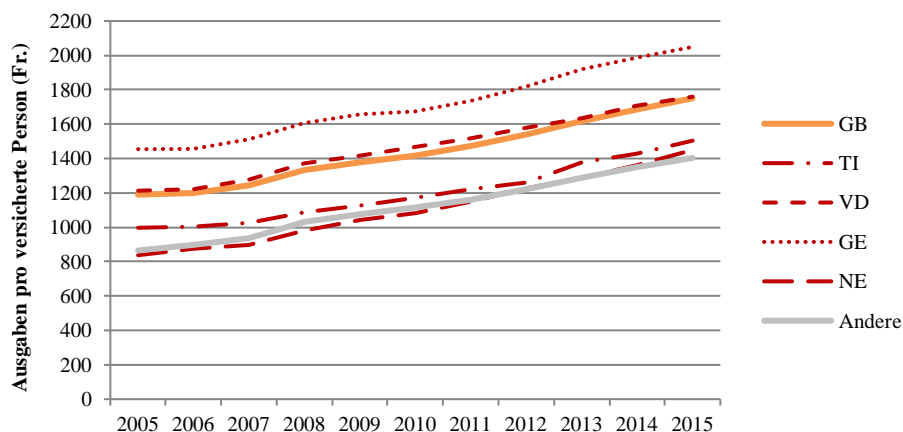
Quelle: Bruttoinlandsprodukt (BIP): VGR, BFS; Ausgaben Spitalbereich: Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (BFS). GB = Kantone, die im Analysezeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben; Andere = Kantone, die im Analysezeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben.

Abbildung 12 Entwicklung OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf), 2005-2015



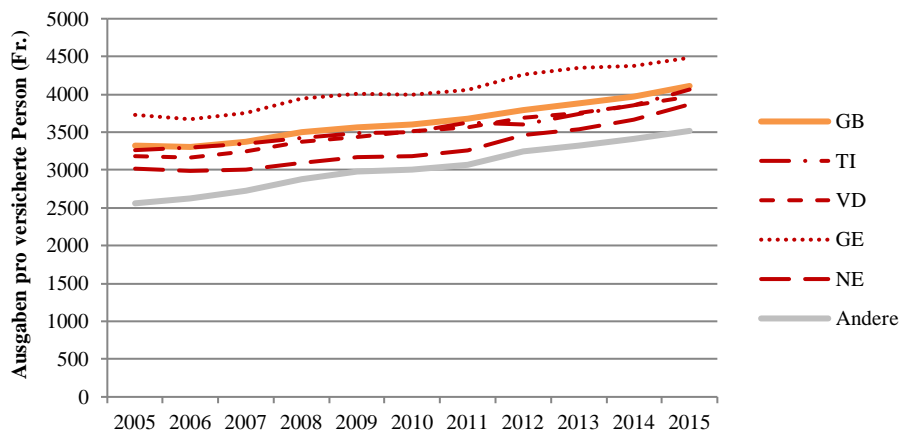
Quelle: Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung MOKKE (BAG) bzw. Datenpool SASIS AG. Anmerkungen: OKP-Ausgaben nach Behandlungsjahr, pro versicherte Person. GB = Kantone, die im Analysezeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben; Andere = Kantone, die im Analysezeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets oder alternativen Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben.

Abbildung 13 Entwicklung OKP-Ausgaben ambulant (spital- und praxisambulant) (pro Kopf), 2005-2015



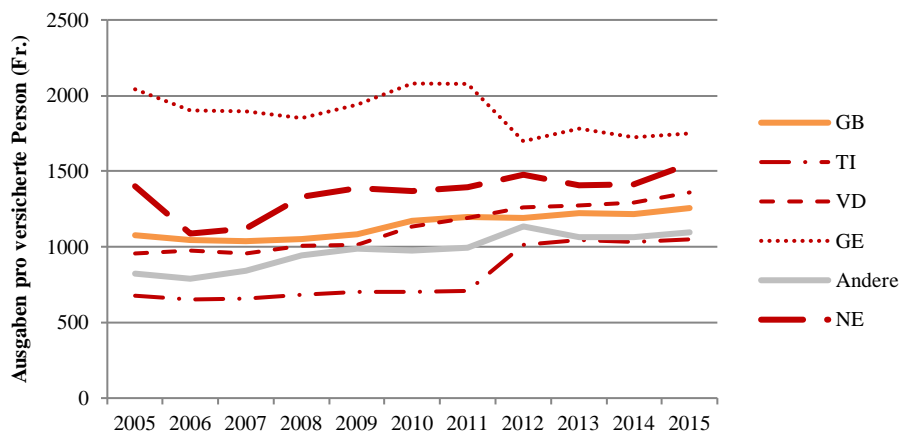
Quelle: Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung MOKKE (BAG) bzw. Datenpool SASIS AG. Anmerkungen: OKP-Ausgaben nach Behandlungsjahr, pro versicherte Person. GB = Kantone, die im Analysezeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben; Andere = Kantone, die im Analysezeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets oder alternativen Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben.

Abbildung 14 Entwicklung OKP-Ausgaben Total (alle Leistungsarten) (pro Kopf), 2005-2015



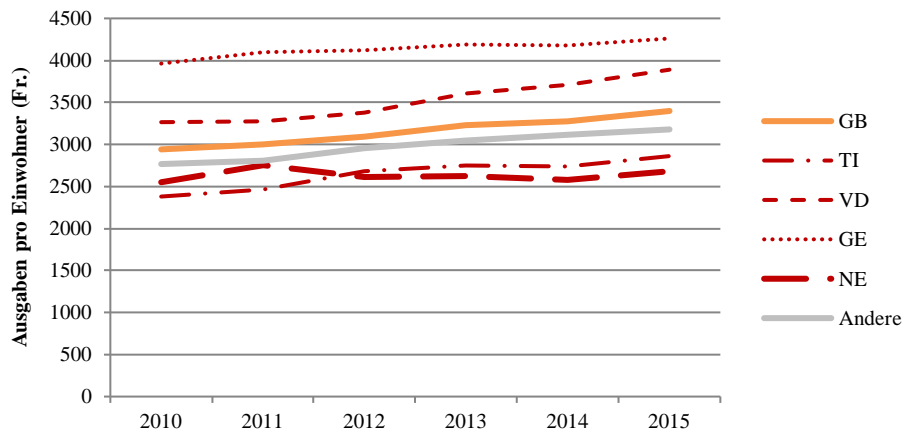
Quelle: Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung MOKKE (BAG) bzw. Datenpool SASIS AG. Anmerkungen: OKP-Ausgaben nach Behandlungsjahr, pro versicherte Person. GB = Kantone, die im Analysezeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben; Andere = Kantone, die im Analysezeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets oder alternativen Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben.

