



Bern, 3. Juli 2019

Fallpauschalen und Globalbudget. Evaluation der Systeme in den Kantonen

Bericht des Bundesrates
in Erfüllung des Postulates 14.3385 SGK-NR
vom 10. September 2014

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	3
Résumé	4
Sintesi	5
1 Einleitung	6
1.1 Ausgangslage und parlamentarischer Auftrag.....	6
1.2 Grundlage für die Erfüllung des parlamentarischen Auftrags	6
1.3 Gegenstand der Berichterstattung, Definitionen und Abgrenzungen.....	7
1.4 Aufbau des Berichts	8
2 Anwendung von Artikel 51 KVG und verwandten Instrumenten.....	9
3 Vereinbarkeit der Anwendung mit Prinzipien der neuen Spitalfinanzierung	12
4 Erreichung der Kostendämpfungsziele.....	12
5 Schlussfolgerungen des Bundesrates	13
Literaturverzeichnis	15

Zusammenfassung

Mit dem Postulat 14.3385 der SGK-NR «Fallpauschalen und Globalbudget. Evaluation der Systeme in den Kantonen», welches der Nationalrat am 10. September 2014 angenommen hat, wurde der Bundesrat beauftragt, einen Bericht über die Anwendung des DRG-Systems zu erarbeiten. Der Bericht soll insbesondere einen Vergleich zwischen jenen Kantonen, die von Artikel 51 (mit dem Titel «Globalbudget für Spitäler und Pflegeheime») des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) Gebrauch machen, und den anderen Kantonen enthalten und Auskunft darüber geben, ob die mit der Einführung des DRG-Systems verfolgten Ziele in den erstgenannten Kantonen erreicht wurden. Als wissenschaftliche Basis für die Erfüllung des Postulats hat B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit eine Studie erstellt, die seit Mai 2019 vorliegt.

Der vorliegende Bericht stützt sich auf die Ergebnisse der Studie B,S,S.. Die wichtigsten Ergebnisse sind:

- (1) Im Jahr 2017 haben drei Kantone (Genf, Tessin, Waadt) Globalbudgets nach Artikel 51 KVG angewandt, d.h. einen maximalen Betrag für die kantonale Vergütung stationärer Spitalleistungen pro Spital festgelegt. Die konkrete Ausgestaltung dieses Instruments variierte dabei zwischen den Kantonen. Ferner haben 2017 zwei Kantone (Neuenburg und Wallis) zwar keinen maximalen Betrag, jedoch maximale Leistungsmengen pro Spital definiert. Genf und Waadt wendeten solche maximale Leistungsmengen ebenfalls an – entweder in Ergänzung zu oder anstatt Globalbudgets und nur bei bestimmten Arten von Spitälern. Die konkrete Ausgestaltung variierte wiederum zwischen den Kantonen. Grundsätzlich lassen maximale Leistungsmengen ähnliche Wirkungen wie Globalbudgets nach Artikel 51 KVG erwarten.
- (2) Die Vereinbarkeit von Globalbudgets und verwandten Instrumenten (d.h. maximale Leistungsmengen) mit den Prinzipien der neuen Spitalfinanzierung hängt wesentlich von deren Ausgestaltung ab. Die Instrumente lassen sich grundsätzlich so umsetzen, dass sie mit jenen Prinzipien vereinbar sind.
- (3) Kantone mit und solche ohne Globalbudgets nach Artikel 51 KVG und verwandte Instrumente schneiden in Bezug auf die Erreichung der Kosteneindämmungsziele grösstenteils vergleichbar ab: In beiden Kantonsgruppen bewegte sich das durchschnittliche jährliche Wachstum der OKP-Kosten spitalstationär im Zeitraum 2012-2015 unterhalb / maximal auf der Höhe des Wachstums des Bruttoinlandsprodukts (jeweils pro Kopf). Das Wachstum der OKP-Gesamtkosten konnte in beiden Gruppen hingegen nicht gedämpft werden.

Gestützt auf die vorliegenden Ergebnisse sieht der Bundesrat keinen Handlungsbedarf in Bezug auf Artikel 51 KVG. Zwar enthält die Studie B,S,S. aus methodischen Gründen keine abschliessenden Ergebnisse zu den Wirkungen von Globalbudgets und verwandten Instrumenten auf die Entwicklung von Mengen und Kosten in der Akutsomatik seit Einführung von SwissDRG. Theoretische Überlegungen lassen jedoch erwarten, dass der Einsatz dieser Instrumente kostendämpfend wirkt, da Anreize für medizinisch nicht-indizierte Mengenausweitungen, die für DRG-Systeme typisch sind, entfallen. Damit eröffnet Artikel 51 KVG den Kantonen die Möglichkeit, die pauschalisierte, leistungsorientierte Vergütung stationärer Spitalleistungen mit Regelungen zu ergänzen, die nicht nur mit den Prinzipien der Spitalfinanzierung vereinbar sind, sondern auch das Potential haben, einen wirksamen Beitrag zur Erreichung der Kostendämpfungsziele des KVG zu leisten.

Résumé

Adopté par le Conseil national le 10 septembre 2014, le postulat 14.3385 de la CSSS-CN *Rémunérations forfaitaires et budget global. Évaluation des systèmes en vigueur dans les cantons* invite le Conseil fédéral à élaborer un rapport sur l'application du système des DRG. Ce rapport doit notamment comparer la situation des cantons qui font usage de l'art. 51 (Budget global des hôpitaux et établissements médico-sociaux) de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) avec celle des autres cantons et indiquer dans quelle mesure les objectifs visés par l'introduction des DRG ont été atteints dans les cantons utilisant un budget global. À la demande de l'Office fédéral de la santé publique, la société B,S,S. *Volkswirtschaftliche Beratung* a effectué une étude qui sert de base scientifique pour répondre au postulat. Cette étude est disponible depuis mai 2019.

Le présent rapport s'appuie sur les données de l'étude effectuée par B,S,S., dont les principaux résultats sont les suivants :

- (1) En 2017, trois cantons (Genève, Tessin et Vaud) ont fait usage de budgets globaux au sens de l'art. 51 LAMal ; ils ont ainsi fixé un montant maximal pour la rémunération cantonale de prestations hospitalières stationnaires par hôpital. La conception concrète de cet instrument varie d'un canton à l'autre. En 2017, deux cantons (Neuchâtel et Valais) ont choisi non pas d'opter pour un montant maximal, mais de définir des quantités maximales de prestations par hôpital. Genève et Vaud appliquaient eux aussi des quantités maximales de prestations, soit en complément, soit en lieu et place de budgets globaux, et uniquement pour certains types d'hôpitaux. Là encore, la mise en œuvre de ces mesures variait d'un canton à l'autre. En principe, on peut s'attendre à ce que les quantités maximales de prestations aient des effets similaires comme avec les budgets globaux au sens de l'art. 51 LAMal.
- (2) La compatibilité des budgets globaux et des instruments connexes (c.-à-d. des quantités maximales de prestations) avec les principes du nouveau financement hospitalier dépend essentiellement des modalités d'application des instruments. Fondamentalement, ceux-ci peuvent être mis en œuvre de manière à être compatibles avec ces principes.
- (3) En termes de réalisation des objectifs de maîtrise des coûts, les résultats des cantons qui utilisent des budgets globaux au sens de l'art. 51 LAMal et des instruments connexes sont largement comparables à ceux des autres cantons : dans les deux groupes, la croissance annuelle moyenne des coûts de l'AOS pour les prestations hospitalières stationnaires était inférieure ou au plus égale à la croissance du produit intérieur brut (par habitant) pendant la période 2012 à 2015. Dans aucun de ces groupes, il n'a toutefois été possible de maîtriser les coûts totaux de l'AOS.

