



Bern, 25. Mai 2022

Verbesserungspotenzial bei der Spitalfinanzierung und Hürden für die freie Spitalwahl

Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulats 21.3962 Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates vom 23. Juni 2021

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	2
Zusammenfassung.....	3
1 Ausgangslage	5
1.1 Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung.....	5
1.2 Postulat 21.3962 SGK-NR.....	5
2 Verbesserungspotenzial bei der Spitalfinanzierung.....	6
2.1 Spitalplanung	6
2.2 Wirtschaftlichkeit und Transparenz.....	9
2.3 Qualität.....	11
3 Hürden für die freie Spitalwahl	15
3.1 Referenztarife für ausserkantonale Hospitalisationen	15
3.2 Weitere Hürden für die freie Spitalwahl	18
4 Schlussfolgerungen	20
5 Literaturverzeichnis.....	21

Abkürzungsverzeichnis

ANQ	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BV	Bundesverfassung (SR 101)
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
EQK	Eidgenössische Qualitätskommission
EVG	Eidgenössisches Versicherungsgericht
GDK	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GWL	Gemeinwirtschaftliche Leistungen
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung (SR 832.10)
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung (SR 832.102)
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
SGK-NR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates
SPLG	Spitalplanungs-Leistungsgruppen
VKL	Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (SR 832.104)

Zusammenfassung

Verbesserungspotenzial bei der Spitalfinanzierung

Die Evaluation der Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) im Bereich der Spitalfinanzierung hat in verschiedenen Bereichen Verbesserungspotenzial bei der Spitalfinanzierung geortet, namentlich in den Bereichen kantonale Spitalplanung, Wirtschaftlichkeit und Transparenz, Informationen zur Qualität der stationären Spitalleistungen sowie Referenztarife für ausserkantonale Hospitalisationen. Der Bundesrat hat das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) beauftragt, die Umsetzungsdefizite mit den Akteuren aufzunehmen und ihm darüber Bericht zu erstatten. Der vorliegende Bericht zeigt, welche Massnahmen ergriffen wurden, um dieses Verbesserungspotenzial auszuschöpfen.

Bei der Spitalplanung hat die interkantonale Kooperation weiter zugenommen. Das Kooperations- und Koordinationspotenzial ist jedoch nach wie vor nicht ausgeschöpft. Mit einer Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102, AS 2021 439), die seit Anfang 2022 in Kraft ist, wurden die Planungskriterien weiterentwickelt. Die Weiterentwicklung schafft gute Voraussetzungen, damit die interkantonale Kooperation und Koordination in der Planung weiter intensiviert werden kann. Die weiterentwickelten Planungskriterien und die Massnahmen im Zusammenhang mit der KVG-Änderung zur Stärkung von Wirtschaftlichkeit und Qualität haben zudem die Grundlagen verbessert, damit der Aspekt der Qualität bei der Spitalplanung künftig stärker berücksichtigt werden kann.

Im Jahr 2020 haben Bund und Kantone erstmals die schweregradbereinigten Fallkosten der Schweizer Spitäler und Geburtshäuser veröffentlicht. Damit sind Bund und Kantone ihrer Verpflichtung nachgekommen, schweizweite Betriebsvergleiche zu veröffentlichen. Im Bereich der Wirtschaftlichkeit und Transparenz ist ein wesentlicher erster Schritt getan, um das Verbesserungspotenzial auszuschöpfen. Gleichzeitig fehlen insbesondere noch präzisere Regelungen und Grundsätze, damit die Tarifiermittlung einheitlich erfolgen kann. Diese sollen mit einer Änderung der KVV eingeführt werden und wurden bereits vernehmlasset. Aufgrund der Rückmeldungen analysiert das Bundesamt für Gesundheit (BAG) im Austausch mit den Stakeholdern zurzeit dieses Thema nochmals.

Im Bereich der Qualität ist davon auszugehen, dass mit der KVV-Änderung im Bereich der Planungskriterien und der Umsetzung der KVG-Änderung zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit gute Grundlagen geschaffen werden konnten, damit die Qualität auf gesamtschweizerischer Ebene weiterentwickelt werden kann, insbesondere hinsichtlich der Weiterentwicklung von national einheitlichen Qualitätsindikatoren, der vertieften Beobachtung der Qualitätsentwicklung und öffentlich zur Verfügung stehender Qualitätsinformationen.

Das Verbesserungspotenzial bei der Spitalfinanzierung ist zwar nach wie vor noch nicht vollständig ausgeschöpft. Es wurden jedoch verschiedene Massnahmen ergriffen, die zu Verbesserungen führen sollen. Die Umsetzung dieser Massnahmen ist abzuwarten. Darüber hinaus bestehen die rechtlichen Grundlagen und die notwendigen Prozesse sind etabliert, damit die Spitalfinanzierung laufend weiterentwickelt und das Verbesserungspotenzial weiter ausgeschöpft werden kann. Insgesamt besteht kein Handlungsbedarf bei der Spitalfinanzierung, der über die laufenden Aktivitäten hinausgeht.

Hürden für die freie Spitalwahl (Postulat 21.3962)

Der vorliegende Bericht soll zudem das Anliegen des Postulats 21.3962 der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (SGK-NR) erfüllen. Dieses beauftragt den Bundesrat, aufzuzeigen, wie die Hürden, welche die freie Spitalwahl beeinträchtigen, beseitigt werden können und ein gewisser Wettbewerb zwischen den Listenspitälern der Kantone gewährleistet werden kann.

Eines der Ziele der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung war, die Spitalwahl für die Versicherten zu erweitern, insbesondere um den kantonsübergreifenden Wettbewerb unter den Spitälern

Verbesserungspotenzial bei der Spitalfinanzierung und Hürden für die freie Spitalwahl

weiter zu stärken und die Kosten zu reduzieren. Die Versicherten können seither für die stationäre Behandlung unter den im Wohn- oder Standortkanton zugelassenen Spitälern frei wählen. Die Kantone sollen bei ausserkantonaler Behandlung dieselben Kosten übernehmen, die für eine vergleichbare Behandlung im Wohnkanton anfallen würden. Die Kantone legen dafür sogenannte Referenztarife fest. Unter anderem die Evaluation dieser KVG-Revision hat gezeigt, dass in diesem Bereich noch Hürden bestehen. Dazu zählen insbesondere Referenztarife, die in den Kantonen teilweise dem tiefsten Tarif für eine vergleichbare Behandlung entsprechen. Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) empfiehlt, den Referenztarif basierend auf einem Durchschnitt der kantonsinternen Tarife festzulegen. Die vom Parlament überwiesene Motion 18.3388 SGK-NR «Faire Referenztarife für eine schweizweit freie Spitalwahl» verlangt, dass für eine ausserkantonale Wahlbehandlung bei demselben Spitaltyp der maximale Tarif der Spitalliste des Wohnkantons für eine vergleichbare Behandlung vergütet werden soll, höchstens aber der Tarif des Standortspitals.

Im Rahmen des zweiten Pakets von Massnahmen zur Kostendämpfung wird der Bundesrat dem Parlament voraussichtlich 2022 eine KVG-Änderung vorschlagen, wonach sich der Referenztarif nach dem höchsten Tarif für eine vergleichbare stationäre Behandlung in einem Listenspital des Wohnkantons richtet. Dies stärkt den Wettbewerb und dämpft die Kostenentwicklung: Wählen die Versicherten ein ausserkantonales Spital, das günstiger ist als das teuerste Spital im Wohnkanton, sinken die Kosten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP), wenn dadurch mittelfristig das teuerste innerkantonale Spital nicht mehr für die Versorgung notwendig ist. Deshalb kann als Referenztarif der höchste Tarif auf der Spitalliste des Wohnkantons für eine vergleichbare Behandlung festgelegt werden.

Abgesehen davon besteht kein gesetzgeberischer Handlungsbedarf. Die anzustrebenden weiteren Verbesserungen, insbesondere die Möglichkeit, aufgrund von aussagekräftigen und verständlichen Informationen das Spital wählen zu können, können ohne Gesetzesanpassungen erreicht werden.

1 Ausgangslage

1.1 Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung

Die Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) vom 21. Dezember 2007 im Bereich der Spitalfinanzierung trat am 1. Januar 2009 in Kraft. Die Massnahmen der Revision werden mehrheitlich seit Anfang 2012 umgesetzt.

In den Jahren 2012 bis 2019 hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) eine umfangreiche Evaluation der Revision durchgeführt (BAG 2019). Die Evaluation hat in verschiedenen Bereichen Verbesserungspotenzial geortet. Der Bundesrat hat die Resultate der Evaluation am 3. Juli 2019 zur Kenntnis genommen und das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) beauftragt, die Umsetzungsdefizite mit den betroffenen Akteuren aufzunehmen und ihm darüber Bericht zu erstatten. Das BAG hat die Akteure (Kantone, Versicherer und Verband der Schweizer Spitäler H+) im Juni 2021 angeschrieben und aufgefordert, darzulegen, welche Massnahmen sie ergriffen haben, damit das Verbesserungspotenzial bei der Spitalfinanzierung ausgeschöpft werden kann. Am 24. September 2021 fand dazu ein Austausch mit den Akteuren statt.

In Ziffer 2 werden die in der Evaluation georteten Umsetzungsdefizite sowie die Massnahmen dargestellt, welche Bund, Kantone, Versicherer und Leistungserbringer ergriffen haben oder planen, um das Verbesserungspotenzial bei der Spitalfinanzierung ausschöpfen zu können. Darauf basierend zieht der Bundesrat in Ziffer 4 Schlussfolgerungen zum Umsetzungsstand und zum Handlungsbedarf bei der Spitalfinanzierung.

