

Änderung KVV – Weiterentwicklung der Planungskriterien sowie Ergänzung der Grundsätze zur Tarifiermittlung

santésuisse
Römerstrasse 20
Postfach 1561
CH-4502 Solothurn
Tel. +41 32 625 41 41
Fax +41 32 625 41 51
mail@santesuisse.ch
www.santesuisse.ch



santésuisse

Die Schweizer Krankenversicherer

Les assureurs-maladie suisses

Für Rückfragen:
Axel Reichlmeier
Direktwahl: +41 32 625 4252
Axel.Reichlmeier@santesuisse.ch

Solothurn, 31. August 2020

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, zur Änderung der KVV – „Weiterentwicklung der Planungskriterien sowie Ergänzung der Grundsätze zur Tarifiermittlung“ Stellung nehmen zu können.

santésuisse begrüsst die vom Bundesrat in die Vernehmlassung geschickte Vorlage zur besseren Koordination der Spitalplanung und Vereinheitlichung der Tarifiermittlung. Im Vergleich zu anderen Ländern weist die Schweiz eine sehr hohe Spitaldichte auf. Das ist weder effizient, noch lassen sich dadurch hohe Qualitätswerte erreichen. Mit der Vereinheitlichung der Tarifiermittlung schafft der Bundesrat eine wichtige Grundlage, um die Kosten mittelfristig zu dämpfen.

Die Schweiz verfügt mit rund 300 Spitälern über eine der höchsten Spitaldichten weltweit. Der Bundesrat hat richtigerweise erkannt, dass diese grosse Zahl weder effizient noch qualitätsfördernd ist. Damit die Qualität der Behandlungen zugunsten der Patienten gesteigert werden kann, braucht es einheitliche Kriterien und einen echten Qualitätswettbewerb. Mit der in die Vernehmlassung geschickten Vorlage schafft der Bundesrat dafür eine wichtige Grundlage. Neu sollen die Kantone verpflichtet werden, für bestimmte Leistungen ihrer Spitäler Mindestfallzahlen festzulegen. Diese Massnahme verbessert die Qualität und ist im Interesse der Patienten.

Änderung KVV – Weiterentwicklung der Planungskriterien sowie Ergänzung der Grundsätze zur Tarifiermittlung

Diese Einschätzung hat auch nach der Erfahrung, die im Zusammenhang mit der Corona-Krise gemacht wurde, seine Gültigkeit. Erstens hat die Krise gezeigt, dass die Spitäler auch im Krisenfall bei weitem nicht an die Kapazitätsgrenze gelangen, sondern durch flexiblere Nutzung der Infrastruktur und durch die Einrichtung von Notspitälern kurzfristig zusätzliche Kapazitäten geschaffen werden können. Es wäre nicht zielführend, Kapazitäten aufrecht zu erhalten für eine Situation, wie sie vielleicht einmal in hundert Jahren auftritt.

Unsere Bemerkungen und Vorschläge präzisieren und ergänzen einzelne Artikel des Vorentwurfs, auch um Interpretationsmöglichkeiten einzuschränken und umso das Ziel der Revision besser zu erreichen.

Weiter verlangt das KVG bereits heute, dass sich die Vergütung für die stationären Spitalbehandlungen an jenen Spitälern orientiert, welche die Behandlung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Mit der geplanten Verordnungsänderung soll die Tarifiermittlung der Spitäler nach einem schweizweit einheitlichen Massstab erfolgen. Damit ist eine längerfristig effizientere und kostengünstigere Leistungserbringung bei gleich bleibender Qualität zu erwarten. Der Bundesrat rechnet mit beträchtlichen Kosteneinsparungen, die den Prämienzahlerinnen und -zahlern zu Gute kommen werden.

Betreffend die Regulierung des Benchmarkings begrüsst santésuisse die maximale Verwendung des 25. Perzentils. Ein höherer Perzentilwert würde zu Mehrbelastungen der Prämienzahlenden führen.

Detaillierte Angaben zu den einzelnen Bestimmungen:

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	<i>I</i>		
	<i>Die Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:</i>		
Art. 58a Abs. 2 ² Die Kantone überprüfen ihre Planung periodisch.	Art. 58a Abs. 2 ² <u>Die Planung wird periodisch überprüft.</u>		Einverstanden mit der periodischen Überprüfung. Offen ist, in welchem Rhythmus diese Überprüfung stattfindet.
Art. 58b Versorgungsplanung	Art. 58b Versorgungsplanung ¹ Die Kantone ermitteln den Bedarf in nachvollziehbaren Schritten. Sie stützen sich namentlich auf statistisch		Patienten halten sich nicht an Kantonsgrenzen, es muss somit auch die Inanspruchnahme von ausserhalb des

Änderung KVV – Weiterentwicklung der Planungskriterien sowie Ergänzung der Grundsätze zur Tarifiermittlung

<p>¹ Die Kantone ermitteln den Bedarf in nachvollziehbaren Schritten. Sie stützen sich namentlich auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche.</p>	<p>ausgewiesene Daten und Vergleiche. <u>Sie berücksichtigen die für die Prognose des Bedarfs relevanten Faktoren, wie die demografische, die medizintechnische, die epidemiologische und die ökonomische Entwicklung.</u></p>		<p>eigenen Wohnkantons erbrachten Leistungen miteinbezogen werden. Da die Versorgungsplanung auch eine strategische und zukunftsgerichtete Komponente aufweist, sind die Berücksichtigung und der Einbezug von relevanten Faktoren und den Prognosen dieser Faktoren zwingend. Idealerweise werden die Prognosen von allen Kantonen nach einheitlichen Methoden und von einer zentralen Stelle erstellt, umso eine über alle Kantone einheitliche Prognosequalität sicherzustellen. Der Miteinbezug von Szenarien bei der Bedarfsermittlung ist bei langfristigen Prognosen zu unterstützen um Unsicherheiten besser abschätzen zu können.</p>
<p>² Sie ermitteln das Angebot, das in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf der von ihnen erlassenen Liste aufgeführt sind.</p>	<p>² Sie ermitteln das Angebot, das in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf der von ihnen erlassenen Liste aufgeführt sind.</p>		<p>Es ist wichtig und richtig, das Angebot sowohl der Listenspitäler als auch der Nicht-Listenspitäler zu berücksichtigen. Ansonsten keine Bemerkung.</p>
<p>³ Sie bestimmen das Angebot, das durch die Aufführung von inner- und ausserkantonalen Einrichtungen auf der Liste nach Artikel 58e zu sichern ist, damit die Versorgung gewährleistet ist. Dieses Angebot entspricht dem nach Absatz 1 ermittelten Versorgungsbedarf abzüglich des nach Absatz 2 ermittelten Angebots.</p>	<p>³ Sie bestimmen das Angebot, das durch die Aufführung von inner- und ausserkantonalen Einrichtungen <u>auf der Liste zu sichern ist</u>, damit die Versorgung gewährleistet ist. <u>Das zu sichernde Angebot</u> entspricht dem nach Absatz 1 ermittelten Versorgungsbedarf abzüglich des nach Absatz 2 ermittelten Angebots.</p>	<p>³ Sie bestimmen das Angebot, das durch die Aufführung von inner- und ausserkantonalen Einrichtungen auf der Liste zu sichern ist, damit die Versorgung gewährleistet ist <u>und alle Versicherten den gleichen Zugang zu Einrichtungen auf der Liste haben</u>. Das zu sichernde Angebot entspricht dem nach Absatz 1 ermittelten Versorgungsbedarf abzüglich des nach Absatz 2 ermittelten Angebots.</p>	<p>Alle Versicherten mit einer Grundversicherung müssen für alle Einrichtungen auf der Liste den gleichen Zugang haben.</p>
<p>⁴ Bei der Beurteilung und Auswahl des auf der Liste zu sichernden Angebotes</p>	<p>⁴ <u>Bei der Bestimmung</u> des auf der Liste zu sichernden Angebots berücksichtigen die Kantone insbesondere:</p>		<p>Keine Bemerkung. Der Begriff «Bestimmung» fordert die Kantone zu einer aktiveren Rolle auf.</p>

Änderung KVV – Weiterentwicklung der Planungskriterien sowie Ergänzung der Grundsätze zur Tarifiermittlung