Sur la base de ces résultats, le Conseil fédéral estime qu'il n'est pas nécessaire d'intervenir dans le cadre de l'art. 51 LAMal. Pour des raisons méthodologiques, l'étude B,S,S. ne fournit pas de données concluantes sur l'incidence des budgets globaux et des instruments connexes sur l'évolution des volumes de prestations et des coûts dans le domaine des soins somatiques aigus depuis l'introduction des SwissDRG. Cependant, des considérations théoriques laissent à penser que l'utilisation de ces instruments joue en faveur d'une maîtrise des coûts puisque les incitations à augmenter le volume des prestations non indiquées médicalement, caractéristiques des systèmes DRG, disparaissent. L'art. 51 LAMal donne ainsi aux cantons la possibilité de compléter la rémunération forfaitaire de soins hospitaliers stationnaires basée sur les prestations par des réglementations non seulement compatibles avec les principes du financement hospitalier, mais qui peuvent aussi contribuer efficacement à la réalisation des objectifs de maîtrise des coûts de la LAMal.

Sintesi

Con il postulato CSSS-N 14.3385 «Forfait per caso e preventivo globale. Valutazione dei sistemi in vigore nei cantoni», accolto dal Consiglio nazionale il 10 settembre 2014, il Consiglio federale è stato incaricato di elaborare un rapporto sull'applicazione del sistema DRG. Il rapporto deve soprattutto mettere a confronto i Cantoni che fanno uso dell'articolo 51 (dal titolo «Stanziamiento globale di bilancio per gli ospedali e le case di cura») della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) e gli altri Cantoni, e fornire informazioni per sapere se nei primi sono stati raggiunti gli obiettivi perseguiti con l'introduzione del sistema DRG. Come base scientifica per adempire il postulato, la società B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung ha condotto uno studio commissionato dall'Ufficio federale della sanità pubblica, disponibile da maggio 2019.

Il presente rapporto si basa sui risultati dello studio condotto da B,S,S. I più significativi sono:

- (1) Nel 2017 tre Cantoni (Ginevra, Ticino, Vaud) hanno adottato lo strumento dello stanziamento globale di bilancio secondo l'articolo 51 LAMal, ossia hanno fissato un importo massimo per la remunerazione cantonale delle prestazioni ospedaliere stazionarie per ogni singolo ospedale. La struttura concreta di questo strumento varia a seconda dei Cantoni. Inoltre nel 2017 due Cantoni (Neuchâtel e Vallese), invece di definire un importo massimo, hanno fissato quantità massime di prestazioni per ogni ospedale. Anche Ginevra e Vaud hanno applicato queste quantità massime di prestazioni a completamento o in sostituzione degli stanziamenti globali di bilancio, ma solo in determinati tipi di ospedali. La struttura concreta di questo strumento varia anche in questo caso a seconda dei Cantoni. In linea di massima, dalle quantità massime di prestazioni ci si attende effetti simili agli stanziamenti globali di bilancio secondo l'articolo 51 LAMal.
- (2) La compatibilità degli stanziamenti globali e degli strumenti affini (ossia delle quantità massime di prestazioni) con i principi del nuovo finanziamento ospedaliero dipende essenzialmente dalla loro struttura. Fondamentalmente gli strumenti devono essere attuati in modo da essere compatibili con tali principi.
- (3) I Cantoni che hanno optato per stanziamenti globali di bilancio secondo l'articolo 51 LAMal e strumenti affini e quelli che non lo hanno fatto ottengono risultati nella maggior parte dei casi comparabili per quanto riguarda il raggiungimento degli obiettivi di contenimento dei costi. Nei due gruppi di Cantoni, la crescita media annua dei costi AOMS ospedalieri stazionari nel periodo 2012-2015 è stata inferiore, o al massimo uguale, alla crescita del prodotto interno lordo (pro capite). Per contro, in entrambi i gruppi la crescita dei costi globali AOMS non ha potuto essere frenata.

Sulla base di questi risultati, il Consiglio federale non ritiene che vi sia necessità di intervenire in merito all'articolo 51 LAMal. Per ragioni metodologiche, lo studio B,S,S. non contiene risultati definitivi sugli effetti degli stanziamenti globali di bilancio e degli strumenti affini sull'evoluzione quantitativa e dei costi nella medicina somatica acuta dall'introduzione di SwissDRG. Dalle riflessioni teoriche ci si attende tuttavia che l'impiego di questi strumenti riesca a contribuire al contenimento dei costi, visto che vengono a mancare gli incentivi per gli aumenti quantitativi senza indicazione medica che caratterizzano i sistemi DRG. Pertanto l'articolo 51 LAMal offre ai Cantoni la possibilità di completare la remunerazione forfettaria delle prestazioni ospedaliere stazionarie orientata alla prestazione mediante disciplinamenti che non solo sono compatibili con i principi del finanziamento ospedaliero, ma hanno anche il potenziale per contribuire efficacemente a raggiungere gli obiettivi di contenimento dei costi della LAMal.

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage und parlamentarischer Auftrag

Artikel 51 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10), der mit «Globalbudget für Spitäler und Pflegeheime» überschrieben ist, ermöglicht den Kantonen, als finanzielles Steuerungsinstrument einen Gesamtbetrag für die Finanzierung der Spitäler oder der Pflegeheime festzusetzen. Die Kostenaufteilung nach Artikel 49a KVG zwischen Kantonen und Versicherern bei der Vergütung stationärer Leistungen muss dabei gewahrt bleiben und der Kanton muss die Versicherer und Leistungserbringer vor der Festsetzung eines Globalbudgets anhören. Über diese Bestimmungen hinaus sind Globalbudgets nach Artikel 51 KVG bundesrechtlich nicht geregelt; die Kantone besitzen folglich einen erheblichen Spielraum bei der konkreten Ausgestaltung.

