



**Auftrag des Eidgenössischen Departementes des
Innern (EDI)**

**Kurzgutachten über die möglichen
Auswirkungen der KVG-Revision im
Bereich der Spitalfinanzierung auf
das Investitionsverhalten der Spitäler**

Zürich, September 2009

Finale Version vom 18 September 2009



Ansprechpartner:

Eidgenössisches Departement des Innern EDI

Generalsekretariat

Inselgasse 1

CH-3003 Bern

www.edi.admin.ch

Ljubiša Stojanović

Persönlicher Mitarbeiter des Departementsvorstehers

Tel. +41 31 322 80 44

Fax. +41 31 322 80 71

KPMG AG

Transaction Services

Badenerstrasse 172

CH-8000 Zürich

www.kpmg.ch

Miriam Thomas

Tel.: +41 (0)44 249 46 85

Fax: +41 (0)44 249 21 21

E-Mail: mthomas9@kpmg.com

Armin Haymoz

Tel.: +41 (0) 31 384 76 84

Fax: +41 (0) 31 384 76 96

E-Mail: ahaymoz@kpmg.com

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung	4
2	Einleitung	8
2.1	Hintergrund	8
2.2	Ausgangslage, Zielsetzung	8
2.3	Auftrag	9
3	Ergebnisse	11
3.1	Welche konkreten Anreize in Bezug auf das Investitionsverhalten bestehen aufgrund der neuen Bestimmungen der VKL für öffentliche Spitäler und Verbundgemeinschaften, Privatspitäler und Kliniken und Kantone	11
3.2	Ist seit Bekanntwerden der neuen Regelung am 22.10.2008 ein geändertes Investitionsverhalten der Spitäler im Hinblick auf die Einführung der DRG-Pauschalen am 1.1. 2012 festzustellen? Wenn ja, in welchem Sinn?	13
3.3	Welche Kostenfolgen sind aufgrund des Einbezugs der Investitionskosten in die leistungsorientierte Pauschalvergütung ab 2012 zu erwarten?	14
3.4	Welche Risiken im Kostenbereich sind mit den neuen Anreizstrukturen für die OKP verbunden?	16
3.5	Welche Risiken für einen gut funktionierenden Wettbewerb sind mit den neuen Anreizstrukturen verbunden?	16
3.6	Kann der Bund das Kostenrisiko bzw. allfällige Wettbewerbsverzerrungen durch zusätzliche Regelungen vermindern? Wenn ja mit welchen?	17
3.7	Im Licht der obigen Analyse, wie beurteilen Sie gesamthaft die neuen Bestimmungen der VKL (inkl. Schlussbestimmungen)?	21
A	Anlagen	24
	Definitionen	24
	Liste der Interviewteilnehmer	26
	Literaturverzeichnis	26
	Abkürzungen	27

1 Zusammenfassung

Im Rahmen dieses Kurzgutachtens werden die Risiken dargestellt, die sich aufgrund der konkreten Umsetzung der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung ergeben. Die Risikoanalyse wurde mit besonderem Augenmerk auf den Einbezug der Investitionskosten in die neuen Pauschalvergütungen durchgeführt.

Grundsätzlich wurden Risiken und sich daraus ergebender Handlungsbedarf im Bereich der Vorgaben zur Rechnungslegung und im Bereich der Berechnungsgrundlage des Investitionskostenzuschlags eruiert. Die Ergebnisse unserer Analyse sind durch die Beantwortung der vom Auftraggeber vorgegebenen Fragen strukturiert.

Welche konkreten Anreize in Bezug auf das Investitionsverhalten bestehen aufgrund der neuen Bestimmungen der VKL für öffentliche Spitäler und Verbundgemeinschaften, Privatspitäler und Kliniken und Kantone

Für öffentliche Spitäler besteht aufgrund der neuen Bestimmungen ein klarer Anreiz darin möglichst viele Investitionen bis zum Jahr 2012 zu tätigen, da diese bis dahin noch einerseits durch die Kantone und andererseits durch die Gemeinden finanziert werden. Ziel der hohen Investitionen bis 2012 wäre es die Attraktivität bzw. die Konkurrenzfähigkeit eines Spitals zu erhöhen. Seitens der Privatspitäler hat die Gesetzesänderung kaum einen direkten Einfluss auf das Investitionsverhalten. Bei den Kantonen besteht einerseits der Anreiz Investitionen bis nach 2012 aufzuschieben, da sonst ein Cash-Abfluss entsteht, andererseits schafft die Spitalliste Anreiz für Investitionsverhalten, d.h. je nach der vom Kanton geplanten und gewünschten Ausrichtung der Spitalliste werden Investitionen getätigt oder nicht. Darüber hinaus ist es infolge der geänderten Finanzierungsstruktur für den Kanton vorteilhaft, Investitionen bis 2011 zu bewilligen, da diese zu einem Anteil von den Trägergemeinden mitfinanziert werden (öffentliche Spitäler).

Ist seit Bekanntwerden der neuen Regelung am 22.10.2008 ein geändertes Investitionsverhalten der Spitäler im Hinblick auf die Einführung der DRG-Pauschalen am 1.1. 2012 festzustellen? Wenn ja, in welchem Sinn?

Aufgrund der fehlenden Datenbasis, kann eine Aussage bezüglich eines veränderten Investitionsverhaltens nur basierend auf den von uns getätigten Gesprächen beantwortet werden. Die Meinungen der Gesprächsteilnehmer hierzu weit auseinander. Während einige Marktteilnehmer der Meinung waren, dass sich ihr Investitionsverhalten seit Bekanntwerden der neuen Regelung am 22.10.2008 im Hinblick auf die Einführung der DRG-Pauschalen am 1.1.2012 nicht verändert hat erwähnten andere, dass die gesamten Investitionsanträge signifikant gestiegen sind. Santésuisse erwartet, dass sich das Investitionsvorhaben kurzfristig von circa CHF 1 Milliarden auf geschätzte CHF 2 Milliarden pro Jahr erhöhen könnte. Dabei muss jedoch bedacht werden, dass die jährlichen Investitionen von Spitälern grundsätzlich stark von Jahr zu Jahr variieren können, was eine Bestimmung des 'normalen' Investitionsverhaltens erschwert. Darüber hinaus, allerdings nicht Bestandteil dieses Kurzgutachtens, müsste zusätzlich in Betracht bezogen werden, auf welchem Investition- bzw. Ausstattungsstandard sich die Schweizer Spitäler grundsätzlich befinden und was der sich daraus ergebende Investitionsbedarf sein müsste.

Welche Kostenfolgen sind aufgrund des Einbezugs der Investitionskosten in die leistungsorientierte Pauschalvergütung ab 2012 zu erwarten?

Die zu erwartenden Kostenfolgen aufgrund des Einbezugs der Investitionskosten in die leistungsorientierte Pauschalvergütung setzen sich aus zwei Aspekten zusammen. Zum einen haben die buchhalterischen Bestimmungen, z.B. bezüglich des Übertrags der Anlagen und den Abschreibungsrichtlinien, einen, wenn auch geringeren Einfluß. Zum anderen und zu einem großen Masse, bedingt die Berechnungsgrundlage für die Investitionskosten die Kostenfolgen. Basierend auf den derzeitigen Bestimmungen muss davon ausgegangen werden, dass die Spitäler 2012 nicht in der Lage sein werden, ihre Investitionskosten Diagnose bezogen umzulegen. Daher wird eine Übergangslösung für die Vergütung der Investitionskosten gefunden werden müssen. Es wird im Markt davon ausgegangen, dass diese Übergangslösung in der Einführung eines prozentualen Investitionskostenzuschlags besteht und dass der Zuschlag zwischen Santésuisse und den einzelnen Spitälern auf Grund der Anlagenbuchhaltung des jeweiligen Spitals vereinbart werden wird. Da somit alle bis 2012 getätigten Investitionen in die Anlagenbuchhaltung einfließen können, ergibt sich somit der bereits erwähnte Anreiz für die öffentlichen Spitäler zu vermehrten Investitionen, was sich in den Nachfolgejahren in erhöhten Kosten niederschlagen wird. Nach Aussagen von Santésuisse könnten sich die erhöhten Investitionen mit 2,5% bis 4% Erhöhung in den Prämienberechnungen niederschlagen. Wir erachten diese Einschätzung als zu aggressive und würden von einer geringeren Prämienerhöhung von bis zu 2% ausgehen.

Welche Risiken im Kostenbereich sind mit den neuen Anreizstrukturen für die OKP verbunden?

Es wurden keine direkten Risiken im Kostenbereich identifiziert, die mit den neuen Anreizstrukturen für die OKP verbunden sind.

Welche Risiken für einen gut funktionierenden Wettbewerb sind mit den neuen Anreizstrukturen verbunden?

Die neuen Anreizstrukturen sind mit einer Reihe von Risiken für einen gut funktionierenden Wettbewerb verbunden. Zum einen sind die derzeitigen Bestimmungen unzureichend um eine Vergleichbarkeit der Investitionskosten zu garantieren. Seitens der Privatspitäler besteht zusätzlich die Befürchtung, dass ein zu günstiger Übertrag der Anlagen zu einer zu niedrigen Kostenstruktur der öffentlichen Spitäler führen könnte, was im Falle eines Normkosteninvestitionszuschlags, d.h. eines Pauschalzuschlag für alle Spitäler einen benachteiligenden Effekt auf die Privatspitäler hätte. Weitere mögliche Wettbewerbsverzerrende Aspekte sind unterschiedliche Kapitalkosten, aus denen ein Wettbewerbsnachteil für von Stiftungen betriebene Spitäler erwachsen könnte, und mögliche aus standortpolitischen Gründen getätigte Subventionierung von Spitälern durch Kantone.

