



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung WBF

Preisüberwachung PUE

Spitaltarife

**Praxis des Preisüberwachers bei der Prüfung von
akut-stationären Spitaltarifen**

Preisüberwachung

Bern, Oktober 2016

Impressum

Spitaltarife – Praxis des Preisüberwachers bei der Prüfung von akut-stationären Spitaltarifen

Autoren: Simon Iseli, Maira Fierri Kovács, Mirjam Trüb, Manuel Jung

Preisüberwachung

Einsteinstrasse 2

3003 Bern

webmaster@pue.admin.ch

Bern, Oktober 2016

Vorwort

Wer heute nach einer unbekanntem Adresse oder nach einem Weg sucht, hat es dank moderner Technologie einfach: Das GPS-System, oder nicht selten einfach das Mobiltelefon, hilft einem, sich selbst und den Weg zur gewünschten Adresse zu lokalisieren. Es nimmt einem gleichsam bei der Hand und begleitet einem zum Ziel – Schritt für Schritt, Meter für Meter.

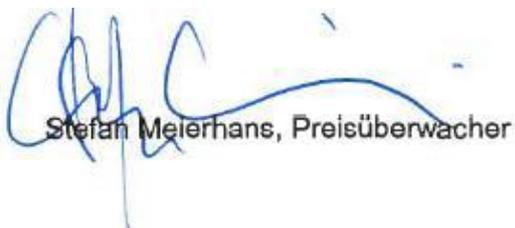
Leider ist im realen Leben nicht jeder Weg mit einem Smartphone zu finden. GPS gibt es für Landstrassen und Waldwege – im Dickicht von Regeln, Vorschriften, Normen, von Gesetzen und Verordnungen ist es bisweilen eine grosse Herausforderung, zur Einsicht und zum Ziel zu kommen.

Das Gesundheitswesen in unserem Land ist teuer. Nach den USA bezahlen die Schweizerinnen und Schweizer proportional für ihre Gesundheit am meisten auf der ganzen Welt. Dabei zeigt die Kostenkurve steil weiter nach oben: Für das Jahr 2017 sind wiederum Krankenkassen-Prämien erhöhungen von durchschnittlich 4,5% angekündigt.

Seit Jahr und Tag suchen Politik, Leistungserbringer, Regulatoren und Prämienzahlerinnen – und –zahler nach dem Weg zu tieferen Kosten – und damit tieferen Prämien. Bis dato wurde noch kein taugliches GPS gefunden, das den Weg hierhin weist. Denn Umkehren ist keine Option! Die Suche muss weitergehen.

Gerade die Kosten im akut-stationären Bereich sind einer der grössten Kostenblöcke zu Lasten der sozialen Krankenkasse. Mit der Einführung eines Pauschal-Systems war die Hoffnung verbunden, den Weg zu tieferen Kosten gefunden zu haben. Die Bilanz nach einigen Jahren ist jedoch – vorderhand – einigermaßen ernüchternd: Wohl sind wir ein paar Meter weitergekommen – aber auf dem Weg der Marathondistanz von 42 Kilometern haben wir die ersten zehn noch nicht hinter uns gebracht.

Eines der Rezepte zur Kostendämmung durch den neuen Pauschaltarif ist der „fingierte Wettbewerb“ – das Benchmarking. Nur wenn das Benchmarking streng und umfassend ist, kann eine Kostenkontrolle in den Bereich des möglichen kommen. Die vorliegende Schrift erläutert – im Sinne eines Betty-Bossi-Kochbuches für Leistungserbringer, aber auch für die Judikative – wie wir unseren Beitrag zu Kostendämpfung umsetzen. Wir wollen damit zwar kein GPS, aber immerhin eine taugliche Wegbeschreibung liefern für den Dschungel der Kostenkontrolle bei den Spitaltarifen. Ich wünsche Ihnen auf dieser Reise Durchhaltewillen, Verständnis und Einsicht: Nur auf dem Weg eines strengen Benchmarkings werden wir den Marathon der Kostendämmung im Spitalbereich als Finisher beenden.


Stefan Meierhans, Preisüberwacher

Inhalt

1	Einleitung	5
2	Rechtliche Einordnung	5
2.1	Beurteilungselemente gemäss PÜG	6
2.2	Beurteilungselemente gemäss KVG	8
3	Abrechnung von Spitalleistungen nach SwissDRG	8
4	Ermittlung und Prüfung akut-stationärer Spitaltarife	10
4.1	Ermittlung der Kosten	10
4.1.1	Kosten- und Leistungsdaten	11
4.1.2	Berechnung der benchmarking-relevanten Baserate	12
4.2	Wirtschaftlichkeitsprüfung	16
4.2.1	Rechtsprechung	16
4.2.2	Theoretische Grundlagen	18
4.2.3	Praktische Umsetzung – das Benchmarking der PUE	21
4.2.4	Ermittlung der Höhe des maximal zulässigen effizienzbedingten Gewinns	27
5	Ausblick	28
	Anhänge 1-3	

1 Einleitung

Die Preisüberwachung verfasst seit der Inkraftsetzung des neuen Krankenversicherungsgesetzes (KVG) im Jahr 1996 Empfehlungen und Stellungnahmen zu stationären Spitaltarifen. Diese erfuhren breiten Rückhalt bei den Rekursbehörden.¹ In der vorliegenden Publikation wird der aktuelle Stand der Prüfpraxis des Preisüberwachers bei akut-stationären Spitaltarifen² umrissen. Seit der letzten Veröffentlichung im Jahr 2006 ist diesbezüglich nämlich einiges geschehen. Zu nennen ist insbesondere die Einführung eines neuen Spitalfinanzierungssystems im Jahr 2012 sowie die ersten Entscheide des Bundesverwaltungsgerichts (BVGer) zu strittigen SwissDRG-Baserates. Damit sei aber auch gesagt, dass sich das Prüfverfahren im Zuge neuer Erkenntnisse sowie neuer gesetzlicher Vorgaben natürlich weiterentwickeln wird.

Das Schwergewicht der nachfolgenden Ausführungen liegt bei der Prüfmethodik, welche in Kapitel 4 vorgestellt wird. In Kapitel 2 werden zunächst die rechtlichen Rahmenbedingungen der Prüftätigkeit beschrieben, bevor in Kapitel 3 die Grundzüge der Abrechnung mit SwissDRG-Fallpauschalen erklärt werden.³ In Kapitel 5 folgt ein Ausblick auf die mögliche Entwicklung der Spitaltarifprüfung im Zuge rasant steigender Spitalkosten.

Die vorliegende Beschreibung der Prüfpraxis bei akut-stationären KVG-Spitaltarifen richtet sich an gesundheitspolitisch interessierte Personenkreise sowie an Personen aus dem Gesundheitswesen. Für die Details der Rechtspraxis sei auf die Rekursentscheide des BVGer bei stationären KVG-Tarifen verwiesen.⁴

2 Rechtliche Einordnung

In diesem Kapitel wird die Tätigkeit des Preisüberwachers bei akut-stationären KVG-Spitaltarifen rechtlich eingeordnet. Diese Beschreibung ist bewusst kurz gehalten, da das Schwergewicht der vorliegenden Publikation beim Kapitel 4 – der Beschreibung der Prüfpraxis– liegen soll.

¹ Ende 2006 löste das Bundesverwaltungsgericht den Bundesrat als Rekursinstanz bei strittigen KVG-Entscheiden der Kantone ab.

² In akutsomatischen Spitälern werden akut-stationäre Spitaltarife vergütet. „Akutsomatische Spitäler“ und „Spitäler“ werden in dieser Publikation als Synonyme verwendet. Wir verstehen darunter alle Spitäler inkl. Universitätsspitäler und Geburtshäuser, die nach SwissDRG abrechnen.

³ Zum Verständnis der Prüfpraxis des Preisüberwachers sind gewisse Grundkenntnisse der SwissDRG-Tarifstruktur nötig, die in Kapitel 3 vermittelt werden.

⁴ Die diesbezüglichen Informationen sind abrufbar unter <http://www.bvger.ch/>.

In erster Linie stützt sich die Tätigkeit der Preisüberwachung (PUE) im Bereich der KVG-Spittarife auf Art. 14 Preisüberwachungsgesetz (PüG) ab. Danach sind Exekutiven von Bund und Kantonen vorgängig zur Genehmigung von Spittarifen gemäss Art. 46 des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) zur Anhörung der PUE verpflichtet. Dasselbe gilt bei Tariffestsetzungen nach Art. 47 KVG für die dafür zuständigen Kantonsregierungen. Dieser Zusammenhang steht auch in der Botschaft zum KVG und wurde vom BVGer immer bestätigt. Die Unterlassung der Konsultation der PUE kann insbesondere in Beschwerdefällen ausreichender Grund zur Aufhebung von bereits beschlossenen Tarifen sein. Die Konsultation der PUE muss dann nachgeholt werden. In diesem Zusammenhang gilt es zu erwähnen, dass die PUE nicht nur bei Tarifierhöhungen, sondern auch bei Tarifbeibehaltungen und Tarifsenkungen zuständig ist, da ein Preismissbrauch auch dann denkbar ist, wenn ein Preis nicht gesenkt oder zu wenig gesenkt werden soll. Die zuständigen Behörden haben uns demzufolge generell auch geplante Entscheide über Preisbeibehaltungen und Preissenkungen zur Stellungnahme zu unterbreiten.

Sofern die PUE aufgrund einer Überprüfung gemäss Art. 14 PüG zum Schluss kommt, dass ein Spittarif überhöht ist, gibt sie eine Empfehlung an die zuständige Behörde ab. Diese kann entweder auf Verzicht einer geplanten Tarifierhöhung oder auf Senkung eines missbräuchlich beibehaltenen Preises lauten. In jedem Fall hat die Behörde – in der Regel eine Kantonsregierung – die Tarifempfehlung in ihrem Entscheid anzuführen. Folgt sie ihr nicht, hat sie dies zu begründen. Im Anschluss an Tariffestsetzungen durch Kantonsregierungen gemäss Art. 47 KVG kann es zu diesbezüglichen Beschwerden durch Krankenversicherer und/oder Spitäler beim BVGer als Rekursinstanz kommen. Sofern die PUE im erstinstanzlichen Verfahren eine Empfehlung abgegeben hatte, wird sie auch in diesem Rekursverfahren als Fachstelle eingeladen, ihren Standpunkt zum umstrittenen Tarif darzulegen. Ihre diesbezüglichen Stellungnahmen erfuhren breiten Rückhalt bei der Rekursinstanz. Die Spittarifentscheide der Rekursinstanz bestimmen jeweils die künftige Praxis der Tarifberechnung, da sie viele Streitfragen der Gesetzesauslegung definitiv klären. Indem die PUE die aktuellen Entscheide des BVGer zur Bestimmung akut-stationärer Spittarife unverzüglich in ihre Empfehlungstätigkeit gegenüber der ersten Entscheidinstanz (in der Regel Kantonsregierungen) einfließen lässt, kommt ihr die Rolle eines Traktionsriemens der KVG-Rechtspraxis zu.