1.2 Postulat 21.3962 SGK-NR

Am 23. Juni 2021 hat die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK-NR) das Postulat 21.3962 «Hürden für die Spitalwahl ausserhalb des Wohnkantons abbauen» eingereicht. Das Postulat wurde am 16. September 2021 vom Nationalrat angenommen.

Eingereichter Text

Der Bundesrat wird beauftragt, aufzuzeigen, wie die Hürden, welche die freie Spitalwahl beeinträchtigen, beseitigt werden können und ein gewisser Wettbewerb zwischen den Listenspitälern der Kantone gewährleistet werden kann.

Dabei sind die gesetzgeberischen Ziele der neuen Spitalfinanzierung durchzusetzen, insbesondere dass

- Spitäler und Kliniken einzig auf der Spitalliste des Standortkantons stehen müssen;
- Versicherte bei Wahleingriffen Zugang zu allen Listenspitälern der Schweiz haben und sowohl vom Wohnsitzkanton wie von der Krankenversicherung den Beitrag zu Gute haben, den sie bei einer Behandlung im Wohnsitzkanton kosten würden.

Das Postulat wird in Ziffer 3 des vorliegenden Berichts behandelt, die Schlussfolgerungen des Bundesrates sind in Ziffer 4 dargestellt.

2 Verbesserungspotenzial bei der Spitalfinanzierung

In der vorliegenden Ziffer werden die in der Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung georteten Umsetzungsdefizite sowie die Massnahmen dargestellt, welche Bund, Kantone, Versicherer und Leistungserbringer ergriffen haben oder planen, um das Verbesserungspotenzial bei der Spitalfinanzierung ausschöpfen zu können.

Die KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung soll primär das Kostenwachstum im stationären Spitalbereich eindämmen, insbesondere indem der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern gefördert und die Wahlfreiheit der Versicherten gestärkt wird. Gleichzeitig sollen die Versicherten nach wie vor Zugang zu einer qualitativ hochstehenden Versorgung haben. Ein gebremstes Kostenwachstum im stationären Spitalbereich soll auch das Kostenwachstum der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) insgesamt dämpfen.

Die Evaluation hat gezeigt, dass die Massnahmen der Revision insgesamt in die gewünschte Richtung wirken. Sie hat keine Hinweise auf notwendige Gesetzesänderungen ergeben, kam aber zum Schluss, dass das Wirkungspotenzial der Revision noch nicht voll ausgeschöpft ist. Verbesserungspotenzial wurde insbesondere in folgenden Bereichen identifiziert: bei der Spitalplanung (Ziffer 2.1), bei der Wirtschaftlichkeit und Transparenz (Ziffer 2.2) und bei der Qualität (Ziffer 2.3). Zudem müssten die kantonalen Rahmenbedingungen für die erweiterte Spitalwahl optimiert werden. Handlungsbedarf besteht insbesondere bei den Referenztarifen für ausserkantonale Hospitalisationen. Dieser Handlungsbedarf wird in Ziffer 3 behandelt, da die Referenztarife eng mit der erweiterten Spitalwahl und mit dem Postulat 21.3962 SGK-NR zusammenhängen.

2.1 Spitalplanung

Die rechtlichen Bestimmungen zur Spitalplanung lassen den Kantonen einen grossen Spielraum. Die Evaluation hat gezeigt, dass die Kantone die Planungskriterien der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) unterschiedlich umsetzen, insbesondere hinsichtlich Wirtschaftlichkeit und Qualität. Die Kantone koordinieren ihre Aktivitäten zwar gesetzeskonform. Mit der Revision wurde aber letztlich nicht nur mehr Koordination, sondern auch eine verstärkte interkantonale Kooperation angestrebt, um eine über die Kantongrenzen hinausgehende Versorgung mit stationären Spitalleistungen sicherzustellen.

2.1.1 Interkantonale Kooperation und überregionale Versorgungsplanung

Die Evaluation hat bei der interkantonalen Kooperation und überregionalen Versorgungsplanung Optimierungspotenzial geortet. Das Gesetz regt zwar eine stärkere interkantonale Zusammenarbeit an, schreibt diese aber nur im Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM)¹ vor. Die Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass Überkapazitäten für die Kantone eher eine politische als eine regulatorische Herausforderung darstellen. Im Schlussbericht der Evaluation wurde empfohlen, die bestehende Kantonsbezogenheit der Spitalplanungen zu überwinden, um Überkapazitäten zu reduzieren und Spezialisierung sowie die Qualitätsentwicklung zu fördern. Dazu wäre von den Kantonen eine Regionalisierung der Planung (im Sinne einer überregionalen Versorgungsplanung) anzustreben. Zeitlich harmonisierte Spitalplanungen würden die interkantonale Koordination weiter erleichtern.

¹ Die Kantone haben sich im Rahmen der Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM, GDK 2008) zur gemeinsamen Planung der HSM verpflichtet.

Verbesserungspotenzial bei der Spitalfinanzierung und Hürden für die freie Spitalwahl

Massnahmen auf Bundesebene

Der Bundesrat hat am 23. Juni 2021 eine Änderung der KVV verabschiedet.² Die neuen Bestimmungen sind am 1. Januar 2022 in Kraft getreten. Die Änderung entwickelt die Planungskriterien (Art. 58ff. KVV) weiter und ermöglicht es den Kantonen, ihre Planungen besser zu koordinieren. Im Rahmen der koordinierten Planung nach Artikel 39 Absatz 2 KVG müssen die Kantone das Konzentrationspotenzial der Leistungen zur Stärkung von Wirtschaftlichkeit und Qualität der stationären Leistungserbringung im Spital – das zentrale Ziel einer Planung nach KVG – neu auch über die Kantonsgrenzen hinaus beachten; beispielsweise um Leistungen in bestimmten Leistungsgruppen in einem Kanton zu konzentrieren, anstatt diese in beiden Kantonen parallel zu erbringen. In diesem Sinne muss ein Kanton seine Planung mit denjenigen Kantonen koordinieren, mit denen die Koordination der Planungsmassnahmen zu einer Stärkung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungserbringung im Spital führen kann. Je mehr die Kantone auch zeitlich koordiniert planen, desto grösser ist ihr Handlungsspielraum, um das Potenzial der ausserkantonalen Versorgung optimal in Anspruch nehmen zu können – beispielweise dank mehr Flexibilität bei der Konzentration von Leistungsgruppen oder bei der Schaffung von überkantonalen Angeboten.

Massnahmen der Kantone

Die interkantonale Kooperation im Bereich Spitalplanung ist ein längerfristiger Prozess. Seit Abschluss der Evaluation im Jahr 2019 sind dennoch mehrere Fortschritte zu beobachten: Beispielsweise haben die Ostschweizer Kantone eine Absichtserklärung betreffend Zusammenarbeit in der Planung der stationären Gesundheitsversorgung in der Ostschweiz verabschiedet.³ Für 2021 haben zwei Kantone (Basel-Stadt und Basel-Landschaft) erstmals eine gemeinsame Spitalliste erlassen. Mehrere Kantone tauschen sich regelmässig über relevante Themen der Spitalplanung aus und bilden gemeinsame Arbeitsgruppen. Es gibt auch Kantone, die gemeinsam Spitäler betreiben. Gleichzeitig weisen einige Kantone wie beispielsweise die Uri oder Tessin darauf hin, dass eine überregionale Versorgungsplanung für sie nur bedingt sinnvoll sei, insbesondere aufgrund der geografischen Gegebenheiten.

Das Spitalplanungs-Leistungsgruppen-Konzept (SPLG-Konzept) des Kantons Zürich wird inzwischen von allen Kantonen für die Planung der Akutsomatik verwendet.⁴ Alle Kantone folgen somit den Empfehlungen der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). Damit ist eine gewisse Vereinheitlichung der Anforderungen an die Spitalplanung sichergestellt, was eine gute Grundlage für weitergehende Kooperationen bilden kann. Das SPLG-Konzept beschränkt sich bis anhin auf die Akutsomatik, eine schweizweit einheitliche Systematik fehlt noch für die Bereiche der Psychiatrie und der Rehabilitation. Entsprechende Arbeiten bei der GDK sind aber im Gang. Herausforderung für ein einheitliches Konzept für die Rehabilitation ist, dass sich das Verständnis von «Rehabilitation» unter den Kantonen unterscheidet, vor allem zwischen der Westschweiz und der Deutschschweiz. Bei der GDK laufen derzeit Arbeiten, um ein überkantonal einheitliches Verständnis sowie eine einheitliche Planungssystematik zu erarbeiten.

2.1.2 Qualitätskriterien in der Spitalplanung

Die Auflagen der KVV, die zum Zeitpunkt der Evaluation zur Berücksichtigung der Qualitätskriterien in der Spitalplanung bestanden, liessen den Kantonen viel Spielraum. Entsprechend bestanden zwischen den Kantonen erhebliche Unterschiede, ob und in welchem Umfang sie Qualitätskriterien im Rahmen der Spitalplanung berücksichtigen. Einige Kantone gaben als Grund für ihre Zurückhaltung in diesem Zusammenhang auch inhaltliche Unklarheiten bezüglich der Auswahl und Interpretation geeigneter

² AS 2021 439

³ Die Absichtserklärung unterzeichnet haben die Kantone Graubünden, St.Gallen, Thurgau, Glarus und die beiden Appenzell.