<p>berücksichtigen die Kantone insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung; b. den Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist; c. die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrages nach Artikel 58e. <p>⁵ Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität beachten die Kantone insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Effizienz der Leistungserbringung; b. den Nachweis der notwendigen Qualität; c. im Spitalbereich die Mindestfallzahlen und die Nutzung von Synergien. 	<ul style="list-style-type: none"> a. die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung; b. den Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist; c. die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung <u>zur Erfüllung des Leistungsauftrags.</u> 		<p>Wird neu in Art. 58d geregelt, Bemerkungen erfolgen dort.</p>
	<p>Art. 58d Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität</p> <p>¹ Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Spitäler und Geburtshäuser erfolgt durch einen Vergleich der schweregradbereinigten Kosten für stationäre Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.</p>	<p>¹ Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Spitäler und Geburtshäuser erfolgt durch einen Vergleich der schweregradbereinigten Kosten für <u>die einzelnen</u> stationären Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.</p>	<p>Aus Sicht der Versicherer muss sichergestellt sein, dass die Wirtschaftlichkeit im Bereich der Spitalplanung nicht derjenigen in der Tarifierung entspricht.</p> <p>Für die Versicherer ist es heikel, wenn die Wirtschaftlichkeit in der Spitalplanung auf ähnlichen Grundlagen beruht wie in der Tariffestsetzung. Die Kantone würden damit ermächtigt, ihre Empfehlungen bei der Spitalpla-</p>

Änderung KVV – Weiterentwicklung der Planungskriterien sowie Ergänzung der Grundsätze zur Tarifiermittlung

	<p>² Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Pflegeheime erfolgt durch einen Vergleich der nach dem Pflegebedarf der versicherten Personen bereinigten Kosten für Pflegeleistungen bei Krankheit.</p> <p>³ Bei der Beurteilung der Qualität der Spitäler ist zu prüfen, ob insbesondere folgende Mindestanforderungen für das ganze Spital eingehalten werden:</p>	<p>³ Bei der Beurteilung der Qualität der Spitäler ist zu <u>berücksichtigen</u> prüfen, ob insbesondere folgende Mindestanforderungen für das ganze Spital eingehalten werden:</p>	<p>nung in den Tarif-Verfahren zu nutzen. Die Versicherer würden dann bloss noch indirekt nachvollziehen können, was die Kantone faktisch bereits entschieden haben, ohne dass es die Versicherer beeinflussen konnten. Das Problem der Mehrfachrolle der Kantone als Eigentümer und Regulator würde durch diese Regelung noch verstärkt, was auch rechtsstaatlich bedenklich wäre.</p> <p>In der Spitalplanung/den Spitallisten geht es häufig nicht um die Erteilung eines Spitalistenplatzes für eine Gesamteinstitution. Dies sind eher die seltenen Fälle. Vielmehr geht es um die Zuteilung einzelner Leistungsaufträge an ausgewählte Spitäler. Entsprechend sollte die Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht auf Spitalebene erfolgen, sondern eben leistungsbezogen. Derjenige soll den Leistungsauftrag Geburtshilfe erhalten, der diesen Leistungsauftrag auch wirtschaftlich erbringen kann (etc.).</p> <p>Einverstanden, keine Bemerkungen.</p> <p>Es geht um die Berücksichtigung der Einhaltung der Mindestanforderungen an Qualität. Es soll offen gelassen werden, wer die Qualität in einem Spital</p>
--	---	--	---

Änderung KVV – Weiterentwicklung der Planungskriterien sowie Ergänzung der Grundsätze zur Tarifiermittlung

	<p>a. leistungsgruppenbezogene Dotation mit Fachpersonal und der Einbezug bedarfsgerechter Expertise; b. Beteiligung an nationalen Qualitätsmessungen; c. Vorliegen einer Sicherheitskultur, insbesondere die Anwendung eines Fehler- und Schadensmeldesystems und der Anschluss an ein gesamtschweizerisch einheitliches Reporting-Netzwerk; d. Betreiben eines Qualitätsmanagementsystems; e. Anwendung professioneller Standards; f. Gewährleistung der Medikationssicherheit, insbesondere durch die elektronische Verordnung und Abgabe von Arzneimitteln.</p> <p>⁴ Bei der Beurteilung der Qualität der Pflegeheime und der Geburtshäuser ist zu prüfen, ob insbesondere folgende Mindestanforderungen für das ganze Pflegeheim oder Geburtshaus eingehalten werden:</p>	<p>g. <u>Erfolgreiche Umsetzung des Qualitätsvertrages gemäss Art. 58a KVG.</u></p> <p>⁴ Bei der Beurteilung der Qualität der Pflegeheime und der Geburtshäuser ist zu <u>berücksichtigen prüfen</u>, ob insbesondere folgende Mindestanforderungen für das ganze Pflegeheim oder Geburtshaus eingehalten werden:</p>	<p>tal prüft: Die Umsetzung des Qualitätsvertrages gemäss Art. 58 KVG prüfen beispielsweise die Verbände der Leistungserbringer und Krankensversicherer. Der Kanton muss die Ergebnisse dieser Prüfung berücksichtigen und nicht nochmals selber prüfen.</p> <p>Die Einhaltung der Anforderungen aus den Qualitätsverträgen sollten die Kantone bereits als Planungskriterium aufnehmen und bei der Bestimmung des auf der Liste zu sichernden Angebotes berücksichtigen. Dies folgt aus Art. 58a Abs. 7 KVG: «Die Einhaltung der Regeln zur Qualitätsentwicklung bildet eine Voraussetzung für die Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.»</p> <p>Es geht um die Berücksichtigung der Einhaltung der Mindestanforderungen an Qualität. Es soll offen gelassen werden, wer die Qualität in einem Pflegeheim oder Geburtshaus prüft: Die Umsetzung des Qualitätsvertrages gemäss Art. 58 KVG prüfen beispiels-</p>
--	--	--	--

Änderung KVV – Weiterentwicklung der Planungskriterien sowie Ergänzung der Grundsätze zur Tarifiermittlung

	<p>a. Dotation mit Fachpersonal und Einbezug bedarfsgerechter Expertise; b. Beteiligung an nationalen Qualitätsmessungen; c. Vorliegen einer Sicherheitskultur, insbesondere die Anwendung eines Fehler- und Schadensmeldesystems; d. Betreiben eines Qualitätsmanagementsystems; e. Anwendung professioneller Standards, insbesondere das Vorliegen eines schriftlichen Behandlungs- und Pflegeplans; f. Gewährleistung der Medikationssicherheit bei der Verordnung und Abgabe von Arzneimitteln.</p> <p>⁵ Bei der Beurteilung der Qualität der Spitäler, der Pflegeheime und der Geburtshäuser können die Ergebnisse von national durchgeführten Qualitätsmessungen als Auswahlkriterien berücksichtigt werden.</p>	<p>g. <u>Erfolgreiche Umsetzung des Qualitätsvertrages gemäss Art. 58a KVG.</u></p> <p>⁵ Bei der Beurteilung der Qualität der Spitäler, der Pflegeheime und der Geburtshäuser <u>werden können</u> die Ergebnisse von national durchgeführten Qualitätsmessungen als Auswahlkriterien berücksichtigt.</p>	<p>weise die Verbände der Leistungserbringer und Krankenversicherer. Der Kanton muss die Ergebnisse dieser Prüfung berücksichtigen und nicht nochmals selber prüfen.</p> <p>Die Einhaltung der Anforderungen aus den Qualitätsverträgen sollten die Kantone bereits als Planungskriterium aufnehmen und bei der Bestimmung des auf der Liste zu sichernden Angebotes berücksichtigen. Dies folgt aus Art. 58a Abs. 7 KVG: «Die Einhaltung der Regeln zur Qualitätsentwicklung bildet eine Voraussetzung für die Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.»</p> <p>Bereits bestehende und allenfalls neue national durchgeführten Qualitätsmessungen werden einheitlich nach gleichen Standards von einer Institution erhoben (z.B. dem ANQ). Die Messungen gibt es bereits und müssen nicht durch den Bund oder die Kantone mit grossem Aufwand und</p>
--	--	--	---

Änderung KVV – Weiterentwicklung der Planungskriterien sowie Ergänzung der Grundsätze zur Tarifiermittlung