Es sollte jedoch angemerkt werden, dass das derzeit bestehende Vergütungssystem gleichfalls und im hohen Masse wettbewerbsverzerrend ist. Daher sollte von den Änderungen in der VKL nicht erwartet werden, dass ein vollkommener Wettbewerb erreicht werden kann, vor allem, da dies nicht die Hauptzielsetzung der neuen Verordnung ist. Der Grad der zukünftigen Wettbewerbsverzerrung könnte durch eine möglichst hohe 'Kostenwahrheit' seitens der Berechnungsgrundlage für die Investitionskosten minimiert werden.

Kann der Bund das Kostenrisiko bzw. allfällige Wettbewerbsverzerrungen durch zusätzliche Regelungen vermindern? Wenn ja mit welchen?

Aufgrund unserer Analysen sind wir der Meinung, dass sowohl das Kostenrisiko wie auch eine allfällige Wettbewerbsverzerrung durch zusätzliche Regelungen vom Bund vermindert werden können. Hierbei unterscheiden sich die Regelungen bezüglich der Wettbewerbsverzerrung von denen seitens des Kostenrisikos. Sie werden daher im folgenden für die beiden Aspekte getrennt ausgeführt.

Mögliche zusätzliche Regelungen zur Verminderung der Wettbewerbsverzerrung

Der wichtigste Aspekt eines funktionierenden Wettbewerbs ist eine möglichst weitreichende Gleichstellung aller Spitäler durch eine möglichst genaue Erfassung der tatsächlichen Investitionskosten. Die Hauptelemente, die eine solche Gleichstellung derzeit behindern bestehen vor allem in den Bereichen des Übertrags zu Buchwerten, der Prüfung der Anlagenbuchhaltung zum Stichtag und der Abschreibungsrichtlinien für die Anlagebuchhaltung. Weitere wichtige Aspekte, die zu einer Gleichbehandlung der einzelnen Spitäler und damit zu einem gut funktionierenden Wettbewerb beitragen würden sind die Festlegung eines einheitlichen Darlehenszinses, eine einheitliche Bewertung der Liegenschaften und Grundstücke sowie gleicher Zugang zu Kapital. Eine Spezifizierung der Rechnungslegungsbestimmungen würde dem Bund erlauben das Risiko der Wettbewerbsverzerrung zu vermindern. Eine detaillierte Übersicht der Problemgebiete und des daraus erwachsende Handlungsbedarf ist in Abbildung 7 in Kapitel 3.7 dargestellt.

Mögliche zusätzliche Regelungen zur Verminderung des Kostenrisikos

Aufgrund unserer Analysen und der geführten Gespräche ist anzunehmen, dass das Kostenrisiko am besten dadurch vermindert werden kann, dass der Bund die angestrebte Bewertungsgrundlage der Investitionskosten ändert.

Nach den derzeitigen Bestimmungen, und ohne dass der Bund handelt (siehe Grundszenario in Kapitel 3.3), wird nach 2012 zwischen den Spitälern und Santésuisse ein spitalspezifischer Zuschlagssatz ausgehandelt werden, der auf der Anlagenbuchhaltung zum Stichtag 2012 basiert. Da unter diesem Szenario die Berechnungsgrundlage festgelegt ist, wird sich die Verhandlung vor allem auf die Zuschlagshöhe (und nicht die Berechnungsgrundlage) fokussieren. Es besteht für den Bund allerdings die Möglichkeit diese Berechnungsgrundlage, und damit die Investitionsanreize und daraus resultierend das Kostenrisiko zu beeinflussen.

Eine Variante (siehe "Alternatives Szenario 1" in Kapitel 3.3) wäre es für den Bund der Santésuisse ein Vetorecht einzuräumen, dass es Santésuisse erlauben würde, die Berechnungsgrundlage zu verringern. Konkret hiesse dies, dass nicht zielgerichtete Investitionen die von den Spitälern zwischen 2009 und 2012 getätigt wurden aus der Anlagenbuchhaltung mit Stichtag 2012 herausgerechnet würden. Dieses würde seitens des Bundes eine Regel was als nicht zielgerecht zu definieren ist bedürfen. Obwohl Santésuisse auch unter dem derzeitigen Szenario theoretisch durch die Verhandlungen eines geringeren Zuschlags anstatt einer geringerer Berechnungsbasis zum gleichen Ergebnis kommen könnte, würde die frühzeitige Kommunikation dieser Variante das Investitionsanreize vermindern und somit das Kostenrisiko einschränken.

Eine zweite Variante (siehe "Alternatives Szenario 2" in Kapitel 3.3) wäre es, wie vom GDK vorgeschlagen, die 2009 Piloterhebung als Berechnungsgrundlage für einen Pauschalen Zuschlag festzulegen. Auch diese Variante würde die Investitionsanreize reduzieren und somit in einem verringerten Kostenniveau resultieren. Hierbei könnte zur Verhinderung einer Unterinvestition der Schweizer Spitäler ein zusätzlicher Zuschlag für den Investitionsstatus eines jeden Spitals mit berücksichtigt werden. Dieser zusätzliche Zuschlag würde eine systematische Bewertung des Investitionsstandards aller Schweizer Spitäler bedingen.

Zur Umsetzung beider Alternativ-Szenarien würde es einer Ergänzung der VKL mit neuen Übergangsbestimmungen zur Festlegung der Vorgaben für den Investitionskostenzuschlag bedürfen. Dabei könnte für das Alternative Szenario 2 die VKL gemäss dem damaligen Antrag der GDK mit neuen Übergangsbestimmungen ergänzt werden. Der Bund könnte allerdings auch in Erwägung ziehen, das Grundszenarium mit einem vorgezogenen Stichtag oder in Kombination mit einer Plafonierung der Gesamtkosten umzusetzen. Die genaue Spezifikation eines 'optimalen' Anreizsystems und der damit verbundenen Berechnungsgrundlage müsste in einer separaten Studie erarbeitet werden und ist nicht Bestandteil dieses Kurzgutachtens.

Im Licht der obigen Analyse, wie beurteilen Sie gesamthaft die neuen Bestimmungen der VKL (inkl. Schlussbestimmungen)?

Basierend auf unserem Studium der zugrundeliegenden Unterlagen (vor allem Artikel 8 bis 10 und den Schlussbestimmungen der Änderung vom 1. Januar 2009 der Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL)) und auf den von uns geführten Gesprächen mit Marktteilnehmern würden wir die neuen Bestimmungen der VKL (inkl. Schlussbestimmungen) als unzureichend beurteilen. Grund hierfür ist zum einen, dass wir die rechnungslegerischen Grundlagen als unzureichend bewerten wie auch in Frage stellen, ob die derzeitige Richtungsgebung des Bundes seitens des Investitionskostenzuschlags mit den Zielen der Einführung der DRG-Pauschalen und damit der Einführung einer Schweizweit, einheitlichen Leistungsfinanzierung konform ist. Wir sehen daher in beiden Bereichen Handlungsbedarf.

Zürich, September 2009

KPMG AG

Miriam Thomas
Direktor

Armin Haymoz
Direktor

2 Einleitung

2.1 Hintergrund

In seiner Botschaft vom 15. September 2004 wurde vom Bundesrat die Einführung der Vergütung von stationären Behandlungen mittels leistungsbezogener Pauschalen und die tarifarische Gleichbehandlung aller Spitäler unabhängig deren Trägerschaft vorgeschlagen.

Im Dezember 2007 wurde daraufhin die Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes im Bereich der Spitalfinanzierung von den Eidgenössischen Räten verabschiedet. Der Kernpunkt dieser Teilrevision ist die Einführung einer schweizweit einheitlichen Leistungsfinanzierung im stationären Bereich. Für den Spitalbereich wird jedoch auch die Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser, und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) mit ihren Bestimmungen über die einheitliche Rechnungslegung und Kostenerfassung der Spitäler massgebend sein. Am 22. Oktober 2008 wurde die Umsetzungsverordnung vom Bundesrat verabschiedet und auf den 1. Januar 2009 in Kraft gesetzt.

2.2 Ausgangslage, Zielsetzung

Die Änderungen in der VKL setzen im Bereich der Spitalinvestitionen eine neue Anreizstruktur im Hinblick auf deren Einbezug in die DRG-Pauschalen (Diagnosis Related Group). Am 1. Januar 2012 werden die neuen, auf der Swiss DRG-Struktur gründenden Vergütungen in sämtlichen akut-stationären Einrichtungen der Schweiz eingeführt. Es wird erwartet, dass die Einführung des neuen Finanzierungsmodells eine grundlegende Systemumwälzung mit sich bringen wird. Darüber hinaus birgt sie auch auf der Kostenseite für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) gewisse Unwägbarkeiten.

Das Eidgenössische Departement des Innern hat KPMG mit der Erstellung eines unabhängigen Kurzgutachtens beauftragt. Im Rahmen des Kurzgutachtens sollen die Risiken untersucht werden, die sich für die obligatorische Krankenversicherung aufgrund der konkreten Umsetzung der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung ergeben. Diese Risikoanalyse wurde mit besonderem Augenmerk auf den Einbezug der Investitionskosten in die neue Pauschalvergütung durchgeführt.