⁴ Einzelne Kantone haben das Konzept leicht angepasst (z. B. der Kanton Bern, dessen Anpassungen auch von anderen Kantonen übernommen wurden).

Verbesserungspotenzial bei der Spitalfinanzierung und Hürden für die freie Spitalwahl

Qualitätskriterien an. Notwendig sind deshalb laut Evaluation eine einheitliche Definition und eine Vereinheitlichung der Anwendung von validen Qualitätsindikatoren für die Spitalplanung, insbesondere im Rahmen von Betriebsvergleichen. Darüber hinaus sollten Überprüfungen und Sanktionierungen vorgesehen werden, wenn Spitäler die Vorgaben nicht erfüllen. Subsidiär wären Vorgaben von einheitlichen Qualitätsstandards durch den Bund denkbar, falls die Umsetzung durch die Kantone ungenügend bleibt.

Massnahmen auf Bundesebene

Im Rahmen der KVV-Änderung vom 23. Juni 2021 hat der Bundesrat die Mindestanforderungen zur Beurteilung der Qualität der Einrichtungen präzisiert. Die Mindestanforderungen beziehen sich auf die Qualität der Strukturen, der Prozesse sowie der Ergebnisse. Sie sollen sicherstellen, dass die Zulassung schweizweit nach einheitlichen Anforderungen erfolgt und gleichzeitig dazu beitragen, die Zahl der unerwünschten Ereignisse zu reduzieren. Ausserdem können die Ergebnisse national durchgeführter Qualitätsmessungen als Kriterien für die Spitalplanung berücksichtigt werden.

Massnahmen der Akteure

Die GDK empfiehlt, das SPLG-Konzept des Kantons Zürich bei der Spitalplanung zu verwenden. Das SPLG-Konzept beinhaltet auch (generelle und insbesondere leistungsspezifische) Anforderungen im Bereich Qualität. Inzwischen wenden alle Kantone dieses Konzept an. Deshalb ist grundsätzlich davon auszugehen, dass die Kantone auch ähnliche Anforderungen im Bereich der Qualität stellen. Zudem hat die GDK im Rahmen ihrer Empfehlungen zur Spitalplanung spezifische Empfehlungen zur Qualität formuliert.

Alle Kantone verpflichten ihre Listenspitäler, an den Messungen des nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) teilzunehmen (mit gewissen Dispensationskriterien). Mit den Resultaten der schweizweit einheitlichen Messungen und den SPLG-Kriterien stehen den Kantonen somit grundsätzlich einheitliche Entscheidungsgrundlagen zur Verfügung. Mehrere Kantone sehen Massnahmen vor, wenn ihre Spitäler die qualitativen Anforderungen nicht erfüllen.

H+ und die Verbände der Versicherer erarbeiten zudem zurzeit in Umsetzung von Artikel 58a KVG einen Qualitätsvertrag, der die Spitäler zu Qualitätsverbesserungsmassnahmen in verschiedenen Themenbereichen verpflichtet. Vom Qualitätsvertrag wird eine stärkere Verbindlichkeit und Einheitlichkeit bezüglich Qualitätskriterien und der Umsetzung von Qualitätsverbesserungsmassnahmen erwartet. Potenziell werden die einheitlicheren Qualitätskriterien die Basis für interkantonale Vergleiche zwischen den Spitälern erweitern und können auch im Rahmen der Spitalplanung berücksichtigt werden.

2.1.3 Zwischenfazit Spitalplanung

Die meisten Kantone koordinieren ihre Spitalplanungen mit ihren Nachbarkantonen, allerdings unterschiedlich intensiv. Während für einige Kantone eine gemeinsame, interkantonale Spitalplanung bereits Realität ist oder ein entsprechender Prozess im Gange ist, sehen andere Kantone Erschwernisse, insbesondere geografische Gegebenheiten, für eine (weitergehende) interkantonale Koordination bei der Spitalplanung. Die Kantone sehen sich insgesamt unterschiedlich vom Erfordernis einer überregionalen Versorgungsplanung betroffen und beteiligen sich entsprechend unterschiedlich daran. Die Kooperation bei der Akutsomatik scheint am weitesten fortgeschritten; einzelne Kantone planen auch im Bereich der Psychiatrie zusammen. Obwohl es sich bei der Spitalplanung um einen längerfristigen Prozess handelt, kann konstatiert werden, dass die interkantonale Kooperation seit 2019 weiter zugenommen hat. Der Bundesrat ist weiterhin der Ansicht, dass die Kantone das Potenzial für die Gestaltung einer wirtschaftlicheren und qualitativ besseren Spitallandschaft durch eine erhöhte Koordination der kantonalen Planungen noch stärker ausschöpfen sollten. Mit den weiterentwickelten Spitalplanungskriterien (KVV-Änderung vom 23.6.2021, in Kraft seit 1.1.2022) wurden die Voraussetzungen verbessert, um die interkantonale Kooperation und Koordination in der Planung weiter zu intensivieren.

Verbesserungspotenzial bei der Spitalfinanzierung und Hürden für die freie Spitalwahl

Obwohl alle Kantone das SPLG-Konzept anwenden, ist die Intensität dieser Anwendung unterschiedlich und damit auch die Bedeutung der Qualitätskriterien. Die Fortschritte in der Koordination der Spitalplanung, wie sie oben dargelegt wurden, tragen aber dazu bei, dass die Qualitätskriterien grundsätzlich einheitlicher angewendet werden. Es ist davon auszugehen, dass Fortschritte bei der interkantonalen Koordination der Spitalplanung auch zu einer einheitlicheren Anwendung von Qualitätskriterien führen werden. Zudem werden die weiterentwickelten Spitalplanungskriterien und die KVG-Änderung zur Stärkung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit in den nächsten Jahren weitere Fortschritte ermöglichen.

2.2 Wirtschaftlichkeit und Transparenz

Die Evaluation hat gezeigt, dass sich die Datenqualität in den vergangenen Jahren verbessert hat und mehr Kennzahlen zur Beurteilung der Kosten stationärer Spitalleistungen zur Verfügung stehen. Bei der Transparenz bezüglich Wirtschaftlichkeit bestanden jedoch nach wie vor Lücken betreffend Umfang, Qualität und zeitnahe Verfügbarkeit von Kennzahlen. Die Kennzahlen, welche für die Tariffindung nützlich sein könnten, waren nur beschränkt vergleichbar. Entsprechend war die Tarifiermittlung nicht einheitlich. Die Transparenz könnte laut Evaluation verbessert werden, wenn einheitliche Daten vorliegen und Methoden angewendet würden und wenn das Kriterium «Wirtschaftlichkeit» einheitlich operationalisiert würde. Zum Zeitpunkt der Evaluation waren noch keine schweizweiten Betriebsvergleiche zu den Kosten durchgeführt und veröffentlicht worden.

2.2.1 Einheitliche Definition und Erfassungs- und Bewertungsmethoden von GWL

Die Abgrenzung der Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) dient einer besseren Vergleichbarkeit der Spitäler. Diese Form der Finanzierung geht über die leistungsorientierte Vergütung von Leistungen nach KVG hinaus, beeinflusst aber die finanzielle Situation der Spitäler und kann insbesondere dann zu Wettbewerbsverzerrungen führen, wenn die GWL nicht klar definiert sind, wenn die GWL in ihrer Höhe nicht nachvollziehbar sind oder wenn die GWL von Leistungen nach KVG und deren Finanzierung nicht klar abgegrenzt sind. Im Schlussbericht der Evaluation wird empfohlen, dass die Kantone die Definition und die Erfassungs- und Bewertungsmethoden der GWL soweit als möglich vereinheitlichen und ihre Investitionsbeiträge an Spitäler transparent machen. Dies würde zu unverzerrten Betriebsvergleichen bei der Tarifbildung beitragen.

Rückmeldungen der Akteure

Die Kantone haben grossmehrheitlich angegeben, sich auf die Empfehlungen der GDK zur Wirtschaftlichkeitsprüfung (GDK 2019b) und auf die Instrumente von H+⁵ zu stützen. Auch haben die Kantone mehrheitlich mitgeteilt, dass GWL von den Leistungen nach KVG klar abgegrenzt und transparent ausgewiesen würden. Dennoch würden einige Kantone, H+ und Curafutura klarere Vorgaben auf Bundesebene begrüßen, damit eine einheitliche Definition und Erfassung von GWL sichergestellt ist. Aus Sicht von Santésuisse ist die Transparenz bei den GWL noch verbesserungswürdig. Insbesondere müssten die Spitäler ihre Kosten transparenter und einheitlicher ausweisen.

Massnahmen auf Bundesebene und Zwischenfazit

Auf Bundesebene wurden keine konkreten Massnahmen ergriffen, um die Transparenz bei den GWL zu verbessern. In seinem Bericht vom 3. Juli 2019 in Erfüllung der Motion 16.3623 SGK-SR «Transparenz bei der Spitalfinanzierung durch die Kantone» (Bundesrat 2019) hat der Bundesrat aufgezeigt, dass bei den GWL keine Handlungsmöglichkeit auf Bundesebene besteht. Nach der geltenden, in der

⁵ Namentlich auf das integrierte Tarifmodell auf Kostenträgerrechnungsbasis (ITAR_K), um die Kosten für stationäre Leistungen nach KVG herzuleiten. Zahlreiche Kantone verlangen von ihren Spitälern ein REKOLE-Zertifikat, Dieses weist aus, dass Leistungserfassung und Kostenermittlung in der Betriebsbuchhaltung nach einer einheitlichen Methodik erfolgen. H+ überarbeitet zurzeit die Vorgaben zur Verbuchung von GWL. Gemäss H+ werden die Instrumente künftig sicherstellen, dass GWL detailliert erfasst werden.