2.1 Beurteilungselemente gemäss PüG

Die eigentliche Tarifprüfung oder Prüfung auf Preismissbrauch basiert auf den in Art. 13 PüG festgeschriebenen Beurteilungselementen. Dabei handelt es sich um eine nicht abschlies-

sende Aufzählung, woraus sich keine alleinige Beurteilungsmethode ableiten lässt. Die aufgeführten Elemente, die es bei einer Prüfung von Spitaltarifen im Grundversicherungsbereich - und um die soll es in der Folge ausschliesslich gehen - insbesondere zu berücksichtigen gilt, sind:

- Die Preisentwicklung auf Vergleichsmärkten sowie
- die Kostenentwicklung unter Einbezug des Preissockels

Daraus lassen sich für den hier betrachteten Fall der Spitaltarife für ausschliesslich grundversicherte Patientinnen und Patienten wiederum zwei Methoden ableiten, die zur Anwendung kommen. Es sind dies die "Kostenmethode" und die "Vergleichsmarktmethode".⁵

Bei der Kostenmethode ist ein bestimmter Spitaltarif in seine einzelnen Kalkulationselemente zu zerlegen und zu analysieren. Preiserhöhungen, welche nicht durch entsprechende Kostensteigerungen erklärt werden können, wären demnach vermutungsweise als missbräuchlich zu bezeichnen. Analog läge eine missbräuchliche Preisbeibehaltung vor, wenn die Preise trotz gesunkener relevanter Kosten nicht reduziert würden.

Da Wettbewerb den Unternehmen aber weder Kostendeckung noch Gewinne garantiert, sollte die Kostenmethode in einer wettbewerbspolitisch orientierten Preisüberwachung eigentlich keine dominierende Rolle spielen. Weil jedoch insbesondere im Bereich der staatlich administrierten Gesundheitstarife häufig Vergleichspreise, welche sich im Wettbewerb gebildet haben, fehlen, kann auf die Kostenmethode nicht verzichtet werden. Auch bei den staatlich administrierten Preisen wird aber die Kostenmethode nicht exklusiv angewendet. Bei jeder Kostenprüfung gilt es zu fragen, ob die geltend gemachten Kosten auch unter Konkurrenzbedingungen anfallen würden und auf die Preise überwältzt werden könnten. Dies bedeutet, dass immer auch Wirtschaftlichkeits- und Effizienzüberlegungen anzustellen sind, um damit beispielsweise sicherzustellen, dass Kosten aus Überkapazitäten nicht auf die Tarife überwältzt werden.⁶

Damit ist auch gesagt, dass die geltend gemachten Kosten (respektive Preise) in einem zweiten Schritt mittels der Vergleichsmarktmethode mit den Kosten/Preisen in einem real existierenden sachlichen, räumlichen oder zeitlichen Vergleichsmarkt zu konfrontieren sind. Idealerweise sollte es sich hier um Kosten oder Preise handeln, welche das Ergebnis wirksamen Wettbewerbs sind. Da aber in der Realität die relevanten Vergleichsmärkte im Spitalbereich

⁵ Vgl. Lanz, R. (2007). „Die wettbewerbspolitische Preisüberwachung“, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht-Allgemeines Aussenwirtschafts- und Binnenmarktrecht, Cottier, Th. & Oesch M. S. 809 ff. (Methoden und Elemente der Preismissbrauchsprüfung).

⁶ Vgl. ebenda.

nicht selten ebenfalls kartellistisch oder monopolistisch organisiert oder administriert sind, simuliert die PUE den Wettbewerb mithilfe eines Benchmarkings.

2.2 Beurteilungselemente gemäss KVG

Spezialgesetzliche Bestimmungen hat die PUE gemäss Art. 14 Abs. 3 PÜG bei ihren Prüfungen mit zu berücksichtigen. Im Bereich der akut-stationären Spitaltarife sind dies insbesondere Art. 43, Art. 49 und Art. 49a KVG, die Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) sowie die Praxis der Rekursinstanz in Rekursfällen. Die Kalkulationsregeln für stationäre Spitalpauschalen beruhen auf den Bestimmungen von Art. 49 KVG, der VKL sowie der einschlägigen Rechtspraxis. Art. 32 Abs. 1, Art. 43 Abs. 6, Art. 46 Abs. 4 sowie Art. 49 Abs. 1 Satz 5 KVG beinhalten zudem die gesetzliche Grundlage für die Überprüfung der betriebswirtschaftlich gerechneten Spitalpauschalen auf Wirtschaftlichkeit (im Folgenden als KVG-Wirtschaftlichkeitsprinzip abgekürzt).

3 Abrechnung von Spitalleistungen nach SwissDRG

Seit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012 werden die akut-stationären Leistungen in Schweizer Spitälern mit Fallpauschalen abgerechnet. Dieses Abrechnungssystem ist durch eine leistungsorientierte Vergütung charakterisiert, die auf einer national einheitlichen Tarifstruktur basiert. Mit der Einführung von SwissDRG soll der Wettbewerb zwischen den Spitälern verstärkt, die Effizienz und Transparenz erhöht sowie die Qualität verbessert werden.

Das SwissDRG-System beruht auf einem Patientenklassifikationssystem, das die Patienten anhand von verschiedenen Kriterien (Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, Prozeduren sowie weiteren Faktoren wie Alter oder Geschlecht) gruppiert. Eine Fallgruppe oder DRG (Diagnosis Related Group) ist per Definition eine Gruppe kostenhomogener Fälle. Verschiedene DRGs zeichnen sich somit durch unterschiedliche Behandlungskosten aus.

Auf Basis der erwähnten Gruppierung der Patienten werden die Kostengewichte der einzelnen Fallgruppen (Schweregrad einer DRG) berechnet, woraus sich die Tarifstruktur ergibt. Die Kostengewichte bemessen sich am mittleren Behandlungsaufwand einer DRG im Verhältnis zum mittleren Behandlungsaufwand aller DRGs. Zur Berechnung der Kostengewichte dienen

die Kosten- und Leistungsdaten der Inlier der Netzwerkspitäler.⁷ Normallieger (Inlier) sind diejenigen Fälle einer DRG, deren Verweildauer eine gewisse untere resp. obere Grenzverweildauer nicht unter- resp. überschreiten. Entsprechend werden Fälle mit einer kürzeren Aufenthaltsdauer als Kurzlieger (Low-Outlier) und Fälle mit einer längeren Aufenthaltsdauer als Langlieger (High-Outlier) bezeichnet. Für die Kurzlieger werden im Vergleich zum Kostengewicht der Normallieger Abzüge und für die Langlieger Zuschläge gemacht, damit der effektive Ressourcenverbrauch abgebildet werden kann. Die Ausreisserkorrekturen für Kurz- und Langlieger sollten sich im Idealfall ausgleichen, da sich die Vergütung nach SwissDRG am mittleren Behandlungsaufwand einer DRG orientiert. Zudem gibt es im SwissDRG-System komplexe Behandlungen mit besonders teuren Medikamenten, Implantaten und Verfahren, die nicht allein über die Tarifstruktur abgebildet werden, sondern darüber hinaus noch mit einem Zusatzentgelt entschädigt werden.

Die Kostengewichte der DRGs werden jedes Jahr neu berechnet. Die nachfolgende Tabelle zeigt den Zusammenhang zwischen der Erhebung der Daten und den Tarifversionen, die zu Abrechnungszwecken benutzt werden:

Erhebung	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Datengrundlage	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Tarifversion	1.0	2.0	3.0	4.0	5.0	6.0	7.0
Abrechnungsjahr	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018

Tabelle 1: Datenerhebung und Tarifversionen nach SwissDRG

Für das Abrechnungsjahr 2016 sind z.B. die Daten aus dem Jahr 2013 massgebend, die 2014 erhoben wurden. Die dazugehörige Tarifversion ist die Version 5.0. Die Kostengewichte der einzelnen DRGs inkl. Abzüge und Zuschläge für die Ausreisser können dem Fallpauschalenkatalog entnommen werden.⁸

Neben den Kostengewichten ist die sogenannte *Baserate* der zweite Parameter zur Berechnung der Fallpauschale zur Abrechnung akut-stationärer Spitalbehandlungen. Die Baserate gehört nicht zur Tarifstruktur (welche die relativen Kosten zwischen den Leistungen misst), sondern stellt quasi den „Taxpunktwert“ (absolutes Preisniveau) dar und wird zwischen den

⁷ Netzwerkspitäler sind die Spitäler, die Daten zur Berechnung der Kostengewichte an die SwissDRG AG liefern.

⁸ Siehe unter <http://www.swissdr.org/de/index.asp?navid=0>

Tarifparteien (Spitäler und Krankenversicherer) auf Basis der Betriebskosten eines Spitals ausgehandelt. Die Baserate bezeichnet den Betrag, der in einem DRG-System für einen Fall mit dem Kostengewicht 1 vergütet wird. Da es sich bei der Baserate somit um einen normierten Wert (mit Schweregrad 1) handelt, können die Baserates verschiedener Spitäler miteinander verglichen werden. Während sich die Kostengewichte auf die (rund 1'000) Fallgruppen der SwissDRG-Tarifstruktur beziehen, wird die Baserate für ein gesamtes Spital bestimmt. Die Vergütung für einen konkreten Fall ergibt sich schliesslich aus der Multiplikation der Baserate eines Spitals und dem Kostengewicht der DRG als Funktion der durchgeführten Behandlung beim einzelnen Patienten.

Im Rahmen des Empfehlungsprozesses gemäss Art. 14 PüG überprüft die PUE die Baserates der Spitäler. Im nachfolgenden Kapitel wird die Ermittlung und Prüfung der akut-stationären Spitaltarife (Baserates) genauer erläutert.

4 Ermittlung und Prüfung akut-stationärer Spitaltarife

Die Überprüfung der Baserates (auch Basispreise genannt) erfolgt aufgrund von Art. 49 und 49a KVG in zwei Schritten: In einem ersten Schritt werden auf Basis betriebsindividueller Kosten- und Leistungsdaten und unter Einhaltung der einschlägigen Vorgaben aus Gesetz und Rechtsprechung die benchmarking-relevanten Betriebskosten⁹ und daraus abgeleitet die benchmarking-relevanten Baserates¹⁰ möglichst vieler Spitäler ermittelt. In einem zweiten Schritt ist basierend auf den im ersten Schritt ermittelten benchmarking-relevanten Baserates ein Benchmarking durchzuführen. Daraus resultiert eine Referenz-Baserate, an welcher sich die anderen Spitäler zu orientieren haben (vergleiche dazu insbesondere die Grundsatzurteile zu umstrittenen Baserates 2012 in den Kantonen Luzern, Zürich und Glarus – C-1698/2013, C-2283/2013 mit C-3617/2013 sowie C-3425/2013 – abrufbar unter www.bvger.ch).

4.1 Ermittlung der Kosten

In diesem Abschnitt wird zunächst erläutert, auf welche Datenbasis sich die PUE bei der Prüfung der Kosten abstützt. Danach wird die Vorgehensweise der PUE zur Ermittlung der benchmarking-relevanten Betriebskosten beschrieben, aus denen sich die benchmarking-relevanten Baserates herleiten lassen.

⁹ Diese werden für jedes Spital auf Basis der eigenen Kosten ermittelt, vgl. dazu nachstehende Tabelle 2.

¹⁰ Diese ergeben sich aus der Division der benchmarking-relevanten Betriebskosten mit den Kostengewichten des gesamten Spitals, vgl. dazu nachstehende Tabelle 2.