Der Fokus dieses Kurzgutachtens liegt zum einen in der Untersuchung der Eignung der Bestimmungen bezüglich der Rechnungslegung für die Anlagenbuchhaltung und zum anderen in der Skizzierung der zu erwartenden Auswirkung der derzeitigen Richtungslegung und Massnahmen auf das Investitionsverhalten der Spitäler

Schematische Darstellung zur Herleitung der Bedeutung der Investitionskostenberechnung

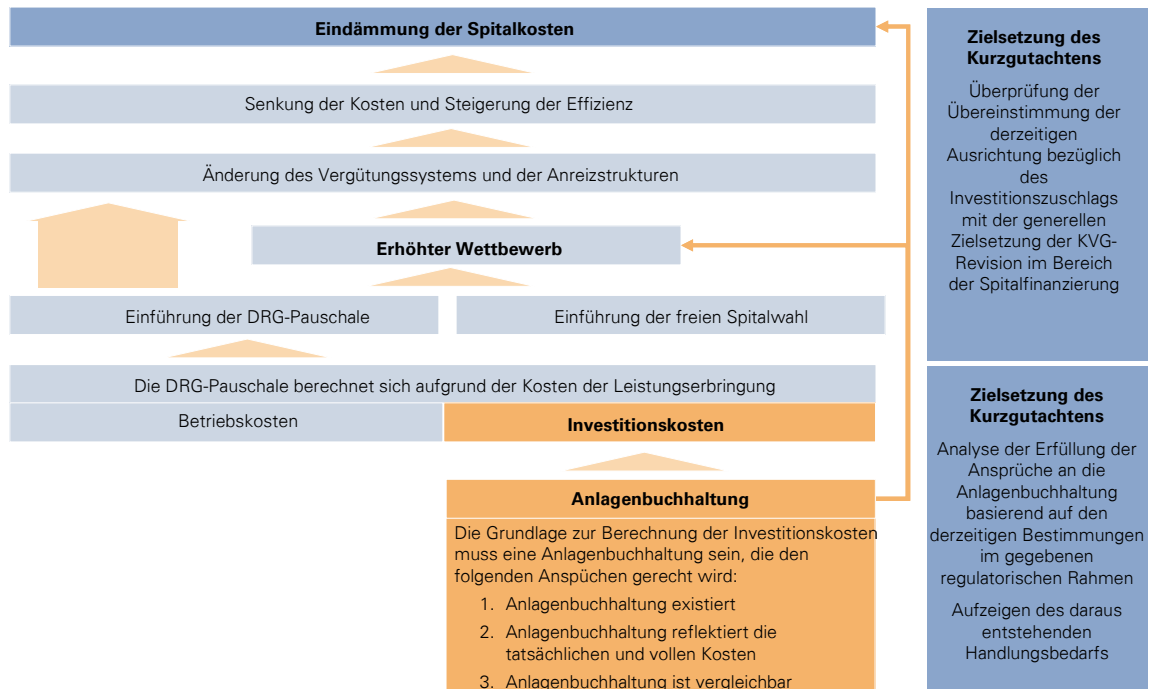


Abbildung 1

2.3 Auftrag

Im Rahmen des Gutachtens werden die folgenden spezifischen Fragen untersucht:

1. Welche konkreten Anreize in Bezug auf das Investitionsverhalten bestehen aufgrund der neuen Bestimmungen der VKL für
 - Öffentliche Spitäler und Verbundgemeinschaften,
 - Privatspitäler und –Kliniken,
 - Kantone?
2. Ist seit Bekanntwerden der neuen Regelung am 22.10.2008 ein geändertes Investitionsverhalten der Spitäler im Hinblick auf die Einführung der DRG-Pauschalen am 01.01.2012 festzustellen? Wenn ja, in welchem Sinn?
3. Welche Kostenfolgen sind aufgrund des Einbezugs der Investitionskosten in die leistungsorientierte Pauschalvergütung ab 2012 zu erwarten?
4. Welche Risiken im Kostenbereich sind mit den neuen Anreizstrukturen für die OKP verbunden?

5. Welche Risiken für einen gut funktionierenden Wettbewerb sind mit den neuen Anreizstrukturen verbunden?
6. Kann der Bund das Kostenrisiko bzw. allfällige Wettbewerbsverzerrungen durch zusätzliche Regelungen vermindern? Wenn ja mit welchen?
7. Im Licht der obigen Analyse, wie beurteilen Sie gesamthaft die neuen Bestimmungen der VKL (inkl. Schlussbestimmungen)?

2.4 Vorgehensweise

Die Erarbeitung dieses Kurzgutachtens basiert primär auf einer theoretischen Analyse der VKL mit ihren Bestimmungen über die Rechnungslegung und Kostenerfassung der Spitäler. Darüber hinaus wurden die relevanten Paragraphen des KVG sowie veröffentlichte Stellungnahmen verschiedener Interessengruppen und andere relevante Unterlagen analysiert. In vereinzelt Fällen konnten wir zusätzlich Einsicht in die Spitalinterne Anlagenbuchhaltung und die daraus bedingte Kalkulation der Investitionskosten nehmen. In einem nächsten Schritt wurden die aus der theoretischen Analyse gewonnenen Erkenntnisse durch meist telefonische Gesprächen mit Marktteilnehmern diskutiert, und mit den Meinungen der Gesprächsteilnehmern verglichen.

Insgesamt wurden 11 Interviews durchgeführt. 6 Gespräche fanden mit öffentlichen Spitälern/Spitalverbänden von verschiedener Größe statt. Es wurden Interviews mit den zwei großen privaten Spitalketten geführt. Des weiteren haben wir die Thematik mit SwissDRG AG, der GDK und Santésuisse, der letzteren in einem persönlichen Gespräch, besprochen. Alle Gespräche fanden auf höchster Ebene, z.B. mit dem CFO, CEO oder einem Vorstandsmitglied, statt.

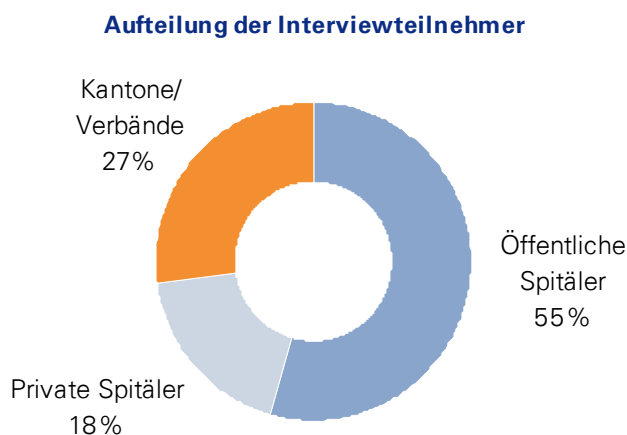


Abbildung 2

Es konnte bei den Gesprächen kein festes Beantwortungsmuster festgestellt werden. Einzig bei den Interviews der privaten Spitalgruppen war ersichtlich, dass diese sich zu einem geringeren Grad mit der Thematik auseinander gesetzt hatten. In den Diskussionen mit den privaten Spitälern haben wir uns dementsprechend auf den für diese Gruppe am wichtigsten Aspekt, nämlich die möglichen Auswirkungen auf den Wettbewerb, fokussiert. Während die Spitäler mehr an den spezifischen buchhalterischen Aspekten interessiert waren, bewegten sich die Gespräche mit den Verbänden mehr auf der strategischen Ebene. Dementsprechend lag der Schwerpunkt der Diskussion hier mehr auf den erwarteten Auswirkungen der bestehenden Bestimmungen und den Vor- und Nachteilen der möglichen Szenarien.

3 Ergebnisse

3.1 Welche konkreten Anreize in Bezug auf das Investitionsverhalten bestehen aufgrund der neuen Bestimmungen der VKL für öffentliche Spitäler und Verbundsgemeinschaften, Privatspitäler und Kliniken und Kantone

Auf Grund des Studiums der vom Auftraggeber erhaltenen Dokumente haben wir konkrete Anreize in Bezug auf das Investitionsverhalten aufgrund der neuen Bestimmungen der VKL für die verschiedenen Interessengruppen eruiert:

Öffentliche Spitäler¹

Für öffentliche Spitäler besteht ein Anreiz darin möglichst viele Investitionen bis und mit dem Jahr 2011 zu tätigen.

- **Anreiz zu erhöhten Investitionen:** Diese Investitionen werden einerseits vom Kanton und andererseits von den Gemeinden finanziert. Somit entsteht beim öffentlichen Spital kein Cash-Abfluss. Einzig bei Investitionen unter TCHF 100 besteht kurzfristig ein Liquiditätsabfluss, dieser wird jedoch anlässlich der Defizitverteilung wieder ausgeglichen.
- **Anreiz zu möglichst baldigen Investitionen:** Investitionen, welche im Jahr 2011 getätigt werden sind reizvoller als diejenigen in den Jahren 2009 und 2010. Dies auf Grund der Tatsache, dass solche Investitionen länger in der Betriebsbuchhaltung abgeschrieben werden können. Beispiel: Ein Röntgensystem welches im Jahr 2009 angeschafft wird, kann bis 2019 abgeschrieben werden. Ein Röntgensystem welches im Jahr 2011 angeschafft wird kann bis 2021 abgeschrieben werden.
- **Anreiz zu möglichst vielen Kleininvestitionen:** Es besteht ein Anreiz möglichst viele Kleininvestitionen (aber grösser TCHF 10) zu tätigen, da diese vom Kanton bzw. von den Trägergemeinden finanziert werden, jedoch nicht einer separaten Bewilligung unterzogen werden.