Verbesserungspotenzial bei der Spitalfinanzierung und Hürden für die freie Spitalwahl

Bundesverfassung (BV; SR 101) festgehaltenen Kompetenzausscheidung ist die Gesundheitsversorgung eine öffentliche Aufgabe der Kantone. Die Kompetenz des Bundes bezüglich der Regelung von GWL beschränkt sich darauf, die rechtlichen Grundlagen für die Ausscheidung der durch solche Leistungen verursachten Kosten und damit die Voraussetzungen für die einheitliche Abgeltung der effizienten Kosten der KVG-Leistungen zu schaffen.⁶ Daraus ergibt sich, dass der Bund die GWL nicht definieren kann und daher die Kantone und Spitalträger frei entscheiden können, welche Aufträge für GWL sie erteilen.⁷

Zentral ist somit eine sachgerechte Abgrenzung, so dass die GWL die Tarifiermittlung für Leistungen nach KVG nicht beeinflussen. In der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL; SR 832.104) hat der Bund die rechtlichen Voraussetzungen für die einheitliche Kostenausscheidung und Leistungserfassung geschaffen. Im Rahmen ihrer gesetzlich verankerten Kompetenz, Tarifverträge zu genehmigen oder festzusetzen, müssen die Kantone sicherstellen, dass die Tarifverträge die gesetzlichen Anforderungen erfüllen (Art. 46 Abs. 4 KVG).

2.2.2 Grundlagen und Veröffentlichung schweizweiter Betriebsvergleiche

Die Kantone nutzen die Fallkosten pro Spital für die Erstellung der Spitallisten, für die Vergabe von Leistungsaufträgen sowie für das Benchmarking bei der Genehmigung oder Festsetzung von Tarifen. Auch die Tarifpartner und die Preisüberwachung nutzen diese für ihre Benchmarkings im Rahmen der Tarifverhandlungen. Die angewandten Benchmarkings beruhen aber gemäss Evaluation auf unterschiedlichen Effizienzmassstäben und Verfahren. Im Schlussbericht der Evaluation wird empfohlen, dass Kantone, Versicherer, Spitäler und die Preisüberwachung dieses Vorgehen vereinheitlichen. Beispielsweise könnten sich die Kantone auf eine Methode zur Erfassung der Leistungen einigen. Insbesondere im Rahmen der Spitalplanung müssten zudem systematisch qualitätsbezogene Betriebsvergleiche durchgeführt werden.

Artikel 49 Absatz 8 KVG verpflichtet den Bundesrat, in Zusammenarbeit mit den Kantonen einen schweizweiten Betriebsvergleich insbesondere zu Kosten und medizinischer Ergebnisqualität anzuordnen und diesen zu publizieren. Die Umsetzung stand zum Zeitpunkt der Evaluation noch aus. Schweizweite Betriebsvergleiche bedingen die Mitwirkung der Spitäler und der Kantone und entsprechende Daten müssen verfügbar sein.

Massnahmen

Die Krankenversicherer weisen darauf hin, dass die Kantone teilweise unterschiedliche Kostenrechnungsdaten erhalten würden, was einen schweizweiten Vergleich der Fallkosten erschwere. Die Kantone verweisen im Zusammenhang mit dem Vergleich der Fallkosten insbesondere auf die GDK-Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung und auf den Datenaustausch zwischen den Kantonen, den sie im Jahr 2015 etabliert haben. Hierbei werden von den Kantonen plausibilisierte Kostendaten der Spitäler in einem Datenpool zusammengefasst. Die Kantone nutzen den Datenpool insbesondere im Zusammenhang mit der Tarifiermittlung (Benchmarking). Er bildet zudem die Grundlage für die Veröffentlichung der Betriebsvergleiche (Fallkosten der akutsomatischen Spitäler) durch Bund und Kantone.

Bund und Kantone sind ihrer Verpflichtung, schweizweite Betriebsvergleiche zu den Kosten zu publizieren, nachgekommen und haben gemeinsam im Jahr 2020 erstmals die schweregradbereinigten Fallkosten der Schweizer Spitäler und Geburtshäuser veröffentlicht.⁸ Seit 2009 werden auf Bundesebene

⁶ Vgl. Bestimmungen des KVG zu den GWL (Art. 49 Abs. 3 KVG)

⁷ Vgl. Stellungnahme des Bundesrates zum Postulat 18.3149 Frehner «Die gemeinwirtschaftlichen Leistungen bestimmen».

⁸ Siehe Internetseite des BAG «[Publikation der Fallkosten der Spitäler](#)» unter www.bag.admin.ch > Versicherungen > Krankenversicherung > Leistungen und Tarife > Spitalbehandlung > Publikation der Fallkosten der Spitäler.

Verbesserungspotenzial bei der Spitalfinanzierung und Hürden für die freie Spitalwahl

zudem Qualitätsindikatoren für die stationäre Akutsomatik veröffentlicht.⁹ Die Qualitätsindikatoren sollen durch die Eidgenössische Qualitätskommission (EQK) weiterentwickelt werden (siehe Ziffer 2.3). Die veröffentlichten Zahlen beschränken sich zurzeit somit auf die akutsomatischen Spitäler.

Um eine schweizweit einheitliche Ermittlung der generellen Orientierungsbasis für die anschliessende kostenbasierte, spitalindividuelle Preisfindung sicherzustellen, ist eine Änderung der relevanten Bestimmungen der KVV und der VKL vorgesehen. Damit können die Fallkosten künftig einheitlich hergeleitet werden, welche für ein Benchmarking relevant sind. Im Jahr 2020 wurde eine Vernehmlassung zu einer entsprechenden Vorlage durchgeführt. Nach Auswertung der Vernehmlassung wurde die Frage der Tarifiermittlungsgrundsätze für eine vertiefte Analyse im Austausch mit den Stakeholdern zurückgenommen.

Zwischenfazit

Bei den Betriebsvergleichen ist mit der Publikation der Fallkosten ein erster Schritt getan. Gleichzeitig fehlen noch einheitliche Regelungen zur Tarifiermittlung. Die Ergänzung der Grundsätze der Tarifiermittlung im stationären Bereich der Spitäler und in Geburtshäusern soll sicherstellen, dass die Akteure die Tarife künftig schweizweit transparent nach einer einheitlichen Methodik, einschliesslich eines einheitlichen Effizienzmassstabs, ermitteln können.

2.3 Qualität

Nach der Evaluation hat die KVG-Revision dazu beigetragen, dass mehr Kennzahlen zur Qualität stationärer Spitalleistungen öffentlich zur Verfügung stehen. Die Akteure haben zudem, auch unabhängig von der Revision, ihre Bemühungen verstärkt, um die Qualität besser beurteilen zu können. Die Evaluation hat jedoch Lücken betreffend Spektrum, Akzeptanz und zeitnahe Verfügbarkeit von Kennzahlen identifiziert. Optimierungsbedarf besteht dabei hinsichtlich schweizweit gültiger und akzeptierter Qualitätskriterien sowie deren patientengerechter Kommunikation. Dabei mangelt es insbesondere bei der Ergebnisqualität an allgemein anerkannten Indikatoren. Zudem führen die Kantone bei der Spitalplanung noch zu wenig systematisch qualitätsbezogene Betriebsvergleiche durch (siehe hierzu Ziffern 2.1.2 und 2.2.2). Schliesslich könnten Kantone und Versicherer Qualitätsvorgaben stärker überprüfen und durchsetzen.

2.3.1 Weiterentwicklung und patientengerechte Kommunikation von Qualitätsindikatoren

Im Schlussbericht der Evaluation wurde empfohlen, dass der Bund, in Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern und Kantonen, die Entwicklung akzeptierter Indikatoren, insbesondere zur Ergebnisqualität, vorantreibt. Zudem waren die verfügbaren Qualitätsinformationen auf den Vergleichsportalen, welche zum Zeitpunkt der Evaluation verfügbar waren, für Patientinnen und Patienten wenig verständlich. Deshalb müssten die verfügbaren Qualitätsinformationen patientengerechter aufbereitet und kommuniziert werden. Damit könnten die Versicherten als Nachfragende von stationären Spitalleistungen unterstützt werden, die ihnen zugeordnete Rolle bei der Spitalwahl stärker zu nutzen (vgl. hierzu Ziffer 3.2). Im Schlussbericht der Evaluation wurde empfohlen, die Kommunikation von Qualitätsindikatoren auf Bundesebene zu fördern, in Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern, Patientenorganisationen und Kantonen.

⁹ Siehe Internetseite des BAG «[Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler](http://www.bag.admin.ch)» unter www.bag.admin.ch > Zahlen & Statistiken > Spitäler: Zahlen und Fakten > Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler.

Verbesserungspotenzial bei der Spitalfinanzierung und Hürden für die freie Spitalwahl

Massnahmen auf Bundesebene

Für die akutsomatischen Spitäler veröffentlicht das BAG bereits seit 2009 auf nationaler Ebene Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler. Sie sollen insbesondere im Zusammenhang mit der Umsetzung der Qualitätsstrategie und der KVG-Änderung zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit von der EQK weiterentwickelt werden, damit allen Akteuren systematische, aufbereitete und valide Qualitätsindikatoren zur Verfügung stehen. Der Bundesrat hat die EQK beauftragt, die medizinischen Qualitätsindikatoren weiterzuentwickeln (Jahresziel 2021-04). Die Weiterentwicklung umfasst auch Indikatoren für den Spitalbereich. In den Bereichen Psychiatrie und Rehabilitation kann die Weiterführung und -entwicklung von Indikatoren in den Bereichen der Qualität und der Kosten allenfalls auch im Rahmen einer vorgesehenen Studie zur Einführung der beiden stationären Tarifstrukturen TARPSY und ST Reha überprüft werden.¹⁰

Massnahmen der Akteure

Die Kantone und die Versicherer haben bei den Qualitätsindikatoren grossmehrheitlich keine eigenen Massnahmen ergriffen.¹¹ Sie verweisen insbesondere auf schweizweit bestehende Grundlagen (Qualitätsindikatoren des BAG und ANQ-Messungen). Einige Kantone publizieren Qualitätsberichte, um den Versicherten Qualitätsinformationen zur Verfügung zu stellen.

