



Zentralsekretariat

47.2

12.7.2012 / SL

Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung

Verabschiedet durch den Vorstand der GDK am 5. Juli 2012

1 Kontext

Im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung müssen die bisherigen Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit von stationären Spitalleistungen angepasst werden. Die Kantone berücksichtigen das Kriterium der Wirtschaftlichkeit sowohl bei der Spitalplanung (Art. 49 Abs. 7 KVG) wie auch bei der Genehmigung (Art. 46 Abs. 4 KVG) resp. Festsetzung (Art. 47 KVG) der Tarife für die stationären Behandlungen.

Die nachfolgenden Empfehlungen thematisieren Grundsätze der Wirtschaftlichkeitsprüfung im neuen System der Spitalfinanzierung, besonders zu beachtende Aspekte bei der Analyse der Kostendaten der Spitäler sowie den Prozess der Tarifbeurteilung resp. Tariffindung.

Der Vorstand der GDK hat am 24. November 2011 eine erste Fassung der Empfehlungen verabschiedet.

Auf der Basis der ersten Erfahrungen der Kantone im Tariffindungsprozess 2012 und zahlreichen Gesprächen mit Know-how-Trägern betreffend Wirtschaftlichkeitsvergleichen wurden die vorliegenden Empfehlungen überarbeitet und angepasst.

2 Grundsätze zur Wirtschaftlichkeitsprüfung im Rahmen der Tariffindung

Die nachfolgenden Empfehlungen basieren auf folgenden Grundsätzen:

- Die Wirtschaftlichkeitsprüfung hat zum Ziel, das richtige Verhältnis zwischen Leistungen und deren Preise (Tarife) zu definieren. Eine Wirtschaftlichkeitsprüfung ist daher mehr als ein isolierter Tarifvergleich und die Ausrichtung am günstigsten Tarif. Beim Vergleich (Benchmark) von Tarifen/Basispreisen ist diesem Grundsatz Rechnung zu tragen.
- Mit der neuen Spitalfinanzierung gilt neu ein kostenorientiertes „Preis“system anstelle der heutigen spitalspezifischen Kostenabgeltung. Für vergleichbare Leistungen sind vergleichbare „Preise“ sachgerecht. Ausnahmen (z.B. Kinderspitäler) sind möglich, sind jedoch explizit zu begründen.
- Bei der Beurteilung der Tarife ist der Bezug zu den Kostenausweisen der betreffenden Spitäler notwendig.
- In dem verstärkt wettbewerblich ausgerichteten System der Spitalfinanzierung und der Festlegung von Tarifen auf der Basis von Betriebsvergleichen ist es nicht angezeigt, leistungsbezogene Aspekte (z.B. Unterauslastung resp. Überkapazitäten) im Einzelfall zu berücksichtigen. Letztere werden indirekt durch das Benchmarkingverfahren berücksichtigt.
- Die Festlegung unterschiedlicher Kostendeckungsgrade durch die Krankenversicherungsbeiträge aufgrund der Transparenz der Kostenausweise fällt weg, da der Kostenteiler per



Gesetz festgelegt ist. Die Schaffung von Anreizen für Spitäler, die Kostendaten in der notwendigen Qualität und Differenziertheit zu erheben und transparent und vollständig auszuweisen, ist für die Wirtschaftlichkeitsprüfung sowie die sachgerechte Entwicklung der nationalen Tarifstruktur notwendig und legitim. Ein allfälliger Intransparenzabzug aufgrund ungenügender Datenqualität ist jedoch in jedem Fall nach und nicht vor einem Benchmarking vorzunehmen. Damit werden die Daten der Spitäler, welche diese vollständig und transparent liefern, höher gewichtet und die Intransparenz einzelner Spitäler geht nicht zu Lasten der übrigen Spitäler.

- Die erforderlichen Kostendaten basieren auf einer Kostenrechnung nach REKOLE (idealerweise verfügt das betreffende Spital über eine REKOLE-Zertifizierung) oder, soweit REKOLE nicht flächendeckend eingeführt worden ist, auf anderen branchenüblichen Standards. Damit wird die Nachvollziehbarkeit der geltend gemachten, anrechenbaren Kosten für die stationäre Versorgung KVG sichergestellt.
- Die Abgeltung der Spitäler erfolgt auf der Grundlage der verhandelten oder festgesetzten Tarife, unabhängig des Betriebsergebnisses. Spielt die Kostensicht bei der Festlegung des Tarifs eine wichtige Rolle, ist sie für die Abgeltung nicht mehr relevant. Gewinne und Verluste verbleiben bei den Leistungserbringern (eventuell zu Gunsten oder zu Lasten eines Kompensationsfonds) und beeinflussen die Tariffindung für die Folgejahre nicht.