Ziel der hohen Investitionen bis 2012 wäre es die Attraktivität bzw. die Konkurrenzfähigkeit eines Spitals zu erhöhen. Der mit der Gesetzesänderung verbundenen freien Spitalwahl führt dazu, dass sich ein Spital einen Vorteil verschaffen kann, wenn es ab 2012 mit der modernsten Infrastruktur die Patienten umwerben kann. Bis 2011 getätigte Investitionen können somit einen Vorteil gegenüber den Mitbewerbern verschaffen. Hierbei wäre jedoch auch der jeweilige Modernisierungsgrad der einzelnen Häuser zu beachten, da zwischen den Spitälern bereits heute ein Unterschied seitens der bisherigen Investition und somit der bestehenden Ausstattung

¹ Beinhaltet auch die Anreize für Verbundsgemeinschaften. Unseres Erachtens ist die Organisation sekundär. Primär ist die Trägerschaft entscheidend für die Definition der Anreize.

besteht. Zum Beispiel, kann ein Spital, welches in den nächsten Jahren viel investiert, dies aus dem Grund tun, um sich dem Standard der anderen Spitäler anzugleichen und nicht um eine vergleichsweise bessere Qualität zu erreichen.

Trotz der bestehenden 'theoretischen' Investitionsanreize, wurde in den durchgeführten Interviews teilweise die Sichtweise vertreten, dass Spitäler keine höheren Investitionen tätigen würden, da sie den Grossteil der Kosten langfristig gesehen, d.h. nach 2012, übernehmen müssen und darüber hinaus Grossinvestitionen längere Planungszeiträume als die bis 2012 verbleibenden 3 Jahre benötigen.

Privatspitäler

Grundsätzlich kann für die Privatspitäler festgehalten werden, dass die Gesetzesänderung kaum einen direkten Einfluss auf ihr Investitionsverhalten zu haben scheint. Allerdings besteht unseres Erachtens bei den Privatspitälern zur Zeit eine grosse Unsicherheit bezüglich der Aufnahme auf die Spitalliste ab 2012. Es ist diese Unsicherheit, die das Investitionsverhalten der Privatspitäler grundlegend bestimmt. Sie kann einerseits dazu führen, dass um die Attraktivität des jeweiligen Spitals zu erhöhen und somit die Chancen auf die Spitalliste zu gelangen zu erhöhen, die Investitionen vorangetrieben werden. Andererseits kann die Folge auch sein, dass beinahe keine Investitionen getätigt werden. Die Ungewissheit über die Einführung, die Höhe und die Berechnungsgrundlage des Investitionskostenzuschlags trägt noch zusätzlich zu der Unsicherheit der Privatspitäler bei. Auch erwarten die Privatspitäler auf Grund der Änderung der Berechnungsgrundlage der Investitionskosten eine Wettbewerbsverzerrung. Das Ausmass und die Art der Wettbewerbsverzerrung, das heisst ob für die Privatspitäler positiv oder negativ, kann nach Meinung der interviewten Privatspitälergruppen von Kanton zu Kanton unterschiedlich sein.

Kantone

Bei den Kantonen stellt sich primär die Frage, ob ab 2012 der Kanton die Investitionen der Spitäler nicht mehr bewilligen muss. Können Investitionen in Eigenregie der Spitäler getätigt werden und der Kanton finanziert seinen Anteil daran über die DRG-Pauschale? Ungeachtet dieser offenen Frage haben wir versucht die Anreize der Kantone zu eruieren:

- Investitionen aufzuschieben bis nach 2012, da sonst ein Cash-Abfluss entsteht. In ganzheitlicher Betrachtung ist natürlich zu vermerken, dass die DRG-Pauschale zu einem Teil durch den Kanton finanziert wird.
- Die Spitalliste schafft Anreiz für Investitionsverhalten: Je nach der vom Kanton geplanten und gewünschten Ausrichtung der Spitalliste werden Investitionen getätigt oder eben nicht.
- Infolge der geänderten Finanzierungsstruktur ist es für den Kanton vorteilhaft, Investitionen bis 2011 zu bewilligen, da diese zu einem Anteil von den Trägergemeinden mitfinanziert werden (öffentliche Spitäler).

3.2 Ist seit Bekanntwerden der neuen Regelung am 22.10.2008 ein geändertes Investitionsverhalten der Spitäler im Hinblick auf die Einführung der DRG-Pauschalen am 1.1. 2012 festzustellen? Wenn ja, in welchem Sinn?

Auf Basis der offiziellen Statistiken kann festgestellt werden, dass pro Jahr für ca. CHF 1 Milliarden Investitionen im Spitalbereich getätigt werden. Sollten sämtliche angekündigten und gewünschten Investitionsvorhaben bei öffentlichen Spitälern realisiert werden, würde sich laut Santésuisse das Investitionsvolumen kurzfristig auf geschätzte CHF 2 Milliarden pro Jahr erhöhen.

Zur Verhinderung von Investitionsanreizen, wäre somit eine Plafonierung des Investitionsvolumens auf den Zahlen des Jahres 2008 oder 2009 zu empfehlen. Diese Massnahme wäre vertretbar, da seitens Santésuisse festgestellt wird, dass im Gegensatz zu Deutschland mit der Einführung der DRG die Spitäler in der Schweiz eher überinvestiert sind.

Eine Verifizierung dieser Aussage und eine umfassende und systematische Beantwortung der obigen Frage 3.2 müsste allerdings auf detaillierten Daten über das historische Investitionsverhalten aller Spitäler in der Schweiz basieren. Da diese Informationen oft nur den einzelnen Marktteilnehmern, wie zum Beispiel den Spitälern, Kantonen und Städten, bekannt sind und somit schwer zugänglich sein können, wurde für die Beantwortung dieser Frage eine Beschränkung auf die Aussagen von Interviewpartnern vorgenommen.

In unseren Interviews wurden, wie auch bezüglich der vorherigen Fragestellung sehr unterschiedliche Aussagen getroffen.

Den Aussagen einiger Interview-Partner zu Folge wird die Gesundheitsdirektion mit Investitionsanträgen „bombardiert“. Dies auf Grund der Tatsache, dass sich alle Spitäler aufrüsten wollen, unter dem Aspekt, dass jedes Spital denselben Abschreibungsanteil erhalten wird, ungeachtet ob hohe zukünftige Investitionen anfallen (und somit ein Cash-Abfluss und Fremdkapitalverzinsung zur Folge hat) oder keine Investitionen anfallen werden (und somit „Polster“ für Zukunft entsteht).

Andere Gesprächsteilnehmer waren dagegen der Meinung, dass sich ihr Investitionsverhalten seit Bekanntwerden der neuen Regelung am 22.10.2008 im Hinblick auf die Einführung der DRG-Pauschalen am 1.1.2012 nicht verändert hat. Darüber hinaus haben die Interviewpartner auch nicht erwähnt, dass sie bei anderen Marktteilnehmern ein geändertes Investitionsverhalten beobachtet haben. Es wurde in den Gesprächen auch herausgestellt, dass die jährlichen Investitionen von Spitälern grundsätzlich stark von Jahr zu Jahr variieren können und aus etwaigen Abweichungen keine direkten Rückschlüsse auf die Ursache des veränderten Investitionsverhaltens gezogen werden können.

3.3 Welche Kostenfolgen sind aufgrund des Einbezugs der Investitionskosten in die leistungsorientierte Pauschalvergütung ab 2012 zu erwarten?

Die zu erwartenden Kostenfolgen aufgrund des Einbezugs der Investitionskosten in die leistungsorientierte Pauschalvergütung bedingen sich aus den genauen buchhalterischen Bestimmungen und aus der Berechnungsgrundlage der Investitionskosten. Allerdings hat der letztere Aspekt, d.h. die Berechnung der Investitionskosten einen grundsätzlich höheren Einfluss auf die Kosten als die buchhalterische Behandlung der Investitionskosten.

Basierend auf unseren theoretischen Überlegungen und den von uns durchgeführten Gesprächen mit Marktteilnehmern kann man drei mögliche Szenarien, bestehend aus dem Grundszenario und zwei alternativen Szenarien, für eine mögliche Berechnung der Investitionskosten aufzeigen.

Grundszenario

Das Grundszenario beschreibt den Ist Zustand und somit die zu erwartenden Auswirkungen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung auf das Investitionsverhalten der Spitäler falls keine zusätzlichen Regelungen in Kraft gesetzt werden.

Ziel und Zweck der verschiedenen Spitäler ist es optimal in den neuen Wettbewerb zu starten und Marktanteile zu gewinnen. Aus buchhalterischer Sicht bedeutet das Grundszenario, dass die Spitäler, welche in den Jahren vor 2012 grosse Anschaffungen getätigt haben bevorzugt werden, da diese hohe Abschreibungen geltend machen können und somit einen Abschreibungsanteil bzw. Investitionskosten von beispielsweise 20% ausweisen können. Dies wird zu zusätzlichen Kosten führen und wird schlussendlich von den Kantonen und von den Prämienzahlern mit zusätzlichen Aufwänden finanziert werden müssen.

Basierend auf den Ergebnissen dieser Studie kann beim Grundszenario, d.h. auf der Basis der heutigen VKL, daher davon ausgegangen werden, dass in den kommenden Jahren massive Neu- und Ersatzinvestitionen getätigt werden. Das Resultat wäre laut Santésuisse, wie bereits erwähnt, eine zusätzliche Prämienerrhöhung und eine noch teurere Spitalinfrastruktur für die Zukunft. Mögliche künftige Kooperationen und Strukturbereinigungen würden eher verhindert als gefördert.

Das Grundszenario bedingt keinen Handlungsbedarf, wird jedoch im Zeitpunkt der Prämienerrhöhung und der zusätzlichen Belastung der Steuerzahler zu Unverständnis und zu politischen Auseinandersetzungen führen.