4.1.1 Kosten- und Leistungsdaten

Als Datenbasis zur Berechnung der benchmarking-relevanten Betriebskosten dient in der Regel das *ITAR_K-Modell*¹¹, welches auf der Kostenträgerrechnung nach REKOLE¹² basiert. Die Kostendaten werden für jedes Tarifwerk in Spalten (Kostenträger) separat ausgewiesen. Ein Tarifwerk zeichnet sich durch unterschiedliche Patienten-Merkmale aus – so wird z.B. zwischen Kranken- und Unfallversicherten, zwischen Grund- und Zusatzversicherten und zwischen verschiedenen Spitalbereichen (akut-stationärer Bereich, stationäre Rehabilitation, stationäre Psychiatrie, ambulanter Bereich usw.) unterschieden.

Zur Berechnung der akut-stationären Spalttarife zulasten der Grundversicherung sind die Spalten des ITAR_K-Modells „reine stationäre KVG Fälle akut“ (kurz: „KVG“) und „stationärer Tarif KVG Zusatzversicherte akut“ (kurz: „KVG ZV“) massgebend. Die Spalte „KVG“ enthält die Kosten für die behandelten Patienten, die nur grundversichert sind. Die Spalte „KVG ZV“ enthält die Kosten für die Patienten mit einer Zusatzversicherung, so dass die Kosten dieser Spalte sowohl einen Grundversicherungsanteil als auch einen Zusatzversicherungsanteil beinhalten. Zur Berechnung der benchmarking-relevanten Kosten sind beide Spalten „KVG“ und „KVG ZV“ relevant, da beide Spalten Grundversicherungskosten beinhalten. Der Kostenanteil für die Zusatzversicherten der Spalte „KVG ZV“ muss ausgeschieden werden, da die entsprechenden Kosten nicht über die KVG-Baserate finanziert werden.¹³

Zusätzlich zum ITAR_K-Modell erhebt die PUE separat noch weitere Kosten- und Leistungsdaten. Dazu dient ein von der PUE angefertigtes Excelblatt mit dem Namen „*Datenbedarf PUE*“, das von den Spitälern ausgefüllt wird und zusammen mit dem ITAR_K-Modell der PUE eingereicht wird. Diesem Excelblatt können die für die Kalkulation relevanten Leistungsdaten wie die Anzahl betriebene Betten, die Anzahl Pflgetage, die Anzahl Austritte oder der Case Mix eines Spitals entnommen werden. Auch andere Grössen wie die Kosten für universitäre Lehre und Forschung, Überkapazitäten und für übrige gemeinwirtschaftliche Leistungen oder die Erlöse für nicht über die SwissDRG-Baserate abgerechnete Leistungen (z.B. unbewertete DRGs, Zusatzentgelte) sind auf dem Excelblatt zu finden.

Im folgenden Kapitel wird dargestellt, wie sich die benchmarking-relevanten Betriebskosten und darauf basierend die benchmarking-relevante Baserate auf Basis des ITAR_K-Modells berechnen lassen.

¹¹ ITAR_K steht für Integriertes Tarifmodell auf Basis der Kostenträgerrechnung.

¹² Das Handbuch REKOLE (Revision der Kostenrechnung und Leistungserfassung) beschreibt das betriebliche Rechnungswesen der Spitäler.

¹³ Auf welche Weise die Kosten für Zusatzversicherte ausgeschieden werden, wird im Kapitel 4.1.2. erläutert.

4.1.2 Berechnung der benchmarking-relevanten Baserate

Die Berechnung der benchmarking-relevanten Baserate erfolgt in mehreren Schritten. Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick:

Total Kosten gemäss Betriebsbuchhaltung (BEBU) für die Spalten „KVG“ und „KVG ZV“
<u>Abzüge</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Kosten für übrige gemeinwirtschaftliche Leistungen • Zinsaufwand (gemäss Konto 46); ausgewiesener Wert • Kostenmindernde Erlöse inkl. Marge (gemäss Konto 65) • Arzthonorare für zusatzversicherte Patienten • Erlöse aus nicht via Baserate verrechneten Leistungen
<u>Zuschläge</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Nicht-kostenmindernde Erlöse (gemäss Konto 66) (sofern auf Ebene Kostenstellenrechnung kostenmindernd abgezogen) • Kosten für universitäre Lehre und Forschung (falls Kosten über einen eigenen Kostenträger für das gesamte Spital ausgewiesen werden)
<u>Weitere spitalspezifische Abzüge/Zuschläge (optional)</u>
= Betriebskosten (netto 1)
Abzug der Kosten für universitäre Lehre und Forschung
= Betriebskosten (netto 2)
Abzug der Kosten für Überkapazitäten und für zusatzversicherte Patienten
= Betriebskosten (netto 3)
Zuschlag für die Zinsen auf dem Umlaufvermögen; normativer Wert
= Benchmarking-relevante Betriebskosten
dividiert durch die Kostengewichte und Teuerungszuschlag
= Benchmarking-relevante Baserate

Tabelle 2: Vorgehensweise der PUE zur Berechnung der benchmarking-relevanten Baserate

Im Folgenden werden die einzelnen Schritte zur Berechnung der benchmarking-relevanten Baserate erläutert:

Betriebskosten (netto 1)

Ausgangspunkt der Berechnung bilden die *totalen Kosten gemäss BEBU der Spalten „KVG“ und „KVG ZV“*. Ausgehend von diesen Kosten müssen zunächst einige Korrekturen gemacht werden, um schliesslich zu den *Betriebskosten (netto 1)* zu gelangen.

Ausgeschlossen werden müssen gemäss Art. 49 Abs. 3 KVG die Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen. Dazu gehören neben den in Art. 49 Abs. 3 KVG explizit erwähnten Kosten für die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen und für universitäre Lehre und Forschung auch die *übrigen Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen*.¹⁴ Auch andere Positionen müssen abgezogen werden, um eine doppelte Finanzierung zu vermeiden: Dazu gehören einerseits die *Erlöse inkl. Marge aus Konto 65* und andererseits die *Erlöse aus nicht via Baserate verrechneten Leistungen*. Während sich die Erlöse aus Konto 65 aus Leistungen ergeben, welche vom Patienten selbst bezahlt werden (z.B. Bezüge im Spitalrestaurant), müssen auch Erlöse aus Leistungen abgezogen werden, die z.B. über ein Zusatzentgelt und nicht via Baserate finanziert werden. Zudem müssen die *Arzthonorare für zusatzversicherte Patienten* abgezogen werden, da sie nicht von der Grundversicherung getragen werden. Schliesslich wird auch der *Zinsaufwand aus Konto 46* abgezogen, bei dem es sich um die Verzinsung des Umlaufvermögens handelt. Der ausgewiesene Zinsaufwand wird abgezogen, da er in der weiteren Kalkulation durch einen normativen Wert ersetzt wird und sonst doppelt in die Berechnung eingehen würde. Der abzuziehende Betrag muss anteilmässig für die Spalten „KVG“ und „KVG ZV“ bestimmt werden, da sich der ausgewiesene Zinsaufwand auf das gesamte Spital bezieht.¹⁵

Bei der Ermittlung der Betriebskosten (netto 1) werden die *nicht-kostenmindernden Erlöse aus Konto 66* zugeschlagen, da sie auf Ebene Kostenstellenrechnung in der Regel kostenmindernd abgezogen wurden.¹⁶ Anteilsmässig zugeschlagen werden müssen auch die *Kosten für universitäre Lehre und Forschung*, falls sie über einen eigenen Kostenträger (Spalte) für das gesamte Spital ausgewiesen werden.¹⁷ Diese Korrektur ist nötig, da die Spalten „KVG“ und „KVG ZV“ sonst keine entsprechenden Kosten beinhalten würden, die in der weiteren Kalkulation ausgeschlossen werden müssen.

¹⁴ Die übrigen Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen sind gesetzlich nicht klar definiert, was bei der Deklaration dieser Kosten zu Ungenauigkeiten führen kann.

¹⁵ Dazu werden die Kosten der Spalten „KVG“ und „KVG ZV“ zu den Gesamtkosten des Spitals ins Verhältnis gesetzt und dieses Verhältnis mit dem Zinsaufwand des gesamten Spitals multipliziert.

¹⁶ Vgl. ITAR_K (Integriertes Tarifmodell auf Basis der Kostenträgerrechnung), Erläuterungen zur Anwendung des Datenausweises von ITAR_K, Version 6.0, S.12 f.

¹⁷ Die Berechnung des Anteils erfolgt analog zum Zinsaufwand (vgl. Fussnote 15).

Es können des Weiteren *zusätzliche spitalspezifische Zu- und Abschläge* in die Kalkulation einfließen, wenn sie nachweisbar sind.

Schliesslich resultieren nach den genannten Korrekturen die **Betriebskosten (netto 1)**.

Betriebskosten (netto 2)

Wie bereits angetönt, sind die effektiven *Kosten für universitäre Lehre und Forschung* auszuscheiden, da sie gemäss KVG nicht zu den anrechenbaren Kosten zählen. Konnte das Spital diese Kostenposition aus irgendwelchen Gründen nicht ermitteln oder scheint der ausgewiesene Wert unplausibel, wird ein normativer Wert abgezogen. Der normative Wert für Universitätsspitäler beträgt 23% der Betriebskosten (netto 1). Für Nicht-Universitätsspitäler hängt er von der Grösse des Spitals ab, gemessen an der Bettenanzahl: Bei Spitälern mit 1-74 Betten beträgt der Wert 0.8%, bei Spitälern mit 75-124 Betten 1.5% und bei Spitälern mit 125 und mehr Betten 3.5%. Die genannten Prozentsätze werden dann auf die anteiligen Personalkosten (Konto 30-39 ohne Konto 38) des KV-Bereichs angewendet, um schliesslich den normativen Wert bestimmen zu können.¹⁸

Nach dem Abzug der Kosten für universitäre Lehre und Forschung von den Betriebskosten (netto 1) resultieren die **Betriebskosten (netto 2)**.

Betriebskosten (netto 3)

Auch *die Kosten für regionalpolitisch motivierte oder bewusst aufrechterhaltene Überkapazitäten*¹⁹ sind gemäss KVG abzuziehen, wie bereits erwähnt wurde. Ob ein Spital derartige Überkapazitäten aufweist, hängt vom durchschnittlichen Bettenbelegungsgrad ab.²⁰ Für Spitäler mit einer Notfallstation liegt der normative Auslastungsschwellenwert bei 85%, bei Spitälern ohne Notfallstation bei 90%. Bei einem durchschnittlichen Bettenbelegungsgrad, der die genannten Werte unterschreitet, bestehen Überkapazitäten, deren Kosten subtrahiert werden müssen. Da ein Spital sehr selten die tatsächlichen Kosten für Überkapazitäten ausweist, wird zur Ermittlung der auszuscheidenden Kosten ein normativer Abzugssatz berechnet. Der Abzugssatz für Überkapazitäten hängt vom Fixkostenanteil der Spitäler ab und wird mittels einer Formel

¹⁸ Vor der Einführung der aktuellen Spitalfinanzierung 2012 wurden gemäss Bundesratspraxis bei Universitätsspitäler 25% der Betriebskosten (netto 1) und bei Nicht-Universitätsspitalern 1% (1-74 Betten), 2% (75-124 Betten) oder 5% (125 und mehr Betten) der Personalkosten ausgeschieden. Die heutigen Prozentwerte sind tiefer, da nur noch die Kosten für universitäre Lehre und Forschung und nicht mehr die gesamten Kosten für Lehre und Forschung abzuziehen sind.