Zudem bieten verschiedene Plattformen Informationen zu den Spitälern. Die Spitalinformationsplattform von H+¹² umfasst insbesondere Informationen zum Leistungsangebot der Spitäler und zur Qualität (Qualitätsberichte). Die Plattform von Santésuisse¹³ bündelt die derzeit in der Schweiz öffentlich verfügbaren Indikatoren zur medizinischen Behandlungsqualität und Patientenzufriedenheit der Spitäler. Der ANQ publiziert die Resultate seiner Messungen pro Spital auf seiner Internetseite.¹⁴

Zwischenfazit

Patientengerechte und verständliche Qualitätsinformationen für Versicherte sind anspruchsvoll. Obwohl die Akteure ihre bestehenden Plattformen weiterentwickeln, besteht in diesem Bereich noch Verbesserungspotenzial. Die KVG-Änderung zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit bildet eine neue Grundlage, um die Informationen über die Qualität zu verbreiten. Gewisse Anstrengungen sind somit merklich, ein Optimierungspotenzial besteht aber noch. Es ist davon auszugehen, dass die KVG-Änderung zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit, die Arbeiten der EQK sowie die Anstrengungen der Akteure in den nächsten Jahren zu weiteren Fortschritten sowohl bei den Qualitätsindikatoren als auch bei deren patientengerechten Kommunikation führen werden. Da die rechtlichen Grundlagen für weitere Verbesserungen vorhanden sind, besteht auf gesetzgeberischer Ebene kein Handlungsbedarf.

2.3.2 Überwachung der Entwicklung der Qualität

Im Schlussbericht der Evaluation wurde empfohlen, weiterhin und vertiefter zu beobachten, wie sich die Qualität der spitalstationären Leistungen entwickelt, einschliesslich der Übergänge in den nachsorgenden Bereich.

Massnahmen

Eine Reihe von Massnahmen wurde ergriffen, um die Qualität weiterzuentwickeln und die Entwicklung im stationären Spitalbereich sowie am Übergang in den nachsorgenden Bereich zu beobachten. Die

¹⁰ Vgl. Konzeptstudie zur Untersuchung der Einführung von TARPSY und ST Reha (BASS 2018).

¹¹ Einige Kantone haben angegeben, dass sie die Qualitätsindikatoren weiterentwickeln würden (gemeinsames Projekt zur Weiterentwicklung der Qualitätsindikatoren der Kantone Basel-Landschaft, Basel-Stadt, Bern und Solothurn).

¹² www.spitalinfo.ch

¹³ www.spitalfinder.ch

¹⁴ www.anq.ch

Verbesserungspotenzial bei der Spitalfinanzierung und Hürden für die freie Spitalwahl

Massnahmen stehen insbesondere im Zusammenhang mit der KVG-Änderung zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit.

- Zahlreiche Kantone geben an, dass sie ein systematisches Qualitätsmonitoring durchführen. Ein Teil der Kantone verlangt eine Qualitätsstrategie oder einen periodischen Qualitätsbericht von seinen Spitälern.
- Die Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler des BAG werden mittels einer national und international anerkannten Analyseverfahren gebildet, welche die Sterblichkeitsraten bestimmter, sehr spezifisch definierter Operationen misst und die Vergleichbarkeit zwischen Spitälern gewährleistet. Die Indikatoren ermöglichen es Spitälern, sich zum Beispiel im Rahmen von *Peer Reviews* zu vergleichen und bei Bedarf Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten. Dies wirkt sich positiv auf die Qualität der stationären Spitalbehandlung und letztlich auf die Gesundheit der Patientinnen und Patienten aus.
- Der Bundesrat hat im Zusammenhang mit der KVG-Änderung zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit für die EQK die Jahresziele 2021 beschlossen. Dazu gehören insbesondere die Jahresziele 2021-03 und 2021-04, aufgrund derer die EQK Grundlagenarbeiten zur Festlegung einer systematischen Qualitätsmessung und -überwachung (Monitoring) auf nationaler Ebene ausführt und ein Konzept für systematische Qualitätsmessung und -überwachung betreffend die Weiterentwicklung von medizinischen Qualitätsindikatoren, welche sich auch auf den Spitalbereich beziehen sollen, erstellt.
- Schliesslich sieht die KVG-Änderung zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit gesamtschweizerisch geltende Qualitätsverträge zwischen den Leistungserbringerverbänden und den Versicherern vor (Art. 58a KVG). In den Verträgen halten die Vertragspartner insbesondere fest, welche Qualitätsmessungen sie durchführen und inwiefern die Resultate der Messungen veröffentlicht werden, welche Massnahmen sie zur Qualitätsentwicklung vorsehen und wie sie überprüfen, ob Verbesserungsmaßnahmen eingehalten werden. Die Verträge werden zurzeit verhandelt.¹⁵ Der Bundesrat erhält die Qualitätsverträge zur Genehmigung und die Qualitätsvertragspartner informieren ihn jährlich in einem Bericht zum Stand der Qualitätsentwicklung.
- Die Tarifpartner haben einen Entwurf des Qualitätskonzepts mit dem Gesuch um Genehmigung der aktuellen stationären Tarifstrukturen eingereicht. Der Bund hat die Tarifpartner aufgefordert, das erarbeitete Qualitätskonzept unter Berücksichtigung der Vorgaben in Artikel 58a KVG in den Qualitätsvertrag zu integrieren, der bis am 1. April 2022 zur Genehmigung einzureichen ist. Im Vertrag sei darüber hinaus explizit auf die in Artikel 59d Absatz 1 Buchstabe b KVV erwähnten «Instrumente und Mechanismen zur Gewährleistung der Qualität der Leistungen im Rahmen der Tarifierung» einzugehen. Das Vorliegen eines genehmigten Qualitätsvertrags werde zukünftig mit der Erfüllung von Artikel 59d Absatz 1 Buchstabe b KVV gleichgesetzt.
- Das Handlungsfeld «Patientenzentriertheit» der Qualitätsstrategie des Bundesrates soll bewirken, dass die Leistungen nach den jeweiligen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten koordiniert werden. Leistungen der Grund- und der spezialisierten Versorgung werden heute oft von unterschiedlichen Leistungserbringern erbracht. Um die Leistungen patientenzentriert zu gestalten sowie eine integrierte Behandlung und Pflege aufzubauen, sind eine verstärkte Abstimmung zwischen den Leistungserbringern sowie ein bedeutender kultureller und organisatorischer Wandel erforderlich. Um die Grundlagen für entsprechende Verbesserungsmaßnahmen zu schaffen, sollen insbesondere Studien durchgeführt werden, welche die Hindernisse für eine Koordination der Leistungen systematisch untersuchen.

¹⁵ Gemäss Curafutura soll zusätzlich zu den ANQ-Messungen (Prozess- und Outcome-Indikatoren) auch die Qualitätsentwicklung in der Leistungserbringung der Spitäler in acht definierten Themenbereichen monitorisiert und öffentlich publiziert werden.

Verbesserungspotenzial bei der Spitalfinanzierung und Hürden für die freie Spitalwahl

- Die Frage der Versorgung nach einem akutsomatischen/stationären Spitalaufenthalt, inklusive der Akut- und Übergangspflege, wurde im Rahmen der Diskussionen zur Pflegefinanzierung aufgenommen. Eine laufende Studie untersucht insbesondere, ob das bestehende Instrumentarium anzupassen ist. Zudem kann die Versorgung nach einem Spitalaufenthalt im Rahmen des Jahresziels 2021-03 der EQK «Grundlagenarbeiten zur Festlegung einer systematischen Qualitätsmessung und -überwachung (Monitoring) auf nationaler Ebene» berücksichtigt werden.

Zwischenfazit

Die Akteure haben verschiedene Schritte in Richtung eines systematischen Monitorings der Qualität unternommen. Die Kantone verwenden dafür insbesondere Kennzahlen, die schweizweit verfügbar sind (Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler, Resultate der ANQ-Messungen). Die Arbeiten sind jedoch noch zu wenig koordiniert. Vergleiche, die über die Kantonsgrenzen hinausgehen, sind deshalb noch eine Ausnahme. Mit der KVG-Änderung zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit wurde eine gute Grundlage geschaffen, damit national einheitliche Indikatoren stärker etabliert und im Rahmen eines systematischen Monitorings auf gesamtschweizerischer Ebene verwendet werden können. Die Änderung verpflichtet alle beteiligten Akteure, Massnahmen zu ergreifen, um die notwendige Qualität weiterhin gewährleisten und verbessern zu können.

3 Hürden für die freie Spitalwahl

Die erweiterte Spitalwahl für Versicherte bei ausserkantonalen Hospitalisationen ist eine wichtige Massnahme der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Die erweiterte Spitalwahl wird seit dem 1. Januar 2012 umgesetzt. Seither können die versicherten Personen für die stationäre Behandlung unter den Spitälern, welche auf der Spitalliste des Wohn- oder des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspitäler), frei wählen. Der Versicherer und der Wohnkanton übernehmen bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt.