Alternatives Szenario 1

Das Alternative Szenario 1 sieht vor, dass zur Abwehr des im Grundszenario beschriebenen gegenseitigen „Aufrüsten“ mittels VKL Revision die Investitionen, die in den Jahren 2010 und 2011 getätigt werden, von Santésuisse auf ihre Notwendigkeit überprüft würden. Santésuisse würde vom Bund durch eine zusätzliche Regelung das "Vetorecht" erhalten, d.h. das Recht

marktverzerrende und nicht zielgerechte Investitionen aus der Anlagenbuchhaltung mit Stichtag 2012 herauszurechnen.

Diese Lösung, die von Santésuisse favorisiert wird, hätte bei frühzeitiger Kommunikation zum Vorteil, dass nur bedarfsgerechte Investitionen getätigt werden und sich keine zusätzlichen Kosten für den Prämienzahler ergeben würden. Allerdings kann davon ausgegangen werden, dass diese Variante, bei der der Bund die Position von Santésuisse stärken würde, bei den Spitälern auf Widerstand treffen würde. Darüber hinaus ist diese Variante relativ schwer zu kommunizieren, da Santésuisse auch unter dem Grundszenario bereits in der Position ist, die Zuschläge (wenn auch über die Zuschlagshöhe und nicht die Berechnungsgrundlage) zu verhandeln. Es könnte zudem von Gegnern dieses Szenarios argumentiert werden, dass Santésuisse theoretisch auch unter dem derzeitigen Szenario, allerdings durch die Verhandlungen eines geringeren Zuschlags anstatt aufgrund einer geringeren Berechnungsbasis, zum gleichen Ergebnis kommen könnte,

Alternatives Szenario 2

Das Alternative Szenario 2 ist aus dem Gedanken entstanden, dass die neuen Bestimmungen der VKL und die Forderung nach einer Anlagenbuchhaltung zur Folge haben könnten, dass sehr viele Spitäler in Verzug geraten und nicht oder nur mit grösster Mühe die Vorgaben der Anlagebuchhaltung erfüllen können, dies insbesondere auch, da die notwendigen Belege und Grundlagen nicht beizubringen sind. Konkret hiesse dies, dass viele Spitäler in einen Beweisnotstand geraten könnten und bei den Tarifverhandlungen benachteiligt würden. Abhilfe könnte hierbei ein Norminvestitionskostenzuschlag schaffen. Der Norminvestitionskostenzuschlag wäre die bereits in 2009 durchgeführte Piloterhebung. Die grosse Unbekannte ist hierbei, auf welcher Grundlage und mit welchen ausgewählten Spitälern der Pilot durchgeführt und die Höhe des Zuschlags berechnet wird. In den von uns durchgeführten Diskussionen wurde ein Zuschlag von 12% genannt, wobei diese Höhe von der Santésuisse als nicht gerechtfertigt kritisiert wird. Unsere Annahme ist, dass diese Piloterhebung in gut ausgestatteten grösseren Häusern durchgeführt wurde, was zu einem relativ hohen Kostenzuschlag führen würde. Die von uns getroffene Annahme müsste, falls für den Entscheid des Bundes relevant, verifiziert werden. Diese Verifizierung liegt ausserhalb des Umfangs dieses Kurzgutachtens.

Das Alternative Szenario 2 wird insbesondere von der GDK und der H+ unterstützt, es wäre eine Zwischenlösung bis eine verbesserte tatsächliche Anlagebuchhaltung aufgebaut ist. Diese Lösung wäre in der Umsetzung sehr einfach und würde zudem auch ein kurzfristiges Aufblähen des Investitionsvolumens eher verhindern. Für dieses Szenario würde Handlungsbedarf bestehen. Es könnte auch ohne die beschriebene Problematik des Verzugs mit der Anlagenbuchhaltung gewählt werden. Darüber hinaus könnte für das Alternative Szenario 2, falls Befürchtungen seitens einer Unter- oder Überinvestition der Schweizer Spitäler bestehen sollten, ein zusätzlicher Zu- / Abschlag für den Investitionsstatus eines jeden Spitals mit berücksichtigt werden. Dieser zusätzliche Zuschlag würde eine systematische Bewertung des Investitionsstandards aller Schweizer Spitäler bedingen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das Grundszenario, das nach der momentanen Situation und bei Nichthandeln des Bundes realisiert würde, das Szenario der höchsten Kostenwahrheit aber auch der höchsten Kosten wäre. Ein gegenseitiges „Aufrüsten“, das laut

einiger Marktteilnehmer bereits begonnen hat, wäre die Folge. Nach Aussagen von Santésuisse könnte sich der Investitionsschub mit 2,5% bis 4% Erhöhung in den Prämienberechnungen niederschlagen. Aufgrund der uns zur Zeit zur Verfügung stehenden Informationen würden wir diese Einschätzung jedoch als zu hoch beurteilen. Wir würden eine mögliche Prämienerrhöhung von bis zu 2% als realistischer erachten.

3.4 Welche Risiken im Kostenbereich sind mit den neuen Anreizstrukturen für die OKP verbunden?

Es wurden keine direkten Risiken im Kostenbereich identifiziert, die mit den neuen Anreizstrukturen für die OKP verbunden sind. Allerdings wurde als Risiken erwähnt, dass ein Norminvestitionskostenzuschlag zu tief angesetzt werden könnte, was zu einer Unterinvestition in den Spitälern und langfristig zu einer verschlechterten Versorgungsqualität führen könnte. Zwei der von KPMG interviewten Spitäler haben zum Beispiel erwähnt, dass der für ihr Haus auf historisch Basis berechneter Investitionskostenzuschlag bei circa 12% läge, während ein auf zukünftigen Bedürfnissen basierender Zuschlag bei dem einem Spital eher bei 17% bis 20% und bei dem anderen Spital um die 14% bis 17% liegen würde. Die Differenz zwischen dem auf historischer Basis berechneten Zuschlag und der Berechnung der zwei Spitäler ist der Abschreibungsanteil auf dem "Aufholbedarf".

Bezüglich der Gefahr einer strukturellen Unterinvestition der Schweizer Spitäler wurde in den Gesprächen auch der Vergleich mit der in Deutschland beobachteten Entwicklung gemacht, wo eine langfristige Unterinvestition zu einer hohen Anzahl von Substandard Spitäler geführt hat.

3.5 Welche Risiken für einen gut funktionierenden Wettbewerb sind mit den neuen Anreizstrukturen verbunden?

Grundsätzlich sehen die Privatspitäler eine Gefahr in der möglichen Wettbewerbsverzerrung, die durch zu günstige Überträge der Anlagen an die öffentlichen Spitäler und damit eine zu niedrige Kostenstruktur dieser Häuser entstehen könnten. Allerdings kann diese Unsicherheit sich in beide Richtungen auswirken. Ob die Privatspitäler aus der schlussendlich realisierten Anlagenüberschreibung einen Vor- oder Nachteil haben, hängt davon ab, wie die einzelnen Kantone die Anlagen übergeben. Als Beispiel wurde der Kanton Zürich angefügt, der sich laut Gesprächspartner mit den Spitälern 'gesund finanzieren' will und daher versuchen könnte, die Anlagen zu erhöhten Preisen zu übergeben. Dies wäre für die Privatspitäler von Vorteil.

Des weiteren wurde das Problem der Finanzierung angesprochen. Ursache des Problems ist, dass Spitäler unterschiedliche Trägerschaften und damit auch unterschiedliche Kapitalkosten haben. Zum Beispiel wurde erwähnt, dass Stiftungen einen höheren Zinssatz zu tragen haben, da deren Risikoprofil anders als das jetzige der Kantone ist. Hieraus würde ein Wettbewerbsnachteil für von Stiftungen betriebene Spitäler entstehen.

Eine weitere Wettbewerbsverzerrung die in den Gesprächen mit Marktteilnehmern erwähnt wurde, ist die mögliche Subventionierung von Spitälern durch Kantone. Da Kantone aus

regional politischen Gesichtspunkten ein Interesse daran haben grosse Spitäler von guter Qualität in ihrem Kanton zu haben, könnten hier den Spitälern Wettbewerbsverzerrende finanzielle Unterstützung zukommen. Dies würde sich für Privatspitäler und Spitäler mit anderen Trägerschaften nachteilig auswirken.

Es sollte jedoch angemerkt werden, dass das derzeit bestehende Vergütungssystem gleichfalls und im hohen Masse wettbewerbsverzerrend ist. Daher sollte von den Änderungen in der VKL nicht erwartet werden, dass ein vollkommener Wettbewerb erreicht werden kann, vor allem, da dies nicht die Hauptzielsetzung der neuen Verordnung ist. Der Grad der zukünftigen Wettbewerbsverzerrung könnte durch eine möglichst hohe 'Kostenwahrheit' seitens der Berechnungsgrundlage für die Investitionskosten minimiert werden.

3.6 Kann der Bund das Kostenrisiko bzw. allfällige Wettbewerbsverzerrungen durch zusätzliche Regelungen vermindern? Wenn ja mit welchen?

Aufgrund unserer Analysen sind wir der Meinung, dass sowohl das Kostenrisiko wie auch eine allfällige Wettbewerbsverzerrung durch zusätzliche Regelungen vom Bund vermindert werden können. Hierbei unterscheiden sich die Regelungen bezüglich der Wettbewerbsverzerrung von denen seitens des Kostenrisikos. Sie werden daher im folgenden für die beiden Aspekte getrennt ausgeführt.