3 Empfehlungen zur Ermittlung der baseraterlevanten Betriebskosten

Zur Ermittlung der baseraterlevanten Kosten für die stationären KVG-Leistungen sind folgende Punkte und Vorgehensschritte zu berücksichtigen.

- a) Ausgangspunkt bilden die Kosten gemäss Betriebsbuchhaltung (Vollkostenrechnung) für die stationären KVG-Leistungen nach erfolgter interner Leistungsverrechnung (Umlagen).
- b) Bezüglich Umlagen gelten die Vorgaben gemäss REKOLE. Die Umlageschlüssel müssen von den Institutionen auf Verlangen hin ausgewiesen werden können.
- c) Die erfolgten sachlichen Abgrenzungen gegenüber der Finanzbuchhaltung müssen ausgewiesen und nachvollziehbar sein. Betroffen sind insbesondere Sachaufwand (Kontengruppen 41-49) inkl. Anlagenutzungskosten (Kontengruppe 44) und Zinsaufwand (Kontengruppe 46).
- d) Vom Total der Kosten gemäss Betriebsbuchhaltung für die stationären KVG-Leistungen sind die Kosten für die Überlieger aus dem Vorjahr hinzuzufügen und die Kosten der Überlieger ins Folgejahr abzuziehen.
- e) Schliesslich sind alle zur Bestimmung der Baserate für stationäre KVG-Leistungen nicht anrechenbaren Kosten abzuziehen. Dazu gehören neben den nicht KVG-pflichtigen Leistungen auch die Kosten für Leistungen, die bisher in der Tarifstruktur nach SwissDRG nicht abgebildet werden (unbewertete DRG) oder für welche Spezialabgeltungen erfolgen.



Herleitung der baseraterlevanten Betriebskosten (ausgehend von Bruttoprinzip)

Kosten stationäre KVG-Leistungen FIBU

+/- sachliche Abgrenzungen

= Direkte Kosten stationäre KVG-Leistungen BEBU

+ Interne Leistungsverrechnung (Umlagen)

= Total Kosten stationäre Leistungen BEBU (inkl. Überlieger)

+/- Korrektur Überlieger

= Total Kosten stationäre Leistungen BEBU Tarifjahr = Summe der Betriebskosten der im Basisjahr ausgetretenen Fälle

- Nicht baseraterrelevante Kosten

= Total baseraterrelevante Betriebskosten (Austritte im Basisjahr)

Das integrierte Tarifmodell Kostenträgerrechnung ITAR-K ist nach diesem schrittweisen Vorgehen aufgebaut. Das gleiche Vorgehen kann aber auch mit Hilfe eines anderen Modells (z.B. Modell GDK-Ost) erfolgen. Die kritisch zu prüfenden Kostenpositionen sind in allen Modellen identisch.

Bei den nachfolgenden Empfehlungen bildet das Modell ITAR-K die Referenz, d.h., Beurteilungen von einzelnen fallkostenrelevanten Positionen erfolgen in Bezug auf deren Handhabung im Modell ITAR-K. Das Modell ITAR-K hat gegenüber anderen Modellen den Vorteil, dass es umfassend und detailliert dokumentiert ist, von Leistungserbringern und Versicherern bereits breit akzeptiert ist und eine hohe Transparenz und Nachvollziehbarkeit erlaubt.

ITAR-K hat den Anspruch, die Tarifierleitung in allen Leistungsbereichen eines Spitals abzubilden und die jeweiligen Tarife auch miteinander in Bezug bringen zu können. Bei den nachfolgenden Ausführungen erfolgt eine Konzentration auf die beiden in ITAR-K für die Abgeltung der stationären Leistungen relevanten Kostenträger „reine stat. KVG Fälle“ und „stat. Tarif KVG ZV“ (nachfolgend werden beide Kostenträger zusammen als Kostenträger „stationäre Leistungen KVG“ bezeichnet). Die Tarife der übrigen Bereiche von ITAR-K (ambulante Versorgung, Tageskliniken Psychiatrie, Langzeit) wurden im vorliegenden Zusammenhang nicht analysiert und werden nachfolgend nicht weiter kommentiert.