Das Postulat 21.3962 SGK-NR «Hürden für die Spitalwahl ausserhalb des Wohnkantons abbauen», welches vom Nationalrat am 16. September 2021 angenommen wurde, beauftragt den Bundesrat, aufzuzeigen, wie die Hürden, welche die freie Spitalwahl beeinträchtigen, beseitigt werden können und wie ein gewisser Wettbewerb zwischen den Listenspitälern der Kantone gewährleistet werden kann. Dabei seien die gesetzgeberischen Ziele der neuen Spitalfinanzierung durchzusetzen, insbesondere, dass Spitäler und Kliniken einzig auf der Spitalliste des Standortkantons stehen müssen, dass Versicherte bei Wahleingriffen Zugang zu allen Listenspitälern der Schweiz haben und sie sowohl vom Wohnkanton wie von der Krankenversicherung den Beitrag zu Gute haben, den sie bei einer Behandlung im Wohnkanton kosten würden.

3.1 Referenztarife für ausserkantonale Hospitalisationen

Ausgangslage

Die Kantone sind bereits seit der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung verpflichtet, bei ausserkantonalen Wahlbehandlungen in einem Listenspital eines anderen Kantons den Tarif eines ihrer Listenspitäler, welches die betreffende Behandlung erbringt, als sogenannten Referenztarif heranzuziehen. Wie dieser Referenztarif festzulegen ist, wenn mehrere Listenspitäler des Wohnkantons die betreffende Behandlung erbringen, regelt das Gesetz hingegen nicht. Die Auswahl des für den Referenztarif massgeblichen Tarifs liegt heute somit grundsätzlich im Ermessen der Kantone. Eine Festlegung von teilweise unrealistisch tiefen Referenztarifen durch die Kantone kann aber die freie Spitalwahl der Versicherten und den erwünschten kantonsübergreifenden Wettbewerb unter den Spitälern beeinträchtigen.

Im Rahmen der Evaluation der Umsetzung dieser KVG-Revision wurde vertieft untersucht, wie die erweiterte Spitalwahl umgesetzt wurde und wie sich die Massnahmen der Revision auf den Wettbewerb auswirken. Die Evaluation liefert Hinweise, dass zumindest einzelne Kantone unattraktive Referenztarife für die Versicherten festlegen, die sich beispielsweise am tiefsten Tarif eines Spitals auf der kantonalen Spitalliste orientieren, und dadurch die erweiterte Spitalwahl einschränken und die Wahrscheinlichkeit für Zuzahlungen der Versicherten bei ausserkantonalen Hospitalisationen erhöhen. Die Nutzung der erweiterten Spitalwahl wird dadurch beeinträchtigt. Die Kantone sollen laut dem Schlussbericht des BAG zur Evaluation Spitalfinanzierung ihr Vorgehen diesbezüglich vereinheitlichen, Verfahren vereinfachen und sich alle an den Empfehlungen der GDK orientieren (vgl. BAG 2019).

Empfehlungen der GDK

Die Kommission «Vollzug Krankenversicherung» der GDK gab am 14. Februar 2019 Empfehlungen zum Verfahren betreffend die Beiträge der Kantone bei stationären Behandlungen ausserhalb der kantonalen Spitalliste nach Artikel 41 Absatz 3 KVG (GDK 2019a) ab. Ziel dieser Empfehlungen ist es, eine schweizweit möglichst einheitliche, praktische Umsetzung des Verfahrens betreffend die Beiträge der Kantone bei stationären Behandlungen ausserhalb der kantonalen Spitalliste zu erreichen, damit die an einem stationären Spitalaufenthalt involvierten Akteure nicht mit unterschiedlichen Verfahren zurecht-

Verbesserungspotenzial bei der Spitalfinanzierung und Hürden für die freie Spitalwahl

kommen müssen. Dies schliesst jedoch nicht aus, dass die betroffenen kantonalen Behörden zusätzliche, auf ihre Bedürfnisse angepasste Verfahrensschritte vorsehen. Die Kantone bleiben somit innerhalb der rechtlichen Anforderungen frei in der Festlegung ihrer Referenztarife, die Empfehlungen der Kommission «Vollzug Krankenversicherung» der GDK sind für die Kantone nicht bindend.

In Fällen, in denen keine medizinischen Gründe vorliegen für die Wahl eines Spitals, das auf der Spitalliste des Standortkantons, nicht aber auf jener des Wohnkantons aufgeführt ist, verlangt Artikel 41 Absatz 1^{bis} KVG, dass der Versicherer und der Wohnkanton die Vergütung anteilmässig nach Artikel 49a KVG höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt, übernehmen. Die Kommission «Vollzug Krankenversicherung» empfiehlt, dass für die Festlegung dieses sogenannten Referenztarifs in der Regel ein mit den Patientenströmen gewichteter Tarif aus den relevanten Tarifen der Spitäler der Spitalliste des Wohnkantons der behandelten Person zur Anwendung kommt. Der Referenztarif soll laut diesen Empfehlungen nach Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation differenziert werden, eine weitere Differenzierung ist möglich.

Die Referenztarife sollen laut den Empfehlungen der Kommission «Vollzug Krankenversicherung» der GDK vom Kanton jährlich festgelegt und publiziert werden. Die Publikation soll spätestens auf Anfang jeden Jahres erfolgen, unter anderem auch auf der Website der GDK. Für den Vergütungsteiler zwischen Krankenversicherung und Wohnkanton kommt der Vergütungsteiler des Wohnkantons zur Anwendung.

Die Festlegung der Referenztarife soll sich laut den Empfehlungen der Kommission «Vollzug Krankenversicherung» der GDK insbesondere auch nach dem Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG) vom 20. Dezember 2006 [BGE K 144/05] richten. Darin kam das EVG zum Schluss, dass der Referenztarif aus den Tarifen der verschiedenen in Frage kommenden Leistungserbringer im Wohnkanton hergeleitet werden sollte. Die verschiedenen Tarife sollten mit den abgerechneten Pflegetagen gewichtet werden, damit das «typische Wahlverhalten» der Versicherten im Wohnkanton abgebildet werde. Der Referenztarif könne nicht tunlichst tief oder hoch festgesetzt werden, sondern es sei ein möglichst zweckmässiger Ausgleich zu schaffen (Erw. 8). Eine Orientierung am höchsten Tarif eines in Frage kommenden Spitals im Wohnkanton hätte zur Folge, dass Versicherte, welche in Kantonen mit hohen Tarifen wohnen, auch bei fehlendem medizinischen Grund ihr Wahlrecht ohne Kostenrisiko auf viele oder sämtliche ausserkantonalen Spitäler ausdehnen könnten. Dies sei vom Gesetzgeber aber nur bei Vorliegen medizinischer Gründe gewollt (Erw. 6.2). Auch wenn keine Gefahr einer Umgehung der Spitalplanung bestehe, würde eine «bedarfsgerechte» Spitalplanung erschwert (Erw. 6.3).

Allerdings bezog sich das von der Kommission «Vollzug Krankenversicherung» der GDK zitierte, 2006 ergangene Urteil des EVG auf die Gesetzeslage vor dem Inkrafttreten der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung ab dem 1. Januar 2009, die vom Gesetzgeber am 21. Dezember 2007 beschlossen wurde. Wesentliche Ziele dieser KVG-Revision waren die Stärkung der Wahlfreiheit der Versicherten und des Wettbewerbs unter den Spitälern, mit der Absicht, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen zu fördern. Gleichzeitig wurden mit der Revision auch die Pflichten der Kantone im Bereich der Spitalplanung detaillierter geregelt.

Unabhängig von der Frage, inwieweit die Erwägungen des EVG nach der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung noch aktuell sind, hat die Evaluation dieser KVG-Revision Hinweise geliefert, dass einige Kantone Referenztarife für die Versicherten festlegen, die sich am tiefsten Tarif eines Spitals auf der kantonalen Spitalliste orientieren, da die Kantone im Rahmen der rechtlichen Rahmenbedingungen frei sind, den Empfehlungen der GDK zu folgen oder auch nicht.

Motion 18.3388 und Umsetzung im Rahmen des zweiten Kostendämpfungspakets

Niedrige Referenztarife für ausserkantonale Hospitalisationen stellen somit eine der Haupthürden für eine freie Wahl unter den Listenspitälern in der Schweiz dar. Das Parlament hat den Bundesrat bereits mit der Motion 18.3388 SGK-NR «Faire Referenztarife für eine schweizweit freie Spitalwahl», welche

Verbesserungspotenzial bei der Spitalfinanzierung und Hürden für die freie Spitalwahl

auch vom Bundesrat zur Annahme empfohlen wurde, beauftragt, die gesetzlichen Grundlagen der erweiterten Spitalwahl anzupassen.

Im Rahmen des Kostendämpfungspakets 2 und in Umsetzung der Motion 18.3388 hat der Bundesrat einen Vorschlag für eine präzisere Regelung zur Festlegung der Referenztarife durch die Kantone erarbeitet und im Herbst 2020 zur Vernehmlassung gestellt. Um zu tiefe Referenztarife, welche die freie Wahl der Versicherten erschweren, zu verhindern, sollen sich die Referenztarife nach dem Tarif für eine vergleichbare Leistung in einem Spital auf der Spitalliste des jeweiligen Kantons richten.