Abbildung 15 Entwicklung Ausgaben Kantone für stationäre Spitalleistungen (inkl. GWL, gesamter stationärer Spitalbereich) (pro Kopf), 2005-2015.



Quelle: Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (BFS). Anmerkungen: Ausgaben pro versicherte Person. GB = Kantone, die im Analysezeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben; Andere = Kantone, die im Analysezeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets oder alternativen Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben.

Abbildung 16 Entwicklung Ausgaben aller Finanzierungsträger für den Spitalbereich (pro Kopf), 2010-2015



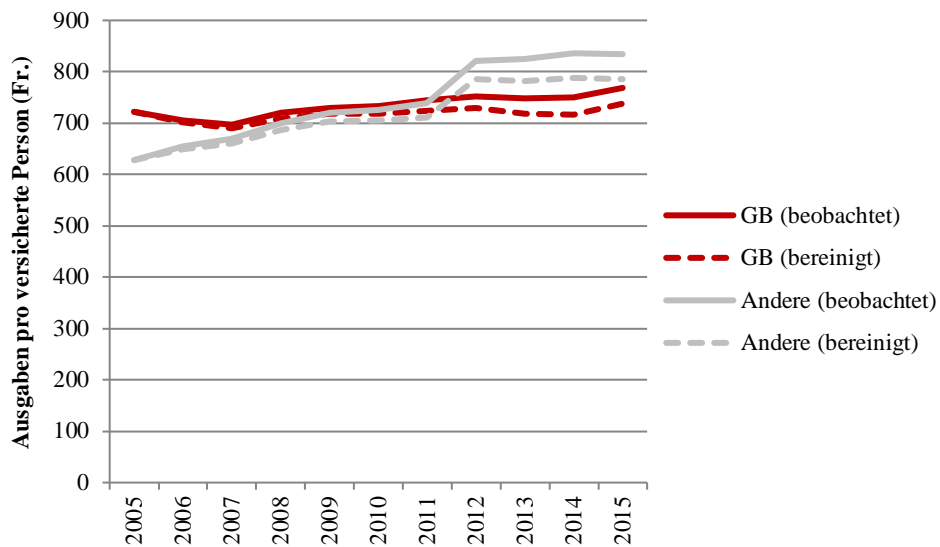
Quelle: Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (BFS). Anmerkungen: Ausgaben pro Einwohner. GB = Kantone, die im Analysezeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben; Andere = Kantone, die im Analysezeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets oder alternativen Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben.

Demografie-Effekt

Die vorliegende Analyse zum Einfluss der Demografie auf die Kostenentwicklung im stationären Bereich stützt sich direkt auf die Forschungsarbeit von Kaiser (2016), der den Effekt der Alterung auf die verschiedenen Leistungsarten in der OKP berechnet. Der methodische Ansatz basiert auf einem kontrafaktischen Szenario, welches sich wie folgt formulieren lässt: "Wie hätten sich die stationären Kosten pro Versicherten im Zeitverlauf entwickelt, wenn die Altersstruktur der Bevölkerung über die Zeit unverändert geblieben wäre?" Zur Schätzung dieses kontrafaktischen Szenarios kommt das ökonometrische Verfahren von Elder et al. (2015) zur Anwendung. Das grundlegende Prinzip des Verfahrens ist wie folgt: Die einzelnen Beobachtungen in den Daten werden so "umgewichtet", dass die Verteilung eines erklärenden Merkmals (hier: das Alter) in zwei verschiedenen Jahren identisch ist. Gleichzeitig wird die Verteilung anderer Merkmale nicht verändert. Dadurch lässt sich der Effekt einer Variable (im vorliegenden Fall: das Alter) auf die Kosten von anderen Effekten isolieren. Für die Analyse werden Daten zu den jährlichen nominalen OKP-Bruttoleistungen für den spitalstationären und den ambulanten Bereich sowie insgesamt (jeweils pro versicherte Person und nach Behandlungsjahr) für den Zeitraum 2005 bis 2015 verwendet (Quelle: Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung MOKKE (BAG) bzw. Datenpool SASIS AG). Diese sind differenziert nach Kanton, Altersgruppe und Geschlecht. Die Tatsache, dass die Daten in aggregierter Form und nicht auf Individualebene vorliegen, stellt für die Anwendung des oben beschriebenen Verfahrens keine wesentliche Einschränkung dar.¹³⁷

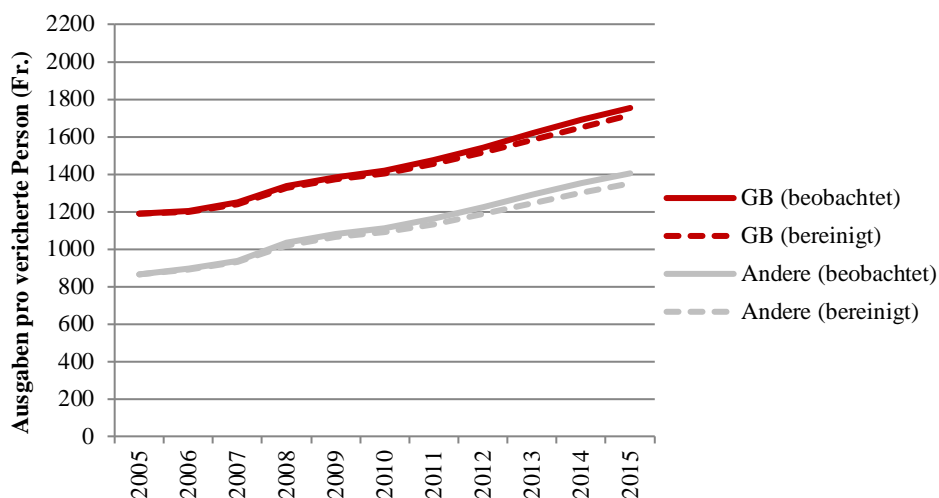
¹³⁷ Technische Ergänzung: Da es sich um ein nichtparametrisches Verfahren handelt, ist die Umgewichtung eines Mittelwerts mit aggregierten Daten äquivalent zur Umgewichtung mit Individualdaten, vorausgesetzt die erklärenden Merkmale haben die gleichen Ausprägungen.