Empfehlung 1

Die Kantone verlangen von den Spitälern den Kostenausweis, der die baseraterlevanten Betriebskosten (und die Ergebnisse pro Ermittlungsschritt gemäss oben) separat für den Kostenträger „stationäre KVG-Leistungen“ ausweist. Dies ist beim Instrument ITAR-K der Fall.

3.1 Erläuterungen zu einzelnen Positionen (Referenz ITAR-K)

3.1.1 Sachliche Abgrenzung FIBU-BEBU

a) Kalkulation der Zinsen auf betriebsnotwendigem Vermögen (ITAR-K Zeile 13)

Im Rahmen der sachlichen Abgrenzung FIBU-BEBU sind die kalkulatorischen Zinsen auf dem betriebsnotwendigen Vermögen zu ermitteln und aufzurechnen. Dies erhöht die auf die Kostenträger verteilten Kosten. ITAR-K bezieht sich bei der Ermittlung der kalkulatorischen Zinsen auf dem Umlaufvermögen¹ auf den durchschnittlichen Zinssatz des dem Referenzjahr voran-

¹ Der Zinssatz zur Ermittlung der kalkulatorischen Verzinsung des Anlagevermögens ist in Art. 10a Abs. 4 VKL festgelegt (3.7%). Es bleibt zu diskutieren, inwieweit diese Regelung im Zuge der neuen Spitalfinanzierung noch Sinn macht.



gehenden Jahres für variable Hypotheken der Kantonalbanken bei einer Zahlungsfrist von 40 Tagen. Der Preisüberwacher zieht zur Ermittlung der kalkulatorischen Zinsen die Durchschnittsrendite von Obligationen der Eidgenossenschaft (Basis: Benchmarkrelevante Betriebskosten; Laufzeit: 10 Jahre; Zahlungsfrist 40 Tage; z.B. für Referenzjahr 2010 = 2.22% (2009)*40/365 = 0.24%) heran.

Zur Ermittlung der kalkulatorischen Zinsen auf dem Umlaufvermögen erscheint die Orientierung an einem Zinssatz für Anlagen mit geringem Risiko angemessen. Die Vorgehensweise des Preisüberwachers wird dieser Orientierung gerecht.

Empfehlung 2

Zur Ermittlung der kalkulatorischen Zinsen auf dem Umlaufvermögen ist die bisherige Methode des Preisüberwachers angemessen.

b) Anlagenutzungskosten (Kontengruppe 44)

In die Betriebsrechnung fliessen die kalkulatorischen Anlagenutzungskosten ein. Gegenüber der FIBU hat eine entsprechende Abgrenzung zu erfolgen. Der gleiche Betrag, der als Anlagenutzungskosten in die BEBU einfliesst (ITAR-K Zeile 12) und damit in den Kosten der „stationären KVG-Leistungen“ enthalten ist, wird in einem zweiten Schritt (ITAR-K Zeile 24) wieder abgezogen. Dies ist angezeigt, damit der Problematik der bisherigen unterschiedlichen buchhalterischen Praxen bezüglich Bewertung und Abschreibung von Anlagen Rechnung getragen werden kann und beim Vergleich der Baserates keine Verzerrungen entstehen. Bis zur Integration der Anlagenutzungskosten in die Kostengewichte der Tarifstruktur Swiss DRG werden die Anlagenutzungskosten durch normativ festgelegte Zuschläge abzugelten sein. Der entsprechende Zuschlag wurde für das Jahr 2012 für die Akutsomatik vom Bundesrat auf 10% festgelegt. Die Regelung für die Jahre 2013 / 2014 ist noch offen, wobei die GDK weiterhin ihr Interesse an einer normativen Festlegung der Anlagenutzungskosten für die Jahre 2013/2014 betonen wird. Hierbei ist sicherzustellen, dass bereits durch die öffentliche Hand mitfinanzierten Investitionen nicht doppelt abgegolten werden. Der normative Zuschlag (ITAR-K Zeile 53) erfolgt auf dem CMI-bereinigten Basispreis exkl. Anlagenutzungskosten.