Am 13. Dezember 2012 wurde die parlamentarische Initiative 12.500 «Streichung von Artikel 51 KVG» mit der Begründung, dass Globalbudgets weder mit den Prinzipien der Leistungsfinanzierung und der freien Spitalwahl unter der neuen Spitalfinanzierung vereinbar seien noch kostensparend wirkten, eingereicht.¹ Mit der «neuen Spitalfinanzierung» nahm die Initiative auf die Revision des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung Bezug, welche die eidgenössischen Räte am 21. Dezember 2007 verabschiedet hatten und die am 1. Januar 2009 in Kraft getreten war (AS 2008 2049). Die Revision beinhaltete unter anderem die Einführung leistungsbezogener Pauschalen zur Vergütung stationärer Spitalleistungen (in der Akutsomatik mit SwissDRG seit 2012 und in der Psychiatrie mit TARPSY seit 2018 umgesetzt, in der Rehabilitation mit ST Reha für 2022 vorgesehen). Sie strebte damit den Übergang von der Objekt- (Finanzierung des Spitalbetriebs als solchen) zur Subjektfinanzierung, d.h. Finanzierung ausschliesslich der vom Spital erbrachten Leistungen, an. Die Revision stärkte auch die Wahlfreiheit der Versicherten bei der Inanspruchnahme stationärer Spitalleistungen, indem sie die Kantone verpflichtete, sich generell (und nicht wie zuvor nur bei Vorliegen medizinischer Gründe) an den Kosten für ausserkantonale erbrachte stationäre Spitalleistungen zu beteiligen (sofern jene in einem Listenspital in Anspruch genommen werden).

Die Mehrheit der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (SGK-NR) schloss sich dieser Argumentation nicht an (siehe SGK-NR 2014) und beantragte, der Initiative keine Folge zu geben. Jedoch reichte die Kommission am 26. Mai 2014 das Postulat 14.3385 «Fallpauschalen und Globalbudget. Evaluation der Systeme in den Kantonen»² mit folgendem Wortlaut ein: «Der Bundesrat wird beauftragt, einen Bericht über die Anwendung des DRG-Systems zu erarbeiten. Dieser Bericht enthält insbesondere einen Vergleich zwischen jenen Kantonen, die von Artikel 51 KVG Gebrauch machen, und jenen, die dies nicht tun, und gibt Auskunft darüber, ob die mit der Einführung des DRG-Systems verfolgten Ziele in den erstgenannten Kantonen erreicht wurden oder nicht.» Der Nationalrat entschied am 10. September 2014, das Postulat anzunehmen; der parlamentarischen Initiative hatte er am 2. Juni 2014 keine Folge gegeben.

1.2 Grundlage für die Erfüllung des parlamentarischen Auftrags

Um die wissenschaftliche Basis für die Erfüllung des Postulats zu schaffen, schrieb das Bundesamt für Gesundheit (BAG) Ende 2016 eine Studie aus. Die Studie mit dem Titel «Globalbudgets in den Kantonen im akutstationären Spitalbereich: Anwendung und Wirkungen unter der neuen Spitalfinanzierung» wurde von B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung verfasst und liegt seit Mai 2019 vor.

Wie aus dem Titel ersichtlich, richtet die Studie B,S,S. ihr Augenmerk auf den akutstationären Spitalbereich. Diesem gilt auch das Erkenntnisinteresse des Postulats, wie in der Bezugnahme auf das DRG-System zum Ausdruck kommt. Nur in der stationären Akutsomatik basiert das mit der Revision

¹ <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20120500>

² <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20143385>

der Spitalfinanzierung eingeführte Tarifsysteem auf *diagnosis related groups* (DRG, diagnosebezogene Fallgruppen). In der stationären Psychiatrie wird ein anderes System der leistungsbezogenen pauschalisierten Vergütung angewandt, in der Rehabilitation ist eine solche noch nicht umgesetzt.

Die Studie B,S,S. (2019) befasst sich grob gesprochen mit drei Themenbereichen: der konkreten Anwendung von Globalbudgets und verwandten Instrumenten, der Vereinbarkeit der Anwendung mit den Prinzipien der neuen Spitalfinanzierung sowie den Wirkungen der Instrumente, inkl. der Beurteilung der Frage, ob die mit dem DRG-System verbundenen Ziele erreicht werden.

Empirisch stützt sich B,S,S. auf Daten, die mittels Dokumentenanalyse und Befragungen verschiedener Akteure (Kantone, Spitäler) erhoben wurden, ebenso wie auf Sekundärdaten aus bestehenden Quellen. Die Daten wurden deskriptiv ausgewertet. In den Analysen, die sich mit den Wirkungen der betrachteten Instrumente, genauer gesagt, mit ihrem Einfluss auf die Entwicklung der Mengen und Kosten im stationären Spitalbereich und darüberhinausgehend befassen, wurden sonstige Einflussfaktoren qualitativ berücksichtigt. Was den Untersuchungszeitraum anbelangt, so bezieht sich die Bestandsaufnahme zur Anwendung der Instrumente auf die Jahre 2012-2017, die Analyse der Wirkungen stützt sich aus Gründen der Datenverfügbarkeit primär auf den Zeitraum 2012-2015.

Die Studie B,S,S. wurde im Rahmen der Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung als Bestandteil eines umfassenderen Mandats im Themenbereich «Kosten und Finanzierung des Versorgungssystems» erstellt.³ Analysekonzept und Berichtsentwurf waren Gegenstand eines Prozesses der Qualitätssicherung («Meta-Evaluation»), in welchen neben dem BAG die in der Begleitgruppe vertretenen Akteure einbezogen waren (für eine Zusammenstellung der Mitglieder der Begleitgruppe siehe Tabelle 20 in B,S,S. 2019). Die Ergebnisinterpretation und die Schlussfolgerungen lagen in der Verantwortung von B,S,S.; die Auffassungen des BAG sowie der weiteren beteiligten Akteure können hiervon abweichen.

1.3 Gegenstand der Berichterstattung, Definitionen und Abgrenzungen

Der Gesamtbetrag nach Artikel 51 KVG muss mittels spitalspezifischer Budgets (oder äquivalenter Instrumente) auf die Ebene der einzelnen Leistungserbringer heruntergebrochen werden (es sei denn er resultiert aus der Aufsummierung spitalspezifischer Budgets). Die Kantone, die von Artikel 51 KVG Gebrauch machen, ergänzen die Festlegung spitalspezifischer Budgets mit Regelungen, die im Fall der Über- oder der Unterschreitung des Budgets durch ein Spital zum Tragen kommen. Konkret sehen die Kantone bei Budgetüberschreitung vor, dass die Behandlung der zusätzlichen Fälle entweder nicht oder nur eingeschränkt vergütet wird. In letzterem Fall spricht man in der Praxis häufig von «degressiver Vergütung» oder «degressiven Tarifen». Bei Budgetunterschreitung kann festgelegt sein, dass das Spital einen Teil des erhaltenen Budgets zurückerstatten muss, oder der Kanton verzichtet auf eine Rückerstattung.