Abbildung 17 Entwicklung OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf), beobachtet und altersbereinigt, 2005-2015



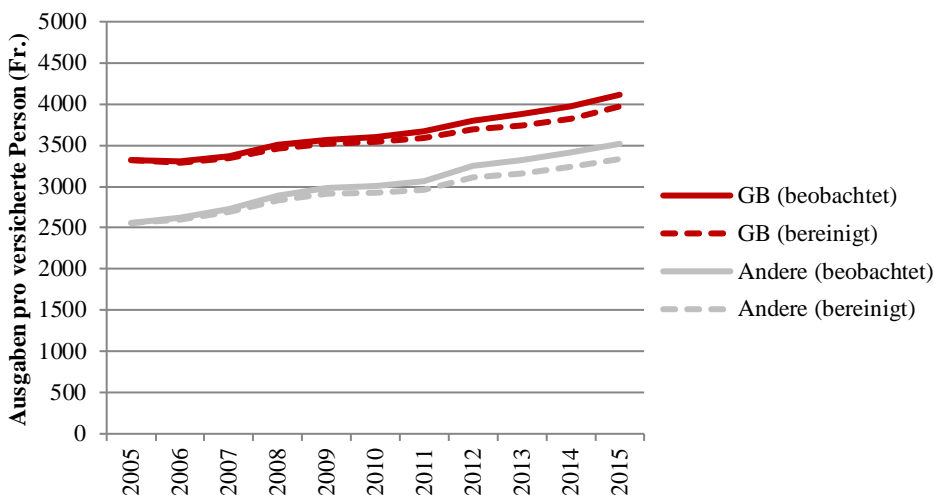
Quelle: Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung MOKKE (BAG) bzw. Datenpool SASIS AG. Anmerkungen: OKP-Ausgaben nach Behandlungsjahr, pro versicherte Person. GB = Kantone, die im Analysezeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben; Andere = Kantone, die im Analysezeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets oder alternativen Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben.

Abbildung 18 Entwicklung OKP-Ausgaben ambulant (spital- und praxisambulant) (pro Kopf), beobachtet und altersbereinigt, 2005-2015



Quelle: Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung MOKKE (BAG) bzw. Datenpool SASIS AG. Anmerkungen: OKP-Ausgaben nach Behandlungsjahr, pro versicherte Person. GB = Kantone, die im Analysezeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben; Andere = Kantone, die im Analysezeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets oder alternativen Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben.

Abbildung 19 Entwicklung OKP-Ausgaben Total (alle Leistungsarten) (pro Kopf), beobachtet und altersbereinigt, 2005-2015



Quelle: Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung MOKKE (BAG) bzw. Datenpool SASIS AG. Anmerkungen: OKP-Ausgaben nach Behandlungsjahr, pro versicherte Person. GB = Kantone, die im Analysezeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben; Andere = Kantone, die im Analysezeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets oder alternativen Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben.

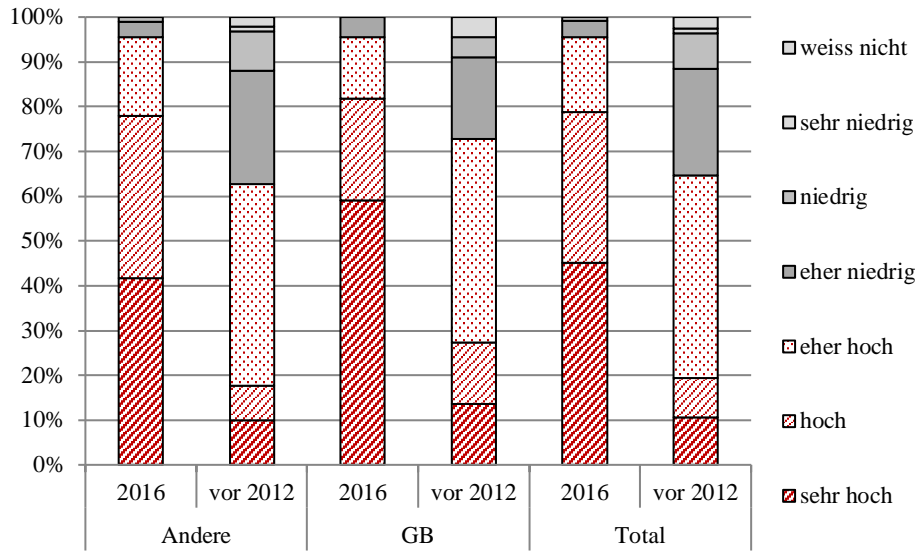
*Interkantonale Patientenströme*Tabelle 18 *Interkantonale Patientenströme*

	Abfluss					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
CH	13,2%	13,5%	14,2%	14,6%	15,1%	15,4%
TI	5,2%	5,3%	5,5%	5,6%	5,7%	5,9%
VD	5,5%	5,5%	5,9%	5,8%	6,0%	6,1%
GE	3,3%	3,5%	3,7%	3,5%	3,5%	3,6%
NE	19,4%	19,5%	20,3%	21,5%	22,9%	23,3%

Quelle: Gruber & Lippitsch (2018), Tabellen 42, Anhang.