	<p>⁶ Im Spitalbereich ist auf die Nutzung von Synergien zu achten und das Optimierungspotenzial zu berücksichtigen, das mit einer Konzentration von Leistungsgruppen für die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Leistungen verbunden ist.</p> <p>⁷ Die Festlegung der Auflagen pro Leistungsgruppe in Spitälern und Geburtshäusern ist Bestandteil der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität.</p> <p>⁸ Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität kann sich auf die Ergebnisse anderer Kantone stützen, wenn diese aktuell und in Bezug auf das zu erbringende Leistungsspektrum aussagekräftig sind.</p>		<p>grossen Kosten verbunden neu konzipiert und aufgebaut werden. Zudem werden die Daten für alle Leistungserbringer nach denselben statistischen und ökonomischen Methoden ausgewertet und sind somit vergleichbar. Auch ergibt es keinen Sinn, wenn Leistungserbringer dieselben Daten an zwei verschiedene Organisationen/Institutionen liefern. Es ist dafür den Leistungserbringern vorzuschreiben, dass sie an solchen nationalen Qualitätsmessungen teilnehmen.</p> <p>Durch die Konzentration von Leistungsgruppen auf weniger Leistungserbringer lassen sich Optimierungspotentiale nutzen. Auf Seiten Qualität seien die Mindestfallzahlen als Beispiel genannt. Bezüglich Wirtschaftlichkeit führen Konzentrationen dazu Synergien und Skaleneffekte besser zu nutzen.</p> <p>Einverstanden. Der ursprünglich erteilte Leistungsauftrag ist bei der Beurteilung miteinzubeziehen.</p> <p>Einverstanden. Die Wirtschaftlichkeit kann entweder an eine Zielvorgabe gebunden sein (als absoluter Vergleichsmassstab) oder anhand eines Vergleichs zwischen Leistungserbringern aus anderen Kantonen ermittelt werden (als relativer Vergleichsmassstab).</p>
--	--	--	---

Änderung KVV – Weiterentwicklung der Planungskriterien sowie Ergänzung der Grundsätze zur Tarifiermittlung

<p>Art. 58d Interkantonale Koordination der Planungen</p> <p>Im Rahmen der Verpflichtung zur interkantonalen Koordination der Planungen nach Artikel 39 Absatz 2 des Gesetzes müssen die Kantone insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die nötigen Informationen über die Patientenströme auswerten und diese mit den betroffenen Kantonen austauschen; b. die Planungsmassnahmen mit den davon in ihrer Versorgungssituation betroffenen Kantonen koordinieren. 	<p>Art. 58e Interkantonale Koordination der Planungen</p> <p><u>¹ Um die Verpflichtung zur koordinierten Planung nach Artikel 39 Absatz 2 KVG einzuhalten, sind insbesondere:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> a. die nötigen Informationen über die Patientenströme auszuwerten und diese mit den betroffenen Kantonen auszutauschen; b. <u>das Wirtschaftlichkeits- und Qualitätspotenzial einer interkantonalen Spitalversorgung zu beurteilen;</u> c. <u>die Planungsmassnahmen mit den betroffenen Kantonen koordinieren.</u> <p>² Von der Planung eines Kantons betroffen sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Kantone, in denen eine oder mehrere auf der Liste des planenden Kantons aufgeführten oder dafür vorgesehenen ausserkantonalen Einrichtungen ihren Standort haben; b. die Kantone, auf deren Liste eine oder mehrere ausserkantonale Einrichtungen aufgeführt sind oder dafür vorgesehen sind, die den Standort im planenden Kanton haben; 		<p>Einverstanden. Es stellt sich allerdings die Frage, wie der Bund vorgeht, falls sich Kantone nicht oder nur unzureichend an diese Vorgaben halten.</p> <p>Zu a.: Sehr wichtig, da sich Patienten nicht an Kantonsgrenzen halten und auch ausserhalb des eigenen Wohnkantons Leistungen in Anspruch nehmen.</p> <p>Zu b.: dies ist umso wichtiger um Skaleneffekte (Grösseneffekte/Mengeneffekt), Synergiepotentiale oder Mindestfallzahlen zu erreichen.</p> <p>Zu c.: Eine Analyse der Patientenströme zeigt, in welchem Kanton und in welchen Spitälern sich Patienten ausserhalb des eigenen Wohnkantons behandeln lassen.</p> <p>Diese Vorgaben sind zu begrüessen und wichtig, insbesondere da Patienten bei der Wahl des Spitals für einen notwendigen Eingriff mögliche Kantonsgrenzen nicht berücksichtigen.</p>
---	---	--	---

Änderung KVV – Weiterentwicklung der Planungskriterien sowie Ergänzung der Grundsätze zur Tarifiermittlung

	<p>c. die Kantone, für deren Planung die aktuellen oder erwarteten interkantonalen Patientenströme aus dem planenden Kanton oder in die innerkantonalen Einrichtungen des planenden Kantons wichtig sind;</p> <p>d. die Kantone, die im Rahmen einer interkantonalen Spitalversorgung mit ihrer Planung zu einer Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungserbringung beitragen können.</p>	<p>e. die Nachbarkantone mit grenznahen Einrichtungen zum planenden Kanton.</p>	<p>Eine regionale Spitalplanung mit grösseren Spitallisten-Regionen war eine Forderung der Experten im Rahmen des Berichts „Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der OKP“. Entsprechend soll die regionale und überregionale Versorgungsplanung expliziter in der Verordnung berücksichtigt werden.</p>
<p>Art. 58e Listen und Leistungsaufträge</p> <p>¹ Die Kantone führen auf ihrer Liste nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e des Gesetzes die inner- und ausserkantonalen Einrichtungen auf, die notwendig sind, um das nach Artikel 58b Absatz 3 bestimmte Angebot sicherzustellen.</p> <p>² Auf den Listen wird für jedes Spital das dem Leistungsauftrag entsprechende Leistungsspektrum aufgeführt.</p>	<p>Art. 58f Listen und Leistungsaufträge</p> <p>¹ <u>Auf der Liste nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e KVG sind die inner- und ausserkantonalen Einrichtungen aufzuführen</u>, die notwendig sind, um das nach Artikel 58b Absatz 3 bestimmte Angebot sicherzustellen.</p> <p>² <u>Jeder Einrichtung auf der Liste wird ein Leistungsauftrag nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e KVG erteilt.</u></p>		<p>Einverstanden. Keine Bemerkung.</p> <p>Einverstanden. Keine Bemerkung.</p>

Änderung KVV – Weiterentwicklung der Planungskriterien sowie Ergänzung der Grundsätze zur Tarifiermittlung

<p>³ Die Kantone erteilen jeder Einrichtung auf ihrer Liste einen Leistungsauftrag nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e des Gesetzes. Dieser kann insbesondere die Pflicht zum Notfalldienst beinhalten.</p>	<p>³ <u>Die Listen halten für jedes Spital das dem Leistungsauftrag entsprechende Leistungsspektrum fest. Es werden für das ganze Leistungsspektrum von Spitälern und Geburtshäusern Leistungsaufträge erteilt.</u></p> <p>⁴ Im Bereich der hochspezialisierten Medizin setzt das zuständige interkantonale Beschlussorgan die Teilbereiche des Leistungsspektrums und die entsprechenden Auflagen fest.</p> <p>⁵ Die im Rahmen der kantonalen Spitalplanung erteilten Leistungsaufträge halten fest, welche der folgenden Auflagen pro Leistungsgruppe zu erfüllen sind:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Verfügbarkeit eines Grundangebots in den Fachgebieten Innere Medizin und Chirurgie; b. Verfügbarkeit der Fachärztinnen und Fachärzte und ihre Weiterbildung; c. Verfügbarkeit und Anforderungsstufe der Notfallstation; d. Verfügbarkeit und Anforderungsstufe der Intensivstation; e. verknüpfte Leistungsgruppen innerhalb des Spitals oder in Kooperation mit anderen Spitälern; f. Qualitätssicherung, namentlich interdisziplinäre Fallbesprechung; 		<p>Einverstanden. Keine Bemerkung.</p> <p>Grundsätzlich einverstanden. Es ist aber leider in der Vergangenheit vorgekommen, dass regionalpolitische Überlegungen stärker gewichtet wurden als die Patientensicherheit. Die Kantone müssen bei der Zuteilung von Leistungsaufträgen an die Spitäler mehr gesundheitspolitische Verantwortung übernehmen.</p> <p>Einverstanden. Die Vorgabe von Auflagen bringt eine gewisse Systematik und verhindert, dass jeder Kanton eigene Regelungen zur Spitalplanung erlässt. Für die Spitäler bedeutet dies im Gegenzug, dass die Leistungsaufträge aus verschiedenen Kantonen einheitlich ausgestaltet sind.</p>
---	---	--	---

Änderung KVV – Weiterentwicklung der Planungskriterien sowie Ergänzung der Grundsätze zur Tarifiermittlung