Durch eine gesetzliche Präzisierung, wie sie auch die von den eidgenössischen Räten angenommene Motion 18.3388 verlangt, kann Klarheit bezüglich der Festlegung der Referenztarife geschaffen und der Wettbewerb unter den Spitälern weiter gefördert werden. Dies stärkt nicht nur die Wahlfreiheit der versicherten Personen, sondern auch die Anreize der Leistungserbringer zu Qualitätsverbesserung und die Bemühungen zur Kostendämpfung.

Die Spitalplanung der Kantone hat zum Zweck, diejenigen Spitäler zu identifizieren und in die Spitalliste aufzunehmen, welche für die Gewährleistung der Versorgung notwendig sind. Soweit die übrigen Anforderungen, wie etwa die Qualität der Leistungen, erfüllt sind, sind grundsätzlich diejenigen Spitäler auszuwählen, welche bestimmte Leistungen möglichst günstig erbringen können. Wenn die versicherten Personen sich vermehrt ausserkantonale in Spitälern behandeln lassen, die günstiger sind als das teuerste Spital auf der Spitalliste des Wohnkantons für dieselbe Leistung, sinken die Kosten zulasten der OKP, wenn dadurch das teuerste Spital auf der Spitalliste des Wohnkantons für die Gewährleistung der Versorgung nicht mehr notwendig ist.

Fragen die Versicherten vermehrt stationäre Leistungen in Spitälern in umliegenden Kantonen nach, die qualitativ überlegen oder preislich günstiger sind, reduziert sich die für die Versorgung notwendige Kapazität innerhalb des Kantons. Diesen Umstand müssen die Kantone bei ihrer Planung berücksichtigen, als einen der diversen, im Voraus abzuschätzenden Faktoren der Nachfrageentwicklung, ähnlich wie die Entwicklung der Bevölkerung, der Morbidität und weiterer Faktoren. Zur Sicherstellung der Kapazitäten ist es notwendig, dass die Kantone ihre Planung untereinander verstärkt koordinieren. Auch wenn in diesem Bereich Fortschritte erzielt wurden, besteht weiterhin Verbesserungspotenzial (siehe auch Ziffer 2).

Es spricht aus Sicht des Bundesrates nichts dagegen, einen innerhalb eines Kantons akzeptierten Tarif auch in einem ausserkantonalen Spital zu bezahlen, sofern die Behandlung vergleichbar ist und der Tarif des behandelnden Spitals nicht überschritten wird. Diese Regelung führt auch dazu, dass die Kantone einen weiteren Anreiz haben, für vergleichbare Behandlungen auch innerkantonale nur Baserates in einer für die Sicherstellung der Versorgung notwendigen Höhe zu akzeptieren, da höhere Tarife auch jedem ausserkantonalen Spital gewährt werden müssten.

Vernehmlassungsvorlage

Der zur Vernehmlassung gestellte Vorentwurf sah vor, in Artikel 41 Absatz 1 VE-KVG neu festzuhalten, dass die Kantonsregierungen Referenztarife für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen festlegen müssen. Diese müssen sich nach dem Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, richten. In der Motion 18.3388 wird ausgeführt, dass bei demselben «Spitaltyp» der «maximale Tarif» des Wohnkantons vergütet werden soll, höchstens aber der Tarif des Standortspitals.

Während eine möglichst weitgehende Stärkung des Wettbewerbs mit einem Referenztarif ausgehend vom maximalen Tarif für eine vergleichbare Leistung im Sinne der Motion 18.3388 aus Sicht des Bundesrates zu begrüssen ist, sollte dieser Wettbewerb aber doch zwischen vergleichbaren Leistungen und Leistungserbringern spielen, damit er die erwünschten Wirkungen zeitigt. Der in der Motion erwähnte Rahmen des «Spitaltyps» ist dafür möglicherweise zu ungenau und zu starr, was unter «vergleichbaren Leistungen» zu verstehen ist, sollte differenzierter definiert werden. So wie die Spitaltarife generell (vgl. Art. 49 KVG) soll sich auch der Referenztarif nach der Entschädigung jener Spitäler richten, welche die

Verbesserungspotenzial bei der Spitalfinanzierung und Hürden für die freie Spitalwahl

versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Laut dem zur Vernehmlassung gestellten Vorentwurf sollen die Versicherer und der Wohnkanton die Vergütung anteilmässig nach dem Referenztarif übernehmen, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Es wird also in jedem Fall nicht mehr als der Tarif des behandelnden Spitals vergütet.

Der Bundesrat soll darüber hinaus genauere Regelungen auf dem Verordnungsweg erlassen. Zu regeln sein wird, was unter vergleichbaren Behandlungen zu verstehen ist, sowie wie und wann der für den Referenztarif entscheidende Tarif für vergleichbare Behandlungen ermittelt wird. Bei der Festsetzung der Regelungen werden auch die Einfachheit, Transparenz und administrative Praktikabilität der Herleitung des Referenztarifs eine Rolle spielen müssen. Eine angemessene Übergangsfrist soll zudem sicherstellen, dass den Kantonen für die erstmalige Festlegung der Referenztarife nach den neuen Regeln genügend Zeit eingeräumt wird.

Resultate der Vernehmlassung und nächste Schritte

Zur vorgeschlagenen Änderung des KVG haben sich im Rahmen der Vernehmlassung zum zweiten Paket von Kostendämpfungsmassnahmen insgesamt 102 Institutionen geäussert. Die GDK und die meisten Kantone bezeichnen den Vorschlag als angemessen, allerdings bestehen teilweise Zweifel an der kostendämpfenden Wirkung, und diverse Kantone lehnen eine Umsetzung ab, welche sich nach dem höchsten Tarif für eine vergleichbare Behandlung im Kanton selbst richtet. Einzelne Kantone verlangen, dass sich die Umsetzung am durchschnittlichen Tarif oder sogar am tiefsten Tarif für eine vergleichbare Behandlung im Kanton selbst orientiert.

Diverse Organisationen der Leistungserbringer begrüssen den Vorschlag, allerdings unter dem Vorbehalt, dass auf Ebene der KVV ein fairer Benchmark für die Tarifiermittlung festgelegt werde. Einzelne Organisationen befürchten durch mehr Wettbewerb auch mehr Kostendruck für die Spitäler. Einige Universitätsspitäler fordern einen eigenen Referenztarif oder den Tarif des Standortkantons, da ansonsten Kantone ohne Universitätsspitäler immer noch zu tiefe Referenztarife festlegen könnten. Diverse Spitäler fordern zudem, dass statt einer komplizierten Regelung in jedem Fall der Tarif des Standortkantons übernommen wird.

Eine Zusammenfassung der weiteren Stellungnahmen sowie die vollständigen Stellungnahmen finden sich im Bericht des BAG vom 28. April 2021 über die Ergebnisse der Vernehmlassung (BAG 2021). Der Bundesrat wird dem Parlament voraussichtlich im Rahmen des zweiten Kostendämpfungspakets einen Umsetzungsvorschlag unterbreiten. Die Verabschiedung der Botschaft durch den Bundesrat ist für 2022 vorgesehen.

3.2 Weitere Hürden für die freie Spitalwahl

Neben der Festlegung der Referenztarife gibt es weitere Punkte, welche auf die Möglichkeit der Versicherten, das Spital frei zu wählen, einen Einfluss haben können.

Patientengerechte Qualitätsinformationen

Erstens ist es für eine freie Wahl des Spitals hilfreich, über ausreichende Informationen betreffend Qualität der Behandlung und anderen wichtigen Eigenschaften des auszuwählenden Spitals zu verfügen. Um die Nutzung der Wahlfreiheit weiter zu stärken, braucht es nicht nur bessere Qualitätsvergleiche der Spitäler. Auch müssen diese patientengerechter aufbereitet und kommuniziert werden (siehe auch Ziffer 2.3.1). Die verfügbaren Qualitätsinformationen auf den Vergleichsportalen sind für Patientinnen und Patienten teilweise wenig verständlich. Deshalb soll die Kommunikation auf Bundesebene gefördert werden, in Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern, Patientenorganisationen und Kantonen. Die KVG-Änderung zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit bildet zudem eine neue Grundlage, um die Informationen über die Qualität zu verbreiten. Obwohl sich die Vergleichsmöglichkeiten weiterentwickeln, besteht in diesem Bereich noch Verbesserungspotenzial. Aus Sicht des Bundesrats besteht

Verbesserungspotenzial bei der Spitalfinanzierung und Hürden für die freie Spitalwahl

aber kein Handlungsbedarf auf gesetzgeberischer Ebene, da die rechtlichen Grundlagen für weitere Verbesserungen vorhanden sind.

Kostengutsprachen

Zweitens übernehmen der Kanton und der Versicherer die Kosten der Behandlung nach dem Tarif des behandelnden Spitals, wenn ein Notfall vorliegt oder aus medizinischen Gründen ein Spital gewählt wird, das nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist. Wenn dieser Tarif oberhalb des Referenztarifs des Wohnkantons liegt, ist dafür eine Kostengutsprache erforderlich. Die Empfehlungen der Kommission «Vollzug Krankenversicherung» der GDK sehen vor, dass der Kanton eine zuständige Stelle bestimmt, welche die medizinische Indikation prüft und die Kostengutsprache erteilt und für eine rasche Behandlung der Anträge auf Kostengutsprache sorgt. Falls eine beschleunigte Behandlung des Antrags durch die zuständige Stelle des Kantons für alle Beteiligten von Vorteil ist, kann die antragstellende Arztperson gegebenenfalls unter den medizinischen Daten auf dem Formular einen entsprechenden Hinweis anbringen. Der Kanton soll im Rahmen der Rechtsmittel-Regelung zum Kostengutsprache-Verfahren zudem vorsehen, dass im Falle der Ablehnung des Antrags auf Kostengutsprache durch die zuständige Stelle des Kantons nicht nur der zu behandelnden Person, sondern auch der antragstellenden Arztperson das Recht eingeräumt wird, von der kantonalen Dienststelle eine schriftliche Verfügung zu verlangen. Eine solche Verfügung ist zu begründen und enthält eine Rechtsmittelbelehrung. Die versicherte Person hat die Möglichkeit, innerhalb von 30 Tagen eine Einsprache bei der zuständigen kantonalen Dienststelle zu erheben.