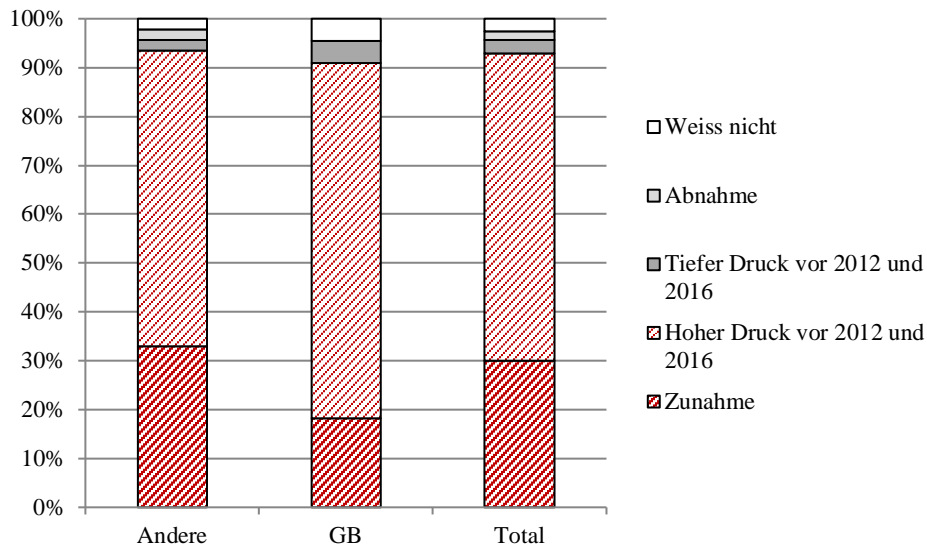
Finanzieller Druck

Abbildung 20 *Finanzieller Druck 2016 und vor 2012*



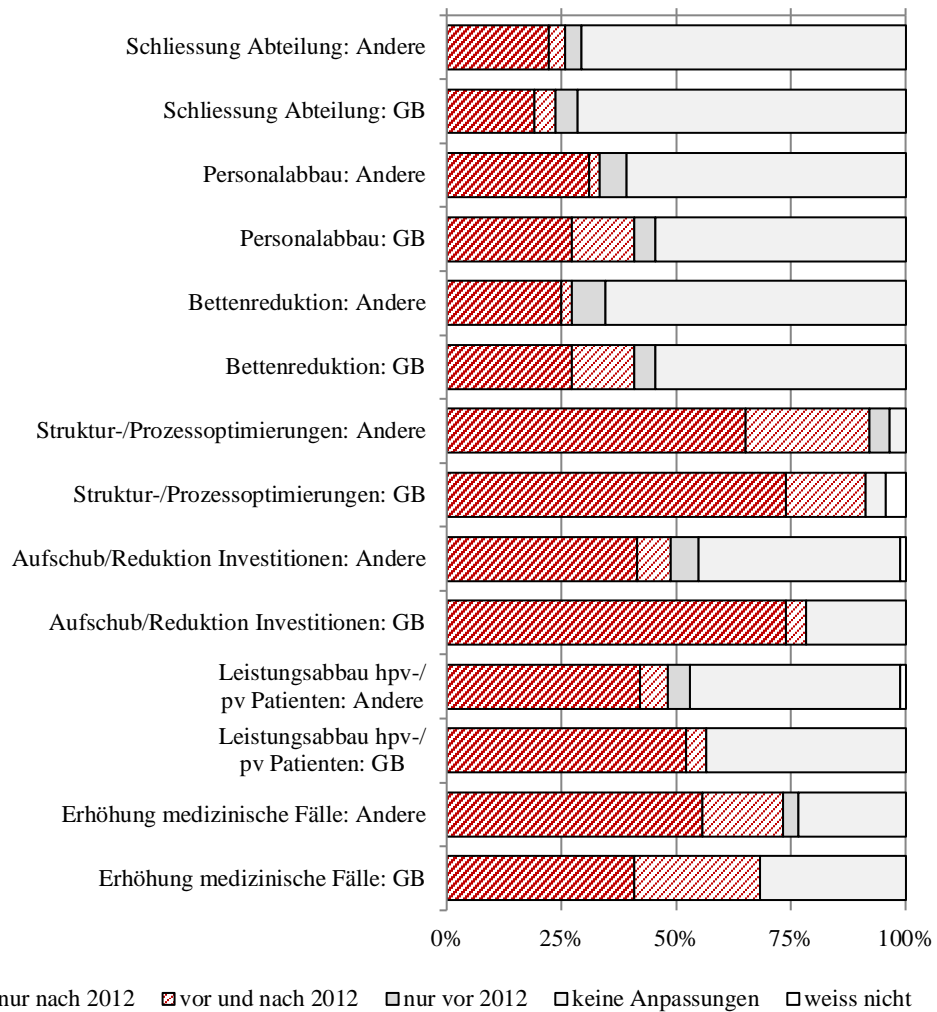
Quelle: Spitalbefragung (INFRAS), Anmerkungen. N ("GB") = 22, N ("Andere") = 91. Nur Spitäler, die vor 2012 existierten. GB = Kantone, die im Analysezeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben; Andere = Kantone, die im Analysezeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets oder alternativen Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben.

Abbildung 21 Veränderung finanzieller Druck, vor 2012 bis 2016



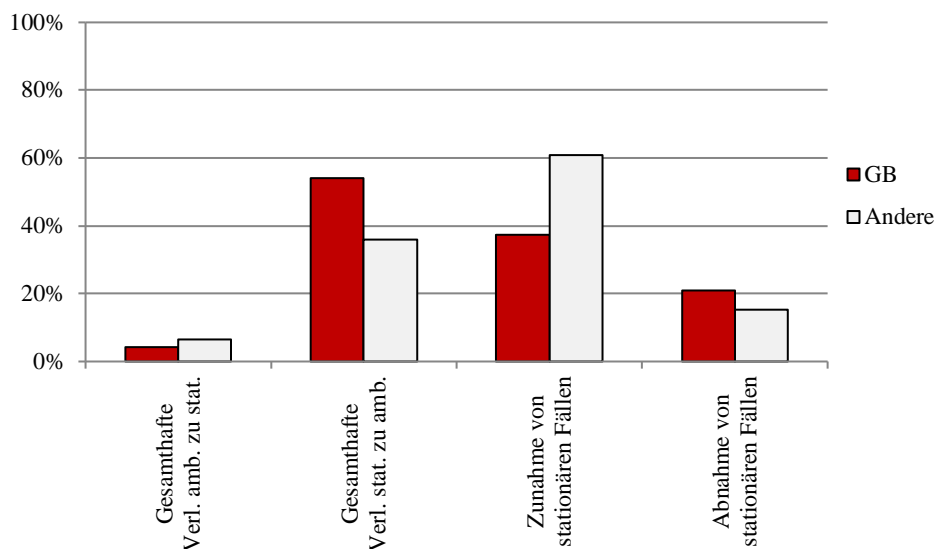
Quelle: Spitalbefragung (INFRAS), Anmerkungen: N ("GB") = 22, N ("Andere") = 91. Nur Spitäler, die vor 2012 existierten. GB = Kantone, die im Analysezeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben; Andere = Kantone, die im Analysezeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets oder alternativen Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben.