3.1.2 Abzug der nicht baseraterlevanten Kosten

a) Universitäre Lehre und Forschung

Die universitäre Lehre und Forschung umfasst die Grundlagenforschung, die klinische Forschung und die Kosten für die Erteilung der strukturierten ärztlichen Weiterbildung von Assistenzärzten bis zu deren Erwerb des Weiterbildungstitels. Die Kosten sind in den baseraterlevanten Tarifen nicht anrechenbar und daher, soweit in den Kostenträgern „stationäre Leistungen KVG“ berücksichtigt, in Abzug zu bringen.

ITAR-K sieht für die universitäre Lehre und Forschung einen eigenen Kostenträger vor (Spalte P). Scheidet dieser ausschliesslich und abschliessend Kosten der universitären Lehre und Forschung gemäss VKL aus, erfolgt kein weiterer Abzug auf dem Kostenträger „stationäre Leistungen KVG“. Wird der Kostenträger Lehre und Forschung nicht geführt, erfolgt ein entsprechender normativer Abzug. Die bisher vom Preisüberwacher angewendeten, normativen Abzugssätze von 25% (Basis Bruttoaufwand) bei Universitätsspitalern resp. 1-5% (Basis Personalkosten) bei den übrigen Spitalern sind in jedem Fall zu hoch, u.a. da die Kosten für die nicht-universitäre Lehre neu im Rahmen des KVG anrechenbar sind.

Die in den Schweizer Universitätsspitalern erhobenen Leistungen und Kosten für universitäre Lehre und Forschung 2010 betragen zwischen 8 und 12% der Nettobetriebskosten (ambulant und stationär). Zu beachten: der bisherige Abzug der Preisüberwachung ging noch fälschli-



cherweise davon aus, dass Lehre und Forschung ausschliesslich im stationären Bereich stattfindet.

Eine Arbeitsgruppe der Plattform ärztliche Weiterbildung erarbeitet zur Zeit eine Empfehlung betreffend Entschädigung der Erteilung der strukturierten ärztlichen Weiterbildung von Assistenzärzten bis zu deren Erwerb des Weiterbildungstitels.

Empfehlung 3

Sind die Kosten für universitäre Lehre und Forschung in einem separaten Kostenträger für Lehre und Forschung aufgeführt, lässt sich der Kanton bestätigen, dass darin alle Bereiche der universitären Lehre und Forschung enthalten sind. Ein Abzug auf den Kostenträgern „Stationäre Leistungen KVG“ erübrigt sind.

Enthält der Kostenträger Lehre und Forschung nur einen Teil der Kosten für universitäre Lehre und Forschung, ist der Restbetrag anteilmässig auf den Kostenträgern „stationäre Leistungen“ in Abzug zu bringen (Basis der anteilmässigen Verteilung: Nettobetriebskosten I aller Kostenträger ohne Nebenbetriebe).

Sind die bestehenden Kosten für universitäre Lehre und Forschung nicht in einem separaten Kostenträger Lehre und Forschung ausgewiesen, erfolgt ein normativer Abzug. Der Abzug entspricht bei Nicht-Universitätsspitalern mindestens der Höhe der separaten kantonalen Abgeltung für die ärztliche Weiterbildung. Bei Universitätsspitalern beträgt der Abzug maximal 12% aller Nettobetriebskosten (inkl. ambulant; Basis der anteilmässigen Verteilung: Nettobetriebskosten I aller Kostenträger ohne Nebenbetriebe).

b) Abzug Mehrkosten zusatzversicherte Patienten

ITAR-K führt für die stationären Leistungen für zusatzversicherte Personen einen eigenen Kostenträger („stat. Tarif KVG ZV“). Die Kosten für die nicht KVG-pflichtigen Leistungen bei zusatzversicherten Patienten werden auf diesem Kostenträger in Abzug gebracht (Zeile 23, Arzthonorare und Zeile 31, Abzug für Hotellerie-Mehrkosten). Nach Abzug dieser Kostenelemente enthält der Kostenträger für stationäre Leistungen bei zusatzversicherten Personen die Kosten für die gleichen Leistungen wie bei grundversicherten Patienten (Kostenträger „reine stat. KVG Fälle“). ITAR-K ermittelt den relevanten Basiswert für die stationären Leistungen, indem die Basiswerte der beiden relevanten Kostenträger („reine stat. KVG Fälle“ und „stat. Tarif KVG ZV“) zusammengezählt und durch das Total der Fallgewichte beider Patientengruppen geteilt werden.

