



Zentralsekretariat

47.2

1.3.2018 / SL / KB / HU

## Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung: Ermittlung der effizienten Spitäler nach Art. 49 Abs. 1 KVG

Verabschiedet durch den Vorstand der GDK am 1. März 2018

1	Ausgangslage	1
2	Die vier Schritte der Wirtschaftlichkeitsprüfung	2
2.1	Herstellung einer für Betriebsvergleiche ausreichenden Datenbasis	2
2.2	Herleitung der benchmark-relevanten Betriebskosten pro Spital	3
	2.2.1 Ausgangslage	3
	2.2.2 Sachliche Abgrenzung FIBU-BEBU	4
	2.2.3 Abzug der nicht benchmarkrelevanten Kosten	6
2.3	Bildung von Vergleichsmengen zum Vergleich der benchmarkrelevanten Betriebskosten	13
2.4	Bestimmung des relevanten Benchmarks	14
	2.4.1 Grundsätze	14
	2.4.2 Besondere Problemstellungen im Benchmarkingverfahren	15

### 1 Ausgangslage

Die nachfolgenden Empfehlungen dienen den Kantonen als Grundlage bei der Genehmigung von Tarifverträgen zwischen Spitälern und Versicherern gemäss Art. 46 Abs. 4 KVG resp. der Festsetzung von Tarifen der Spitäler bei Fehlen eines Tarifvertrags (Art. 47 KVG). Die Spitaltarife orientieren sich gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG an der Entschädigung jener Spitäler, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Mit der neuen Spitalfinanzierung gilt damit ein kostenbasiertes «Preis»-system anstelle der früheren spitalspezifischen Kostenabgeltung.

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung hat zum Ziel, das richtige Verhältnis zwischen Leistungen und deren Preisen (Tarifen) zu definieren. Bei der Beurteilung der Tarife ist daher der Bezug zu den Kostenausweisen der betreffenden resp. vergleichbarer Spitäler notwendig.

Die vorliegenden Empfehlungen beziehen sich auf die Ermittlung des **kostenbasierten Tarifs der effizienten Spitäler nach Art. 49 Abs. 1 KVG**. Dieser liegt der Beurteilung eines von den Tarifpartnern zur Genehmigung oder Festsetzung beantragten Tarifs eines Spitals zu Grunde.



Bei der Ermittlung des kostenbasierten Tarifs entscheiden die Kantone über die Tiefe der Prüfung der einzelnen Kostenkomponenten. Die Art des Antrags (Genehmigung oder Festsetzung eines Tarifs) sowie die im konkreten Fall begleitend vorliegenden Informationen können die Tiefe der Prüfung beeinflussen.

Eine Abweichung zwischen dem kostenbasierten Tarif der effizienten Spitäler nach Art. 49 Abs. 1 KVG und einem beantragten Tarif eines Spitals ist nicht grundsätzlich ausgeschlossen, muss jedoch sachgerecht begründet werden können. Liegt ein verhandelter Tarif erheblich über dem kostenbasierten Tarif, so orientiert sich der Tarif nicht mehr an den effizienten Spitalern und/oder es besteht die Gefahr von Querfinanzierungen zu Lasten der OKP.

Für vergleichbare Leistungen sind vergleichbare Tarife sachgerecht. Tarifunterschiede zwischen vergleichbaren Spitalern und Versicherern sind nur in begründeten Fällen zulässig. In begründeten Fällen kann es zu einer Differenz zwischen einem genehmigten und dem potentiell in diesem Fall festzusetzenden Tarif kommen. So beschleunigt z.B. das Vorliegen von Verhandlungsergebnissen den Tariffindungsprozess wesentlich, was zu mehr Planungssicherheit und einer Verminderung von aufwändigen Rückabwicklungsverfahren und den damit verbundenen Kosten für alle Beteiligten führt. Oder die Zusammenarbeit sowie die Abläufe zwischen den Vertragsparteien werden durch die höhere Akzeptanz von vertraglich vereinbarten gegenüber festgesetzten Tarifen erleichtert.