	<p>g. Mindestfallzahlen;</p> <p>h. sonstige Kriterien nach kantonalem Recht.</p> <p>⁶ Die Leistungsaufträge können zudem insbesondere folgende Auflagen vorsehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. im akutsomatischen Spitalbereich: die maximalen Leistungsmengen; b. im psychiatrischen und rehabilitativen Spitalbereich sowie im Pflegeheimbereich: die maximalen Leistungsmengen oder die maximalen Bettenzahlen; c. die Folgen der Nichteinhaltung der Auflagen. <p>⁷ Die Leistungsaufträge der Spitäler sehen als Auflage das Verbot unsach-</p>		<p>Die Fallzahlen in der Schweizer Spitallandschaft sind im Vergleich zu anderen Ländern klein und die Risiken der sogenannten «Gelegenheitschirurgie» entsprechend gross. Damit die Qualität der Leistungen stimmt, braucht es ein Mindestmass an Routine. Deshalb sind Mindestfallzahlen für Operationen zwingend nötig.</p> <p>santésuisse beurteilt Globalbudgets kritisch. Solche Kostendeckel haben unweigerlich Sparmassnahmen bei allen Institutionen mit Leistungsauftrag zur Folge, unabhängig davon, wie viele Sparbemühungen diese in der Vergangenheit bereits ergriffen haben. Bestraft werden damit die effizienten, qualitätsorientierten Institutionen. Qualitätseinbussen oder Rationierung müssen vermieden werden. Diese geniessen keine Akzeptanz in der Bevölkerung, und allfällige negative Reaktionen würden das Vertrauen in das System massiv beeinträchtigen. Ein Wachstumsziel kann dazu führen, dass auch Bereiche, die «unterdurchschnittlich» wachsen, einen Anspruch anmelden würden (z.B. Tarifierhöhungen). Bereiche mit hohem Wachstum werden immer auf besondere Umstände verweisen (z.B. Verlagerungen in ihren Bereich).</p> <p>Einverstanden. Anreizsysteme führen zur Mengenausweitung und es werden unnötige Leistungen erbracht.</p>
--	---	--	--

Änderung KVV – Weiterentwicklung der Planungskriterien sowie Ergänzung der Grundsätze zur Tarifiermittlung

	<p>gemässer ökonomischen Anreizsysteme zur Mengenausweitung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung oder zur Umgehung der Aufnahmepflicht nach Artikel 41a des Gesetzes vor.</p>	<p>⁸ Verletzt ein Spital eine oder mehrere Auflagen eines Leistungsauftrags, so befreit dies den Kanton nicht von seiner Pflicht zur anteilmässigen Kostenübernahme gemäss Art. 49a Abs. 1 des Gesetzes. Die Kantone können Sanktionen bei Missachtung der Leistungsaufträge gegenüber den betroffenen Spitälern in den entsprechenden Leistungsaufträgen regeln.</p>	<p>Die Kantone können im Sinne der im vorhergehenden Absatz 6 vorgesehenen Auflagen eine Kontingentierung festlegen. Eine daraus resultierende Änderung der Kostenaufteilung widerspricht den Grundsätzen des KVG, namentlich der Gleichbehandlung der Versicherten sowie Art. 51 Abs. 1 zweiter Satz. Bei einer Überschreitung von Kontingenten durch die Spitäler sind spezifische Sanktionen vorzusehen.</p>
<p>Art. 59c Tarifgestaltung</p> <p>¹ Die Genehmigungsbehörde im Sinne von Artikel 46 Absatz 4 des Gesetzes prüft, ob der Tarifvertrag namentlich folgenden Grundsätzen entspricht:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Der Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken. b. Der Tarif darf höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken. c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine Mehrkosten verursachen. 	<p>Art. 59c Tarifgestaltung</p> <p>¹ Die Genehmigungsbehörde im Sinne von Artikel 46 Absatz 4 <u>KVG</u> prüft, ob der Tarifvertrag namentlich folgenden Grundsätzen entspricht:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Der Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken. b. Der Tarif darf höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken. c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine Mehrkosten verursachen. <p>² <u>Bei einem Vergütungsmodell vom Typus DRG beziehen sich die Grundsätze nach Absatz 1 auf den</u></p>	<p>² Bei einem Vergütungsmodell vom Typus DRG beziehen sich die Grundsätze nach Absatz 1 auf den</p>	<p><u>Kommentar zu Absatz 2 gemäss Vorschlag der Krankenversicherer:</u></p>

Änderung KVV – Weiterentwicklung der Planungskriterien sowie Ergänzung der Grundsätze zur Tarifiermittlung

	<p><u>Leistungserbringer, der die Referenz nach Artikel 59cbis Absatz 1 bildet.</u></p>	<p>Leistungserbringer, der die Referenz nach Artikel 59cbis Absatz 1 bildet <u>darf der vereinbarte Tarif in Abweichung von Absatz 1 Buchstabe a. höchstens die Hälfte der Kostendifferenz zwischen den schweregradbereinigten Fall- oder Tageskosten und dem Benchmark-Referenzwert decken, wenn die schweregradbereinigten Fall- oder Tageskosten des Spitals nach Artikel 10a^{bis} VKL unterhalb des Benchmark-Referenzwerts nach Artikel 59c^{bis} liegen.</u></p>	<p>Für die Krankenversicherer ist es schwierig zu belegen, dass ein Leistungserbringer effektiv Minderleistungen erbringt und daher tiefere Kosten hat, weil schon die Daten diesbezüglich nicht vorhanden sind oder weil sich verschiedene Effekte auch überlappen können (Effizienz und Leistungserbringung im lukrativen Segment). Nachfolgende Gründe führen dazu, dass die Krankenversicherer dafür plädieren, ein Modell mit Limitierung des allfälligen Effizienzgewinns zu befürworten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aktuell sind verschiedene Leistungserbringer bereit, tiefere Baserates zu verhandeln als der Benchmark-Referenzwert. Dies zeigt, dass es keine zwingende Notwendigkeit gibt, den Benchmarkwert in jedem Fall voll auszus schöpfen. - Die Gewährung von sehr hohen Effizienzgewinnen kann spitalseitig in eine Wachstumsstrategie umgemünzt werden, welche kostentreibende Wirkung hat (vgl. Beilage). <p>Insofern wird ein Kompromiss vorgeschlagen. Ein Teil des Effizienzgewinns verbleibt beim Spital, ein Teil der Differenz von Fallkosten und Benchmarkwert wird hingegen nicht tarifiert. Dies gilt, solange von einem Benchmark-Referenzwert bis zum 25. Perzentil ausgegangen wird. Sollte das Perzentil im Rahmen der Vernehmlassung gelockert werden, würde dies bedeuten, dass sich der</p>
--	---	--	--

Änderung KVV – Weiterentwicklung der Planungskriterien sowie Ergänzung der Grundsätze zur Tarifiermittlung

<p>² Die Vertragsparteien müssen die Tarife regelmässig überprüfen und anpassen, wenn die Erfüllung der Grundsätze nach Absatz 1 Buchstaben a und b nicht mehr gewährleistet ist. Die zuständigen Behörden sind über die Resultate der Überprüfungen zu informieren.</p> <p>³ Die zuständige Behörde wendet die Absätze 1 und 2 bei Tariffestsetzungen nach den Artikeln 43 Absatz 5, 47 oder 48 des Gesetzes sinngemäss an.</p>	<p>³ Die Vertragsparteien müssen die Tarife regelmässig überprüfen und anpassen, wenn die Erfüllung der Grundsätze <u>nach Absatz 1</u> nicht mehr gewährleistet ist. <u>Zudem müssen sie bei Einzelleistungstarifstrukturen prüfen, ob sich Positionen, die für die Leistungen vorgesehen sind, zusammenfassen lassen.</u> Die zuständigen Behörden sind über die Resultate der Überprüfungen zu informieren.</p> <p>⁴ Die zuständige Behörde wendet die <u>Absätze 1 bis 3</u> bei Tariffestsetzungen nach den Artikeln 43 Absatz 5, 47 und</p>	<p>⁴ Die zuständige Behörde wendet die Absätze 1 bis 3 bei Tariffestsetzungen nach den Artikeln 43 Absatz 5, 47 und</p>	<p>beim Leistungserbringer verbleibende Anteil entsprechend verringern müsste. Dies gilt umgekehrt, falls das Perzentil verschärft würde.</p> <p><u>Kommentar zu Absatz 2 gemäss BAG:</u> Sollte der Absatz 2 gemäss Vorschlag BAG umgesetzt werden, wäre wie folgt zu ergänzen: „...Grundsätze nach Absatz 1 Buchstaben a und b“. Ein allfälliger Wechsel des Tarifmodells (Art. 59c Abs. 1 lit. c), also z.B. Wechsel von SwissDRG zu einem anderen System, soll nicht mit dem Referenzspital gekoppelt werden, sondern betrifft das gesamte Tarifsystem. Dies entspricht auch dem Kommentar des EDI, welcher sich bei Absatz 2 auf die Buchstaben a und b von Absatz 1 bezieht.</p>
--	---	--	---