Abgesehen von Artikel 51 KVG haben die Kantone im Rahmen der Spitalplanung die Möglichkeit, *maximale Leistungsmengen* (d.h. maximale Fallzahlen oder Case Mixes) zu definieren und diese in den Leistungsaufträgen festzuschreiben (siehe GDK 2018, Empfehlung 8). Ähnlich wie bei der Anwendung von Artikel 51 KVG kann der Kanton bei Überschreitung der maximalen Leistungsmengen auf Spitalebene die Vergütung für die zusätzlichen Fälle entweder reduzieren («degressive Tarife») oder streichen (im Folgenden als «direkte Mengenbeschränkungen» bezeichnet). Beschränkt ein Kanton für alle oder den grössten Teil der Leistungsgruppen die Mengen, so weist diese Praxis eine starke Ähnlichkeit zur Anwendung von Artikel 51 KVG auf.⁴ Folglich sollten auch die erwarteten Wirkungen ähnlich sein.

³ Informationen zur Evaluation sowie deren Produkte sind unter folgendem Link erhältlich:

<http://www.bag.admin.ch/evalspitalfinanzierung>

⁴ Wenn man für jede Leistungsgruppe die maximale Fallzahl mit dem zugehörigen Kostengewicht nach SwissDRG bewertet und mit dem gewichteten Basisfallpreis der Spitäler mit entsprechendem Leistungsauftrag multipliziert, die Werte aufsummiert und die Gesamtsumme mit dem Finanzierungsanteil des Kantons (der gemäss Artikel 49a Abs. 2^{ter} KVG mind. 55% beträgt) multipliziert, so resultiert ein Betrag in Franken, also ein «Budget».

Im Zuge der Datenerhebungen durch B,S,S. zeigte sich,

- dass manche Kantone tatsächlich keinen *Gesamtbetrag* für die Finanzierung der Spitäler, jedoch maximale Mengen für alle oder bestimmte Leistungsgruppen definieren,
- dass mehrere Kantone, die den Gesamtumfang der kantonalen Vergütung gemäss Artikel 51 KVG begrenzen, nicht für alle Listenspitäler (nur) spitalspezifische Budgets festlegen, sondern die Leistungserbringung eines Teils der Spitäler (in der Regel private Spitäler) (zusätzlich) mittels der Festlegung maximaler Leistungsmengen steuern.

Vor diesem Hintergrund hat das BAG B,S,S. beauftragt, neben der Anwendung von Artikel 51 KVG auch die Praxis der Festlegung maximaler Leistungsmengen in die Untersuchung einzubeziehen. Nachfolgend werden die oben beschriebenen kantonalen Praktiken auf Kantons- wie Spitalebene zusammenfassend als «Globalbudgets und verwandte Instrumente» bezeichnet.

1.4 Aufbau des Berichts

Im Anschluss an dieses einleitende Kapitel, wird in Kapitel 2 – gestützt auf B,S,S. (2019) – beschrieben, welche Kantone in welcher Form Globalbudgets und verwandte Instrumente im Jahr 2017 angewandt haben.

Kapitel 3 gibt die Ergebnisse der Studie B,S,S. (2019) zur Vereinbarkeit von Globalbudgets und verwandten Instrumenten in komprimierter Form wieder.

Mit der Einführung des DRG-Systems wurde vor allem das Ziel verfolgt, das Kostenwachstum im stationären Spitalbereich zu dämpfen.⁵ Dadurch sollte auch das Wachstum der OKP-Gesamtkosten gebremst werden. Kapitel 4 wird die Frage nach der Erreichung der Kostendämpfungsziele in Kantonen, die von Artikel 51 KVG und verwandten Instrumenten Gebrauch machen, beantworten.

Kapitel 5 fasst die wichtigsten Erkenntnisse zusammen und begründet, warum aus Sicht des Bundesrates derzeit kein Handlungsbedarf in Bezug auf Artikel 51 KVG besteht.

Abschliessend sei noch darauf hingewiesen, dass die Studie B,S,S. (2019) weitere Ergebnisse enthält, die in diesem Bericht nicht im Detail wiedergegeben werden. Dazu zählen vor allem die vergleichenden Auswertungen in Kapitel 5.1.2 zur Entwicklung der Mengen im stationären Spitalbereich und der Ausgaben verschiedener Kostenträger in Kantonen mit bzw. ohne Globalbudgets und verwandte Instrumente. Theoretische Überlegungen lassen erwarten, dass der Einsatz dieser Instrumente kostendämpfend wirkt, da Anreize für medizinisch nicht-indizierte Mengenausweitungen, die für DRG-Systeme typisch sind, entfallen.⁶ Aus methodischen Gründen kann die Studie B,S,S. (2019) diese Vermutung empirisch weder klar bestätigen noch verneinen. Denn bei der Interpretation ihrer Ergebnisse zu Mengen- und Kostenentwicklungen ist zu beachten, dass die beobachteten Unterschiede zwischen den beiden Kantonsgruppen durch eine Reihe anderer Faktoren als die Anwendung der interessierenden Instrumente verursacht sein können. In der Studie werden diese Faktoren (konkret: Ausgangslage und -niveau, Anpassung kantonaler Finanzierungsanteil im Zuge der Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung, medizinisch-technischer Fortschritt, Alterung der Bevölkerung, sonstige nachfrageseitige Faktoren) umfassend diskutiert und soweit als möglich mittels entsprechender Einordnung der Ergebnisse berücksichtigt. Was die Studie hingegen nicht leisten konnte, ist den Einfluss dieser alternativen Faktoren gleichzeitig zu kontrollieren (in Form entsprechender ökonometrischer Auswertungsverfahren). Angesichts der in verschiedene Richtungen wirkenden (d.h. die Ergebnisse einmal zugunsten der einen, einmal zugunsten der anderen Kantonsgruppe beeinflussenden) Faktoren bedeutet dies, dass keine abschliessenden Aussagen zum Effekt von Globalbudgets und verwandten Instrumenten auf Mengen und Kosten gemacht werden können. Aus

⁵ Der kostendämpfende Effekt soll durch die verbesserte Transparenz, die Stärkung des Wettbewerbs und die Erhöhung der Effizienz der Erbringung stationärer Spitalleistungen, welche der Gesetzgeber sich von der Einführung des DRG-Systems versprach, bewirkt werden. B,S,S. (2019) verortet in der Anwendung von Globalbudgets und verwandten Instrumenten eine gewisse Einschränkung der Transparenz, findet jedoch keine Hinweise auf eine Beeinträchtigung des Wettbewerbs oder der Effizienz. Diese Ergebnisse werden im Folgenden nicht thematisiert.

⁶ Siehe hierzu. Kap. 4.1 in B,S,S. (2019).

diesem Grund werden diese Ergebnisse nicht im Einzelnen berichtet. Auf sie wird jedoch bei den Schlussfolgerungen im Sinne einer Gesamteinordnung Bezug genommen.