Die nachfolgenden Empfehlungen beschränken sich auf die der Tarifstruktur SwissDRG unterliegenden Bereiche der Spitäler.<sup>1</sup>

Auch beschränken sich die nachfolgenden Empfehlungen auf die Wirtschaftlichkeitsprüfung im Rahmen der Tariffindung. Nicht Gegenstand dieser Empfehlungen ist die Wirtschaftlichkeitsprüfung im Rahmen der Spitalplanung. Auch wenn ein sinnvolles Verfahren zur Wirtschaftlichkeitsprüfung im Rahmen der Tariffindung und der Spitalplanung in vielen Punkten identisch ist, werden allfällige für die Spitalplanung abweichende Aspekte hier nicht berücksichtigt.

Die Bestimmung von sachgerechten und sich an den Kosten der effizienten Spitäler orientierenden Tarifen basiert grundsätzlich und wenn immer möglich auf Betriebsvergleichen.

Für die Ermittlung der effizienten Spitäler nach Art. 49 Abs. 1 KVG ist ein Vorgehen in vier Schritten empfohlen:

- 1) Herstellung einer für Betriebsvergleiche ausreichenden Datenbasis
- 2) Herleitung der benchmarking-relevanten Betriebskosten pro Spital
- 3) Bildung von Vergleichsmengen zum Vergleich der benchmarking-relevanten Betriebskosten
- 4) Bestimmung des relevanten Benchmarks

## **2 Die vier Schritte der Wirtschaftlichkeitsprüfung**

### **2.1 Herstellung einer für Betriebsvergleiche ausreichenden Datenbasis**

Gemäss Art. 49 Abs. 8 KVG ordnet der Bundesrat in Zusammenarbeit mit den Kantonen Betriebsvergleiche zwischen Spitalern an, insbesondere zu Kosten und medizinischer Ergebnisqualität. Bisher hat der Bundesrat keine solchen Vergleiche publiziert, welche im Rahmen der

---

<sup>1</sup> Leistungsbezogene Tarifstrukturen für die Rehabilitation und die Psychiatrie liegen erst in einer Vorversion vor. In einem Folgeprojekt werden diese Empfehlungen auf ihre Anwendbarkeit in den Bereichen Rehabilitation und Psychiatrie hin geprüft, wo notwendig angepasst und allenfalls als eigenständige Empfehlungen für die Wirtschaftlichkeitsprüfung in den Bereichen Rehabilitation und Psychiatrie publiziert.



Tarifprüfung verwendet werden könnten. Auch ist kurz- und mittelfristig nicht mit einer solchen Publikation zu rechnen.

Die Abstützung auf Kostendaten und Betriebsvergleiche der Tarifpartner ist möglich, wenn diese den im Rahmen dieser Empfehlungen dargestellten Kriterien entsprechen.

In Ergänzung oder bei Fehlen der oben genannten Grundlagen sind die Kantone auf eine ausreichende Datengrundlage zur Durchführung einer Effizienzprüfung gemäss vorliegendem Verfahren angewiesen. Dies wird möglich durch einen Austausch der relevanten Spitaldaten unter den Kantonen. Zu Zeit erfolgt ein solcher Austausch im Rahmen der Amtshilfe zwischen den Kantonen. Ein entsprechender Datenpool, in welchen die Kantone die relevanten Spitaldaten einspeisen und damit den anderen Kantonen zur Verfügung stellen können, ist im Aufbau und wird erstmals für die Tarife 2016 (Daten 2014) zur Verfügung stehen.

## **2.2 Herleitung der benchmark-relevanten Betriebskosten pro Spital**

### **2.2.1 Ausgangslage**

Basis für die Herleitung der benchmarkrelevanten Betriebskosten bildet das integrierte Tarifmodell ITAR\_K (nur dessen Vorgaben für die Kostenherleitung, nicht jene für die Tarifbildung). Wo die vorliegenden Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung kein Vorgehen zur Kostenanerkennung resp. -ausscheidung formulieren, das von dem in ITAR\_K hinterlegten Vorgehen abweicht, gelten die Vorgaben gemäss ITAR\_K<sup>2</sup>.