Mögliche zusätzliche Regelungen zur Verminderung der Wettbewerbsverzerrung

Der wichtigste Aspekt eines funktionierenden Wettbewerbs ist eine möglichst weitreichende Gleichstellung aller Spitäler durch eine möglichst genaue Erfassung der tatsächlichen Investitionskosten. Die Hauptelemente, die eine solche Gleichstellung derzeit behindern bestehen vor allem in den Bereichen des Übertrags zu Buchwerten, der Prüfung der Anlagenbuchhaltung zum Stichtag und der Abschreibungsrichtlinien für die Anlagebuchhaltung.

Übertrag zu Buchwerten

Unter den Schlussbestimmungen der VKL ist vermerkt, dass die Investitionen zu Buchwerten übertragen werden. Aus den gesetzlichen Bestimmungen ist nicht klar ersichtlich, ob es sich dabei um einen rein formellen Übertrag handelt oder ob ein Eigentümerwechsel vorgesehen ist. Falls ein Eigentümerwechsel vorgenommen wird, dürfen die in die Bilanz übernommenen Werte die Restbuchwerte beim Kanton und den Trärgemeinden nicht überschreiten, da ansonsten eine doppelte Belastung der Steuerzahler vorhanden ist. Falls die Übertragung nur formell erfolgt (und somit keine Auswirkungen auf die Finanzbuchhaltung hat), werden die Anlagen nur in die Betriebsbuchhaltung überführt. Diese überführten Anlagen werden betriebswirtschaftlich abgeschrieben (und bilden die Basis für den Abschreibungsanteil). In den Interviews wurde angesprochen, dass diese Problematik im Raume steht, jedoch noch keine Entscheidung getroffen wurde.

Fallbeispiele			
CHFm	Variante ohne Eigentumsübertragung	Variante A mit Eigentumsübertragung	Variante B mit Eigentumsübertragung
Betriebsbuchhaltung			
Betriebsbuchhaltung	50	50	50
In der Bilanz aktivierte Werte			10 (Kanton / Gemeinden)
Bilanz (Fibu)			
Anlagevermögen	0	50	10
Fremdkapital	0	50	10
Erfolgsrechnung			
Abschreibung	0*	5	1
Verzinsung	0	1	0.2
Abschreibungsanteil auf DRG	15% **	15% **	15% **
* Bisherige Investitionen werden nach wie vor bei den Trägergemeinden und/oder dem Kanton abgeschrieben ** Der Abschreibungsanteil ist ungeachtet der Varianten jeweils mit 15% (Annahme) zu vergüten, da diese Berechnung auf Basis der Betriebsbuchhaltung ermittelt wurde			

Abbildung 3

Wie aus Abbildung 3 ersichtlich ist, entsteht je nach Vorgehensweise beim Übertrag eine unterschiedliche Belastung der Erfolgsrechnung durch Abschreibungen respektive Fremdkapitalzinsen. Bei der Variante ohne Eigentumsübertragung ist festzuhalten, dass Kredite für neue Investitionen nur schwer oder zu hohen Zinssätzen erhältlich sind wenn das Spital keine Anlagen als Sicherheit bieten kann.

Handlungsbedarf sehen wir darin, dass festgelegt werden muss, ob ein Eigentumsübertrag stattfinden soll. Ist ein Eigentumsübertrag gewünscht, muss zusätzlich geregelt werden, wie das Vorgehen bei einem Eigentumsübertrag sein soll.

Prüfung der Anlagebuchhaltung (per Stichdatum)

In der neuen Gesetzgebung ist sehr genau beschrieben, welche Angaben in der Anlagebuchhaltung (VKL Art. 10a) vorhanden sein müssen. Jedoch gibt es unseres Erachtens auch hier einige Schwierigkeiten bei der Umsetzung, damit alle Spitäler gleich behandelt werden.

Wir empfehlen die übernommenen Werte in die Anlagebuchhaltung (Investitionen vor 2011, welche fremdfinanziert wurden) mittels Dokumentationspflicht überprüfbar zu machen. Unseres Erachtens ist es beispielsweise zentral, dass die Berechnung der Buchwerte, welche den Restbuchwerten gegenüber gestellt werden, dokumentiert wird. Die Revisionsstelle prüft bekanntlich „nur“ die für die Finanzbuchhaltung relevanten Daten und prüft nicht die Betriebsbuchhaltung.

Eine zusätzliche Regelung bezüglich der Dokumentationspflicht für die in die Anlagenbuchhaltung übernommenen Werte wäre empfehlenswert.

Abschreibungsrichtlinien für die Anlagebuchhaltung

Die von uns als Audit-Kunden geprüften Spitäler haben ihre Betriebsbuchhaltung nach REKOLE® oder H+ erstellt. Es zeigte sich jedoch auch anlässlich der durchgeführten Interviews, dass die Abschreibungen unterschiedlich vorgenommen werden. VKL Art. 10a macht dazu keine konkreten Angaben. Unseres Erachtens ist es von zentraler Bedeutung, dass

eine einheitliche Bestimmung für die Abschreibungsrichtlinien vorgegeben wird. Es gibt zu REKOLE® eine Empfehlung für die Anlagebuchhaltung. Diese ist jedoch nicht verbindlich.

Wir weisen darauf hin, dass REKOLE® sich am DBG (Bundesgesetz über die direkte Bundessteuer) orientiert und somit eher eine vorsichtiger Abschreibung darstellt. Es handelt sich dabei nicht um eine betriebswirtschaftliche Sichtweise. In der Empfehlung zur Anlagebuchhaltung fehlt die Regelung zur Umlage auf die Kostenträger und damit die separate Ausscheidung der Investitionskosten für stationäre Leistungen, welche zu Lasten des KVG erbracht werden. Angesichts der offenen tarifrelevanten Fragen regen wir an, die Richtlinien von H+ noch von einem Experten auf ihre Kompatibilität mit der Fachempfehlung zur Rechnungslegung von Swiss GAAP FER oder IFRS zu beurteilen.

Weitere wichtige Aspekte, die zu einer Gleichbehandlung der einzelnen Spitäler beitragen würden sind die Festlegung eines einheitlichen Darlehenszinses, eine einheitliche Bewertung der Liegenschaften und Grundstücke sowie gleicher Zugang zu Kapital.

Mögliche zusätzliche Regelungen sollten daraufhin abzielen, die anzuwendenden Rechnungslegungsstandards zu definieren. Die Rechnungslegungsstandards müssen sich an den "True-and-fair-view" Prinzipie orientieren. Entsprechend könnten zum Beispiel Swiss GAAP FER oder IFRS angewandt werden.

Mögliche zusätzliche Regelungen zur Verminderung des Kostenrisikos

Das hauptsächliche Kostenrisiko für die Umsetzung der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung erwächst unserer Meinung nach nicht aus den oben dargestellten spezifischen Rechnungslegungsgrundlagen, sondern aus der Festlegung der Berechnungsgrundlage. Geht man davon aus, dass die Grundintention der Einführung der DRG-Pauschalen, die Erhöhung des Wettbewerbs und daraus resultierend eine Eindämmung der Gesundheitskosten ist, so spielt die Strategie der Berechnungsgrundlage eine entscheidende Rolle für die erfolgreiche Umsetzung dieser Zielführung. Grundgedanke ist es, dass die Investitionskosten Bestandteil der diagnosebezogenen Fallpauschale sind. Dies bedingt jedoch zum einen, dass die Spitäler eine Anlagenbuchhaltung führen und zum anderen, dass diese diagnosebezogen umgelegt werden kann. In der Realität, ist die diagnosebezogene Umlegung jedoch vom dafür notwendigen Arbeitsaufwand seitens der Spitäler bis 2012 nicht realisierbar. Daher könnte man sich vorstellen als Übergangslösung die Investitionskosten in die Vergütung anhand eines Norminvestitionskostenzuschlags einzubeziehen. Seitens der gesetzlichen Rahmenbestimmungen bestehen keine Vorgaben hierzu. Weder das KVG noch die heute gültige VKL sehen einen Norminvestitionskostenzuschlag vor. Die GDK hat in ihrer Stellungnahme vom 8.4.08 eine Übergangsbestimmung mit einem befristeten Zuschlag beantragt. Dieser Antrag wurde dem Bundesrat jedoch nicht aufgenommen. Basierend auf unseren theoretischen Überlegungen und den von uns durchgeführten Gesprächen mit Marktteilnehmern kann man drei mögliche Szenarien, bestehend aus dem Grundszenario und zwei alternativen Szenarien, aufzeigen.