¹⁹ Vgl. BVGer-Urteil vom 11.9.2014, C-2283/2013, C-3617/2013; E. 4.9.6.

²⁰ Der Bettenbelegungsgrad lässt sich folgendermassen aus den Leistungsdaten des Spitals berechnen:
Bettenbelegungsgrad = Anzahl Pflgetage/(Anzahl betriebene Betten*365)*100.

berechnet, die von einem Fixkostenanteil von 80% ausgeht. Je mehr der durchschnittliche Bettenbelegungsgrad vom normativen Auslastungsschwellenwert abweicht, desto höher ist der Abzugssatz.²¹ Die nicht anrechenbaren Kosten für Überkapazitäten ergeben sich schliesslich durch die Multiplikation des Abzugssatzes mit den Betriebskosten (netto 2).

Zur Herleitung der Betriebskosten (netto 3) muss zudem ein *Abzug für zusatzversicherte Patienten* gemacht werden, da sie Mehrkosten verursachen, die in der Spalte „KVG ZV“ enthalten sind. Auch hier liegt ein normativer Ansatz zugrunde, da die Kosten für Zusatzversicherte nicht separat ausgewiesen werden. Der Abzugssatz hängt vom Anteil der zusatzversicherten Patienten ab, gemessen an der Anzahl Pflégetage der Zusatzversicherten im Verhältnis zur Anzahl Pflégetage der Grund- und Zusatzversicherten. Für einen Anteil der zusatzversicherten Patienten von weniger als 10% wird kein Abzug gemacht, für einen Anteil von 10% bis 20% beträgt der Abzugssatz 1% und für einen Anteil von mehr als 20% wird ein Abzugssatz von 2% angewendet. Der abzuziehende Betrag ergibt sich aus der Multiplikation des jeweiligen Abzugssatzes für ein Spital mit den Betriebskosten (netto 2).

Nach der Kostenkorrektur für Überkapazitäten und dem Abzug für zusatzversicherte Patienten resultieren die **Betriebskosten (netto 3)**.

Benchmarking-relevante Betriebskosten

Zur Berechnung der Betriebskosten (netto 1) wurde der ausgewiesene Zinsaufwand auf dem Umlaufvermögen abgezogen. Zur Ermittlung der benchmarking-relevanten Betriebskosten werden die Zinskosten mittels einem normativen Wert wieder dazugerechnet. Die normativen Zinskosten basieren auf der Jahresdurchschnittsrendite von eidgenössischen Obligationen mit einer Laufzeit von 10 Jahren und einer Zahlungsfrist von 40 Tagen.²² Dabei ist jeweils mit dem aktuellsten verfügbaren Jahreszinssatz zu rechnen, der auf der Homepage der SNB abrufbar ist.²³

²¹ Die Formel zur Berechnung des Abzugssatzes lautet wie folgt:
Abzugssatz = 80% - (80% * durchschnittlicher Bettenbelegungsgrad / normativer Auslastungsschwellenwert).

²² Die Formel zur Berechnung der Zinskosten sieht folgendermassen aus:
Zinskosten = Jahresdurchschnittsrendite eidg. Obligationen, Laufzeit 10 Jahre * 40/365.

²³ Siehe <https://www.snb.ch/de/>.

Benchmarking-relevante Baserate

Wie in Kapitel 3 erläutert wurde, entspricht die Baserate dem Frankenbetrag, der für einen Fall mit dem Schweregrad 1 vergütet wird. Die benchmarking-relevanten Betriebskosten des Spitals müssen deshalb durch den *Case Mix netto*²⁴ geteilt werden.

Im letzten Schritt der Kalkulation wird noch eine Bereinigung gemacht, und zwar wird die aufgelaufene *Teuerung* zugeschlagen. Die Baserate im Jahr t (t = Tarifjahr) wird auf der Basis der effektiven Kosten aus dem Jahr t-2 hergeleitet. Damit die aufgelaufene Teuerung des Jahres t-1 in der Baserate des Jahres t abgebildet ist, wird der entsprechende Betrag zugeschlagen. Die aufgelaufene Teuerung ergibt sich aus einem gewichteten Durchschnitt der Veränderungen des Landesindex der Konsumentenpreise (LIK) und des Nominallohnindex mit den Werten für das Jahr t-1. Als Gewichte dienen die Sachkosten mit einem Anteil von 30% und die Personalkosten mit einem Anteil von 70%.²⁵

Schliesslich resultiert die **benchmarking-relevante Baserate**.

4.2 Wirtschaftlichkeitsprüfung

Wie einleitend in Kapitel 4 beschrieben wurde, ist basierend auf den ermittelten benchmarking-relevanten Baserates möglichst vieler Spitäler in einem zweiten Schritt ein Benchmarking durchzuführen. In diesem Abschnitt wird beschrieben, welche Anforderungen die Rechtsprechung an das Benchmarking stellt. Zudem werden die theoretischen diesbezüglichen Grundlagen und schliesslich die praktische Umsetzung der PUE erläutert.

4.2.1 Rechtsprechung

In seinen Urteilen, insbesondere zu den Fällen Zürich und Glarus, hat das BVGer das idealtypische Benchmarking erörtert (vgl. vorerwähnte Urteile C-2283/2013 mit C-3617/2013 sowie C-3425/2013). Es muss insbesondere die folgenden neun Kriterien erfüllen:

1. Das Benchmarking sollte im Prinzip alle akutsomatischen Spitäler der Schweiz umfassen und auch ineffiziente Häuser beinhalten.
2. Das Benchmarking muss repräsentativ sein.

²⁴ Der Case Mix netto entspricht dem effektiven Schweregrad der Behandlungen der KV-Patienten eines Spitals. Wird er durch die Anzahl Fälle dividiert, ergibt sich der Case Mix-Index resp. die durchschnittliche Fallschwere.

²⁵ Die Teuerung wird somit folgendermassen berechnet:
 $Teuerung(t-1) = 30\% * \Delta LIK(t-1) + 70\% * \Delta NLI(t-1)$.

3. In einem DRG-System braucht es für das Benchmarking keine Spital-Kategorien mehr; Ausnahmen waren in einer Übergangszeit möglich.²⁶
4. Das Benchmarking sollte auf Kosten und nicht auf Tarifen beruhen (Tarif-Benchmarking als Ausnahme).
5. Es ist zulässig, dass Spitäler, deren Kosten unter dem aus dem Benchmarking hervorgegangenen Referenz- oder Benchmarkwert liegen, einen effizienzbedingten Gewinn erzielen.
6. Der nationale Referenz- oder Benchmarkwert muss die Baserate effizienter Spitäler reflektieren.
7. Es gibt verschiedene Methoden, wie ein Benchmarking durchgeführt und ein Referenzwert bestimmt werden kann: Gemäss Zürcher und Glarner Grundsatzurteilen ist die Perzentil-Methode ein akzeptables Benchmarkingverfahren. Offen blieb, welcher Perzentilwert zur Festlegung des Referenzwerts massgebend ist (10., 20., 40. Perzentil?) und nach welcher Kalkulationsmethode die Daten zur Berechnung dieses Perzentilwerts auszuwerten sind (mit Bezug auf die Anzahl Spitäler, die Anzahl Fälle oder den Case Mix).
8. Der nationale Benchmarkwert führt bei ineffizienten Spitätern zu ungedeckten Kosten. Dadurch entstehen Anreize zur Effizienzsteigerung.
9. Im Baserate-Verhandlungs-, -Genehmigungs- und -Festsetzungsprozess besitzen Tarifparteien und Kantone einen Ermessensspielraum.

Aus den Ausführungen des BVGer gilt es insbesondere zwei Punkte im Hinblick auf das Benchmarking hervorzuheben:

1. Das BVGer bestätigt den 2012 eingeleiteten Paradigmenwechsel bei der Spitalfinanzierung hin zu einem *Anreizmodell*. Demnach werden nicht mehr die realen KVG-Kosten eines einzelnen Spitals vergütet, sondern ein Benchmark- resp. Referenzwert. Sowohl effizienzbedingte Gewinne als auch ungedeckte Kosten bei ineffizienten Spitätern

²⁶ Nur in begründeten Einzelfällen ist unter Umständen der spezifischen Situation eines Leistungserbringers Rechnung zu tragen, so dass ausgehend vom Referenzwert differenzierte Baserates festgesetzt oder verhandelt werden müssen (vgl. Zürcher Grundsatzurteil C-2283/2013, C-3617/2013, E. 6.8).

In der Einführungsphase war es sinnvoll, für die Universitätsspitäler ein separates Benchmarking durchzuführen. Wir erachten diese Phase nach vier Jahren für beendet. Zum einen ist die SwissDRG-Version 5.0, welche zur Abrechnung der 2016er-Fälle zur Anwendung kommt, bezüglich ihrer Abbildungsgüte ausgereift, da insbesondere das R^2 der Inlier-Fälle mit einem Wert von 0.808 bereits sehr hoch ist. Zudem enthält sie eine relativ grosse Zahl von (58) Zusatzentgelten für besonders teure Medikamente, Implantate und Verfahren. Somit kann ab 2016 nur noch ein einziges Benchmarking sowohl für Universitätsspitäler wie auch für Nicht-Universitätsspitäler und Geburtshäuser gemacht werden. Begründete Kostenunterschiede sind in der Tarifstruktur samt Zusatzentgelten abgebildet.

sind zulässig. Der Benchmarkwert hat somit den Charakter eines „*Festpreises*“ oder „*Höchstpreises*“.²⁷ Damit anerkennt das BVGer das Eingreifen des Staates und insbesondere einer Regulierungsbehörde. Dies wiederum erfordert eine hohe Kostentransparenz, damit der verrechenbare Referenztarif durch die Regulierungsbehörde auf einer geeigneten Höhe (d.h. insbesondere niedrig genug) festgelegt werden kann.

2. Der Referenzwert hat auf einem *landesweiten Benchmarking* unter Einbezug aller Spitäler zu erfolgen, insbesondere auch der ineffizienten Häuser. Damit sind die Voraussetzungen für *Effizienzvergleiche* gegeben.

Der folgende Abschnitt enthält einige theoretische und konzeptuelle Grundlagen zur Theorie der Regulierung natürlicher Monopole und zu ihrer Anwendung auf die Spitalregulierung. Dabei liegt der Fokus auf der Anreizwirkung verschiedener Regulierungsmodelle.

4.2.2 Theoretische Grundlagen

Die modernen Regulierungsmodelle können anhand der beiden folgenden Kriterien klassiert werden.²⁸

1. *Geldtransfer*: Erhält das regulierte Unternehmen einen Geldtransfer²⁹?
2. *Anreizniveau*: Wie gross sind die Anreize zur Effizienzsteigerung bzw. Kostensenkung?