Ausgangspunkt bildet das Total der Kosten gemäss Betriebsbuchhaltung nach REKOLE für die stationären KVG-Leistungen. Eine REKOLE-Zertifizierung bietet die beste Gewähr einer einheitlichen Kostenermittlung und der Transparenz der Kostendaten. Idealerweise verfügt das betreffende Spital über eine REKOLE-Zertifizierung. Ist dies nicht der Fall, ist eine solche anzustreben.

Die erfolgten sachlichen und zeitlichen Abgrenzungen gegenüber der Finanzbuchhaltung müssen ausgewiesen und nachvollziehbar sein (Abstimmbrücke). Betroffen sind insbesondere Sachaufwand (Kontengruppen 41-49), Umgang mit Anlagenutzungskosten (siehe Punkt 2.3.1), Zinsaufwand (Kontengruppe 46) sowie der Einbezug resp. der Ausschluss der Kosten für Überlieger.

Die zur Bestimmung der Tarife für stationäre KVG-Leistungen nicht massgeblichen Kosten sind auszuscheiden (separate Buchhaltung, Nebenkostenstellen oder andere Kostenträger). Dazu gehören die nicht KVG-pflichtigen Leistungen.

Zur Bestimmung der benchmarkrelevanten Fallkosten für den Bereich SwissDRG sind letztlich die Kosten jener Leistungen auszuscheiden, die in der für das Tarifjahr massgebenden Version der Tarifstruktur SwissDRG nicht abgebildet werden (unbewertete DRG) oder für welche Spezialabgeltungen (Zusatzentgelte, SVK-Leistungen) erfolgen.

Zur Gesamtbeurteilung der Kostensituation sind neben dem Kostenausweis nach ITAR\_K auch die Abstimmbrücke FIBU-BEBU sowie ein Anlagespiegel erforderlich.

Die Fallkosten müssen grundsätzlich standortbezogen ausgewiesen werden, d. h. für jedes Spital (s. Definition «Spital» im Kasten weiter unten) ist ein separater Kostenausweis zu erstellen.

---

<sup>2</sup> ITAR-K hat den Anspruch, die schweregradbereinigten Fallkosten und die Tarife in allen Leistungsbereichen eines Spitals zu ermitteln und die jeweiligen Tarife auch miteinander in Bezug zu bringen. 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 Daten werden ebenfalls standortbezogen in den Vergleich der benchmarkingrelevanten Betriebskosten einfließen.

Die Abgrenzung der Spitalbetriebe in den Spitallisten und die Erteilung von Betriebsbewilligungen werden in den Kantonen unterschiedlich gehandhabt. Im Bereich der Zulassung der Spitäler zur Abrechnung von OKP-Leistungen (Art. 39 KVG) muss jedoch definiert sein, was ein Spital ist, denn gemäss Rechtsprechung darf ein Kanton den Leistungsauftrag nicht über mehrere Standorte erteilen bzw. darf eine Spitalbetreiberin mit mehreren Standorten nicht frei entscheiden, welche Leistungen es an einem bestimmten Standort erbringt, ohne dass dieser Standort über einen entsprechenden Leistungsauftrag verfügt.<sup>3</sup>

#### **Definition «Spital(standort)»**

Ein Spital ist eine räumlich vernetzte, betriebliche und organisatorische Einheit zur Erbringung stationärer medizinischer Untersuchungen und Behandlungen. Spitäler im Sinne der Zulassungsbestimmung nach KVG können über eine eigene Rechtspersönlichkeit verfügen oder Teil einer grösseren Einheit wie beispielsweise einer Anstalt, einer Kapitalgesellschaft oder einer Verwaltungseinheit sein. Damit eine Betriebseinheit im Rahmen der vorliegenden GDK-Empfehlungen als Spital und somit als Grundeinheit für den Ausweis der Fallkosten qualifiziert werden kann, müssen mindestens folgende Voraussetzungen kumulativ erfüllt sein:

1. Ein Spital erbringt stationäre medizinische Leistungen und verfügt für die selbstständige Behandlung seiner Patienten über die notwendigen betrieblichen, räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen.
2. Die am Spital tätigen Mitarbeitenden unterstehen der fachlichen und organisatorischen Leitung (Weisungsbefolgungspflicht) entsprechend der Aufbau- und Ablauforganisation des Spitals.
3. Die Behandlung von Patienten ist durch räumliche Kontinuität hindernisfrei gewährleistet.

