

B , S , S .

VOLKSWIRTSCHAFTLICHE BERATUNG

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

Executive Summary

Im Auftrag des
Bundesamtes für Gesundheit (BAG)

Michael Lobsiger
Miriam Frey

Basel, 22. Mai 2019

Executive Summary

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.

Die konkrete Ausgestaltung kann durch folgende Eckpunkte zusammengefasst werden:

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.

- 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, bedarfsrechte 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 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). Weniger problematisch ist, falls bei Überschreitung ein Abschlag er-

folgt, 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 7):

- *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 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 Preis-

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

rückgang 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 we-

niger 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 Ge-

sundheitsausgaben). 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 (Akutsomatik)	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.

Korrespondenzadresse

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