Grundsätzlich gibt es drei verschiedene Regulierungssysteme mit unterschiedlicher Anreizwirkungen:

Regulierungssysteme des Typs „Kosten der Leistung“

Bei solchen Regulierungssystemen erhält das regulierte Unternehmen eine vollständige Rückerstattung seiner Kosten. Derartige Systeme enthalten kaum Anreize zur Effizienzsteigerung, da *der Transfer unabhängig von der Leistung des Unternehmens* erfolgt: Arbeitet das Unternehmen weniger effizient, trägt es kein finanzielles Risiko, da die Kosten unabhängig von der Kostenhöhe gedeckt werden. Verbessert das Unternehmen seine Produktivität, kann es keinen Gewinn realisieren, da nur die realen Kosten auch in diesem Fall vollständig vergütet werden.

²⁷ Ein solches Vorgehen wird auch international bei der Regulierung anderer Industrien mit natürlichen Monopoleigenschaften angewendet (Strom, städtischer Verkehr usw.).

²⁸ Laffont, J. J. & Tirole, J. (1993). „A theory of Incentives in procurement and regulation“. MIT press.

²⁹ Das Kriterium des Geldtransfers ist vorliegend immer erfüllt, da die Kantone und Krankenversicherer aktuell die Spitalkosten mitfinanzieren. Die Regeln des dual-fixen Finanzierungssystems gelten sowohl für die öffentlichen als auch die privaten Spitäler.

Regulierungssysteme des Typs „Festpreis“

In einem Festpreissystem bestimmt die Behörde das optimale Preisniveau (= finanzielles Gleichgewicht), das unabhängig von den tatsächlichen Kosten eines einzelnen Unternehmens festgelegt und vergütet wird. In einem solchen System haben die regulierten Unternehmen einen *sehr starken Anreiz zur Effizienzsteigerung*: Übersteigen die Kosten den vergüteten Betrag, trägt das Unternehmen den Verlust, was es aus seiner Sicht zu vermeiden gilt. Ist ein Unternehmen hingegen hinreichend effizient und kann die Kosten unter den vergüteten Betrag senken, kann es die vollständige Differenz resp. den Gewinn behalten. Somit trägt das Unternehmen die finanzielle Verantwortung. Diese Regulierungssysteme haben jedoch auch zur Folge, dass den effizientesten Unternehmen potentiell ein beträchtlicher *effizienzbedingter Gewinn* überlassen wird.

Regulierungssysteme des Typs „Anreizvertrag“

Solche Regulierungssysteme liegen zwischen den Systemen des Typs „Kosten der Leistung“ und des Typs „Festpreis“. Die Idee solcher Systeme liegt darin, dass die Unternehmen zwar einen Anreiz zur Effizienzsteigerung haben, sich aber das finanzielle Risiko mit der Behörde teilen. Allfällige Gewinne oder Verluste werden von beiden Seiten getragen. Die Definition und Einführung dieser Art von Regulierungssystemen steht im Zentrum der neuen Ökonomie der Regulierung.³⁰ *Damit können gleichzeitig starke Anreize zur Kostensenkung geschaffen und dennoch garantiert werden, dass die Allgemeinheit von diesen Effizienzgewinnen (mit-) profitiert.*

Nachfolgende Tabelle 3 fasst diese drei Regulierungssysteme hinsichtlich den Kostensenkungsanreizen und der Höhe der erzielbaren und von den einzelnen Leistungserbringern einbehaltbaren effizienzbedingten Gewinne zusammen:

³⁰ Gagnepain, P. (2001). „La nouvelle théorie de la régulation des monopoles naturels: fondements et tests”. *Revue française d'économie*, 4, 55-110.

Art des Regulierungs-Systems	Anreiz zur Kostensenkung	Einbehaltbarer effizienzbedingter Gewinn
Festpreis	Sehr stark	Hoch
Anreizvertrag	Stark	Begrenzt
Kosten der Leistung	Keiner	Keiner

Tabelle 3: Klassifizierung der Regulierungssysteme.

Der Übergang von einem Modell des Typs „Kosten der Leistung“ zu einem Anreizmodell der Typen „Festpreis“ oder „Anreizvertrag“ soll entsprechend Anreize zu einer effizienteren Leistungserbringung setzen. Mit diesem Vorgehen können insbesondere die volkswirtschaftlichen Kosten in der Form von Ineffizienzen des erstgenannten Typs beseitigt werden. Der Grund für das Bestehen der Ineffizienzen sind *asymmetrische Informationen* - im Gegensatz zum regulierten Unternehmen kennt der Regulator die Anstrengungen zur Kostensenkung einer einzelnen Institution nicht. Würde der Regulator das Effizienzpotential kennen, würde er dies in seinem Entscheidungskalkül berücksichtigen und nur optimale Lösungen mitfinanzieren.³¹

Um in regulierten Märkten optimale Lösungen zu finden, muss eine Wettbewerbssituation simuliert werden, wodurch Effizienzvergleiche ermöglicht werden. Dazu dient die in der ökonomischen Literatur bekannte „*yardstick competition*“. Der zugrundeliegende Mechanismus ist der folgende: Der optimale Preis orientiert sich nicht an den individuellen Kosten eines Unternehmens, sondern an den Kosten von vergleichbaren regulierten Unternehmen. Der auf diese Weise hergeleitete Preis hat den Charakter eines Referenz- resp. Benchmarkwerts, an dem sich die Effizienz der Unternehmen messen lässt. Ein DRG-System zur Vergütung von Spitalleistungen wie in der Schweiz wird in der wissenschaftlichen Literatur als konkretes Beispiel für eine Simulation unter Wettbewerbsbedingungen anhand eines Referenzwertes (im Sinne einer „*yardstick competition*“) genannt, das Effizienzvergleiche zulässt. Wie in Kapitel 3 erläutert wurde, handelt es sich bei den Baserates um normierte Werte (mit dem Kostengewicht 1), die zwischen einzelnen Spitälern verglichen werden können. Damit sind die Bedingungen für die Ermittlung eines Referenzwertes basierend auf einem vom BVGer geforderten landesweiten Benchmarking gegeben.³²

³¹ Solche Situationen werden in der Prinzipal-Agent-Theorie untersucht. Dabei verfügt der Agent gegenüber dem Prinzipal typischerweise über einen Wissensvorsprung.

³² Shleifer, A. (1985). „A Theory of Yardstick Competition“, *Rand Journal of Economics*, 16 (3), 319-327.

Die Praxis zeigt, dass die Fallpauschalsysteme in europäischen Ländern in Bezug auf die vergüteten Beträge unterschiedlich ausgestaltet sind, was Auswirkungen auf die Effizienzbemühungen der Spitäler hat: Polen dient als Beispiel, wo eine einheitliche Baserate vergütet wird und die Spitäler daher einen starken Anreiz haben, ihre Kosten unter diese Baserate zu senken.³³ In Finnland werden die Spitäler andererseits anhand einer spitalindividuellen Baserate entschädigt, wodurch die Spitäler keinen Anreiz haben, die Kosten unter einen ermittelten Referenzwert zu reduzieren.³⁴

Im nachfolgenden Abschnitt wird das Benchmarking der PUE beschrieben, das auf den Ausführungen des BVGer und den genannten theoretischen Grundlagen beruht.

4.2.3 Praktische Umsetzung – das Benchmarking der PUE

In seinem Urteil vom 29. Januar 2015 i.S. Baserate 2012 des Kantonsspitals Glarus (C-3425/2013, E. 4.3.1 – 4.4.6) legt das BVGer dar, wie stark die Wahl der Benchmarkingmethode das Ergebnis des Benchmarkings beeinflusst. Daraus leitet das BVGer die Notwendigkeit von verbindlichen Vorgaben zur zu verwendenden Methode zur Kalkulation des Benchmark- oder Referenzwerts durch den Bundesrat ab. Die Ausführungen und Berechnungen, welche das BVGer im Glarner Urteil anstellte, um die Sensitivität in Bezug auf die Methodenwahl aufzuzeigen, basieren auf von Tarifsuisse kalkulierten Baserates, welchen Kosten- und Leistungsdaten von 74 Spitälern aus dem Jahr 2010 zugrunde liegen.³⁵

Zu den Ausführungen und Berechnungen des BVGer betreffend Kalkulationsmethoden im Fall der strittigen Baserate 2012 des Kantonsspitals Glarus gibt es folgendes zu bemerken: Wenn die Kalkulation des nationalen Benchmarkwerts anhand der Kalkulationsmethoden „Anzahl Fälle“ (Kalkulationsmethode 2, vgl. Anhang 1) oder „Case Mix“ (Kalkulationsmethode 3, vgl. Anhang 1) erfolgt, spielt die Grösse der im Benchmarking verwendeten Spitäler (gemessen an der Anzahl der Fälle oder dem Case Mix pro Spital – beide Grössen sind stark miteinander korreliert) eine potenziell bedeutende Rolle, da sie die Höhe des resultierenden Benchmarkwerts beeinflusst, sofern z.B. relativ viele grosse und teure Spitäler im Benchmarking vertreten sind. Dies ist nicht erwünscht. Vielmehr ist davon auszugehen, dass die wirtschaftliche Effizienz eines Spitals im Wesentlichen von den Managemententscheiden der Spitalleitung für das

³³ Cots, F., Chiarello, P., Salvador, X., Castells, X. & Quentin, W. (2011). „DRG-based hospital payment: Intended and unintended consequences” in Busse, R., Geissler, A., Quentin, W. & Wiley, M. „Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals”, McGraw Hill Press, 75-92.

³⁴ Street, A., O'Reilly, J., Ward, P. & Mason, A. (2011). „DRG-based hospital payment and efficiency: Theory, evidence, and challenges” in Busse, R., Geissler, A., Quentin, W. & Wiley, M. „Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals”, McGraw Hill Press, 93-114.

³⁵ Eine Beschreibung der verschiedenen Kalkulationsmethoden (1-3) und die von Tarifsuisse ermittelten Werte lassen sich dem Anhang 1 entnehmen.

eigene Spital abhängt und damit unabhängig ist von dessen Fallmenge oder Case Mix. *Daher ist es zielführend* und im Sinne der von der neuen Spitalfinanzierung für die einzelnen Spitäler angestrebten Effizienzsteigerung, *jedes Spital gleichgewichtet* (gemäss der Kalkulationsmethode 1 „Anzahl Spitäler“, vgl. Anhang 1) *in die Benchmarkingkalkulation einfliessen zu lassen*. Ein Benchmarking anhand eines Perzentils der (Gesamt-) Anzahl der Patienten oder des gesamten Case Mix verwässert die Bedeutung der Entscheidungen der Spitalleitungen für die Effizienz und damit die Baseratehöhe der von ihnen betreuten Häuser und damit letztlich auch die Anreizwirkung des Benchmarkingverfahrens für die einzelnen Spitäler, deren Effizienz ja positiv beeinflusst werden soll.