Schematische Darstellung zur Herleitung des Handlungsbedarfs

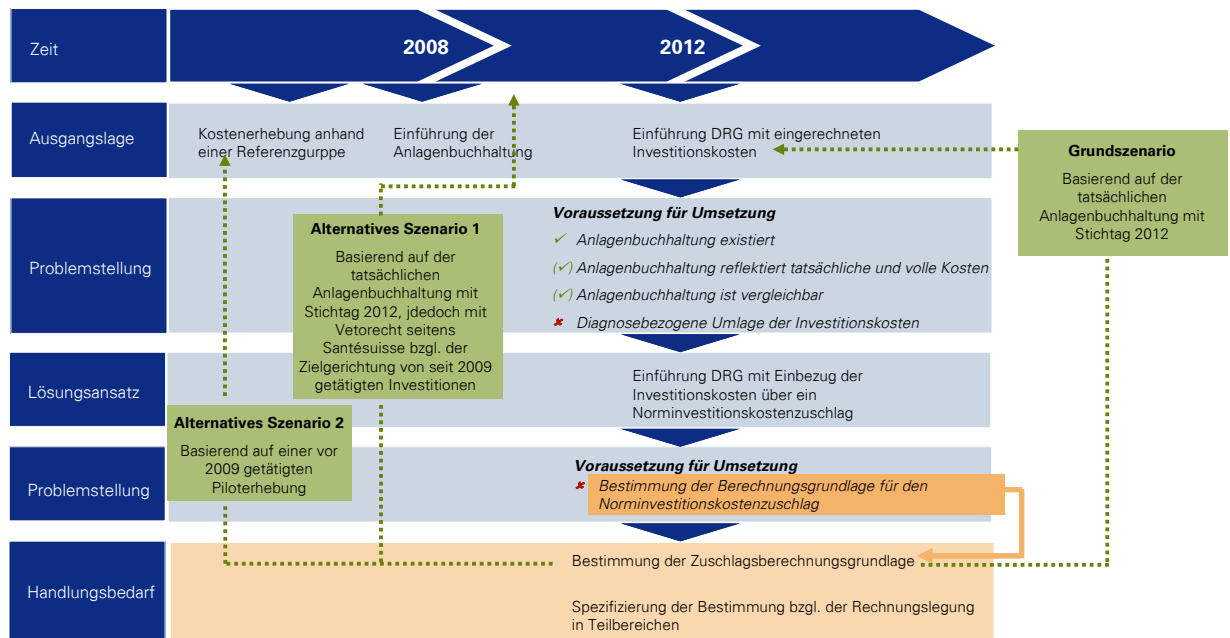


Abbildung 4

Die drei Szenarien, die in Kapitel 3.3 ausführlicher beschrieben wurden, sind in der folgenden Übersicht mit ihren Auswirkungen bezüglich verschiedener Aspekte skizziert.

Übersicht der möglichen Szenarien zur Lenkung des Investitionsverhaltens			
	Grundszenario	Alternatives Szenario 1	Alternatives Szenario 2
Grundlage für den Normkosteninvestitionszuschlag	Basierend auf der tatsächlichen Anlagenbuchhaltung mit Stichtag 2012	Basierend auf der tatsächlichen Anlagenbuchhaltung mit Stichtag 2012, jedoch mit Vetorecht seitens Santésuisse bzgl. der Zielgerichtung von seit 2009 getätigten Investitionen	Basierend auf einer vor 2009 getätigten Piloterhebung (bei vor allem grösseren, gut investierten Spitälern)
Interessenvertreter	Bund	Santésuisse	GDK, H+
Art des Kostenzuschlags	Spitalspezifischer Zuschlagssatz	Spitalspezifischer Zuschlagssatz	Pauschaler Zuschlagssatz
Kostenwahrheit	Hoch	Mittel	Tief
Beieinträchtigung des Investitionsverhaltens	Ja	Ja	Ja
Investitionsstrategie der Spitäler	"Aufrüsten"	"Bedarfsgerechtes Investieren"	"Gebremste Investitionsverhalten"
Tendenz der Gesamtkosten	Hoch	Gering (?)	Mittel (?)
Revisionsbedarf	Nein (nur auf buchhalterischer Ebene)	Ja	Ja
Politische Vertretbarkeit	Gering	Mittel	Mittel

Abbildung 5

Bezüglich der Tendenz der Gesamtkosten ist schwierig abzuschätzen, wie sich das Alternative Szenario 1 und das Alternative Szenario 2 vergleichen. Unsere Annahme, basierend auf unseren Gesprächen ist, dass die Piloterhebung in gut ausgestatteten grösseren Häusern durchgeführt

wurde, was zu einer höheren Investitionskostenbasis führt als im Alternativen Szenario 1. Die in Abbildung 6 farbig markierten Felder zeigen die angenommene Interessenlage der verschiedenen Marktteilnehmer auf.

Präferenz der einzelnen Interessengruppen			
	Grundszenario	Alternatives Szenario 1	Alternatives Szenario 2
Bund	?	?	?
Kanton	als Standort		als Finanzier
Öffentliche Spitäler			
Private Spitäler			
Versicherer			
Versicherungsnehmer			
Patienten			

Abbildung 6

Während das Grundszenario mit den Interessen der öffentlichen Spitäler und der Patienten und aus regionalpolitischer Sicht auch der der Kantone übereinstimmt, hat sich gezeigt, dass die zu erwartende Auswirkung der KVG Revision im Bereich der Spitalfinanzierung unter dem Grundszenario eine signifikante Erhöhung der Investitionen sein wird. Ob Handlungsbedarf bezüglich des Investitionskostenzuschlags besteht, bedingt sich daraus, welches der Szenarien vom Bund gewünscht wird. Für das Grundszenarium besteht kein Handlungsbedarf, Sind andere als das Grundszenario gewünscht, bedarf es einer Ergänzung der VKL mit neuen Übergangsbestimmungen zur Festlegung der Vorgaben für den Investitionskostenzuschlag. Unter der Annahme, dass alle drei dargestellten Szenarien erhebliche Schwächen aufweisen, würden wir empfehlen zu überprüfen, ob das Grundszenario mit einem vorverlegten Stichtag möglich wäre. Diese Option würde das Kostenrisiko verringern (da der Zeitraum für zusätzliche Investitionen verringert würde), müsste allerdings auf die tatsächliche Durchführbarkeit weiter untersucht und analysiert werden.

3.7 Im Licht der obigen Analyse, wie beurteilen Sie gesamthaft die neuen Bestimmungen der VKL (inkl. Schlussbestimmungen)?

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass ein Handlungsbedarf auf zwei Ebenen besteht. Zum einen müssten in verschiedenen Bereichen der buchhalterischen Vorgaben Klarstellungen erfolgen und zum anderen müsste die Intention des Bundes seitens der Grundlage und des Zeitpunktes für die Berechnung der Investitionskosten überdacht werden.

Es kann davon ausgegangen werden, dass die derzeitigen Bestimmungen die falschen Investitionsanreize bieten und in einer erhöhten Kostenbasis resultieren. Aus Kostengründen, wären die Alternativen Szenarien dem Grundszenario vorzuziehen, wobei beide Alternativszenarien unterschiedliche Stärken aufzeigen. Während das Alternative Szenario 2 einfach durchzuführen und leicht kommunizierbar ist, ist das Alternative Szenario 1 möglicherweise das mit den geringsten Gesamtkosten. Der Bund könnte allerdings auch in Erwägung ziehen, das Grundszenarium mit einem vorgezogenen Stichtag oder in Kombination mit einer Plafonierung der Gesamtkosten umzusetzen. Die genaue Spezifikation eines 'optimalen' Anreizsystems und der damit verbundenen Berechnungsgrundlage müsste in einer separaten Studie erarbeitet werden und ist nicht Bestandteil dieses Kurzgutachtens.

Betreffs der Rechnungslegungsbestimmungen besteht vor allem Bedarf an die bestehenden Regelungen so zu ergänzen, dass sie eine Anlagenbuchhaltung die die vollen und tatsächlichen Kosten widerspiegelt und die vergleichbar ist. Eine Übersicht der speziellen Punkte und des jeweiligen Handlungsbedarfes ist in der folgenden Tabelle dargestellt.

Anforderungen an die Anlagenbuchhaltung als Berechnungsgrundlage des Investitionskostenzuschlags				
	Anspruch	Erfüllung des Anspruchs	Problemspezifikation	Handlungsbedarf
1	Anlagenbuchhaltung existiert	Ja	-	-
2	Anlagenbuchhaltung reflektiert die tatsächlichen und vollen Investitionskosten	Nur bedingt	Übertrag der Investitionen zu Buchwerten ist nicht ausreichend definiert. Es ist in der VKL nicht ersichtlich, ob die Anlagewerte in der Finanzbuchhaltung der Spitäler erfasst werden müssen, oder ob nur eine Erfassung in der Anlagebuchhaltung der Spitäler (zur Berechnung der Investitionskosten) erfolgen soll	Bund sollte klarstellen, ob Buchwerte in Finanzbuchhaltung der Spitäler erfasst werden müssen.
			Keine einheitliche Bewertung der Liegenschaften garantiert, da VKL Art. 10a nur generelle Vorgaben an die Anlagebuchhaltung stellt und keine konkreten Werte festlegt.	Bund sollte einerseits Empfehlung zu Anlagebuchhaltung REKOLE als verbindlich erklären. Andererseits sollte Vereinbarkeit dieser Empfehlung mit einer Rechnungslegung nach "true and fair view" (Swiss GAAP FER oder IFRS) überprüft werden.
			Keine einheitliche Bewertung des Grund und Bodens garantiert.	Bund sollte konkrete Vorgaben zur Wertermittlung bei einer Übertragung von Grund und Boden erlassen.
			Keine Festlegung eines einheitlichen Darlehnszinses, wenn Vermögenswerte an die Spitäler übertragen werden.	Bund sollte bei einem Übertrag von Vermögenswerten an Spitäler gegen Darlehen einen Referenzzinssatz erlassen, aufgrund dessen die Darlehen verzinst werden (Dies kann in Anlehnung an die kalkulatorische Verzinsung von 3.7 % erfolgen).
			Es werden Anlagewerte übergeben, welche in den Kantonen bereits abgeschrieben sind. Missachtung von VKL Schlussbestimmungen	Bund sollte Richtlinie erstellen, dass Korrektheit der Übertragungen auf Spitäler von einer unabhängigen Stelle überprüft werden.
			Anlagebuchhaltungen in Spitälern wurden nicht nach der gleichen Systematik erfasst (VKL Art. 10 Abs. 5: Anschaffungen ab CHF 10'000 werden erfasst)	Konkretere Definition der Aktivierungsgrenze, da zum Teil Sammelanschaffungen im Total den Wert übersteigen, der Einzelwert aber unter der Aktivierungsgrenze liegt. eine rückwirkende Anpassung ist technisch sehr aufwändig.
			Anlagebuchhaltung von Spitalgebäuden sind rückwärtig nur sehr schwer zu eruieren und gemäss den heutigen Anlagekategorien in einer Anlagebuchhaltung zu erfassen.	Erstellung einer Regelung zur Ermittlung und Aufteilung von historischen Kosten auf Anlagekategorien.
3	Anlagenbuchhaltung ist vergleichbar	Nur bedingt	Es besteht keine verbindliche Bestimmung zur Erstellung der Anlagenbuchhaltung	In Verbindung mit der vorherigen Punkt sollte die H+ Regelung als zwingende Bestimmung vorgeschrieben werden. Die Empfehlung von REKOLE für die Anlagebuchhaltung ist entweder als verbindlich zu erklären oder eine Alternative zu suchen. Falls die Empfehlung von REKOLE als verbindlich erklärt wird, ist diese noch von einem Experten auf deren Komptabilität (SwissGAAP FER oder IFRS) zu überprüfen.
			Die korrekte Erstellung und Führung der Anlagenbuchhaltung kann nicht garantiert werden	Es unseres Erachtens notwendig die Anlagebuchhaltung von externer Stelle überprüfen zu lassen. Die Revisionsstelle prüft „nur“ die Finanzbuchhaltungs-Werte, welche von den übernommenen Werten in die Betriebsbuchhaltung abweichen können. Es ist daher sicherzustellen, daß diese Anlagebuchhaltung geprüft wird, damit alle Spitäler mit gleichen Massstäben gemessen werden.
			Die Vorgaben bezüglich der Anlagekategorien und Abschreibungen sind unzureichend spezifiziert	Spezifischere Vorgaben für die Anlagekategorien sowie für die Abschreibungen erlassen. Es kann auch die Empfehlung von REKOLE als zwingende Vorgabe vorgeschrieben werden.
			Die Vorgaben bezüglich der Aktivierung in der Anlagenbuchhaltung sind unzureichend spezifiziert	Es sollten Regelungen vorgegeben werden, ab wann die Aktivierung in der Anlagebuchhaltung vorgenommen werden kann (nur auf Monatsanfang möglich? Oder auch auf jeden Tag im Monat?)
			Es dürfen nur Restwerte für Abschreibung berücksichtigt werden. Spitäler, welche einen Investitionsbedarf ausweisen sind benachteiligt, da ihr "altes" Anlagevermögen zu einem niedrigen Investitionszuschlag führt.	Bund sollte festlegen, wie Alter des Anlagevermögens und Investitionsbedarf in Investitionszuschlag berücksichtigt werden kann.