Änderung KVV – Weiterentwicklung der Planungskriterien sowie Ergänzung der Grundsätze zur Tarifiermittlung

	<p>48 <u>KVG</u> und bei Tarifstrukturanpassungen nach Artikel 43 Absatz 5bis <u>KVG</u> sinngemäss an.</p>	<p>48 KVG und bei Tarifstrukturanpassungen nach Artikel 43 Absatz 5bis KVG sinngemäss an.</p>	
	<p>Art. 59c^{bis} Tarifberechnung bei einem Vergütungsmodell vom Typus DRG</p> <p>¹ Für die Tarifberechnung bei einem Vergütungsmodell vom Typus DRG wird ein Benchmarkwert ermittelt aufgrund der Kosten des Leistungserbringers, der die Referenz (Benchmark) bildet. Der Benchmarkwert wird wie folgt ermittelt:</p> <p>a. In einem ersten Schritt werden die nach Artikel 10a^{bis} Absatz 3 der Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) hergeleiteten, schweregradbereinigten Fall- oder Tageskosten aller Leistungserbringer in der Schweiz berechnet, die ihre Leistungen nach dem-selben Vergütungsmodell abrechnen; nicht verwendet werden Daten, die:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. eine Qualität aufweisen, die nicht ausreicht, um die Fall- oder Tageskosten transparent herzuleiten, 2. aus anderen nachweisbaren Gründen nicht verwendet werden können. 	<p>Art. 59c^{bis} Tarifberechnung <u>Tarifierung</u> bei einem Vergütungsmodell vom Typus DRG</p> <p>¹ Für die Tarifberechnung bei einem Vergütungsmodell vom Typus DRG <u>Tarifierung nach Artikel 49 Absatz 1 Satz 5 des Gesetzes</u> wird ein Benchmarkwert ermittelt aufgrund der <u>Fall- oder Tageskosten</u> des Leistungserbringers, der die Referenz (Benchmark) bildet. Der Benchmarkwert wird wie folgt ermittelt:</p> <p>a. In einem ersten Schritt werden die nach Artikel 10abis Absatz 3 der Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) hergeleiteten, schweregradbereinigten Fall- oder Tageskosten aller Leistungserbringer in der Schweiz berechnet, die ihre Leistungen nach demselben Vergütungsmodell abrechnen; nicht verwendet werden Daten, die:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. eine Qualität aufweisen, die nicht ausreicht, um die Fall- oder Tageskosten transparent herzuleiten, 2. aus anderen nachweisbaren Gründen nicht verwendet werden können. 	<p>Begriff der „Tarifberechnung“ in Titel und Absatz 1 ist in Zusammenhang mit der Ermittlung des Benchmarkwertes verwirrend. Ersetzen durch den Begriff: <u>Tarifierung</u>.</p> <p>Diese Bestimmungen sind zu wenig präzisiert und unterschiedlich interpretierbar. Präzisierungen werden im Teil VKL vorgeschlagen.</p>

Änderung KVV – Weiterentwicklung der Planungskriterien sowie Ergänzung der Grundsätze zur Tarifiermittlung

	<p>b. In einem zweiten Schritt werden die schweregradbereinigten Fall- oder Tageskosten desjenigen Leistungserbringers als Benchmarkwert ausgewählt, der gemessen an der Anzahl Leistungserbringer höchstens dem 25. Perzentilwert entspricht.</p> <p>² Für die Ermittlung des Benchmarkwerts kann der Betriebsvergleich nach Artikel 49 Absatz 8 KVG herangezogen werden, wenn die entsprechenden schweregradbereinigten Fall- oder Tageskosten darin enthalten sind und diese mit einem Testat nach Artikel 9 Absatz 5^{bis} VKL belegt wurden.</p> <p>³ Die Versicherer ermitteln individuell oder pro Versichererverband den Benchmarkwert und legen den Kantonen die Herleitung mit den entsprechenden Kosten- und Leistungsdaten der Leistungserbringer offen.</p>	<p>b. In einem zweiten Schritt werden die schweregradbereinigten Fall- oder Tageskosten desjenigen Leistungserbringers als Benchmarkwert ausgewählt, der gemessen an der Anzahl Leistungserbringer höchstens dem 25. Perzentilwert entspricht.</p> <p>³² Die Versicherer ermitteln individuell oder pro Versichererverband den Benchmarkwert und legen den Kantonen <u>für die Genehmigung oder Festsetzung des Tarifs</u> die Herleitung mit den entsprechenden Kosten- und Leistungsdaten der Leistungserbringer offen.</p> <p>²³ Für die Ermittlung des Benchmarkwerts kann der Betriebsvergleich nach Artikel 49 Absatz 8 herangezogen werden, wenn die entsprechenden schweregradbereinigten Fall- oder Tageskosten darin enthalten sind und diese mit einem Testat nach Artikel 9 Absatz 5bis VKL belegt wurden.</p>	<p>Einverstanden. Es ist richtig, ein strenges Perzentil zu setzen. Mit der bisherigen Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung wurden föderalistisch unterschiedlich strenge Vorgehensweisen umgesetzt, was im Widerspruch zum gewollten Wettbewerb und im Widerspruch zu gleich langen Spiessen steht. Allerdings soll allfälligen Benchmarkwert-Veränderungen aufgrund von ineffizienten Mengen- und Kostenentwicklungen Rechnung getragen werden. Vgl. Absatz 4 gemäss Versicherervorschlag.</p> <p><u>Reihenfolge der Absätze:</u> Es ist davon auszugehen, dass die Betriebsvergleiche nach Art. 49 Abs. 8 KVG zum Zeitpunkt der Tarifverhandlungen nicht vorliegen werden. Da zu diesem Zeitpunkt bereits ein Benchmarking vorliegen muss, ist der vorgesehene Absatz 3 vielmehr als Absatz 2 – bzw. als Regel im Ablauf – zu führen. Die Überlegungen zum bisherigen Absatz 2 wurden integriert.</p> <p>Betreffend Testat: vgl. Input zu VKL.</p>
--	--	--	---

Änderung KVV – Weiterentwicklung der Planungskriterien sowie Ergänzung der Grundsätze zur Tarifiermittlung

	<p>⁴ Auf dem Benchmarkwert werden Zuschläge bei denjenigen Leistungserbringern vorgenommen, die zusätzliche Leistungen erbringen, die folgende Voraussetzungen erfüllen:</p> <p>a. Sie werden in der Tarifstruktur nach Artikel 49 Absatz 1 KVG nicht sachgerecht abgebildet.</p> <p>b. Es gibt keine Vereinbarung nach Artikel 49 Absatz 1 KVG, wonach die Leistungen getrennt in Rechnung gestellt werden können.</p> <p>c. Ihre Kosten werden vom Leistungserbringer transparent nachgewiesen.</p> <p>d. Ihre Kosten werden durch den Benchmarkwert nicht abgedeckt.</p>	<p><u>⁴ Erhöht sich der Quotient aus der Summe der Kosten aller der obligatorischen Krankenversicherung zugeordneten Fälle der Spitäler und Geburtshäuser dividiert durch die Summe des gesamten Case Mixes respektive Day Mixes um mindestens 1% oder mehr, dann wird das Perzentil nach Absatz 1 Buchstabe b, das den Benchmarkwert bestimmt, um diesen gleichen Prozentsatz gesenkt.</u></p> <p>⁴⁵ Auf dem Benchmarkwert werden Zuschläge bei denjenigen Leistungserbringern vorgenommen, die zusätzliche Leistungen erbringen, die folgende Voraussetzungen erfüllen:</p> <p>a. Sie werden in der Tarifstruktur nach Artikel 49 Absatz 1 KVG <u>aufgrund einer datengestützten Einschätzung der für die Entwicklung der Tarifstruktur zuständigen Organisation als in der Tarifstruktur nicht sachgerecht <u>abgebildete Leistungen in einem Analysebereich bekannt gegeben.</u></u></p> <p>b. Es gibt keine Vereinbarung nach Artikel 49 Absatz 1 KVG, wonach die Leistungen getrennt in Rechnung gestellt werden können.</p> <p>c. Ihre Kosten werden vom Leistungserbringer transparent nachgewiesen.</p> <p>d. Ihre Kosten werden durch den Benchmarkwert nicht abgedeckt.</p>	<p>Effekte aufgrund von ineffizienten Mengen- und Kostenveränderungen sollen nicht dazu führen dürfen, dass das Perzentil überdurchschnittlich stark ansteigt. Daher soll an Absatz 1 Buchstabe b. („höchstens“) angeknüpft werden und eine Umsetzungsmöglichkeit vorgesehen werden.</p> <p>Die Präzisierung von lit. a. zielt darauf ab zu regeln, wer/wie Aussagen über nicht sachgerechte Abbildungen in der Tarifstruktur machen soll/kann. Damit kann verhindert werden, dass die Tarifstruktur nicht von Beratungsunternehmen laufend in Frage gestellt wird, was dann wiederum die Tarifpartner und die SwissDRG AG verpflichtet, dazu Stellung nehmen zu müssen.</p>
--	--	--	--