2 Anwendung von Artikel 51 KVG und verwandten Instrumenten

Gemäss B,S,S. (2019) bezeichnet «Globalbudget» in der ökonomischen Literatur einen pauschalen Ausgabenbetrag für die Vergütung von Leistungen, die innerhalb einer bestimmten Zeitperiode erbracht werden. Die Vergütung ist demnach unabhängig von der tatsächlich erbrachten Leistungsmenge. Die Vergütung nach SwissDRG, wie sie in der stationären Akutsomatik seit 2012 angewandt wird, steht hingegen grundsätzlich in einem linearen Verhältnis zur tatsächlich erbrachten Leistungsmenge.⁷ Konkret erhält das Spital als Vergütung für die Behandlung eines bestimmten Falles eine Leistungspauschale, die sich aus der Multiplikation des für diesen Fall relevanten Kostengewichts⁸ mit dem Basisfallpreis des Spitals ergibt. Behandelt das Spital einen zusätzlichen Fall (derselben Fallgruppe), erhöht sich die Gesamtvergütung zugunsten des Spitals um den Wert der entsprechenden Fallpauschale. Behandelt das Spital einen Fall (derselben Fallgruppe) weniger, so verringert sich die Gesamtvergütung entsprechend.⁹

Wie der Bericht B,S,S. (2019) aufzeigt, verwenden diejenigen Kantone, welche Globalbudgets und/oder verwandte Instrumente anwenden, ein Vergütungssystem, das in der Regel eine Mischform zwischen der linearen DRG-Vergütung und einem Globalbudget gemäss ökonomischer Literatur darstellt. Konkret setzten 2017 fünf Kantone – Genf, Neuenburg, Tessin, Waadt und Wallis – entsprechende Instrumente ein, wobei Genf und Waadt mehr als ein Instrument nutzten. Tabelle 1 gibt einen ersten Überblick über die angewandten Instrumente aus der Perspektive ihrer Ausgestaltung auf der Spitalebene. Dabei ist zu beachten, dass das Bundesverwaltungsgericht die Spitalliste des Kantons Genf (inkl. der festgelegten Globalbudgets und Fallzahlenbegrenzungen) am 16. Januar 2019 aufgehoben hat, da es dessen Spitalplanung in mehreren Punkten als unvereinbar mit dem Bundesrecht beurteilt hat.¹⁰ Der Genfer Staatsrat muss die Spitalliste inkl. aller zugehörigen Regelungen überarbeiten. Die Einträge in Tabelle 1 (ebenso wie diejenigen in Tabelle 2 weiter unten) für den Kanton Genf reflektieren daher die konkrete Anwendung, wie sie im Jahr 2017 zu beobachten war. Die endgültige Ausgestaltung wird davon abweichen.

Tabelle 1: Anwendung Globalbudgets und verwandte Instrumente im Jahr 2017

Instrument auf Spitalebene	GE	NE	TI	VD	VS
Festlegung eines maximalen Betrags (Budgets) pro Spital	X ⁽¹⁾		X	X ⁽³⁾	
Festlegung einer maximalen Leistungsmenge pro Spital in Kombination mit degressiver Vergütung					X
Festlegung einer maximalen Leistungsmenge pro Spital in Form direkter Mengenbeschränkungen	X ⁽²⁾	X		X ⁽⁴⁾	

Quelle: B,S,S. (2019).

Legende: (1) Alle Spitäler, (2) Privatspitäler, (3) Spitäler mit umfassendem Leistungsauftrag, (4) Spitäler mit eingeschränktem Leistungsauftrag.

In Tabelle 2¹¹ werden die wichtigsten Merkmale auf Kantons- und Spitalebene, soweit die entsprechenden Informationen vorhanden sind, zusammengefasst:

⁷ Die einzelne Leistung wird dabei pauschalisiert gemäss SwissDRG abgegolten.

⁸ Zentrale Begriffe des SwissDRG-Systems werden auf der Website von SwissDRG definiert, siehe:

<https://www.swissdrg.org/de/ueber-uns/wichtige-begriffe>

⁹ In Kap. 3.1 der Studie B,S,S. (2019) werden die Unterschiede zwischen den Vergütungssystemen grafisch veranschaulicht.

¹⁰ Siehe: <https://www.bvger.ch/bvger/de/home/medien/medienmitteilungen-2019/spitalplanung-des-kantons-genf-verletzt-bundesrecht.html>

¹¹ Eine ausführliche Beschreibung der Ausgestaltung der Instrumente findet sich in Kap. 3.3 der Studie B,S,S. (2019).

Tabelle 2: Zusammenfassung der konkreten Ausgestaltung der Instrumente nach Artikel 51 KVG im Jahr 2017

Kanton	Beschreibung der Instrumente nach Artikel 51 KVG
GE	<p><i>Kantonsebene:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Festlegung auf der Basis des (effektiven) Budgets des Vorjahres unter Berücksichtigung der erwarteten Bedarfsentwicklung <p><i>Spitalebene:</i> Festlegung eines pauschalen Budgets (HUG)¹² / Festlegung eines maximalen Budgets und direkter Mengenbeschränkungen (Privatspitäler):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anwendungsbereich: Gesamtheit der Spitäler mit Leistungsvertrag/-auftrag; alle Leistungen - Festlegung <i>Globalbudget</i> (HUG): Verhandlung der Fallzahlen mit HUG und Festlegung in Leistungsvertrag -> Budget = Case Mix¹³ * spitalspezifischer Basisfallpreis * Kantonsanteil (55%) - Festlegung <i>maximaler Fallzahlen pro Spital</i> und <i>eines maximalen Budgets</i> (Privatspitäler): Verhandlung mit Privatspitälern und Festlegung in Leistungsauftrag - <i>Überschreitung</i> des Globalbudgets (HUG) / der maximalen Fallzahlen bzw. des maximalen Budgets (Privatspitäler): keine <i>kantonale Vergütung</i> für zusätzlich behandelte Fälle; <i>Unterschreitung</i>: keine Rückzahlung des Budgets (HUG), kantonale Vergütung auf tatsächlich behandelte Fälle beschränkt (Privatspitäler) - <i>Vergütung durch OKP</i> nicht betroffen, d.h. Vergütung aller erbrachten Leistungen mit 45% der jeweiligen Leistungspauschale - Periodizität der Festlegung des Globalbudgets / der maximalen Fallzahlen: jährlich
NE	<p><i>Kantonsebene:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Festlegung basierend auf Bedarfsprognosen im Rahmen der kantonalen Spitalplanung <p><i>Spitalebene:</i> direkte Mengenbeschränkungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anwendungsbereich: Gesamtheit der Spitäler mit Leistungsauftrag; alle Leistungsgruppen in sechs Leistungsbereichen (Gynäkologie, HNO, Ophthalmologie, Orthopädie, Rheumatologie, Urologie) - Festlegung <i>maximaler Fallzahlen pro Spital</i> für <i>Wahlleistungen</i> der sechs Leistungsgruppen in den Leistungsaufträgen, wobei Spitäler eine Erhöhung verlangen können - <i>Überschreitung</i>: keine kantonale Vergütung für zusätzlich behandelte Fälle
TI	<p><i>Kantonsebene:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Festlegung durch Aufsummierung der spitalindividuellen Budgets <p><i>Spitalebene:</i> Festlegung Budgets in Kombination mit Rückerstattungen und degressiven Tarifen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anwendungsbereich: Gesamtheit der Spitäler mit Leistungsauftrag; alle Leistungen - Festlegung Budget pro Spital: Verhandlung über erwarteten Case Mix (im Rahmen des Leistungsauftrags)¹⁴; Budget = Case Mix * spitalspezifischer Basisfallpreis * Kantonsanteil (55%) - <i>Überschreitung</i>: <= 3% des Budgets: keine kantonale Vergütung für jene Fälle, >3%: reduzierte kantonale Vergütung (Vergütung in Höhe der variablen Kosten) - <i>Unterschreitung</i>: <= 3% des Budgets: keine Rückerstattung durch Spital, >3%: Rückerstattung durch Spital in Höhe der variablen Kosten - <i>Vergütung durch OKP</i> nicht betroffen, d.h. Vergütung aller erbrachten Leistungen mit 45% der jeweiligen Leistungspauschale - Periodizität der Festlegung der Budgets: jährlich