Die Höhe des Abzugs für Hotellerie-Mehrkosten für zusatzversicherte Patienten ist normativ festzulegen. Die bisherigen Abschlagssätze im Modell des Preisüberwachers (1% der Betriebskosten [netto 2] bei einem Anteil Pflagegetage ZV $20\% < x < 10\%$ resp. 2% bei einem Anteil Pflagegetage ZV $> 20\%$) werden den heutigen Bedingungen in den Spitälern nicht mehr gerecht, da diese ab einem Anteil ZV von 20% immer gleich hoch bleiben. Bei einer Vielzahl von Spitälern liegt der Zusatzversichertenanteil über 20% und auch Spitäler mit einem sehr hohen Zusatzversichertenanteil werden teilweise im Rahmen des KVG mitfinanziert.

ITAR-K Version 1.0 ging von einem Abschlagssatz von 0.3% der Nettobetriebskosten II aus. Dieser Abschlagssatz ist zu tief.

Modellrechnungen der GDK-Ost resp. des Vereins Spitalbenchmark ermitteln die durchschnittlichen Fallkostenunterschiede zwischen grundversicherten und zusatzversicherten Patientinnen in den einzelnen Spitälern. Die zusätzlichen, abzuziehenden Kosten betragen gemäss diesen Modellen zwischen 7% – 9.7% (Basis: arithmetisches Mittel der Fallkosten von grund-



versicherten und zusatzversicherten PatientInnen) resp. 5.7%-9.8%² (Vergleiche des jeweiligen Medians).³

c) Arzthonorare für zusatzversicherte Personen

Abzuziehen sind die Arzthonorare, die an Beleg-, Konsiliar- und Spitalärzte für die Betreuung von Patientinnen und Patienten aufgrund ihrer Halbprivat- oder Privatversicherung ausgerichtet werden. Im Modell ITAR-K werden diese Mehrkosten – unter einer normativen Annahme des Anteils der Honorarkosten, welche der Grundversicherung zuzuordnen sind – ausgewiesen. Die Bestimmung von normativen Ansätzen zur Ermittlung der abzuziehenden Arzthonorare ist nicht möglich, da die abzugsberechtigten Kosten von der Entschädigungspraxis der Spitäler abhängig sind. Die Höhe des vorgenommenen Abzugs ist vom Spital zu begründen.

Zur Plausibilisierung: Die Kosten für die Ärzteschaft ohne Arzthonorare für zusatzversicherte Personen müssen für die Kostenträger „reine stat. KVG Fälle“ und „stat. Tarif KVG ZV“ proportional zu den Fällen in etwa gleich hoch sein.

Empfehlung 4

Die Vorgehensweise im Modell ITAR-K bezüglich des Zusammenzugs der Kostenträger „reine stat. KVG Fälle“ und „stat. Tarif KVG ZV“ ist nachvollziehbar.

Betreffend Ermittlung der Höhe der abzuziehenden Kosten pro Halbprivatpatientin resp. Privatpatientin sind die von der GDK-Ost resp. dem Verein Spitalbenchmark ermittelten Werte heranzuziehen. Ein Vergleich der Mediane der jeweiligen Fallkosten für die grund- und die zusatzversicherten Patienten erscheint sinnvoll.

d) Finanzerträge aus Kontengruppen 66

ITAR-K rechnet die Erträge aus den Kontengruppen 66 (Finanzerträge) anteilmässig (gemäss Totalkosten Zeile 22) bei den einzelnen Kostenträgern hinzu, sofern diese in der Kostenstellenrechnung kostenmindernd verbucht worden sind. Dieses Vorgehen ist legitim, da sich Finanzerträge gemäss VKL nicht kostenmindernd auswirken.

Empfehlung 5

Das Vorgehen gemäss ITAR-K bei Erträgen aus den Kontengruppen 66 ist nachvollziehbar.

e) Erträge aus Kontengruppen 65 und 68

Erträge aus den Kontengruppen 65 (übrige Dienstleistungen an Patienten) und 68 (Dienstleistungen an Personal und Dritte) sollten nur in Ausnahmefällen auf den Kostenträgern „stationä-

² Die 9.8% entsprechen den von der GDK-Ost ermittelten Mehrkosten bei Halbprivat- Patienten von CHF 800.-- pro Austritt und Mehrkosten bei Privatpatienten von CHF 1000.-- pro Austritt.