Änderung KVV – Weiterentwicklung der Planungskriterien sowie Ergänzung der Grundsätze zur Tarifiermittlung

	<p>⁵ Auf dem Benchmarkwert werden Abzüge insbesondere bei denjenigen Leistungserbringern vorgenommen, die:</p> <p>a. systematisch weniger Leistungen erbringen, welche die Tarifstruktur nicht sachgerecht abbildet;</p> <p>b. ihre Kosten- und Leistungsdaten verspätet, in unzureichender Qualität oder gar nicht für die Ermittlung des Benchmarkwerts nach Absatz 1 bereitstellen.</p> <p>⁶ Der Abzug nach Absatz 5 Buchstabe b liegt bei einem Prozentwert, der sicherstellt, dass dem Leistungserbringer kein Vorteil daraus erwächst. Er kann im Wiederholungsfall erhöht werden und in begründeten Ausnahmefällen für höchstens zwei Betriebsjahre ausgesetzt werden.</p> <p>⁷ Der Tarif für die Pauschale ergibt sich aus dem Basisfallwert multipliziert mit dem Kostengewicht aus der Tarifstruktur nach Artikel 49 Absatz 1 KVG.</p> <p>⁸ Der Basisfallwert ergibt sich bei Leistungserbringern, deren schweregradbereinigten Kosten:</p>	<p>⁵⁶ Auf dem Benchmarkwert werden Abzüge insbesondere bei denjenigen Leistungserbringern vorgenommen, die:</p> <p>a. systematisch weniger Leistungen erbringen, welche die Tarifstruktur nicht sachgerecht abbildet <u>und aufgrund einer datengestützten Einschätzung der für die Entwicklung der Tarifstruktur zuständigen Organisation in einem Analysebereich bekannt gegeben werden</u>;</p> <p>b. ihre Kosten- und Leistungsdaten verspätet, in unzureichender Qualität oder gar nicht für die Ermittlung des Benchmarkwerts nach Absatz 1 bereitstellen.</p> <p>⁶⁷ Der Abzug nach Absatz 5⁶ Buchstabe b liegt bei einem Prozentwert, der sicherstellt, dass dem Leistungserbringer kein Vorteil daraus erwächst. Er kann im Wiederholungsfall erhöht werden und in begründeten Ausnahmefällen für höchstens zwei Betriebsjahre ausgesetzt werden.</p> <p>⁸⁸ Der Tarif (Basispreisfallwert) ergibt sich bei Leistungserbringern, deren schweregradbereinigten Kosten:</p> <p>a. unter dem Benchmarkwert liegen: aus dem Benchmarkwert unter Berücksichtigung allfälliger Abzüge nach Absatz 5⁶;</p> <p>b. dem Benchmarkwert entsprechen oder über diesem liegen: aus dem Benchmarkwert unter Berücksichtigung allfälliger Zuschläge nach</p>	<p>vgl. Bemerkung oben.</p> <p>Die Bestimmung ist zwar nicht vollständig präzise. Sie kann aber quantitativ offen formuliert sein, da es verschiedene Grössenordnungen sein können/sollen.</p> <p>Reihenfolge der Absätze ändern.</p>
--	---	--	---

Änderung KVV – Weiterentwicklung der Planungskriterien sowie Ergänzung der Grundsätze zur Tarifiermittlung

	<p>a. unter dem Benchmarkwert liegen: aus dem Benchmarkwert unter Berücksichtigung allfälliger Abzüge nach Absatz 5;</p> <p>b. dem Benchmarkwert entsprechen oder über diesem liegen: aus dem Benchmarkwert unter Berücksichtigung allfälliger Zuschläge nach Absatz 4 und Abzüge nach Absatz 5.</p> <p>⁹ Die Versicherer und die Leistungserbringer veröffentlichen gemeinsam alle drei Monate eine aktualisierte Liste mit Angaben pro Leistungserbringer und nach Versicherer oder Versichererverband über:</p> <p>a. die Basisfallwerte nach Absatz 7;</p> <p>b. hängige Verfahren nach den Artikel 47 und 53 KVG.</p>	<p>Absatz 45 und Abzüge nach Absatz 56.</p> <p>⁷⁹ Der Tarif für die Pauschale <i>Die Vergütung für die stationäre Leistung</i> ergibt sich aus dem <u>Basispreisfallwert</u> multipliziert mit dem <u>fallbezogenen Kostengewicht</u> <i>respektive multipliziert mit der fallbezogenen Verweildauer und dem zugeordneten Kostengewicht</i> aus der Tarifstruktur nach Artikel 49 Absatz 1 KVG.</p> <p>¹⁰ Die Versicherer und die Leistungserbringer veröffentlichen gemeinsam alle drei Monate <i>halbjährlich</i> eine aktualisierte Liste mit Angaben pro Leistungserbringer über:</p> <p>a. die <u>Basispreisfallwerte</u> nach Absatz 7;</p> <p>b. hängige Verfahren nach den Artikel 47 und 53 KVG.</p>	<p>Die Versicherer führen bereits solche Tariflisten und sind bereit, diese Listen halbjährlich zu veröffentlichen. Die gemeinsame Erstellung dieser Listen zusammen mit den Leistungserbringern bedeutet einen enormen zusätzlichen Koordinationsaufwand ohne zusätzlichen Nutzen. Entsprechend ist darauf zu verzichten.</p>
	//		
	<p>Übergangsbestimmungen der Änderung vom ...</p> <p>¹ Die Listen der akutsomatischen Spitäler und der Geburtshäuser müssen</p>		

Änderung KVV – Weiterentwicklung der Planungskriterien sowie Ergänzung der Grundsätze zur Tarifiermittlung

	<p>innert vier Jahren nach Inkrafttreten der Änderung vom ... den Planungskriterien nach dieser Verordnung entsprechen.</p> <p>² Die Listen der psychiatrischen und rehabilitativen Spitäler müssen innert sechs Jahren nach Inkrafttreten der Änderung vom ... den Planungskriterien nach dieser Verordnung entsprechen.</p> <p>³ Die Listen der Pflegeheime müssen innert drei Jahren nach Inkrafttreten der Änderung vom ... den Planungskriterien nach dieser Verordnung entsprechen.</p> <p>⁴ Der für den Benchmarkwert benutzte Perzentilwert darf noch bis zum Tarifjahr 2023 höher sein als der Wert nach Artikel 59c^{bis} Absatz 1 Buchstabe b.</p>		<p>Einverstanden. Es braucht hier unbedingt ein Ablaufdatum. Die Bestimmungen zur neuen Spitalfinanzierung bestehen bereits seit 2012. Seitens der Kantone wird verschiedentlich die Haltung vertreten, man müsse den Spitälern Zeit für die Anpassung gewähren. Diese Zeit wurde in den letzten Jahren gewährt. Elf Jahre sollten dafür ausreichend sein. Somit kann die Bestimmung von Absatz 4, also die Umsetzung des Perzentilwerts per Tarifjahr 2023 umgesetzt werden.</p>
	III		
	<i>Die Änderung anderer Erlasse wird im Anhang geregelt.</i>		
	IV		
	<i>Diese Verordnung tritt am ... in Kraft.</i>		

Änderung KVV – Weiterentwicklung der Planungskriterien sowie Ergänzung der Grundsätze zur Tarifiermittlung