Diese Empfehlungen der Kommission «Vollzug Krankenversicherung» der GDK sind für die einzelnen Kantone nicht verbindlich. Das Verfahren der einzelnen Kantone für die Kostengutsprache bei ausserkantonaler Behandlung aus medizinischen Gründen stand bis anhin aber nicht im Zentrum der Diskussionen bezüglich Hürden für die freie Spitalwahl. Die Bedeutung der Kostengutsprache wird zudem reduziert, wenn die Referenztarife so angesetzt sind, dass der maximale Tarif für eine vergleichbare Leistung im Wohnkanton übernommen wird. Die verbleibende Differenz zwischen dem in jedem Fall geschuldeten Referenztarif und dem Tarif des Leistungserbringers wird weiter verkleinert oder wird in vielen Fällen verschwinden. Auch aus diesem Grund besteht momentan kein gesetzlicher Handlungsbedarf in diesem Bereich.

Finanzielle Anreize für die Versicherten

Drittens ist im Kontext der weiteren Förderung der freien Spitalwahl zu erwähnen, dass die Versicherer bereits heute die Möglichkeit haben, die Wahl eines vergleichsweise günstigen Spitals durch die versicherten Personen mit finanziellen Anreizen zu fördern, wie der Bundesrat bereits in seiner Stellungnahme zur Motion 18.4181 FDP-Liberale Fraktion «Mehr qualitativer und quantitativer Wettbewerb im Spitalbereich dank Wahlfreiheit der Patienten» ausgeführt hat. Dies kann geschehen, indem die Versicherer Versicherungsmodelle entwickeln, bei denen die Versicherten ihr Wahlrecht im Einvernehmen mit dem Versicherer auf Leistungserbringer beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt (Art. 41 Abs. 4 KVG sowie Art. 62 Abs. 1 und 3 KVG). Die damit erwirkten Einsparungen darf der Versicherer in Form von reduzierten Prämien an die versicherten Personen weitergeben, und es ist möglich, eine tiefere oder gar keine Kostenbeteiligung zu erheben. Diese Bestimmung gilt auch für Erbringer von stationären Leistungen. Mit der heutigen Finanzierung der Spitalleistungen, bei denen lediglich maximal 45 Prozent der Kosten von den Versicherern übernommen werden, sind die dadurch möglichen Einsparungen für die Versicherer aber vergleichsweise klein, was den Anreiz zur Entwicklung und Verbreitung solcher Modelle reduziert. Eine einheitliche Finanzierung der Leistungen nach KVG, wie sie im Rahmen der pa. Iv. 09.528 Humbel «Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus» diskutiert wird, kann diesen Anreiz erhöhen.

4 Schlussfolgerungen

Verbesserungspotenzial bei der Spitalfinanzierung

Die Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung hat in mehreren Bereichen Verbesserungspotenzial geortet. Dazu gehören insbesondere die kantonale Spitalplanung, Wirtschaftlichkeit und Transparenz, Informationen zur Qualität der stationären Spitalleistungen sowie Referenztarifen für ausserkantonale Hospitalisationen:

- Bei der Spitalplanung hat die interkantonale Kooperation weiter zugenommen. Die weiterentwickelten Spitalplanungskriterien schaffen gute Voraussetzungen, damit die interkantonale Kooperation und Koordination in der Planung weiter intensiviert werden kann. Zusammen mit den Massnahmen im Zusammenhang mit der KVG-Änderung zur Stärkung von Wirtschaftlichkeit und Qualität verbessern sie zudem die Grundlagen, damit der Aspekt der Qualität bei der Spitalplanung künftig stärker berücksichtigt werden kann.
- Bei der Wirtschaftlichkeit und Transparenz sind Bund und Kantone ihrer Verpflichtung nachgekommen, schweizweite Betriebsvergleiche zu den Kosten zu publizieren, indem sie die schweregradbereinigten Fallkosten der Schweizer Spitäler und Geburtshäuser veröffentlicht haben. Damit ist ein erster Schritt getan. Gleichzeitig fehlen noch präzisere Regelungen, um eine einheitliche Tarifiermittlung sicherstellen zu können. Diese sollen mit einer Änderung der KVV und der VKL eingeführt werden und wurden bereits vernehmlasset. Aufgrund der Rückmeldungen analysiert das BAG im Austausch mit den Stakeholdern zurzeit dieses Thema nochmals.
- Im Bereich der Qualität ist davon auszugehen, dass mit der KVV-Änderung im Bereich der Planungskriterien und der Umsetzung der KVG-Änderung zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit die notwendigen Grundlagen geschaffen werden konnten, damit die Qualität auf gesamtschweizerischer Ebene weiterentwickelt werden kann und den Versicherten künftig besser verständlichere Qualitätsinformationen zur Verfügung stehen.

Seit 2019 wurden insbesondere auf Bundesebene eine Reihe von Massnahmen ergriffen oder sind geplant, damit das Verbesserungspotenzial bei der Spitalfinanzierung weiter ausgeschöpft werden kann. Die Umsetzung dieser Massnahmen ist abzuwarten. Zudem bestehen die rechtlichen Voraussetzungen und die notwendigen Prozesse sind etabliert, damit die Spitalfinanzierung laufend weiterentwickelt werden kann. Insgesamt besteht somit kein Handlungsbedarf bei der Spitalfinanzierung, der über die bereits laufenden Aktivitäten hinausgeht.

Hürden für die freie Spitalwahl

Die Möglichkeit für die versicherten Personen, für die stationäre Behandlung unter den im Wohn- oder Standortkanton zugelassenen Spitälern frei zu wählen, war eines der Ziele der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Die Kantone sollen bei ausserkantonaler Behandlung dieselben Kosten übernehmen, welche auch bei Behandlung im Wohnkanton angefallen wären. Damit soll der kantonsübergreifende Wettbewerb unter den Spitälern weiter gestärkt und die Kosten reduziert werden. Unter anderem die Evaluation dieser KVG-Revision hat gezeigt, dass in diesem Bereich noch Hürden bestehen. Dies betrifft primär tief angesetzte Referenztarife.

Der Bundesrat hat das Optimierungspotenzial bei der erweiterten Spitalwahl identifiziert und bereits aufgenommen: Im Rahmen des zweiten Pakets von Massnahmen zur Kostendämpfung werden die notwendigen Anpassungen bereits erarbeitet, damit die Versicherten ihre Wahlfreiheit zukünftig in zufriedenstellender Weise in Anspruch nehmen können. Mit diesem Vorschlag für eine Änderung des KVG, der die vom Parlament überwiesene Motion 18.3388 umsetzt, wird der Wettbewerb in diesem Bereich weiter gestärkt und das Kostenwachstum gedämpft. Darüber hinaus besteht aus Sicht des Bundesrates kein gesetzgeberischer Handlungsbedarf. Die anzustrebenden weiteren Verbesserungen, insbesondere die Möglichkeit, aufgrund von aussagekräftigen und verständlichen Informationen das Spital wählen zu können, können ohne Gesetzesanpassungen erreicht werden.

5 Literaturverzeichnis

- BAG (2019): Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung: Schlussbericht des BAG an den Bundesrat. Bern. Abrufbar unter: www.bag.admin.ch > Das BAG > Publikationen > Evaluationsberichte > Kranken- und Unfallversicherung > KVG-Revision Spitalfinanzierung.
- BAG (2021): Bericht des BAG vom 28. April 2021 über die Ergebnisse der Vernehmlassung zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung: Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2. Bern: BAG. Abrufbar unter: www.bag.admin.ch > Versicherungen > Krankenversicherung > Laufende Revisionsprojekte > KVG-Änderung: Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2.
- BASS (2018): Konzeptstudie zur Untersuchung der Einführung von TARPSY und ST Reha. Bern: Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS. Abrufbar unter: www.bag.admin.ch > Das BAG > Publikationen > Forschungsberichte > Kranken- und Unfallversicherung.
- Bundesrat (2019): Transparenz bei der Spitalfinanzierung durch die Kantone. Bericht des Bundesrates in Erfüllung der Motion 16.3623 SGK-NR vom 5. Juli 2016. Bern. Abrufbar unter: www.bag.admin.ch > Das BAG > Publikationen > Bundesratsberichte > 2019.
- GDK (2008): Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM). Bern: GDK. Abrufbar unter: www.gdk-cds.ch > Dokumente.
- GDK (2019a): Empfehlungen zum Verfahren betreffend die Beiträge der Kantone bei stationären Behandlungen ausserhalb der kantonalen Spitalliste nach Artikel 41 Absatz 3 KVG. Bern: GDK. Abrufbar unter: www.gdk-cds.ch > Dokumente.
- GDK (2019b): Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung. Ermittlung der effizienten Spitäler nach Art. 49 Abs. 1 KVG. Version vom 27. Juni 2019. Bern: GDK. Abrufbar unter: www.gdk-cds.ch > Dokumente.