¹² Hôpitaux Universitaires de Genève¹³ Summe der Kostengewichte der vereinbarten Fallzahlen des Spitals¹⁴ Spitäler und Kanton stellen eigene Prognosen zur Entwicklung des CM an. Erzielen sie in den Verhandlungen keine Einigung, so wird der CM vom Kanton per Verordnung festgelegt. Die Spitäler können gegen den Entscheid Rekurs beim kantonalen Verwaltungsgericht einlegen.

Kanton	Beschreibung der Instrumente nach Artikel 51 KVG
VD ¹⁵	<p><i>Spitalebene:</i> Festlegung Budgets in Kombination mit Rückerstattungen und degressiven Tarifen (Spitäler mit umfassendem Leistungsauftrag) / direkte Mengenbeschränkungen (Spitäler mit eingeschränktem Leistungsauftrag):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anwendungsbereich: Gesamtheit der Spitäler mit Leistungsauftrag; alle Leistungen - Festlegung Budget pro Spital (Spitäler mit umfassendem Leistungsauftrag): Festlegung in Höhe des Case Mix des vorletzten Jahres («Referenzaktivität») - Festlegung maximaler Fallzahlen (Spitäler mit eingeschränktem Leistungsauftrag) - Spitäler mit umfassendem Leistungsauftrag: Erhöhung der kantonalen Gesamtvergütung zugunsten des Spitals bei <i>Budgetüberschreitung</i> um folgenden Wert: (effektive Aktivität¹⁶ – Referenzaktivität) * 45%; Reduktion der kantonalen Gesamtvergütung bei <i>Budgetunterschreitung</i> um folgenden Wert: (effektive Aktivität – Referenzaktivität) * 45%¹⁷ - Spitäler mit eingeschränktem Leistungsauftrag: Überschreitung der maximalen Fallzahlen: keine <i>kantonale Vergütung</i> für zusätzlich behandelte Fälle; <i>Unterschreitung</i>: kantonale Vergütung auf tatsächlich behandelte Fälle beschränkt - <i>Vergütung durch OKP</i> nicht betroffen, d.h. Vergütung aller erbrachten Leistungen mit 45% der jeweiligen Leistungspauschale - Periodizität der Festlegung der Budgets / der maximalen Fallzahlen: jährlich
VS	<p><i>Kantonsebene:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Festlegung maximaler Fallzahlen für alle SPLG-Leistungsgruppen im Rahmen der Spitalplanung <p><i>Spitalebene:</i> degressive Vergütung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anwendungsbereich: Gesamtheit der Spitäler mit Leistungsauftrag; alle Leistungen - <i>Überschreitung</i> der maximalen Fallzahlen (d.h. Total der effektiven Fallzahlen aller Spitäler einer Leistungsgruppe > maximale Fallzahl dieser Leistungsgruppe): Beschränkung der zusätzlichen kantonalen Vergütung auf 30% der zusätzlich behandelten Fälle, wobei die Aufteilung proportional zu den effektiven erbrachten Fallzahlen der einzelnen Spitäler innerhalb der Leistungsgruppe erfolgt¹⁸ - <i>Vergütung durch OKP</i> nicht betroffen, d.h. Vergütung aller erbrachten Leistungen mit 45% der jeweiligen Leistungspauschale - Periodizität der Festlegung der maximalen Fallzahlen: jährlich

Quelle: Eigene Darstellung, basierend auf B,S,S. (2019).

¹⁵ Die Ausgestaltung in der Waadt ist relativ komplex; für eine detailliertere Erläuterung, inkl. grafischer Veranschaulichung, sei auf Kap. 3.3.2 in B,S,S. (2019) verwiesen.

¹⁶ Tatsächlicher Case Mix

¹⁷ «Erhöhung» und «Reduktion» beziehen sich auf das festgelegte Budget. Im Vergleich zum kantonalen Vergütungsanteil gemäss linearer SwissDRG-Vergütung verhält sich die Vergütung in der Waadt folgendermassen: Wenn die effektive Aktivität unter der Referenzaktivität liegt, so erhält das Spital (mit umfassendem Leistungsauftrag) eine höhere kantonale Vergütung als ein Spital unter linearer SwissDRG-Vergütung. Übersteigt die effektive Aktivität die Referenzaktivität, so fällt die kantonale Finanzierung niedriger als unter linearer SwissDRG-Vergütung aus.

¹⁸ Folgendes fiktives Beispiel: Das Total der erbrachten Fälle in einer Leistungsgruppe übersteigt die maximale Fallzahl um 100. Auf ein Spital X entfallen 20% der insgesamt behandelten Fälle in dieser Leistungsgruppe. Für sechs Fälle (20% * 30% * 100 Fälle) erhält das Spital die reguläre kantonale Vergütung (in Höhe von 55% der Leistungspauschalen), die übrigen 24 Fälle werden nicht vergütet.

3 Vereinbarkeit der Anwendung mit Prinzipien der neuen Spitalfinanzierung

Was die Vereinbarkeit von Globalbudgets und verwandten Instrumenten mit den Prinzipien der neuen Spitalfinanzierung anbelangt, richtet die Studie B,S,S. (2019) ihr Augenmerk auf folgende fünf Prinzipien:

- Leistungsorientierung bei der Spitalfinanzierung und -planung,
- Gleichbehandlung öffentlicher und privater Spitäler,
- dual-fixe Finanzierung durch Kantone und Versicherer OKP,
- Stärkung der Freiheit der Versicherten bei der Wahl eines Spitals,
- auf einheitlichen Kriterien basierende, interkantonal koordinierte, bedarfsgerechte Planung.