³ Gemäss bisheriger Methode des Preisüberwachers ergäbe sich bei derselben Datengrundlage ein normativer Abzug von 8.7% (Vergleich Mediane)



re Leistungen KVG“ erscheinen. In diesem Fall wirken die Erträge kostenmindernd, allenfalls jedoch nicht die mit diesen Leistungen erzielte Marge.

Erfolgen die Erträge in den Nebenbetrieben und werden sie in den entsprechenden Kostenträgern ausgewiesen, ist kein Abzug erforderlich.

Empfehlung 6

Das Vorgehen gemäss ITAR-K bei Erträgen aus den Kontengruppen 65 und 68 ist nachvollziehbar. Als Marge sind allenfalls höchstens 50% anzuerkennen.

f) Kosten für die nicht-universitäre Ausbildung

Die Kosten für die nicht-universitäre Ausbildung sind grundsätzlich KVG-pflichtig und daher in die Baserate einzurechnen. Werden Spitäler mit sehr unterschiedlicher Ausbildungsleistung in den Tarifvergleich einbezogen, ist ein Abzug dieser Kosten angezeigt.⁴

Werden die in den Vergleich einbezogenen Spitäler zu Ausbildungsleistungen verpflichtet, proportional zur Grösse des Betriebs nicht-universitäre Ausbildungsleistungen zu erbringen, erübrigt sich ein Abzug der Kosten.

Empfehlung 7

Werden Spitäler mit sehr unterschiedlicher Ausbildungsleistung in den Tarifvergleich einbezogen, erfolgt ein Abzug der Kosten für die nicht-universitäre Ausbildung zur Herstellung einer vergleichbaren Ausgangslage.

Die Höhe des Abzugs entspricht den von H+ empfohlenen (und in ITAR-K hinterlegten) Normansätzen für die nicht-universitäre Ausbildung.

Bestehen für die in den Tarifvergleich einbezogenen Spitäler Ausbildungsverpflichtungen, erfolgt kein Abzug.

g) Gemeinwirtschaftliche Leistungen

Idealerweise führt der Leistungserbringer die Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen als eigener Kostenträger in der Kostenträgerrechnung. Sind diese in ihrer Höhe plausibel, erübrigt sich damit ein Abzug dieser Kosten in den Kostenträgern „stationären KVG-Leistungen“. Wird jedoch kein eigener Kostenträger geführt oder sind die entsprechend ausgewiesenen Kosten zu gering, sind die Kostenträger „stationären KVG-Leistungen“ von allfälligen enthaltenen Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen zu entlasten (ITAR-K Zeile 29).

Empfehlung 8

Die Kantone fordern die Leistungserbringer auf, die Kosten für die gemeinwirtschaftlichen Leistungen separat auszuweisen und zu begründen.

Eine generelle, gar abschliessende Liste von gemeinwirtschaftlichen Leistungen wird es nicht geben. Die Kantone entscheiden über eine Mitfinanzierung der von ihnen anerkannten gemeinwirtschaftlichen Leistungen.

Die Entschädigung des Kantons für gemeinwirtschaftliche Leistungen entspricht höchstens den in einem eigenen Kostenträger ausgewiesenen oder bei den Kostenträgern „stationäre KVG-Leistungen“ in Abzug gebrachten Kosten.

⁴ Voraussetzung: Kosten sind in der Höhe nicht vernachlässigbar und die Ermittlung der Kosten erfolgt einheitlich.



4 Empfehlungen zum Einbezug von Vergleichsspitalern

Mit der Abgeltung der Spitalleistungen nach Fallschwere lassen sich theoretisch die Fallkosten aller Spitäler – unabhängig von deren Leistungsspektrum und Grösse – miteinander vergleichen. Es ist jedoch unbestritten, dass es zumindest in den ersten Jahren der Einführung nicht möglich sein wird, die Tarifstruktur entsprechend differenziert auszugestalten. Aufgrund bisheriger Analysen und Erfahrungen ist davon auszugehen, dass systematische Differenzen der Kostensituation mindestens zwischen den Universitätsspitalern sowie den übrigen Spitalern bestehen, die mit der bestehenden Tarifstruktur noch nicht ausreichend abgebildet werden können.