Abbildung 7

Wie bereits beschrieben richtet sich der Handlungsbedarf bezüglich der Festlegung des Investitionskostenzuschlags nach dem vom Bund gewählten Szenario. Verfolgt der Bund weiterhin das Grundszenario, besteht kein Handlungsbedarf. Werden das Alternative Szenario 1 oder das Alternative Szenario 2 gewählt, müssten die Schlussbestimmungen des VKL dementsprechend angepasst werden. Bei dem Alternativen Szenario 2 kann auf den Antrag der GDK zurückgegriffen werden.

Gesamthaft gesehen, würden wir im Licht der obigen Analyse und Erklärungen die neuen Bestimmungen der VKL als lückenhaft und nicht zielführend beurteilen.

A Anlagen

Definitionen

Anlagenbuchhaltung²

Ziel der Anlagebuchhaltung ist die Erfassung aller Gegenstände des betriebsnotwendigen Anlagevermögens. Sie dient der Ermittlung der kalkulatorischen Abschreibungen (und der kalkulatorischen Zinsen auf dem Anlagevermögen). Dabei sind die Ziele des finanziellen und des betrieblichen Rechnungswesens hinsichtlich der Ermittlung der Abschreibungen (und Zinsen) grundsätzlich verschieden. Während in der Finanzbuchhaltung die Abschreibungen primär von dividenden- und steuerpolitischen Aspekten bestimmt werden, herrscht in der Betriebsbuchhaltung der Grundsatz der effektiv anzurechnenden Kosten aus der Nutzung vor. In dieser Studie wird sich ausschliesslich auf die betriebsbuchhalterischen Argumente fokussiert.

Investitionen³

Unter dem Begriff Investition wird der Kauf oder die Herstellung einer Anlage verstanden. Anlagen sind Werte, die in der Absicht langfristiger Nutzung gehalten werden. Anlagen werden länger als 12 Monaten benutzt. Verbrauchs- und Gebrauchsgegenstände sind keine Anlagen. Anlagen lassen sich in drei Kategorien zusammenfassen:

- Sachanlagen (immobiler Sachanlagen und mobiler Sachanlagen);
- Finanzanlagen (langfristige Anlagen in fremde Unternehmen oder Investitionsprojekte);
- Immaterielle Anlagen (käuflich erworbene oder selbstgeschaffene nicht gegenständliche Werte, wie z. B. Software, Patente, Marken, Urheberrechte, die meist einen Handelswert aufweisen.)

Abschreibungen, Abschreibungsbasis und Nutzungsdauer

Abschreibungen spiegeln die Wertminderung von materiellen Anlagen (bspw. Liegenschaften, medizintechnische Anlagen, Mobiliar, usw.) und von immateriellen Anlagen (z.B. Lizenzen, Patente, Entwicklung eigener Softwares, usw.) wieder. Die tatsächlichen Wertminderungen einer Anlage lassen sich auf verschiedene Faktoren, wie zum Beispiel die Abnutzung durch Gebrauch, technische und wirtschaftliche Veränderungen, Standschäden oder Beschädigung zurückführen.

Die Festlegung der bilanziellen Abschreibungssätze für die Finanzbuchhaltung liegt in der Verantwortung der jeweiligen Trägerschaft. Um eine einheitliche schweizerische Kostenrechnung sicherzustellen, gelten für das betriebliche Rechnungswesen folgende kalkulatorischen Abschreibungssätze für Sachanlagen gemäss REKOLE®

² In Anlehnung an "Schweizerische Grundsätze zur Anlagenbuchhaltung im Spital, eine Empfehlung."

³ In Anlehnung an "Schweizerische Grundsätze zur Anlagenbuchhaltung im Spital, eine Empfehlung."

Anlagekategorien		% Satz	Normative Nutzungsdauer in Jahren
Immobilien Sachanlagen			
A0	Bebautes und unbebautes Land, Baurechte	0.0 %	---
A1-An	Spitalgebäude und andere Gebäude (z.B. Büro- und Verwaltungsgebäude, Wohngebäude, Personalhaus)	3.0 %	33 1/3
B1	Bauprovisorien (im Brandversicherungswert nicht berücksichtigt)	$\frac{100\%}{\text{AnN}^*}$	Normative Nutzungsdauer
Installationen			
C1	Allgemeine Betriebsinstallationen (Heizungs-, Lüftungs-, Klima- und Kälteanlagen, Sanitär- und Elektroinstallationen inkl. Verkabelung) (im Brandversicherungswert berücksichtigt)	5.0%	20
C2	Anlagespezifische Installationen (im Brandversicherungswert nicht berücksichtigt)	5.0%	20
Mobile Sachanlagen			
D1	Möbiliar und Einrichtungen (inkl. Lager)	10.0 %	10
D2	Büromaschinen und Kommunikationssysteme	20.0%	5
D3	Fahrzeuge	20.0%	5
D4	Werkzeuge und Geräte (Betrieb)	20.0%	5
Medizintechnische Anlagen			
E1	Apparate, Geräte, Instrumente (inkl. Anschaffungssoftware)	12.5%	8
E2	Software-Upgrades	33.33%	3
Informatikanlagen			
F1	Hardware (Server, PC, Drucker, Netzwerkkomponenten exkl. Verkabelung, usw.)	25%	4
F2	Software (gekaufte Lizenzen, wie z.B. für Betriebssysteme)	25%	4

*AnN = Anzahl normativer Nutzungsjahre

Quelle: H+

Die Finanzanlagen (z.B. Beteiligungen) werden in der Betriebsrechnung im Abschreibungsverfahren nicht berücksichtigt, jedoch in der Ermittlung der kalkulatorischen Verzinsung des Anlagevermögens.

Liste der Interviewteilnehmer

Öffentliche Spitäler

- Gesundheitsversorgung Zürcher Oberland (GZO)
- Kantonsspital Winterthur (KSW)
- Spital Bülach
- Spital Zollikerberg
- Universitätsspital Zürich (USW)
- Spitalnetz Freiburg

Private Spitäler

- Genolier Swiss Medical Network
- Hirslanden Gruppe

Kantone und Verbände

- SwissDRG AG
- GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
- Santésuisse

Literaturverzeichnis

- H+ "Schweizerische Grundsätze zur Anlagenbuchhaltung im Spital: eine Empfehlung", 2007
- H+ "Die KVG-Revision nach dem Ständerat: die Stellungnahme von H+", Dr. Bernhard Wegmüller, 2006
- H+ "Spitalfinanzierung und Transparenz", Dr. Bernhard Wegmüller
- Santésuisse "Umsetzung der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung", 2008
- GDK "Verordnungsänderungen im Zuge der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung", Detaillierte Stellungnahme der GDK, 8. April 2008

Abkürzungen

EDI	= Eidgenössisches Departement des Innern
CHF	= Schweizer Franken
DRG	= Diagnosis Related Group
GDK	= Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
KVG	= Krankenversicherungsgesetz
m	= Millionen
OKP	= Obligatorische Krankenversicherung
VKL	= Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser, und Pflegeheime in der Krankenversicherung