Bei der Beurteilung stützt sich B,S,S (2019) sowohl auf die Rechtsprechung wie auf eigene Überlegungen. Thematisiert wird die grundsätzliche Vereinbarkeit der Instrumente mit den Prinzipien der neuen Spitalfinanzierung ebenso wie die Vereinbarkeit der konkreten Ausgestaltung durch die Kantone im Jahr 2017.¹⁹

Zusammenfassend lässt sich Folgendes sagen: Die Vereinbarkeit von Globalbudgets und verwandten Instrumenten mit den Prinzipien der neuen Spitalfinanzierung hängt wesentlich von deren Ausgestaltung ab. Die Instrumente lassen sich grundsätzlich so umsetzen, dass sie mit jenen Prinzipien vereinbar sind. Ein gewisses Spannungsverhältnis der Instrumente mit den Prinzipien der Leistungsfinanzierung und der dual-fixen Finanzierung lässt sich nicht vollständig vermeiden. Die Praxis der Anwendung im Jahr 2017 durch die Kantone ist in vielen, nicht in allen Punkten als konform mit den Prinzipien der neuen Spitalfinanzierung zu bewerten.

4 Erreichung der Kostendämpfungsziele

In der Studie B,S,S. (2019) erfolgt die Beurteilung der Erreichung der Kostendämpfungsziele, wie vom Postulat verlangt, auf der Basis eines Vergleichs zwischen Kantonen, die von Globalbudgets und verwandten Instrumenten Gebrauch machen, und denjenigen, die auf die Anwendung dieser Instrumente verzichten. Die Kantone werden folglich in zwei Gruppen eingeteilt. Da der Untersuchungszeitraum der Studie B,S,S. 2012 (Jahr der Einführung von SwissDRG in der Akutsomatik) beginnt und 2015 (letztes verfügbares Datenjahr zum Zeitpunkt der Durchführung der Datenanalysen) endet, stützt sich die Einteilung auf die Praxis der Kantone in dieser Periode: Genf, Neuenburg, Tessin und Waadt bilden demnach die Gruppe der Kantone mit Globalbudget und/oder verwandten Instrumenten, da sie solche gemäss den Abklärungen von B,S,S. entweder über den gesamten Zeitraum (GE, TI, VD) oder zumindest über drei der vier betrachteten Jahre (NE) einsetzten. Die übrigen Kantone – inkl. des Wallis, wo entsprechende Instrumente erst seit 2015 zum Einsatz kommen – bilden die Vergleichsgruppe.

In der Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991 (Bundesrat 1991) wurden die Lohn- und die Preisentwicklung als Massstab für die Beurteilung der Frage der Kosteneindämmung genannt. B,S,S. (2019) operationalisiert dies folgendermassen: Berechnet wird die *Differenz* zwischen jährlichem Kostenwachstum (pro Kopf, 2012-2015) und jährlichem nominalen BIP-Wachstum (oder Lohnwachstum; pro Kopf, 2012-2015). Das Kostendämpfungsziel gilt als erreicht, wenn entweder

- der resultierende Wert kleiner oder gleich null beträgt (dies bedeutet, dass das Kostenwachstum niedriger oder maximal so hoch wie das Wachstum des BIP (der Lohnsumme) ausfällt),
oder wenn zumindest

¹⁹ Detaillierte Ergebnisse finden sich in Kapitel 4.2 der Studie B,S,S. (2019).

- der resultierende Wert niedriger als derselbe Wert für den Zeitraum 2005-2011 ist (dies bedeutet, dass das Kostenwachstum das Wachstum des BIP (der Lohnsumme) zwar übersteigt, sich der BIP-(Lohn-)Entwicklung aber angenähert hat).

Die KVG-Revision Spitalfinanzierung hatte vorrangig zum Ziel, das Kostenwachstum im stationären Spitalbereich zu bremsen. Mit der Erreichung dieses Ziels sollte auch ein Beitrag zur Erreichung des übergeordneten Ziels der Eindämmung des Wachstums der OKP-Gesamtkosten (d.h. des Totals der Kosten über alle Leistungsbereiche hinweg) geleistet werden.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass Kantone mit und solche ohne Globalbudgets und/oder verwandte Instrumente grösstenteils vergleichbar abschneiden: In beiden Gruppen bewegte sich das durchschnittliche jährliche Wachstum der OKP-Kosten spitalstationär im Zeitraum 2012-2015 unterhalb / maximal auf der Höhe des BIP-Wachstums (jeweils pro Kopf). Das Wachstum der OKP-Gesamtkosten konnte in beiden Kantonsgruppen hingegen nicht gedämpft werden.²⁰ Das letztgenannte Ergebnis spricht nicht dagegen, dass die Revision einen Beitrag zur Eindämmung des Wachstums der OKP-Gesamtkosten geleistet hat. Empirisch lässt sich dies jedoch nicht beurteilen – weder für Kantone mit noch für solche ohne Globalbudgets und/oder verwandte Instrumente. Denn im Rahmen der Studie B,S,S. (2019) konnten weder die durch die Revision ausgelösten Kostenverlagerungen aus dem spitalstationären in vor- und nachsorgende Leistungsbereiche noch die Entwicklungen in den anderen Leistungsbereichen der OKP, welche den möglicherweise vorhandenen kostendämpfenden Effekt der Revision auf die OKP-Gesamtkosten überlagert haben können, quantifiziert werden.

Somit wurde das Kostendämpfungsziel in beiden Kantonsgruppen bei den OKP-Kosten für stationäre Spitalleistungen erreicht. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass aufgrund der derzeitigen Datenlage (siehe letzter Absatz in Kap. 1.4) nicht beurteilt werden kann, welchen Beitrag die Globalbudgets nach Artikel 51 KVG bzw. die verwandten Instrumente zur Kostendämpfung im stationären Bereich geleistet haben. In Bezug auf die OKP-Gesamtkosten wurden die Kostendämpfungsziele in beiden Kantonsgruppen nicht erreicht. Wie im vorausgehenden Abschnitt ausgeführt, kann daraus jedoch nicht geschlossen werden, dass die Revision keinen dämpfenden Effekt auf die OKP-Gesamtkosten hatte.²¹

5 Schlussfolgerungen des Bundesrates

Der Bundesrat sieht aus mehreren Gründen keinen Handlungsbedarf in Bezug auf Artikel 51 KVG:

Erstens lassen sich Globalbudgets nach Artikel 51 KVG (ebenso wie die verwandten Instrumente der Mengensteuerung) mit den Prinzipien der neuen Spitalfinanzierung vereinbaren. Angesichts des jüngsten Urteils des Bundesverwaltungsgerichts ist zu erwarten, dass sich die konkrete Umsetzung von Artikel 51 KVG durch die Kantone in den kommenden Jahren im Sinne einer noch stärkeren Konformität mit den Prinzipien der neuen Spitalfinanzierung weiterentwickeln wird.

Zweitens schneiden Kantone, die von diesen Instrumenten Gebrauch machen, bezüglich der Erreichung der Kostendämpfungsziele zumindest gleich gut wie andere Kantone ab. Konkret zeigen die vorliegenden empirischen Ergebnisse, dass – zieht man die Entwicklung des BIP oder der Lohnsumme als Vergleichsmassstab heran – das Wachstum der OKP-Kosten spitalstationär sowohl in der Gruppe der Kantone mit als auch in derjenigen ohne Globalbudgets und verwandte Instrumente gebremst wird.