	Änderung anderer Erlasse		
	Die nachstehenden Erlasse werden wie folgt geändert:		
	1. Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung		
<p>Art. 9 Abs. 5</p> <p>⁵ Die Kostenrechnung ist jeweils für das Kalenderjahr zu erstellen und ist ab dem 30. April des auf das Kalenderjahr folgenden Jahres bereitzustellen.</p>	<p>Kein Änderungsvorschlag BAG.</p>	<p>Art. 9 Abs. 5</p> <p>⁵ Die Kostenrechnung ist jeweils für das Kalenderjahr zu erstellen und ist ab dem 30. April des auf das Kalenderjahr folgenden Jahres bereitzustellen <u>den Versicherern elektronisch zu liefern. Versicherer und Leistungserbringer vereinbaren gemeinsam den Inhalt und das Format der Bereitstellung der Kosten- und Leistungsdaten der Spitäler und Geburtshäuser. Bei Uneinigkeit entscheidet das EDI.</u></p>	<p>Leistungserbringer und Versicherer haben ein unterschiedliches Transparenzverstandnis betreffend erforderliche Datengrundlagen zum Zweck der Tarifierung. Aktuell besteht die Schwierigkeit, dass von den Spitälern lediglich ein rudimentärer Kostenausweis zur Verfügung gestellt wird, der Plausibilisierungen betreffend die vorgenommenen Kostenabgrenzungen verunmöglicht. Neu sollen Versicherer und Leistungserbringer, subsidiär das EDI, den Inhalt und das Format der Bereitstellung der Daten vereinbaren. Wichtig ist, dass die Daten den Versicherern effektiv am 30. April geliefert werden. Seitens des Spitalverbands wird zunehmend ein zusätzlicher interner Prüfprozess nach dem 30. April in Gang gesetzt, welcher verunmöglicht, dass die Daten den Versicherern bereits ab 30. April zur Verfügung stehen.</p>
	<p>Art. 9 Abs. 5^{bis}</p> <p>^{5bis} Der Kostenrechnung der Spitäler und Geburtshäuser ist ein Testat einer externen Revisionsstelle beizulegen,</p>	<p>Art. 9 Abs. 5^{bis}</p> <p>^{5bis} Der Kostenrechnung der Spitäler und Geburtshäuser ist ein Testat einer externen Revisionsstelle beizulegen,</p>	<p>Die vom BAG beabsichtigte Bestimmung ist zu präzisieren, damit sie Wirkung entfalten kann. Ansonsten ist</p>

Änderung KVV – Weiterentwicklung der Planungskriterien sowie Ergänzung der Grundsätze zur Tarifiermittlung

	<p>welches belegt, dass die erstellte Kostenrechnung keine Abweichungen von den Bestimmungen dieser Verordnung aufweist.</p>	<p>welches belegt, dass die erstellte Kostenrechnung keine Abweichungen von den Bestimmungen dieser Verordnung aufweist.</p> <p><u><i>5bis Die Kosten- und Leistungsrechnung ist jährlich einer Prüfung durch eine externe Revisionsstelle zu unterziehen. Die Leistungserbringer und Versicherer präzisieren gemeinsam mindestens alle zwei Jahre die Prüfkriterien für die Revision und vereinbaren den Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Vereinbarungen. Ziel ist die laufende verbesserte Abbildung und Genauigkeit der Leistungskosten sowie die transparente Abgrenzung von Kostenanteilen und Leistungen, die nicht über das Krankenversicherungsgesetz finanziert werden dürfen. Die für die Tarifstrukturentwicklung zuständige Organisation nach Artikel 49 Absatz 2 des Gesetzes kann Vorschläge einbringen. Bei Uneinigkeit über die Prüfkriterien und deren Inkrafttreten entscheidet das EDI.</i></u></p> <p><u><i>5ter Unter Berücksichtigung der Prüfkriterien nach Absatz 5bis werden der Grad der Genauigkeit der Kosten- und Leistungsrechnung (Verursachergerechtigkeit) sowie die bestehenden Verbesserungsmöglichkeiten in einem Testat einer externen Revisionsstelle ausgewiesen. Testiert wird auch der Grad der Transparenz der separat abgegrenzten Kosten und Leistungen, die nicht von der Krankenversicherung zu finanzieren sind.</i></u></p>	<p>nicht vollständig geklärt, wann eine Kostenrechnung noch VKL-konform ist und wann nicht, weil es bei der Präzision und Verursachergerechtigkeit (Genauigkeit der Leistungserfassung) innerhalb einer Kosten-/Leistungsrechnung grundsätzlich viele Möglichkeiten gibt. Die vorgeschlagenen Artikel 5^{bis} und 5^{ter} sollen die nötige Präzisierung bereitstellen.</p>
--	--	---	---

Änderung KVV – Weiterentwicklung der Planungskriterien sowie Ergänzung der Grundsätze zur Tarifiermittlung

	<p>Art. 10a^{bis} Herleitung der schwergradbereinigten Kosten bei einem Vergütungsmodell vom Typus DRG</p> <p>¹ Von den Kosten aus der Kostenträgerrechnung für sämtliche DRG-Fälle, die der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zuzuordnen sind, sind insbesondere folgende Abzüge vorzunehmen:</p> <p>a. Kosten für Leistungen, die nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden müssen und dennoch auf den Kostenträgern, die bei der Berechnung des Basisfallwerts beigezogen werden, geführt werden, namentlich gemeinwirtschaftliche Leistungen wie Forschung und universitäre Lehre sowie Kosten für Sicherheitspersonal, Öffentlichkeitsarbeit und Marketing.</p>	<p>Art. 10a^{bis} Herleitung der schwergradbereinigten <u>Fall- respektive Tagesk</u>osten bei einem Vergütungsmodell vom Typus DRG</p> <p><i>¹ Als Grundlage für die Tarifierung nach Artikel 59c^{bis} dienen die für die stationäre Leistungserbringung relevanten Kosten von Fällen vom Typus DRG, die der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zuzuordnen sind. Die stationären Leistungskosten beinhalten auch die Kosten der vom stationären Leistungserbringer in Auftrag gegebenen extern erbrachten Leistungen während des stationären Aufenthaltes.</i></p> <p>⁺² Von den Kosten aus der Kostenträgerrechnung für sämtliche DRG-Fälle <u>vom Typus DRG</u>, die der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zuzuordnen sind, sind insbesondere folgende Abzüge vorzunehmen:</p> <p>a. Kosten für Leistungen, die nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden müssen und dennoch auf den Kostenträgern, die bei der Berechnung des Basisfallwerts beigezogen werden, geführt werden, <u>insbesondere für namentlich</u> gemeinwirtschaftliche Leistungen wie Forschung und universitäre Lehre, <u>sowie Übersetzungskosten</u>, Kosten für Sicherheitspersonal, <u>Kosten für</u> Öffentlichkeitsarbeit und Marketing, <u>allfällige Kosten aus</u></p>	<p>Ungelöst ist die Problematik der extern erbrachten Leistungen. Die SwissDRG-Tarifstruktur sieht die Einrechnung dieser Leistungen in die Kodierung vor. Mit dem vorgeschlagenen neuen Absatz 1 soll die in Gesetz/Verordnung ungeklärte Situation gelöst werden.</p> <p>Präzisierungen sind notwendig. Präzisiert wird ausserdem, dass auch nicht KVG-relevante Kostenanteile, welche bereits zu einem früheren Zeitpunkt separat abgegrenzt wurden, von den Spitälern transparent auszuweisen sind.</p>
--	--	--	---

Änderung KVV – Weiterentwicklung der Planungskriterien sowie Ergänzung der Grundsätze zur Tarifiermittlung

	<p>b. Kosten für Zusatzleistungen an Patientinnen und Patienten, die diesen direkt verrechnet werden;</p> <p>c. Kosten für unbewertete DRG-Fälle;</p> <p>d. Zusatzentgelte;</p> <p>e. Kosten für Arzthonorare für Leistungen bei Zusatzversicherten;</p> <p>f. Kosten für Zusatzversichertenstandard;</p> <p>g. effektiver Zinsaufwand;</p> <p>h. Debitorenverluste;</p>	<p><u>Vergünstigungen eigens geführter Nebenbetriebe;</u></p> <p>b. Kosten für Zusatzleistungen an Patientinnen und Patienten, die diesen direkt verrechnet werden;</p> <p>c. Kosten für unbewertete DRG-Fälle;</p> <p>d. <u>Kosten für</u> Zusatzentgelte;</p> <p>e. Kosten für Arzthonorare für Leistungen bei Zusatzversicherten;</p> <p>f. Kosten für <u>Mehrleistungen aufgrund</u> Zusatzversichertenstandard;</p> <p>g. effektiver Zinsaufwand <u>auf Umlaufvermögen;</u></p> <p>h. Debitorenverluste;</p> <p>i. <u>Verzugszinsen.</u> <u>Die auf Ebene separater Kostenstellen oder Kostenträger vom Spital oder Geburtshaus bereits vorgenommenen Kostenabgrenzungen von Leistungen ausserhalb der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, wie beispielsweise vom Spital geführte Nebenbetriebe, gemeinwirtschaftliche Leistungen und Drittgeschäfte, sind vom Leistungserbringer durch separate detaillierte Kosten- und Leistungsnachweise auch unter Angabe der Erlöse transparent nachzuweisen.</u></p> <p>³ <u>Sind die Kostenermittlungsmethoden für die nicht tarifrelevante Kostenanteile nach Absatz 2 in der Kostenrechnung nicht vorhanden, zu ungenau oder vom Spital oder Geburtshaus nicht transparent ausgewiesen,</u></p>	<p>Neben den effektiven Zinsen gibt es auch kalkulatorische Zinsen, die abziehen wären. Daher neu: Zinsaufwand auf Umlaufvermögen.</p> <p>Gemäss KVG-Rechtsprechung sind Verzugszinsen keine tarifrelevanten Kosten.</p> <p>In verschiedenen Bereichen (z.B. Mehrleistungen VVG, Zusatzentgelte) ist das normativ angewandte Vorgehen grösstenteils akzeptiert; es hat sich bewährt. Darauf soll zurückgegriffen werden können.</p>
--	--	--	---