Abbildung 22 Reaktionen auf finanziellen Druck



Quelle: Spitalbefragung (INFRAS), Anmerkungen: N ("GB") = 21/23, N ("Andere") = 82/89. hpv: halbprivat, pv: privat. GB = Kantone, die im Analysezeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben; Andere = Kantone, die im Analysezeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets oder alternativen Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben.

Abbildung 23 Einschätzungen zu Reaktionen der Spitäler aufgrund der KVG-Revision in Bezug auf Mengenveränderungen



Quelle: Spitalbefragung (INFRAS), Anmerkungen: N ("GB") = 24, N ("Andere") = 92. GB = Kantone, die im Analysezeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben; Andere = Kantone, die im Analysezeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets oder alternativen Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben.

Anhang II: Fachgespräche

Tabelle 19 Fachgespräche Institutionen

	Institution	Gespräch
1	Canton de Genève, Direction générale de la santé	11.10.2017
2	Divisione della salute pubblica, Dipartimento della sanità e della socialita del cantone Ticino	07.11.2017
3	Service de la santé publique du Canton de Vaud	16.11.2017

*Leitfaden für die Fachgespräche Globalbudgets***Erarbeitung von Grundlagen zur Analyse der kantonalen Anwendung von Globalbudgets gemäss Artikel 51 KVG und deren Wirkungen**
Interviewleitfaden für die telefonischen Gespräche**Hintergrund und Projektbeschreibung**

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) führt B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung eine Evaluation der Auswirkungen der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Kosten und die Finanzierung des Versorgungssystems durch.¹³⁸ Im Rahmen dieses Mandats sollen auch die kantonale Anwendung von Globalbudgets gemäss Artikel 51 KVG und deren Wirkungen analysiert werden. Damit werden Grundlagen für die Erfüllung des Postulats 14.3385 "Fallpauschalen und Globalbudget. Evaluation der Systeme in den Kantonen"¹³⁹ bereitgestellt.

Ziele des Interviews

Wir möchten anhand des vorliegenden Interviewleitfadens die Anwendung und Wirkungen des Steuerungsinstrumentes der Globalbudgets nach Art. 51 KVG in Ihrem Kanton erheben. Das Interview dauert ca. 60 Minuten und verfolgt zwei Ziele:

- 1. Bestandsaufnahme:** Das Interview soll aufzeigen, wie das Instrument der Globalbudgets nach Art. 51 KVG in Ihrem Kanton angewendet wird.
- 2. Wirkungen:** Das Interview soll Hinweise liefern, welche Wirkungen mit der Anwendung des Instruments der Globalbudgets aus Ihrer Sicht einhergehen.

Hinweise: Sofern nicht anders erwähnt, steht der **akutsomatische Bereich** im Vordergrund. Zudem geht es ausschliesslich um die Anwendung von **Globalbudgets nach Art. 51 KVG**. Die Antworten werden schriftlich festgehalten. Sie haben die Möglichkeit, das Transkript zu lesen und allenfalls Korrekturen anzubringen. Die Ergebnisdarstellung wird **Rückschlüsse auf die einzelnen Kantone** ermöglichen.

Ansprechpersonen

Ansprechpartner seitens B,S,S.:

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

Ansprechpartnerin seitens BAG:

Cornelia Stadter, Sektion Tarife und Leistungserbringer I, Tel. 058 461 13 06,

cornelia.stadter@bag.admin.ch

Herzlichen Dank für Ihre wertvolle Unterstützung.

¹³⁸ Weitere Informationen finden Sie hier: <https://www.bag.admin.ch/> → Service → Publikationen → Evaluationsberichte → Kranken- und Unfallversicherung → KVG-Revision Spitalfinanzierung.

¹³⁹ <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20143385>

Teil I: Allgemeine Fragen

Name der Interviewperson	
Kanton	
Direktion	
Datum und Uhrzeit des Gesprächs	

Teil II: Grundlagen**1. Kantonalgesetzliche Grundlagen**

Bitte prüfen Sie, ob die relevanten kantonalgesetzlichen Grundlagen für die Anwendung von Globalbudgets nach Art. 51 KVG vollständig und korrekt erfasst sind und ergänzen Sie wo nötig:

Gesetzliche Grundlage	(Antwort)	in Kraft seit	Anwendung seit
Gesetz			
Verordnung			
Andere			

Wann kam das Instrument der Globalbudgets nach Art. 51 KVG erstmals zum Einsatz?

Jahr: _____

Wurde das Instrument seitdem durchgehend genutzt? Ja Nein

Falls Globalbudgets nach Art. 51 KVG bereits vor dem Inkrafttreten der KVG-Revision Spitalfinanzierung gesetzlich verankert waren und zum Einsatz kamen: Gab es aufgrund der KVG-Revision Spitalfinanzierung Anpassungen

an den kantonalgesetzlichen Grundlagen? Ja Nein

Falls Ja: welche?

an der Anwendung der Globalbudgets? Ja Nein

Falls Ja: welche?

Sind Änderungen an den kantonalgesetzlichen Grundlagen und/oder der Anwendung des Globalbudgets vorgesehen? Ja Nein

Falls Ja: Welche und warum? In welchem Stadium des politischen Entscheidungsprozesses befinden sich die Änderungen?

Teil III: Anwendung

1. In welchen Bereichen wendet Ihr Kanton Globalbudgets nach Art. 51 KVG an?

Akutsomatik: Ja Nein

Rehabilitation: Ja Nein

Psychiatrie: Ja Nein

Die folgenden Fragen beziehen sich auf den Bereich Akutsomatik:

1. Bitte erläutern Sie den Prozess zur Festsetzung des Globalbudgets (Ablauf, beteiligte Personen, etc.).

2. In welchem zeitlichen Rhythmus wird das Globalbudget festgesetzt?

3.1 Wie bemisst sich die Höhe der Gesamtvergütung auf kantonaler Ebene? Auf welcher Bemessungsgrundlage (z.B. Leistungsmengen) setzt Ihr Kanton das Globalbudget fest?