Das Benchmarking der Preisüberwachung hat sich **somit auf die Spitäler als gleichwertige Entscheidungseinheiten** zu beziehen, womit der *nationale Benchmark- oder Referenzwert* mittels der **Kalkulationsmethode „Anzahl Spitäler“** zu berechnen ist.³⁶

Nachstehend wird das konkrete Vorgehen zur Ermittlung des nationalen Referenzwerts exemplarisch anhand des Benchmarkings für das Tarifjahr 2016 ausgeführt.³⁷

Zur **Berechnung** der ins Benchmarking 2016 einflussenden **benchmarking-relevanten Baserates der einzelnen Häuser hat die PUE mit den vom Bundesamt für Statistik (BFS) bereitgestellten Kosten- und Leistungsdaten aus der Krankenhausstatistik (KS) sowie der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS) gearbeitet**. Dieses Vorgehen weicht von der in Kapitel 4.1 beschriebenen idealtypischen Ermittlung der benchmarking-relevanten Baserates basierend auf dem ITAR_K-Modell ab. Dabei gilt es zu beachten, dass der PUE momentan nicht alle ITAR_K-Modelle der Schweizer Spitäler zur Verfügung stehen, um auf dieser Datenbasis ein vom BVGer gefordertes repräsentatives Benchmarking mit möglichst vielen Spitalern durchführen zu können. Das Vorgehen der PUE für das Benchmarking 2016 basiert jedoch auch auf spitalindividuellen Kosten und Leistungsdaten und ist somit die bestmögliche Variante, um den Anforderungen des BVGer zur Ermittlung eines repräsentativen Benchmarkwerts zu genügen.

Für die Berechnung der benchmarking-relevanten Baserates für das Jahr 2016 ist die PUE folgendermassen vorgegangen:

³⁶ Vgl. dazu auch Anhang 1.

³⁷ Die Tarife aus den Jahren 2012-2015 beurteilt die PUE anhand des Benchmarkingwerts 2015 (Fr. 9'592.-), der wie der Benchmarkingwert 2016 auf Basis der Kosten- und Leistungsdaten des BFS (141 Spitäler) berechnet wurde.

Berechnung	Quelle der Daten und Bemerkungen
Totalkosten der administrativen Fälle stationär (inkl. Anlagenutzungskosten)	aus KS 2014: KS_Kostenträgerrechnung
<i>abzüglich</i> Zinsen (Anteil ³⁸)	aus KS 2014: KS_Finanzbuchhaltung
<i>abzüglich</i> Erlöse aus Leistungen an Personal und Dritte (Konto 68) stationär	aus KS 2014: KS_Erlösträgerrechnung
<i>abzüglich</i> Übrige Erlöse aus Leistungen an Patienten (Konto 65) stationär	aus KS 2014: KS_Erlösträgerrechnung
= Betriebskosten I (netto I)	
<i>abzüglich</i> Kosten für universitäre Lehre und Forschung (L&F) (Anteil ³⁹): -> falls ausgewiesen, sonst normativer Abzug ⁴⁰	aus KS 2014: KS_Kostenträgerrechnung bzw. aus KS 2014: KS_Finanzbuchhaltung (für Personalkosten)
= Betriebskosten II (netto II)	
<i>zuzüglich</i> Zins eidg. Obligationen 10 Jahre ⁴¹	

³⁸ Weil die Zinsen nur für das gesamte Spital ausgewiesen werden (somit auch für den ambulanten Bereich und die Langzeitpflege), wird der Anteil des stationären Bereichs an den Zinskosten folgendermassen berechnet: (Totalkosten stationär / Totalkosten stationär + ambulant + Langzeit) * Zinsen.

Somit erhält man die Zinskosten des stationären Bereichs. Die Vorgehensweise ist vergleichbar mit der Berechnung auf Basis des ITAR_K-Modells (siehe Fussnote 15).

³⁹ Analog zu den Zinsen sind auch die *Total Kosten universitäre Lehre und Forschung* nur für das gesamte Spital ausgewiesen. Deshalb wird der Anteil der stationären Totalkosten an den Totalkosten des gesamten Spitals (stationär + ambulant + Langzeit) mit den Total Kosten L&F multipliziert, um die L&F Kosten für den stationären Bereich zu erhalten. Auch hier ist die Vorgehensweise vergleichbar mit der Berechnung auf Basis des ITAR_K-Modells (siehe Fussnote 17).

⁴⁰ Insgesamt haben im Jahr 2014 nur 63 Spitäler Kosten für L&F ausgewiesen. 97 Spitäler hätten demnach keine L&F Kosten (darunter auch grosse Kantonsspitäler mit mehreren hundert Betten), was unplausibel ist. Bei allen Spitälern, welche L&F Kosten ausgewiesen haben (dazu zählen alle Universitätsspitäler), haben wir die ausgewiesenen Kosten unkorrigiert übernommen. Bei den anderen 97 Spitälern ohne ausgewiesene L&F Kosten haben wir den normativen Abzug wie folgt berechnet:

(Personalkosten Konto 30-39 (Anteil) – Personalkosten Konto 38 (Anteil)) * 3.5% / 1.5% / 0.8%.

Die Angaben zu den Personalkosten stammen aus der Krankenhausstatistik 2014 (KS_Finanzbuchhaltung) und sind für das gesamte Spital ausgewiesen. Analog zu den Zinsen und ausgewiesenen L&F Kosten wurde der Anteil für den stationären Bereich berechnet (vgl. Fussnote 38 und 39).

Der Prozentsatz (3.5% / 1.5% / 0.8%) in der obigen Formel ist abhängig von der Grösse des Spitals, gemessen an der Bettenanzahl: Bei Spitälern mit 1-74 Betten beträgt der Abzug 0.8%, bei Spitälern mit 75-124 Betten beträgt er 1.5% und bei Spitälern mit 125 und mehr Betten ist der Abzug 3.5% (vgl. Kapitel 4.1.2).

⁴¹ Der Zins der eidg. Obligationen für eine Laufzeit von 10 Jahren war im 2015 negativ. Die Preisüberwachung verzichtete allerdings auf einen Abzug und setzte den Zinssatz auf 0%.

zuzüglich Teuerung (2015: 0% ⁴²)	
= Benchmarking-relevante Betriebskosten	
dividiert durch Kostengewichte netto	Case Mix (CM) BFS Version 3.0 (Abrechnungsversion)
= Benchmarking-relevante Baserate	

Tabelle 4: Vorgehen für die Berechnung der benchmarking-relevanten Baserate pro Spital.

Ausserdem haben wir mit folgender Formel getestet, ob mindestens 80% der stationären Fälle SwissDRG Fälle sind: $\frac{\text{Kostengewicht}}{\text{CMI} \cdot \text{Fälle}} \geq 0.8$.

So konnten wir für das Tarifjahr 2016 ausgehend von den *durch das BFS erhobenen und geprüften* Betriebskosten und Leistungsdaten des Jahres 2014 für eine grosse Mehrheit der Häuser (160 inkl. Geburtshäuser und alle Universitätsspitäler) je eine solide benchmarking-relevanten Baserate berechnen. Von der Grundgesamtheit von 181 Spitälern ausgeschlossen wurden Spitälern, bei denen die SwissDRG-Fälle weniger als 80% aller stationären Fälle ausmachten (da sie auch Psychiatrie- und/oder Rehafälle enthielten), bei denen kein CMI angegeben war, welche keine Totalkosten ausgewiesen haben und bei denen die Berechnung einen unplausiblen Wert ergab.⁴³ **Das auf 160 Spitälern beruhende Benchmarking der PUE für das Tarifjahr 2016 ist deshalb in hohem Masse repräsentativ⁴⁴.**

Was das **Effizienzkriterium angeht, ist maximal die Verwendung des 20. Perzentils** zur Kalkulation des nationalen Benchmarkwerts angezeigt. Dies liegt darin begründet, dass gemäss KVG zwar nicht das Effizienteste, aber immerhin ein effizientes Spital als Massstab für die anderen Spitälern auszuwählen ist. Durchschnittliche oder nahezu durchschnittliche Spitälern vermögen dem KVG-Wirtschaftlichkeitsprinzip nicht zu genügen: Immerhin jedes fünfte Spital schafft es ja offensichtlich, zu günstigeren Kosten zu arbeiten als das Spital am 20. Perzentil. Der Benchmarkwert 2016 des Spitals am 20. Perzentil liegt mit Fr. 9'598.- ausserdem 30% höher als die Kosten des effizientesten Spitals (mit einer Baserate von Fr. 7'378.-) und immerhin sechs Prozent höher als die Kosten des Spitals am 10. Perzentil. Es würde in keiner Weise

⁴² Die Teuerung wurde folgendermassen aus Landesindex der Konsumentenpreise (LIK) 2015 und Nominallohnindex (NLI) 2015 berechnet:

$$0.3 \cdot \Delta \text{LIK} + 0.7 \cdot \Delta \text{NLI} = 0.3 \cdot (-1.1\%) + 0.7 \cdot 0.4\% = -0.05\% \text{ (vgl. Fussnote 21).}$$

Die aktuellen Daten ergaben im gewichteten Durchschnitt beider Teuerungsindices insgesamt eine negative Teuerung. Wir verzichteten jedoch darauf, einen Abzug aufgrund der negativen Teuerung vorzunehmen und setzten die Teuerung 2015 deshalb auf 0%.

⁴³ Siehe Anhang 2 für die ausgeschlossenen Spitälern.

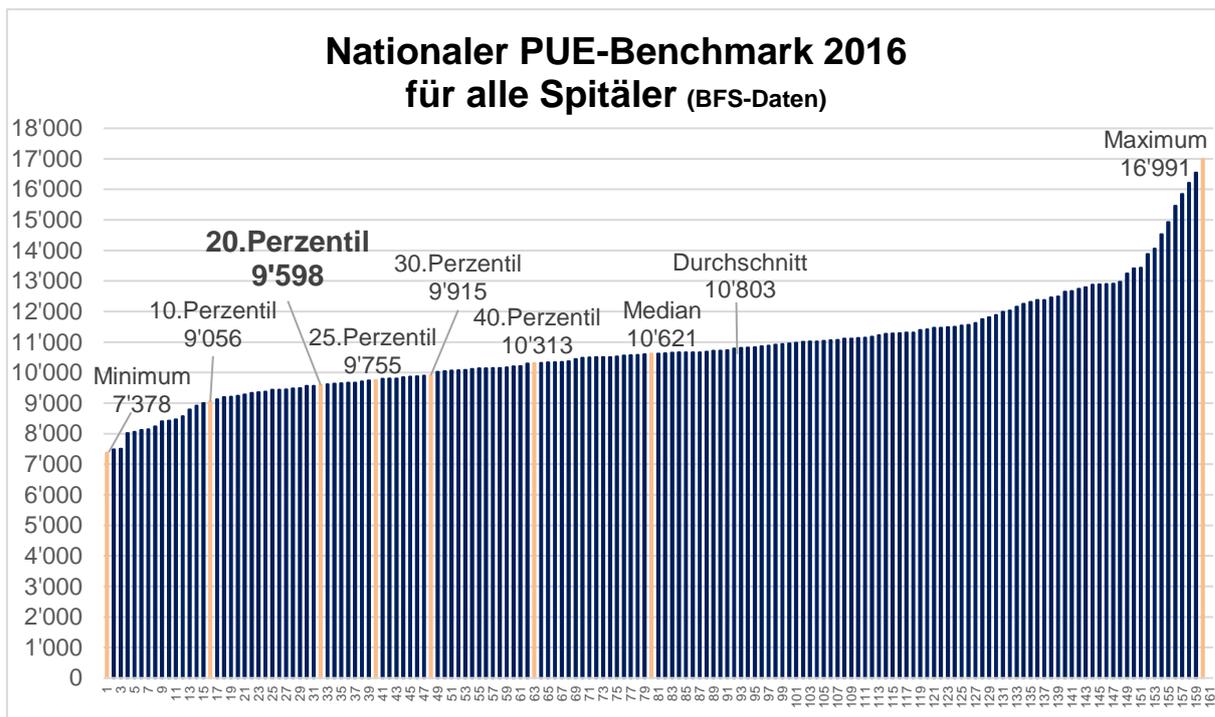
⁴⁴ Für eine Diskussion über die Repräsentativität von Stichproben wird auf Anhang 3 verwiesen.

dem Effizienzkriterium entsprechen, noch über diese Ineffizienzen hinaus zu gehen durch die Festlegung eines höheren Benchmarks.⁴⁵

Dazu kommt, dass das Schweizer Tarifniveau für akutstationäre Spitalbehandlungen zurzeit sehr hoch ist, ja auch hier von einer veritablen Schweizer Preisinsel gesprochen werden muss. In Deutschland kostet nämlich eine derartige Spitalbehandlung im Jahr 2016 nur 3'312 Euro (=Bundesbasisfallwert) und ist damit weniger als halb so teuer wie in der Schweiz, was hauptsächlich an einer höheren Behandlungseffizienz liegen dürfte. Schliesslich hat die Schweizer Privatklinikgruppe Swiss Medical Network SA für ihre Kliniken mit den Krankenversicherern eine Baserate 2016 von Fr. 9'050.- vereinbart. Dies ist gut 500 Franken weniger als die meisten anderen Akutspitäler vertraglich vereinbart haben und zeigt, dass man damit offenbar als Spital immer noch gut leben kann und ein Benchmarking auf Basis des 20. Perzentil nicht streng sondern absolut notwendig ist, um die Effizienz der Schweizer Spitäler im Vergleich zu denjenigen Deutschlands sowie einzelnen Privatspitalern in unserem Land einen Schritt weiter zu bringen.