Für Spitäler ohne Notfallstation ist vorzugsweise eine separate Benchmarking-Kategorie einzuführen. Bei ungenügender Datenlage ist alternativ ein Abschlag auf dem Benchmarking-Preis von 3-4% sachgerecht.

Sofern die Daten einer genügend grossen, repräsentativen Anzahl Vergleichsspitalern für den Wirtschaftlichkeitsvergleich zu Verfügung stehen, sind Spitäler mit Mängeln in der Datenqualität für die Berechnung des Benchmarks auszunehmen.

Empfehlung 9

Für vergleichbare Leistungen sind vergleichbare Preise sachgerecht. Ausnahmen (z.B. Universitäre Spitäler, Spitäler ohne Notfallstation) sind möglich, jedoch explizit zu begründen.

5 Empfehlungen betreffend Benchmarking

Die Festlegung der Höhe des Benchmarks bestimmt sich nach dem Prinzip der Wirtschaftlichkeit, wobei deren Operationalisierung nicht abschliessend und durch klar definierte Kriterien erfolgen kann. Unter dem Begriff der Wirtschaftlichkeit lassen sich verschiedene Tarifpolitiken und damit verbundene Benchmarkmethoden subsumieren. Je nach Stossrichtung liegt der Benchmark

- beim tiefsten Tarif, der für eine umschriebene Leistung auf dem Markt angeboten wird
- bei einem Tarif mit dem vermuteten, besten Preis-Leistungsverhältnis
- bei einem Tarif, welcher ein bestehendes Leistungs- und Versorgungsniveau, das als zweckmässig und bedarfsgerecht erachtet wird, sichert
- bei einem Tarif, der infolge der Unsicherheiten in der Tarifstruktur den Leistungserbringer vor besonders einschneidenden, kurzfristigen Veränderungen der Einnahmesituation schützt
- bei einem Tarif, der bei einer stark angebotsinduzierten Nachfrage und den entsprechenden Anreizen für die Leistungserbringer zur Erweiterung des Angebotes einen gewissen Gegendruck auf Seite der Abgeltung erzielt und aufrechterhält.

Im Übergang zur neuen Spitalfinanzierung ist ein Gleichgewicht zwischen Rücksicht auf die gewachsenen Strukturen, den möglichen Strukturveränderungen und deren Zeitbedarf sowie dem Setzen von Anreizen für eine effizientere Leistungserbringung zu finden. Dies muss unter Berücksichtigung und Abwägung der unterschiedlichen Ausgangslagen in den einzelnen Kantonen und den beteiligten Spitalern erfolgen.



Empfehlung 10

Der Benchmark berücksichtigt die bestehenden, zahlreichen Unsicherheiten beim Systemwechsel der Spitalfinanzierung und ist so zu setzen, dass die Versorgungssicherheit nicht gefährdet wird.

Mit dem Setzen eines Benchmarks sollen die wettbewerblichen Elemente des Systems, deren Verstärkung ein Ziel der neuen Spitalfinanzierung ist, gefördert werden.

Je nach Gewichtung der verschiedenen Faktoren dürfte im Übergang zur neuen Spitalfinanzierung die Festsetzung eines Benchmarks zwischen dem 40. und dem 50. Perzentil des in den Vergleich einbezogenen Tarifbandes den verschiedenen Interessen am ehesten gerecht zu werden.

Der aufgrund eines Benchmarks festgelegte Tarif kommt bei allen in den Vergleich einbezogenen Spitälern zur Anwendung. Dies ist in der Logik eines leistungsorientierten, pauschalisierten Abgeltungssystems und der Schaffung von verstärkten wettbewerblichen Bedingungen mit den entsprechenden Anreizen zur effizienten Leistungserbringung zwingend. Voraussetzung ist die vollständige Vergleichbarkeit der im Benchmark berücksichtigten Spitälern, die auf einer genauen kostenwiederspiegelnden Tarifstruktur beruht. Die Regelung nach Art. 59c KVV ist mit dem neuen System der Spitalfinanzierung nicht kompatibel und muss angepasst werden⁵.