Falls Bemessungsgrundlage Leistungsmengen:

3.2 Werden die Leistungsmengen im Rahmen der Spitalplanung festgesetzt? (Falls nein: in welchem Rahmen?) Wo werden die Leistungsmengen festgesetzt? (Bspw. Leistungsvereinbarungen mit Leistungserbringern)

3.3 Wird das gesamte stationäre Leistungsspektrum einbezogen? Werden gewisse Leistungen/Leistungsgruppen ausgenommen?

Falls andere Bemessungsgrundlage:

3.4 In welchem Rahmen wird das Globalbudget festgesetzt?

4. Für welche Leistungserbringer gilt das Globalbudget? (Alle akutsomatischen Spitäler, Geburtshäuser?)

5. Wie erfolgt die Zuteilung des Budgets auf die Leistungserbringer?

6. Welche Konsequenzen hat das Über-/Unterschreiten des Budgets?

- Welche Sanktionen sind bei einer Überschreitung vorgesehen?
- Wird bei einer Überschreitung ein Abschlag berechnet?
- Hat die Überschreitung des Budgets Auswirkungen auf die Aufnahmepflicht der Spitäler?
- Gibt es Ausnahmen? (Bspw. Mengenausweitungen aufgrund epidemiologischer Entwicklungen, Notfälle? Wie erfolgt die Vergütung dann?)
- Was geschieht bei einer Unterschreitung?

7. Inwiefern ist die Kostenaufteilung bei KVG-pflichtigen stationären Leistungen zwischen Kanton und Krankenversicherungen durch das Globalbudget betroffen? Inwiefern wird die Leistungsvergütung der Krankenversicherungen durch das Globalbudget tangiert?

8. Sind von der Anwendung des Globalbudgets auch ausserkantonale Patientinnen und Patienten betroffen?

9. Werden Anwendung und mögliche Wirkungen des Globalbudgets bei der interkantonalen Koordination im Rahmen der Versorgungsplanung thematisiert?

10. In welchem Ausmass kam es im Jahr 2016 zu Über-/Unterschreitungen von Globalbudgets?

Anteil der Spitäler/Kliniken, die von einem Globalbudget betroffen sind, mit

Überschreitung (%): ____

Unterschreitung (%): ____

Bei welchen Leistungsgruppen?

Teil IV: Wirkungen

Die folgenden Fragen beziehen sich auf den Bereich der KVG-pflichtigen Leistungen in der Akutsomatik. Bitte geben Sie nachfolgend wo möglich jeweils auch die Grundlage an, auf welcher Sie Ihre Einschätzung vornehmen.

1. Was sind aus Ihrer Sicht die grössten Vorteile, was die grössten Nachteile von Globalbudgets?

2. Wie haben sich die *Leistungsmengen* (stationär) in Ihrem Kanton seit 2012 entwickelt? (*Falls möglich quantitative Einschätzung: bspw. durchschnittliches jährliches Wachstum seit 2012; qualitative Einschätzung: Entwicklung im Vergleich zu anderen Kantonen, bspw. weniger starkes/gleiches/stärkeres Wachstum.*)

Hatte die Anwendung des Instruments der Globalbudgets Ihrer Einschätzung nach einen Einfluss auf diese Entwicklung? (*Wenn ja, welche?*)

3. Wie haben sich die *Ausgaben für stationäre Spitalleistungen* (Versicherer und Kanton) in Ihrem Kanton seit 2012 entwickelt? (*Falls möglich quantitative Einschätzung: bspw. durchschnittliches jährliches Wachstum seit 2012; qualitative Einschätzung: Entwicklung im Vergleich zu anderen Kantonen, bspw. weniger starkes/gleiches/stärkeres Wachstum.*)

Hatte die Anwendung des Instruments der Globalbudgets Ihrer Einschätzung nach einen Einfluss auf diese Entwicklung? (*Wenn ja, welche?*)

4. Hat die Anwendung des Instruments der Globalbudgets in Ihrem Kanton zu einer Eindämmung des *Ausgabenwachstums im Spitalbereich* geführt? (*Qualitative Einschätzung: Ja, Nein; lässt sich der Effekt quantifizieren?*)

5. Sind aufgrund der Globalbudgets *Leistungsverlagerungen* zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich festzustellen? (*Qualitative Einschätzung: Ja/Nein.*)

Falls ja, welche?

6. Gibt es Hinweise, dass sich Patientinnen und Patienten mit Wohnort in Ihrem Kanton aufgrund des Globalbudgets ausserkantonale behandeln lassen? Welche Leistungen sind davon betroffen? (*Qualitative Einschätzung*)

7. Gibt es Hinweise auf Patientenselektion / Unterversorgung gewisser Patientengruppen?

8. Welche weiteren Auswirkungen haben die Globalbudgets in Ihrem Kanton (z.B. auf die Zusatzversicherungen)?

Teil V: Varia

3. Relevante Dokumente

Gibt es Dokumente, die über Anwendung und Wirkungen von Globalbudgets nach Art. 51 KVG in Ihrem Kanton Auskunft geben? Können Sie uns diese Dokumente zugänglich machen?