Nachstehend ist die Verteilung der kalkulatorischen Baserate-Werte der 160 für das Benchmarking verwendeten Spitäler grafisch dargestellt.

⁴⁵ Unter perfekten Wettbewerbsbedingungen würde das effizienteste Spital theoretisch den gesamten Markt abräumen und die anderen Spitäler aus dem Markt drängen – es sei denn, diesen gelänge es vor dem Konkurs, ihre Kosten auf diejenigen des effizientesten Spitals zu senken.



Grafik 1: Verteilung der für das nationale Benchmarking 2016 der PUE verwendeten kostenbasierten benchmarking-relevanten Baserates von 160 Spitälern. Demnach beträgt der für das Tarifjahr 2016 verwendete nationale Benchmarkwert auf Basis des 20. Perzentils Fr. 9'598.- (Datengrundlage: KS und MS des BFS, Daten 2014. Berechnungen durch die PUE).

Der Grafik ist der **nationale Benchmarkwert für das Tarifjahr 2016 in Form einer benchmarking-relevanten Baserate von Fr. 9'598.-** (100%, inkl. Anlagenutzung und Teuerung, 20. Perzentil) zu entnehmen. Zudem sind die Minimal- und Maximalwerte sowie weitere Perzentilwerte inkl. Median (= 50. Perzentil) und (arithmetischer) Mittelwert dargestellt. Wie aus der Grafik zudem ersichtlich wird, **enthalten die für das Benchmarking 2016 verwendeten Spitaldaten gemäss Forderung des BVGer auch acht sehr teure Spitäler** mit kalkulatorischen Baserates von über Fr. 14'000.-.⁴⁶

Schliesslich hat die PUE das Benchmarking und den daraus resultierenden nationalen Benchmarkwert 2016 von Fr. 9'598.- einer **Plausibilitätsprüfung** unterzogen. Das Fazit daraus ist,

- dass die neue Methode alle neun vorgenannten Spital-Benchmarking-Kriterien des Bundesverwaltungsgerichts (vgl. Kap. 4.2.1) erfüllt, da es insbesondere sehr repräsentativ ist, auf kalkulatorischen Kosten basiert, günstige aber auch sehr teure Spitäler enthält und insgesamt ein effizientes Spital zu ermitteln imstande ist, was zu den vom Gesetzgeber gewollten Anreizen zur Effizienzsteigerung führt,

⁴⁶ Die Baserates der 160 Spitäler, die ins Benchmarking eingeflossen sind, können dem Anhang 2 entnommen werden.

- dass der resultierende Benchmarkwert von Fr. 9'598.- sogar noch über dem durchschnittlichen Benchmarkwert 2016 der Tarifsuisse AG von Fr. 9'499.- liegt und
- dass der Benchmarkwert zum Teil deutlich über den einvernehmlich vereinbarten Baserates zahlreicher Spitäler liegt, z.B. der Baserate von Fr. 9'050.-, welche die Kliniken der Swiss Medical Network SA ab 2016 in Rechnung stellen.

4.2.4 Ermittlung der Höhe des maximal zulässigen effizienzbedingten Gewinns

Bei sehr effizienten Spitätern mit kalkulatorischen Baserates, die deutlich unter dem nationalen Benchmarkwert liegen (in der Datenbasis 2016 existieren 3 Spitäler mit kalkulatorischen Baserates unter Fr. 8'000.-), stellt sich schliesslich die Frage, wie hoch der effizienzbedingte Gewinn ausfallen darf.

Das Bundesverwaltungsgericht hat sich dazu nicht im Detail geäussert. Klar scheint jedoch, dass aufgrund des Wirtschaftlichkeitskriteriums im KVG nicht unbeschränkt hohe Renditen erzielt werden dürfen, damit das KVG-Wirtschaftlichkeitsprinzip nicht verletzt ist. Ein brauchbares Kriterium für die Berechnung des maximalen effizienzbedingten Gewinns ist die EBITDA-Marge (EBITDA=*earnings before interest, taxes, depreciation and amortization* oder Deutsch: Gewinn vor Zinsen, Steuern und Abschreibungen auf Sachanlagen sowie immateriellen Vermögensgegenständen).

PWC bezeichnet in einer Schweizer Spitalstudie aus dem Jahr 2014⁴⁷ eine **EBITDA-Marge von 10%** als erstrebenswert. Höher darf der effizienzbedingte Gewinn zu Lasten der Grundversicherung somit sicher nicht ausfallen. ***Ist die Differenz zwischen der kalkulatorischen Baserate eines sehr effizienten Spitals und dem nationalen Benchmarkwert somit grösser als die EBITDA-Marge von 10% auf der kalkulatorischen Baserate (und solche Kliniken gibt es einige), so kann derjenige Gewinnanteil, der diesen Wert übersteigt, nicht bei der Klinik verbleiben. Die soziale Krankenversicherung soll ja bei hoch effizienten Spitätern mitprofitieren.***

Dürften nämlich die sehr effizienten Spitäler und Kliniken immer die ganze Differenz zwischen eigener kalkulatorischer Baserate und dem nationalen Benchmarkwert behalten, könnten in einzelnen Fällen effizienzbedingte Gewinne zu Lasten der sozialen Krankenversicherung resultieren, die einer EBITA-Marge von weit über 20% entsprechen. Das widerspräche eindeutig dem Geist und Wortlaut des KVG.

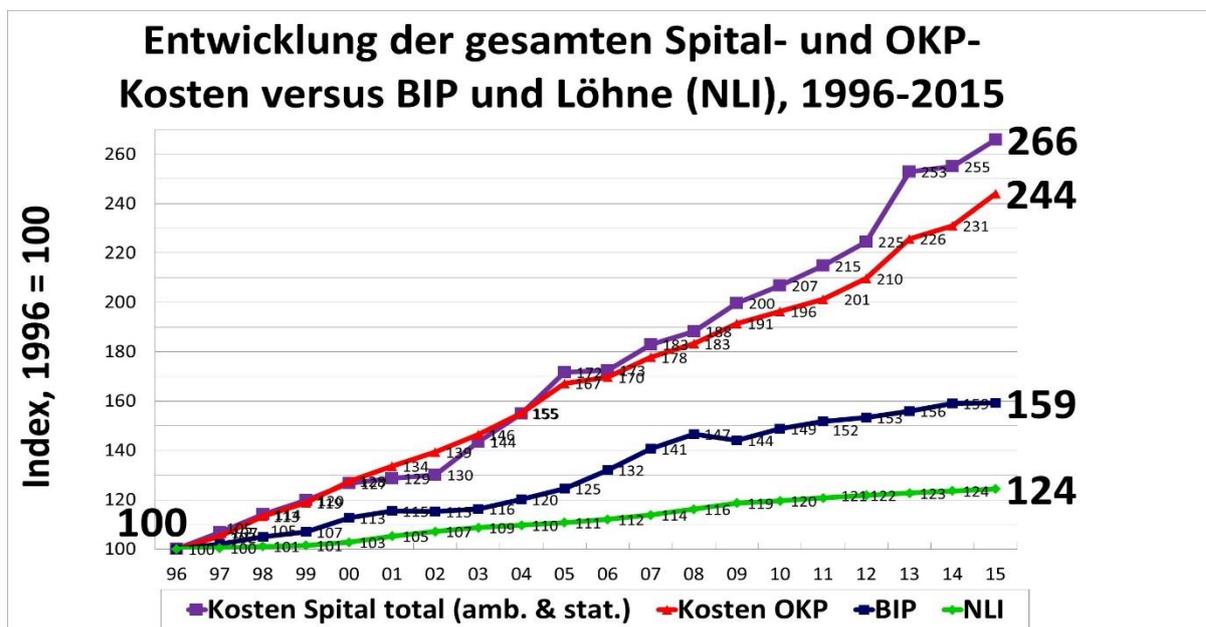
⁴⁷ Vgl. PWC Schweiz (2014). Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2013, PWC, Zürich.

Im nächsten Kapitel folgt ein Ausblick in Bezug auf die Spitaltarife und die diesbezügliche Prüfpraxis.

5 Ausblick

Die vorliegende Darstellung zur Prüfpraxis der PUE ist eine Momentaufnahme. Die Ermittlung der Spitaltarife hängt bei unveränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen insbesondere von den Entscheidungen des BVGer ab, die die Prüfpraxis der PUE massgebend prägen. Ein Beispiel dafür sind die in diesem Bericht erwähnten Ausführungen des BVGer in Bezug auf das Benchmarking. Zudem gilt es zu beachten, dass sich ein Vergütungssystem mit DRG-Fallpauschalen stets weiterentwickelt, da die Kostengewichte und Zusatzentgelte jedes Jahr neu berechnet werden und sich die Abrechnungsregeln ändern, was die Ermittlung der Baserates und das Benchmarking beeinflussen kann.

Ein besonderes Augenmerk hat die PUE stets auf die Entwicklung der Spitalkosten, die in der nachfolgenden Grafik abgebildet ist:



Grafik 2: Entwicklung der totalen Spitalkosten (amb. & stat.) im Vergleich zu den gesamten OKP-Kosten, dem Bruttoinlandprodukt BIP und den Löhnen gemessen am Nominallohnindex NLI 1996-2015 (Quelle: Santésuisse und BFS).

Die Grafik zeigt, dass sich die Spitalkosten zu Lasten der Grundversicherung seit 1996 mehr als verdoppelt haben (Anstieg von 100 auf 266 Punkte, was einer durchschnittlichen jährlichen

Wachstumsrate von 5.3% entspricht). In derselben Zeit wuchs das BIP⁴⁸ um nur 59% (durchschnittliche Wachstumsrate von 2.5% pro Jahr), während die Löhne sogar nur um 24% zunahmen (durchschnittliche Wachstumsrate von 1.6% pro Jahr). Zudem kann der Grafik entnommen werden, dass die Spitalkosten zulasten der Grundversicherung noch stärker gestiegen sind als die gesamten Grundversicherungskosten, welche sich im Zeitraum von 1996 bis 2014 um durchschnittlich 4.8% pro Jahr erhöht haben.