In anderen Worten sollte sich die Zugehörigkeit eines Spitals eindeutig aus der Organisationsstruktur (Organigramm) der Spitalträgerschaft ergeben. Die Spitalbetreiberin bezeichnet ihre Spitäler möglicherweise nicht als solche, sondern als Spitalstandorte, Abteilungen, Stationen, Einheiten, Kliniken etc. Nicht die Bezeichnung, sondern die Funktion innerhalb des Spitals ist massgebend dafür, ob ein Spital im Sinne dieser Empfehlungen vorliegt. Zwingend ist die Hindernisfreiheit, d. h. die Möglichkeit für Patienten, bspw. durch Tunnels, Brücken oder wettergeschützte Passagen von einem Gebäude zum nächsten zu gelangen. Ist diese räumliche Kontinuität nicht gegeben, ist dieser Betrieb als zwei (oder mehrere) Spitäler zu betrachten. Für diese gelten dann differenzierte Auflagen betreffend die Leistungserbringung, die notwendige Infrastruktur oder Weiteres.

#### **Empfehlung 1**

Die Kantone fordern einen Kostenausweis nach ITAR\_K ein, ergänzt um die Abstimmbrücke FIBU-BEBU sowie eine Anlagebuchhaltung nach Art. 10a VKL (z.B. entsprechender Auszug aus der Krankenhausstatistik) sowie für jedes einzelne Spital einen Ausweis der Fallkosten.

Die Kantone setzen im Rahmen der Leistungsaufträge an die Spitäler spätestens per Jahresrechnung 2019 deren REKOLE-Zertifizierung durch.

### **2.2.2 Sachliche Abgrenzung FIBU-BEBU**

#### **a) Kalkulation der Zinsen auf dem betriebsnotwendigen Umlaufvermögen**

Im Rahmen der sachlichen Abgrenzung FIBU-BEBU sind allfällige in den Kosten erhaltene effektive Zinsen auszuscheiden, daraufhin sind die kalkulatorischen Zinsen auf dem betriebsnotwendigen Umlaufvermögen zu ermitteln und aufzurechnen. Dies erhöht die auf die Kostenträger verteilten Kosten. Zur Ermittlung der kalkulatorischen Zinsen ist die Methode des Preisüberwa-

<sup>3</sup> Vgl. BVGer-Urteile C-2290/2013, E.8.4ff (See-Spital Horgen und Kilchberg), und C-5849/2013, E.2.3.1 (Klinik Gut St. Moritz AG).



chers PUE anzuwenden, wobei die Durchschnittsrendite von Obligationen der Eidgenossenschaft (Basis: Benchmarkrelevante Betriebskosten; Laufzeit: 10 Jahre; Zahlungsfrist 40 Tage; z.B. für Tarifjahr 2014 =  $0.94\% (2013) \cdot 40/365 = 0.103\%$ ) die Grundlage bildet<sup>4</sup>.

## Empfehlung 2

Zur Ermittlung der kalkulatorischen Zinsen auf dem betriebsnotwendigen Umlaufvermögen erscheint die Orientierung an einem Zinssatz für Anlagen mit geringem Risiko angemessen. Es wird empfohlen, die vom Preisüberwacher angewandte Methode anzuwenden. Nach ITAR\_K 5.0 ist anzugeben, ob die Ermittlung der kalkulatorischen Zinsen gemäss der Methode des Preisüberwachers erfolgt ist. Wird diese Frage mit «Nein» beantwortet, sind entsprechende Korrekturen angezeigt.