4. Bemerkungen

Anhang III: Begleitgruppe

Tabelle 20 Mitglieder der Begleitgruppe

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

Literaturverzeichnis

- Balmer, H. (2018). Globalbudget Krankenversicherung: Patentrezept oder Irrläufer? *Clinicum* 2/18. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 22.9.2018): <http://www.clinicum.ch/magazin/magazin.htm?ausgabe=63>
- Bundesrat (2016). Botschaft zur Legislaturplanung 2015-2019, BBl 2016 1105. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 11.1.2018): https://www.admin.ch/opc/de/federal-gazette/2016/index_7.html
- Bundesrat (2004). Botschaft des Bundesrates vom 15. September 2004 betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung), BBl 2004 5551. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 16.12.2017): https://www.admin.ch/opc/de/federal-gazette/2004/index_42.html
- Bundesrat (1991). Botschaft über die Revision der Krankenversicherung, BBl 1992 93. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 11.1.2018): https://www.admin.ch/opc/de/federal-gazette/1992/index_3.html
- Bundesamt für Statistik (2017). Synthesestatistik Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens. Revision 2017: Perspektiven, Konzepte und Methoden zur Förderung einer modular-dynamisierten Weiterentwicklung der Statistik. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 8.2.2018): <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/kosten-finanzierung.html>
- Bundesamt für Gesundheit BAG (2014). Kernelemente der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung (Foliensatz). Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 20.12.2017): <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/publikationen/evaluationsberichte/evalber-kuv/evalber-kvg-revision-spitfi.html>
- Bundesamt für Gesundheit (2008). Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV), Änderungen per 1. Januar 2009, Änderungen und Kommentar im Wortlaut. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 7.2.2018): [https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-leistungen/KUV-abgeschlossene%20Revisionen%20\(Themen%20&%20Service\)/spitalfinanzierung/kommentar-aenderung-vom-22-10-2008-kvv.pdf.download.pdf/aenderungen-und-kommentar-im-wortlaut-vom-1-1-09-des-kvv.pdf](https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-leistungen/KUV-abgeschlossene%20Revisionen%20(Themen%20&%20Service)/spitalfinanzierung/kommentar-aenderung-vom-22-10-2008-kvv.pdf.download.pdf/aenderungen-und-kommentar-im-wortlaut-vom-1-1-09-des-kvv.pdf)
- Brändle, T. und Colombier, C. (2017). Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2045. Working Paper der EFV Nr. 21, Eidgenössische Finanzverwaltung. Online verfügbar (zuletzt konsultiert: 22.8.2018): https://www.efv.admin.ch/efv/de/home/themen/publikationen/oeko_grundlagenarb.html
- Cosandey, J., Roten, N. und Rutz, S. (2018). Gesunde Spitalpolitik. Mehr Transparenz, mehr Patientensouveränität, weniger "Kantönligeist". Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 26.2.2018): www.avenir-suisse.ch/publication/gesunde-spitalpolitik/

- Cots, F., Chiarello, P., Salvador, X., Castells, X. & Quentin, W. (2011). DRG-based hospital payment: intended and unintended consequences. In Busse, R., Geissler, A., Quentin, W. & Wiley, M. (Hrsg): *Diagnosis-Related Groups in Europe – Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press.
- Elder, T. E., Goddeeris, J. H., & Haider, S. J. (2015). Isolating the roles of individual covariates in reweighting estimation. *Journal of Applied Econometrics*, 30(7), 1169-1191.
- Expertengruppe (2017). *Kostendämpfungsmaßnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung*. Bericht der Expertengruppe. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 11.1.2018): <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/versicherungen/krankenversicherung/kostendaempfung-kv.html>
- Felder, S., Meyer, S. & Selcik, F. (2017). *Tarif- und Finanzierungsunterschiede im akutstationären Bereich zwischen öffentlichen und Spitälern und Privatkliniken, 2013-2015*. Gutachten im Auftrag der Privatkliniken Schweiz. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 3.10.2017): https://wwz.unibas.ch/fileadmin/wwz/redaktion/healtheco/Schlussbericht_Gutachten_PKS_2017.pdf.
- Felder, S., Kägi, W., Lobsiger M., Tondelli T., Pfinninger, T. (2014). *Leistungs- und Kostenverschiebungen zwischen dem akutstationären und dem spital- und praxisambulantem Sektor*. Schlussbericht. Studie im Auftrag von FMH und H+. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 8.2.2017): http://www.fmh.ch/stationaere-tarife/begleitforschung/verschiebungen_stat-amb.html
- Frey, M., Kägi, W., Lobsiger, M., Burla, S. & Pfinninger, T. (2014). *Einfluss der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf das Verhalten der Spitäler - Erste Bestandesaufnahme und Konzeptstudie*. Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG). Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 14.12.2017): <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/publikationen/evaluationsberichte/evalber-kuv/evalber-kvg-revision-spitfi/evalber-spitfin-themenuebergreifend.html>
- GDK – Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK (2018). *Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung, revidierte Version 25.5.2018* (unter Berücksichtigung der KVG-Revision Spitalfinanzierung vom 21.12.2007 und der Rechtsprechung von 1.1.2012 bis 1.1.2018). Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 9.7.2018): <https://www.gdk-cds.ch/index.php?id=624>
- Geruso, M., & McGuire, T. G. (2016). Tradeoffs in the design of health plan payment systems: Fit, power and balance. *Journal of Health Economics*, 47, 1-19.
- Golder, L., Jans, C., Tschöpe, S., Venetz, A. und Herzog, A. (2017): *Verändertes Arbeitsumfeld und Einstellung zu neuen Finanzierungsmodellen*. Begleitstudie im Auftrag der FMH, 7. Befragung 2017. Online verfügbar über (zuletzt besucht:

- 1.5.2018): https://www.fmh.ch/stationaere_tarife/begleitforschung/rahmenbedingungen_aerzteschaft.html
- Gruber, J. und Lippitsch, S. (2018). Entwicklung der interkantonalen Patientenströme 2010-2015. Studie innerhalb der Evaluation „Auswirkungen der KVG-Revision auf die Entwicklung der Spitallandschaft und die Sicherstellung der Versorgung“. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 4.7.2018): <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/publikationen/evaluationsberichte/evalber-kuv/evalber-kvg-revision-spitfi/evalber-spitallandschaft-sicherstellung-versorgung.html>
- Hölzer, S. & Schmidt, C. (2010). SwissDRG-Fallpauschalen. Ein wettbewerbliches System für eine Patientenversorgung ohne Rationierungszwang. Schweizerische Ärztezeitung, 91(45), 1775-1778. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 14.12.2017): <https://saez.ch/de/resource/jf/journal/file/view/article/saez.2010.15588/2010-45-918.pdf/>
- Kaiser, B. (2016). The Role of Population Aging in Rising Health Care Expenditures. Discussion Paper (unveröffentlicht).
- 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. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 8.2.2017): <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/publikationen/evaluationsberichte/evalber-kuv/evalber-kvg-revision-spitfi/evalber-kosten-finanz-versorgungssystem.html>
- 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. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 8.2.2017): <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/publikationen/evaluationsberichte/evalber-kuv/evalber-kvg-revision-spitfi/evalber-kosten-finanz-versorgungssystem.html>
- 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 Rapport 61. Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 8.2.2017): <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/publikationen/evaluationsberichte/evalber-kuv/evalber-kvg-revision-spitfi/evalber-kosten-finanz-versorgungssystem.html>
- Pellegrini, S., Widmer, T., Weaver, F., Fritschi, T. & Bennett, J. (2010). KVG-Revision Spitalfinanzierung: Machbarkeits- und Konzeptstudie zur Evaluation. Im Auftrag