Änderung KVV – Weiterentwicklung der Planungskriterien sowie Ergänzung der Grundsätze zur Tarifiermittlung

		<p><u>so kann bei der Ermittlung der schwergradbereinigten Fall- respektive Tageskosten auf Normabzüge abgestellt werden. Dazu zählen:</u></p> <p>a. <u>Abzugssätze für universitäre Lehre und Forschung:</u></p> <p><u>Universitäre Leistungserbringer: 20% der Betriebskosten</u></p> <p><u>Nicht-universitäre Spitäler mit Zentrumsversorgungsfunktion sowie nicht-universitäre psychiatrische Kliniken nach Versorgungsniveau 1: 10% der Personalkosten</u></p> <p><u>Übrige Spitäler sowie psychiatrische Kliniken nach Versorgungsniveau 2 und Rehabilitationskliniken: 5% der Personalkosten</u></p> <p><u>Geburtshäuser: 0% der Personalkosten</u></p> <p>b. <u>Abzugssätze für Mehrleistungen aufgrund Zusatzversichererstandard:</u></p> <p><u>Akutsomatik: CHF 800 pro halbprivat versicherten Fall, CHF 1'000 pro privat versicherten Fall;</u></p> <p><u>Psychiatrie und Rehabilitation: 2% Abzug, wenn HP-/P-Pflegetage > 20% der total Pfelegetage; 1% Abzug, wenn HP-/P-Pflegetage zwischen 10-20% der total Pfelegetage;</u></p>	<p>In anderen Bereichen (universitäre Lehre und Forschung) bestehen Differenzen zwischen Leistungserbringern, Kantonen und Versicherern. Ein festgelegter normativer Abzugssatz könnte die Situation entspannen oder den Anreiz schaffen, die Kostenträgerrechnung zu verbessern. Die Abzugssätze müssten derart ausgestaltet sein, dass seitens der Spitäler nicht ein Interesse besteht, die Kosten nicht zu ermitteln.</p>
--	--	--	---

Änderung KVV – Weiterentwicklung der Planungskriterien sowie Ergänzung der Grundsätze zur Tarifiermittlung

	<p>² Auf den angepassten Kosten nach Absatz 1 ist ein Zuschlag für die Zinsen auf dem betriebsnotwendigen Umlaufvermögen, basierend auf der Jahresdurchschnittsrendite von eidgenössischen Obligationen mit einer Laufzeit von 10 Jahren und einer Zahlungsfrist von 40 Tagen vorzunehmen.</p> <p>³ Die schweregradbereinigten Fall- oder Tageskosten ergeben sich aus den angepassten Kosten nach den Absätzen 1 und 2 dividiert durch die Summe der Netto-Kostengewichte der Tarifstrukturversion des Kalenderjahrs der Kostenrechnung.</p>	<p><u>0% Abzug, wenn HP-/P-Pflege-tage < 10% der total Pflage-tage</u></p> <p>c. <u>Abzugsmethode für Kosten Zusatzentgelte: Erträge aus Zusatzentgelten;</u></p> <p>²⁴ Auf den angepassten Kosten nach Absatz 4² ist ein Zuschlag für die Zinsen auf dem betriebsnotwendigen Umlaufvermögen, basierend auf der Jahresdurchschnittsrendite von eidgenössischen Obligationen mit einer Laufzeit von 10 Jahren und einer Zahlungsfrist von 40 Tagen vorzunehmen.</p> <p>³⁵ Die schweregradbereinigten Fall- oder Tageskosten ergeben sich aus den angepassten Kosten nach den Absätzen 1 und 2 dividiert durch die Summe der Netto-Kostengewichte der Tarifstrukturversion des Kalenderjahrs der Kostenrechnung.</p> <p><u>⁶ Ergibt sich bei der Gruppierung der Fälle des Kalenderjahres einerseits mit der Tarifstrukturversion des Kalenderjahres der Kostenrechnung und andererseits mit derjenigen Version des zur Anwendung gelangenden Tarifjahres eine Erhöhung von mehr als 1% beim Benchmarkwert des Referenzspitals (Katalogeffekt), ist diesem Effekt im Rahmen laufender Tarifverhandlungen Rechnung zu tragen.</u></p>	<p>Neben der Gruppierung der erbrachten Leistungen mit dem Abrechnungsgrouper (x-2) spielt auch die Gruppierung der Leistungszahlen (x-2) mit dem Planungsgrouper, des Tarifjahres (x) eine Rolle. Vorteil an der vom EDI vorgeschlagenen Variante ist, dass das Benchmarking zeitlich früher umsetzbar ist, weil die SwissDRG AG den Planungsgrouper erst ab Ende Juni veröffentlicht. Wir schlagen vor, in Kombination mit Absatz 5 neu einen Absatz 6 vorzusehen, welcher die Thematik des Katalogeffekts aufnimmt.</p>
		<p>II</p>	

Änderung KVV – Weiterentwicklung der Planungskriterien sowie Ergänzung der Grundsätze zur Tarifiermittlung

		<p><u>Übergangsbestimmungen der Änderung vom ...</u></p> <p><u>¹ Bis zum Datenerhebungsjahr 2021 darf die Datenbereitstellung auf den aktuell verwendeten Formularen erfolgen. Die Vereinbarung über Inhalt und Format der Bereitstellung der Kosten- und Leistungsdaten nach Artikel 9 Absatz 5 muss bis 1. Februar 2022 vorliegen.</u></p> <p><u>² Die Prüfkriterien und Transparenzbeurteilungsraster nach Artikel 9 Absatz 5^{bis} müssen bis 31. Dezember 2022 vorliegen.</u></p>	<p>Die Übergangsbestimmungen sollen einen geordneten Übergang in die neu vorgeschlagenen VKL-Bestimmungen gewährleisten und sicherstellen, dass die neu beabsichtigten Bestimmungen ihre Wirkung entfalten können.</p>
	<p>2. Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung</p>		
<p>Art. 15 Abs. 2</p> <p>² Begibt sich der Versicherte in eine andere als die allgemeine Abteilung oder in ein anderes Spital, so übernimmt die Versicherung die Kosten, die ihr bei der Behandlung in der allgemeinen Abteilung dieses oder des nächstgelegenen entsprechenden Spitals nach Absatz 1 erwachsen wären. Das Spital hat nur Anspruch auf die Erstattung dieser Kosten.</p>	<p>Art. 15 Abs. 2 und 2bis</p> <p>² Begibt sich der Versicherte in eine andere als die allgemeine Abteilung oder <u>aus medizinischen Gründen</u> in ein anderes Spital, so übernimmt die Versicherung die Kosten, die ihr bei der Behandlung in der allgemeinen Abteilung dieses oder des nächstgelegenen entsprechenden Spitals nach Absatz 1 erwachsen wären. Das Spital hat nur Anspruch auf die Erstattung dieser Kosten.</p> <p><u>^{2bis} Medizinische Gründe nach Absatz 2 liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderliche Leistung in keinem Vertragsspital nach Absatz 1 angeboten wird.</u></p>		<p>Keine Bemerkungen.</p>

Änderung KVV – Weiterentwicklung der Planungskriterien sowie Ergänzung der Grundsätze zur Tarifiermittlung

Vielen Dank für die Berücksichtigung unserer Anmerkungen. Für allfällige Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

santésuisse
Direktion



Verena Nold
Direktorin santésuisse

Abteilung Grundlagen



Dr. Christoph Kilchenmann
Leiter Abteilung Grundlagen