Eine Fortsetzung dieser Entwicklung hat zur Folge, dass die Krankenkassenprämien auch in Zukunft ansteigen werden. Die Tatsache, dass die Grundversicherungskosten und insbesondere die Spitalkosten in den letzten Jahren stärker gestiegen sind als das BIP und die Löhne bedeutet, dass der Anteil der Spitalkosten am Volkseinkommen grösser wird. Diese Entwicklung stellt unsere Gesellschaft vor grosse Herausforderungen, da der Mittelstand überproportional stark davon betroffen ist. Dabei gilt es zu beachten, dass der Anteil der Spitalkosten am Haushalteinkommen bei dieser Gruppe typischerweise am grössten ist.

Aufgrund der Entwicklung der Spitalkosten ist es deshalb unabdingbar, diese auf ein vernünftiges Niveau zu reduzieren. Eine effektive Massnahme zur Kosteneindämmung besteht in der Anwendung von strengen Regeln bei der Ermittlung des Benchmarkwerts unter Einbezug der zurzeit im OECD-Ländervergleich nur durchschnittlichen Behandlungsqualität.⁴⁹ Dieses Anliegen wird die PUE in den anstehenden Diskussionen rund um die Spitalfinanzierung im Sinne der Prämienzahler vertreten.

⁴⁸ Das BIP entspricht dem Wert aller im Inland produzierten Güter und Dienstleistungen und kann als Mass für die Gesamtleistung einer Volkswirtschaft verwendet werden.

⁴⁹ Vgl. Preisüberwachung. Bericht zu Behandlungsqualität und Kostenniveau von Schweizer Spitälern im Ländervergleich, Bern, August 2016.

Anhänge 1-3

Anhang 1: Kalkulationsmethoden des Benchmarkwerts mit ermittelten Werten von Tarifsuisse

Die folgenden 3 Kalkulationsmethoden sind gemäss den Ausführungen und Berechnungen des BVGer im Urteil vom 29. Januar 2015 i.S. Baserate 2012 des Kantonsspitals Glarus (C-3425/2013, E. 4.3.1 – 4.4.6) möglich. Die erwähnten Baserate-Werte stammen von Tarifsuisse:

- *Kalkulationsmethode 1:* Sie besteht darin, die Spitäler nach der Höhe der berechneten Baserates aufsteigend zu sortieren und die Perzentile mit Bezug auf die *Anzahl Spitäler* zu ermitteln (vgl. Tabelle 5: Anzahl Spitäler). Das 25. Perzentil liegt so z.B. beim 19. Spital. So werden die Fallkosten kleiner Spitäler gleich stark gewichtet wie diejenigen grösserer Spitäler.
- *Kalkulationsmethode 2:* Bei der zweiten Methode werden die Spitäler wiederum nach Höhe der Baserate aufsteigend sortiert, die Perzentile werden jedoch mit Bezug auf die totale *Anzahl der Fälle* ermittelt (vgl. Tabelle 5: Anzahl Fälle). Für das 25. Perzentil ist z.B. die kalkulatorische Baserate desjenigen Spitals massgebend, das denjenigen Fall beinhaltet, der bei 25% der Gesamtzahl der Fälle liegt.
- *Kalkulationsmethode 3:* Die dritte Methode gleicht stark der zweiten, mit dem Unterschied, dass die Ermittlung der Perzentile nicht anhand der Anzahl Fälle, sondern mit Bezug zur Gesamtsumme der Kostengewichte oder Case Mix aller Spitäler vorgenommen wird (vgl. Tabelle 5: Case Mix). Für das 25. Perzentil ist z.B. die kalkulatorische Baserate desjenigen Spitals massgebend, bei welchem 25% der Gesamtzahl des Case Mix zu liegen kommt.

Nachfolgende Tabelle 5 fasst die von Tarifsuisse kalkulierten Benchmarkwerte in Abhängigkeit der verwendeten Kalkulationsmethode und Perzentilwerte (25., 40. und 50. Perzentil) zusammen:

	Grundmenge	25. Perzentil	40. Perzentil	50. Perzentil
1.	Anzahl Spitäler	9'499	9'809	9'888
2.	Anzahl Fälle	9'849	10'211	10'221
3.	Case Mix	9'875	10'211	10'221
<i>Referenzwert Tarifsuisse (exkl. nichtuniversitäre Bildung)</i>		9'386	-	-

Tabelle 5: Benchmarkwerte als Funktion der verwendeten Kalkulationsmethode und Perzentilwerte.
Quelle: Urteil des BVGer vom 29. Januar 2015, C-3425/2013 i.S. Baserate 2012 des Kantonsspitals Glarus, E. 4.3.3.

Aus vorstehend erwähnten Gründen ist die Kalkulationsmethode des Typs „Anzahl Spitäler“ vorzuziehen.

Anhang 2: Ausgeschlossene Spitäler und die Baserates der 160 Spitäler, die ins Benchmarking 2016 eingeflossen sind

Liste der ausgeschlossenen Spitäler:

Klinik St. Georg Goldach AG, Clinique des Grangettes SA, Klinik Barmelweid AG, Clinique Generale-Beaulieu, Geburtshaus Luna Biel, H ˆpital de la Tour, Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil AG, Clinique de Genolier, Clinique de la Plaine, Hochgebirgsklinik Davos, Klinik Susenberg, Clinique la Prairie SA, Berit Paracelsus-Klinik AG, Hospiz im Park, Palliativzentrum Hildegard, Klinik für Schlafmedizin, Clinica Dr Spinedi c/o Clinica Santa Croce, Maison de naissance Tilia - Ghezzi-Gacond, Sune-Egge, Aeskulap-Klinik, Stiftung Diaconis Palliative Care.

Werte der ins Benchmarking 2016 eingeflossenen Spitäler in aufsteigender Reihenfolge und anonymisiert:

Nr.	Baserate		Nr.	Baserate		Nr.	Baserate		Nr.	Baserate
1	7'378		41	9'798		81	10'623		121	11'463
2	7'488		42	9'802		82	10'634		122	11'473
3	7'502		43	9'808		83	10'654		123	11'485
4	8'023		44	9'852		84	10'658		124	11'500
5	8'058		45	9'866		85	10'662		125	11'537
6	8'122		46	9'883		86	10'666		126	11'565
7	8'143		47	9'899		87	10'667		127	11'626
8	8'234		48	9'915		88	10'687		128	11'747
9	8'409		49	10'029		89	10'712		129	11'815
10	8'421		50	10'049		90	10'718		130	11'890
11	8'464		51	10'071		91	10'734		131	11'995
12	8'567		52	10'079		92	10'788		132	12'030
13	8'792		53	10'085		93	10'812		133	12'153
14	8'912		54	10'124		94	10'818		134	12'255
15	9'004		55	10'139		95	10'830		135	12'319
16	9'056		56	10'143		96	10'864		136	12'374
17	9'125		57	10'152		97	10'880		137	12'381

18	9'202		58	10'155		98	10'918		138	12'463
19	9'214		59	10'175		99	10'938		139	12'493
20	9'241		60	10'207		100	10'953		140	12'651
21	9'279		61	10'212		101	10'974		141	12'671
22	9'340		62	10'302		102	11'013		142	12'745
23	9'353		63	10'313		103	11'015		143	12'800
24	9'376		64	10'314		104	11'022		144	12'878
25	9'439		65	10'335		105	11'035		145	12'891
26	9'445		66	10'339		106	11'062		146	12'897
27	9'449		67	10'352		107	11'071		147	12'910
28	9'483		68	10'368		108	11'111		148	12'969
29	9'493		69	10'444		109	11'111		149	13'248
30	9'563		70	10'486		110	11'129		150	13'415
31	9'564		71	10'496		111	11'140		151	13'436
32	9'598		72	10'504		112	11'177		152	13'884
33	9'613		73	10'509		113	11'228		153	14'057
34	9'634		74	10'511		114	11'265		154	14'528
35	9'650		75	10'525		115	11'281		155	14'933
36	9'670		76	10'559		116	11'295		156	15'466
37	9'675		77	10'566		117	11'307		157	15'850
38	9'716		78	10'582		118	11'310		158	16'219
39	9'745		79	10'604		119	11'395		159	16'547
40	9'755		80	10'621		120	11'416		160	16'991

Tabelle 6: Baserates (100%, inkl. Anlagenutzungskosten) aller ins Benchmarking eingeflossenen 160 Spitäler in aufsteigender Reihenfolge.

Anhang 3: Repräsentativität von Stichproben

Die vorgenommene Berechnung schliesst die Mehrzahl der Spitäler der Schweiz ein: 160 Spitäler sind im Benchmarking für das Jahr 2016 enthalten, was nahezu einer Vollerhebung der Spitäler entspricht.

Während eine Stichprobe, die aus der Gesamtmenge der existierenden Spitäler besteht, zwangsläufig repräsentativ ist für diese Spitäler, braucht man nicht unbedingt auf der Grundlage aller Spitäler zu arbeiten, um für die Grundgesamtheit repräsentative statistische Aussagen treffen zu können. Geht man davon aus, dass die Gesamtmenge der Beobachtungen (vorliegend die pro Spital kalkulierten benchmarking-relevanten Baserates) homogen verteilt ist, kann man eine ausreichend präzise Schätzung zu den Parametern der Verteilung der Beobachtungen erhalten (z.B. bezüglich Mittelwert oder anderer Perzentilwerte der vorkommenden Baserates), sofern mit einer gewissen Mindestmenge an Beobachtungen (bei einer vorgegebenen statistischen Fehlermarge) gearbeitet wird. So lässt sich die *erforderliche Zahl der Beobachtungen* n^0 (d.h. von Baserates einzelner Spitäler) für eine Schätzung des Mittelwerts bei einer Fehlermarge von 2% (vom BVGer erwähnte Fehlermarge) gemäss folgender Formel schätzen:

$$n^0 = \left(\frac{(2 * \text{Standardabweichung})}{\text{Fehlermarge} * \text{Mittelwert}} \right)^2.$$

Ist die betrachtete Gesamtmenge relativ klein, wie dies bei der vom Benchmarking betroffenen Gesamtmenge von 181 Schweizer Spitälern und Kliniken der Fall ist, wird die Schätzung gemäss folgender Formel angepasst:

$$n = \frac{n^0}{1 + \frac{n^0}{\text{Grundgesamtheit}}}.$$

Die Verwendung der in Anhang 2 genannten Werte zeigt, dass eine Stichprobe von 104 Spitälern (bei einer Standardabweichung von Fr. 1'675.- und einer durchschnittlichen Baserate von Fr. 10'803.-) vorliegend ausreichend wäre für repräsentative Aussagen zur Verteilung der vorkommenden benchmarking-relevanten Baserates. Damit ist das Benchmarking der PUE für das Tarifjahr 2016 mit einer verwendeten Zahl von 160 Spitälern aus einer Grundgesamtheit von 181 Spitälern sicher in hohem Masse repräsentativ.