- des Bundesamts für Gesundheit (BAG). Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 14.12.2017): <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/publikationen/evaluationsberichte/evalber-kuv/evalber-kvg-revision-spitfi.html>
- Preisüberwachung PUE (2016). Spitaltarife – Praxis des Preisüberwachers bei der Prüfung von akut-stationären Spitaltarifen. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 16.2.2017): <https://www.preisueberwacher.admin.ch/pue/de/home/themen/gesundheitswesen/spitaeler.html>
- Repubblica e Cantone Ticino, Dipartimento delle finanze e dell'economia (2017). Messaggio n. 7302. Consuntivo 2016. Rapporto d'esercizio. Online verfügbar über (zuletzt konsultiert: 24.1.2018): https://www4.ti.ch/index.php?id=83064&r=1&user_gcparlamento_pi8%5Batid%5D=93313&user_gcparlamento_pi8%5Btavid%5D=100
- République et Canton de Genève, Département présidentiel. Service communication et information (2016). Communiqué du département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé (DEAS): Le Conseil d'Etat adopte le contrat de prestations 2016-2019 avec les Hôpitaux universitaires de Genève. Online verfügbar über (zuletzt konsultiert: 12.12.2017): <https://www.ge.ch/deas/doc/communiqués/2016-09-01--contrat-prestations-HUG-2016-2019.pdf>
- République et Canton de Genève, Département présidentiel. Service communication et information (2015). Rapport de planification sanitaire du canton de Genève 2016-2019. Online verfügbar über (zuletzt konsultiert: 12.12.2017): <http://ge.ch/sante/planification-reseau-de-soins/planification/planification-reseau-de-soins-2016-2019>
- République et Canton de Genève & HUG (2016). Contrat de prestations 2016-2019. Online verfügbar über (zuletzt konsultiert: 12.12.2017): <https://www.hug-ge.ch/cadre-legal-et-politique>
- Rütsche, B. (2015). Rechtsgutachten zuhanden Privatkliniken Schweiz (PKS): Umsetzung des KVG in Bezug auf die Privatspitäler. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 3.10.2017): http://www.privatehospitals.ch/fileadmin/user_upload/news/151021_Rechtsgutachten_Privatspitaeler_def.pdf
- Rütsche, B. (2012). Spitalplanung und Spitalfinanzierung: Grundsatzurteil des Bundesgerichts. *hill Zeitschrift für Recht und Gesundheit*. 2012 Nr. 50. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 28.3.2017): http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalplanung/urteile/kommentarruetsche_bge_ti.pdf
- Rütsche, B. (2011). Rechtsgutachten zuhanden des Kantons Bern: Steuerung der Leistungsmengen im Spitalbereich. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 3.10.2017): https://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/Versorgungsplanunggemaessspvg/projekt_versorgungspannung2011-

- [2014.assetref/dam/documents/GEF/SPA/de/Versorgungsplanung/VP_2011-2014/10_GEF_VP11_14_Gutachten_Ruetsche_Endfassung_d.pdf](https://www.assetref/dam/documents/GEF/SPA/de/Versorgungsplanung/VP_2011-2014/10_GEF_VP11_14_Gutachten_Ruetsche_Endfassung_d.pdf).
- SGK-N (2014). Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates vom 20. Februar. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 24.1.2018): https://www.parlament.ch/centers/kb/Documents/2012/Kommissionsbericht_SGK-N_12.500_2014-02-20.pdf.
- Street, A., O'Reilly, J., Ward, P. & Mason, A. (2011). DRG-based hospital payment and efficiency: Theory, evidence and challenges. In Busse, R., Geissler, A., Quentin, W. & Wiley, M. (Hrsg): *Diagnosis-Related Groups in Europe – Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*, European Observatory on Health Systems and Policies Series.
- Trottmann, M., Telser, H. & Widmer, P. (2017). Fehlanreize im schweizerischen Gesundheitssystem und Lösungsvorschläge. Studie im Auftrag von santésuisse. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 13.12.2017): http://www.polynomics.ch/dokumente/Polynomics_Reformen_Gesundheitswesen_Schlussbericht_20160627.pdf
- Widmer, P., Trottmann, M., Napierala, C., Hochuli, P., Telser, H., Reich, O. & Früh, M. (2017a). Erwünschte und unerwünschte Optimierungen betreffend Leistungsmengen und –verlagerungen im stationären Spitalbereich. 1. Teilstudie: Mengenausweitung unter SwissDRG. Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG). Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 3.10.2017): <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/publikationen/evaluationsberichte/evalber-kuv/evalber-kvg-revision-spitfi/evalber-spitfin-themenuebergreifend.html>.
- Widmer, P., Hochuli, P., Telser, H., Reich, O. & Früh, M. (2017b). Erwünschte und unerwünschte Optimierungen betreffend Leistungsmengen und –verlagerungen im stationären Spitalbereich. 2. Teilstudie: Leistungsverlagerungen unter SwissDRG. Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG). Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 3.10.2017): <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/publikationen/evaluationsberichte/evalber-kuv/evalber-kvg-revision-spitfi/evalber-spitfin-themenuebergreifend.html>.
- Widmer, P., Telser, H. & Uebelhart, T. (2016). Die Spitalversorgung im Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik: Aktualisierung 2015. Studie im Auftrag von comparis.ch. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 8.2.2017): <https://www.comparis.ch/comparis/press/medienmitteilungen/artikel/2016/krankenkasse/spitalregulierungsstudie/kantonale-spitalregulierung-2015.aspx>
- Widmer, P. und Telser, H. (2013). Die Spitalversorgung im Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik. Studie im Auftrag von comparis.ch. Online verfügbar unter (zu-

letz konsultiert: 8.2.2017): <https://www.comparis.ch/comparis/press/medienmitteilungen/artikel/2013/krankenkasse/spitalregulierung/kantonale-spitalregulierung.aspx>