²⁰ Dasselbe gilt, wenn man das Lohnwachstum heranzieht. Die detaillierten Ergebnisse zur Erreichung der Kostendämpfungsziele finden sich in Kap. 5.1.3 der Studie B,S,S. (2019).

²¹ Zwischen den beiden Kantonsgruppen ist in Bezug auf einen anderen Kostenindikator ein Unterschied festzustellen, der auf den ersten Blick kontraintuitiv erscheint: Was die Ausgaben der Kantone für stationäre Spitalleistungen, gemeinwirtschaftliche Leistungen und Investitionen betrifft, so verzeichnen nur diejenigen Kantone ohne Globalbudgets und verwandte Instrumente ein gedämpftes Wachstum relativ zur BIP-Entwicklung. Dieses Ergebnis ist jedoch insofern wenig aussagekräftig, als die Kantone Globalbudgets und verwandte Instrumente einsetzen, um das Wachstum ihrer Ausgaben für stationäre Spitalleistungen zu begrenzen. Gemeinwirtschaftliche Leistungen und allfällige kantonale Investitionen im Spitalbereich werden hingegen separat finanziert. Die Datenlage lässt eine gesonderte Betrachtung der Entwicklung der kantonalen Ausgaben für stationäre Spitalleistungen jedoch nicht zu.

Drittens sind Globalbudgets und verwandte Instrumente grundsätzlich als geeignete Instrumente zur Mengen- und Ausgabensteuerung einzustufen. Aufgrund der Reduktion (bzw. Streichung) der (kantonalen) Vergütung für Fälle, welche die Budgetobergrenzen bzw. maximalen Leistungsmengen überschreiten, besteht für die Leistungserbringer kein Anreiz, medizinisch nicht-indizierte Leistungen zu erbringen.

Aus methodischen Gründen konnte die Studie B,S,S. (2019) die Wirkungen der besagten Instrumente auf die Entwicklung der Mengen und Kosten im akutstationären Spitalbereich nicht abschliessend untersuchen, d.h. ihren Effekt nicht vollständig von den Wirkungen alternativer Einflussfaktoren isolieren. In der Studie finden sich mehrere Hinweise, die eine im Vergleich zur linearen DRG-Vergütung dämpfende Wirkung von Globalbudgets und/oder verwandten Instrumenten auf Mengen und Kosten nahelegen. So verzeichnen Kantone mit Globalbudgets und/oder verwandten Instrumenten im Zeitraum 2012-2015 einen geringeren Anstieg der OKP-Fälle spitalstationär in der Akutsomatik (siehe Tabelle 7 sowie die Ausführungen auf S. 36-37 in B,S,S. 2019). Ausserdem schneiden Kantone mit Globalbudgets und/oder verwandten Instrumenten bei der Entwicklung der Ausgaben OKP spitalstationär deutlich besser ab, wenn man den Effekt der zwischen den beiden Kantonsgruppen zeitlich unterschiedlich verlaufenden Anhebung des kantonalen Finanzierungsanteils auf 55% herausrechnet (siehe Seite 41-42 sowie Tabelle 16 der Studie B,S,S.). Die Berücksichtigung der möglichen weiteren Einflussfaktoren des Ausgabenniveaus zu Beginn der Untersuchungsperiode und der Ausgangslage (d.h. der unter Umständen vorgezogenen Einführung einer leistungsorientierten Vergütung in Form von AP-DRG) deutet ebenfalls darauf hin, dass Kantone mit Globalbudgets und/oder verwandten Instrumenten bei der Entwicklung der Ausgaben OKP spitalstationär eine günstigere Entwicklung als die Vergleichsgruppe aufweisen (siehe Seite 37-41 der Studie B,S,S.). Diese Ergebnisse stellen Indizien dar, lassen sich jedoch nicht mit abschliessender Gewissheit interpretieren. Denn das gedämpfte Mengenwachstum könnte auch teilweise auf das höhere Ausgangsniveau zu Beginn der Untersuchungsperiode in Kantonen mit Globalbudgets und/oder verwandten Instrumenten, das gedämpfte Kostenwachstum teilweise auf die günstigere demografische Entwicklung in jenen Kantonen zurückzuführen sein (siehe S. 36 und S. 40-41 in B,S,S. 2019). Aus theoretischer Sicht ist es in jedem Fall klar begründet, von einer dämpfenden Wirkung dieser Instrumente auf das Mengen- und damit auch das Ausgabenwachstum auszugehen.

Artikel 51 KVG eröffnet den Kantonen damit die Möglichkeit, die pauschalisierte, leistungsorientierte Vergütung stationärer Spitalleistungen mit Regelungen zu ergänzen, die nicht nur mit den Prinzipien der Spitalfinanzierung vereinbar sind, sondern auch das Potential haben, einen wirksamen Beitrag zur Erreichung der Kostendämpfungsziele des KVG zu leisten.

Abschliessend sei auf die Vorlage für eine Zielvorgabe hingewiesen, welche der Bundesrat derzeit erarbeiten lässt. Diese soll der Kostenentwicklung in der OKP einen festen Rahmen geben.²² Würde die Zielvorgabe überschritten, könnten Korrekturmassnahmen zum Einsatz kommen. Mögliche Korrekturmassnahmen könnten ähnliche wie die in diesem Bericht betrachteten Instrumente sein. Es ist zu erwarten, dass im Kontext einer Zielvorgabe die Wirksamkeit dieser Instrumente und damit die Chancen für die Erreichung der Ziele einer *Eindämmung des Wachstums der OKP-Kosten spitalstationär und der OKP-Gesamtkosten* erhöht werden. Denn eine Zielvorgabe und damit auch allfällige Korrekturmassnahmen sollen sich auf alle Bereiche der Leistungserbringung, d.h. nicht nur auf den spitalstationären Bereich beziehen.

²² Siehe Medienmitteilung unter: <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen/rss-feeds/nach-themen/medienmitteilungen-und-reden.msg-id-74237.html>

Literaturverzeichnis

B,S,S. (2019): Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Auswirkungen der Revision auf die Kosten und die Finanzierung des Versorgungssystems. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). Autor/innen: Michael Lobsiger, Miriam Frey Basel: B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung.

Bundesrat (1991): Botschaft über die Revision der Krankenversicherung. BBl 1992 I 93 (-292).

GDK (2018): Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung unter Berücksichtigung der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung vom 21.12.2007 und der Rechtsprechung von 1.1.2012 bis 1.1.2018. Revidierte Version der vom Vorstand der GDK am 14.5.2009 verabschiedeten Empfehlungen, genehmigt von der GDK-Plenarversammlung vom 25.5.2018 (https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/aktuelles/empfehl/EM_2018/EM_Spitalplanung_totalrevidiert_20180525_def_d.pdf).

SGK-N (2014): 12.500 n Pa. Iv. Bortoluzzi. Streichung von Artikel 51 KVG. Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit vom 20. Februar 2014 (https://www.parlament.ch/centers/kb/Documents/2012/Kommissionsbericht_SGK-N_12.500_2014-02-20.pdf).