6 Intransparenzabzüge

Die Schaffung von Anreizen für Spitälern, die Kostendaten in der notwendigen Qualität und Differenziertheit zu erheben und transparent und vollständig auszuweisen, ist notwendig und legitim. Ein allfälliger Intransparenzabzug aufgrund ungenügender Datenqualität ist jedoch in jedem Fall nach und nicht vor einem Benchmarking vorzunehmen. Damit werden die Daten der Spitälern, welche diese vollständig und transparent liefern, höher gewichtet und die Intransparenz einzelner Spitälern geht nicht Lasten der übrigen Spitälern.

Hierbei soll ebenso die Liste der SwissDRG AG jener Spitälern berücksichtigt werden, die die Daten nicht in der notwendigen Qualität und Transparenz zur Entwicklung der nationalen Tarifstruktur eingereicht haben.

Empfehlung 11

Für ungenügende Datenqualität oder fehlende Datentransparenz soll ein spitalindividueller Intransparenzabzug nach Benchmarking erfolgen.

⁵ In dieser Sache wurde ein parlamentarischer Vorstoss (Humbel, 12.3245) eingereicht. Dieser fordert die Streichung von Art. 59c Abs. 1 Bst. a KVV. Der Vorstoss wurde bisher noch nicht im Parlament beraten. Der Bundesrat beantragt mit Antwort vom 23.5.2012 die Ablehnung der Motion. Als systembedingte Argumente für eine Streichung oder Anpassung von Art. 59c Abs. 1 Bst. a KVV können genannt werden:

- Es muss für die Leistungserbringer ein Anreiz geschaffen werden, durch die Verringerung der Kosten einen Gewinn erzielen zu können. Ist dies nicht möglich, besteht kein Anreiz zu einer möglichst kostengünstigen Leistungserbringung.
- Die Wirtschaftlichkeitsprüfung geht über die Prüfung der kurzfristig günstigsten Kosten im Einzelfall hinaus und zieht auch die längerfristige Betrachtung des Gesamtsystems (und der Anreize zu einer längerfristig möglichst kostengünstigen Leistungserbringung) in die Überlegungen ein.



7 Vom Benchmark zur Baserate des einzelnen Spitals

Da ein Benchmark auf den Fallkosten des Basisjahrs basiert, sind für die Ermittlung der Baserate des Vertragsjahres verschiedene Zu- oder Abschläge aufzurechnen, so beispielsweise die Teuerung, allfällige Zuschläge für die nicht-universitäre Ausbildung (siehe Empfehlung 7), Auswirkungen der Fallzusammenführung (2012), Auswirkungen neuer gesetzlicher Anforderungen, der Normzuschlag für die Anlagennutzungskosten, der CMO-Fallzuschlag.

Zudem ist bei der Bestimmung der Baserate des einzelnen Spitals – in Verwirklichung des im KVG postulierten Grundsatzes des Primats der Vertragsautonomie – die Berücksichtigung der vertraglichen Vereinbarungen der Tarifpartner geboten. Das Vorliegen von Verhandlungsergebnissen beschleunigt den Tariffindungsprozess wesentlich, was zu mehr Planungssicherheit und einer Verminderung von aufwändigen Rückabwicklungsverfahren und den damit verbundenen Kosten für alle Beteiligten führt. Dies rechtfertigt deren Berücksichtigung im Tariffindungsprozess. Der Vorteil vertraglich vereinbarter Tarife liegt u.a. in ihrer höheren Akzeptanz, was die Zusammenarbeit sowie die Abläufe zwischen den Vertragsparteien erleichtert. Die Abweichung zwischen dem verhandelten und dem kostenbasierten Tarif (Benchmark) muss gegen oben und gegen unten begrenzt werden und soll einen tiefen einstelligen Prozentwert nicht überschreiten. Liegt ein verhandelter Tarif erheblich über dem kostenbasierten Tarif, so ist die Wirtschaftlichkeit des Tarifs nicht mehr gegeben und/oder es besteht die Gefahr von Querfinanzierungen zu Lasten der OKP. Liegt der verhandelte Tarif erheblich unter dem kostenbasiert ermittelten Tarif, besteht die Gefahr, dass die Leistungen nicht in der erforderlichen Qualität erbracht werden können oder auch die Gefahr, dass der verhandelte (zu tiefe) Tarif Teil eines übergeordneten Verhandlungsergebnisses der Tarifpartner ist, welches sich nicht nur auf die OKP-Tarif bezieht.