### b) Anlagenutzungskosten (Kontengruppe 44)

Zur Beurteilung der Effizienz eines Spitals sind seit dem Wegfall des Normzuschlags per 1.1.2013 in einem Vergleich der schweregradbereinigten Fallkosten auch die Anlagenutzungskosten zu berücksichtigen<sup>5,6</sup>. Aufgrund der im Zusammenhang mit einer effizienten Leistungserbringung bestehenden Abhängigkeiten zwischen Anlage und Betrieb wäre eine gesonderte Beurteilung der Betriebs- und der Anlagenutzungskosten nicht angezeigt. Ein Vorteil einer gemeinsamen Betrachtung von Betriebs- und Anlagenutzungskosten bei Betriebsvergleichen liegt auch im Umgang mit Anlagenutzungskosten in Form von Mieten, Leasing und Einkauf von Leistungen, in deren Preis die Anlagenutzung integriert ist.

Aus diesen Gründen sind die Anlagenutzungskosten seit dem Wegfall des Normzuschlags per 1.1.2013 grundsätzlich in die Herleitung der benchmarkrelevanten Fallkosten mit einzubeziehen.

Folgende Voraussetzungen müssen dazu erfüllt sein:

- Der Ausweis der Anlagenutzungskosten muss in ausreichendem Umfang und ausreichender Qualität nach den Vorgaben der VKL vorliegen.

Aufgrund der 2013 in REKOLE angepassten Vorgaben zu den Anlagenutzungskosten (Handbuch 4. Ausgabe 2013) ist von einer Verbesserung der Datenqualität ab Daten 2013 auszugehen. Bei der Plausibilisierung der Datenqualität kann der im Rahmen der Krankenhausstatistik von den Spitälern jährlich gelieferte sowie der von den Kantonen bei den Spitälern eingeforderte Anlagespiegel als Hilfestellung dienen.

Liegen die erforderlichen Kostendaten eines Spitals nicht in ausreichender Qualität (z.B. nicht nach VKL ausgewiesen, ANK ausserhalb einer Bandbreite von 5-15% der benchmarkrelevanten Fallkosten, grössere Differenzen zu Anlagespiegel Krankenhausstatistik) vor, ist dies im Rahmen des Benchmarkingsverfahrens zu berücksichtigen. Zu den diesbezüglichen Empfehlungen siehe Punkt 2.4.2.

- Vermeidung von «zu tief» ausgewiesenen Anlagenutzungskosten aufgrund Abschreibungsregeln VKL

---

<sup>4</sup> Gemäss BVGer-Entscheid C-1698/2013 (Kantonsspital Luzern) ist die Methode des Preisüberwachers nicht zu beanstanden, siehe E.3.7

<sup>5</sup> Gemäss BVGer-Entscheid C-2283/2013, E. 4.9.5

<sup>6</sup> Gemäss ITAR\_K 5.0 sind die Anlagenutzungskosten nach REKOLE und VKL auszuweisen. Es werden die benchmarkrelevanten Fallkosten inkl. und exkl. ANK ausgewiesen, was sowohl ein Benchmarking auf Ebene der Betriebskosten oder auf Ebene der Vollkosten ermöglicht (ITAR-K 4.0 bezieht die ANK nicht in die Ermittlung der benchmarkrelevanten Kosten mit ein und geht damit von einem Betriebskostenbenchmarking aus.)



Die Vorgabe nach VKL, dass auf Null abgeschriebene Anlagen nicht weiter abgeschrieben werden dürfen, kann dazu führen, dass Spitäler im Rahmen der Herleitung der benchmarkrelevanten Fallkosten «zu tiefe» Anlagenutzungskosten ausweisen und diese deshalb kaum als Massstab für ein effizientes Spital nach Art. 49 Abs. 1 KVG gelten können.

Werden bei einem Spital aufgrund der Vorgaben VKL die Anlagenutzungskosten «zu tief» ausgewiesen, kann dies das Benchmarkingverfahren verzerren. Grössere Verzerrungen sind zu vermeiden und sachgerechte Korrekturmassnahmen durchzuführen. Zu den diesbezüglichen Empfehlungen siehe Punkt 2.4.2.<sup>7</sup>

Der Grund für auf Null abgeschriebene Anlagen ist zu prüfen. Auf Null abgeschriebene Anlagen sind nicht unbedingt auf die Vorgaben VKL zurückzuführen (letztere sagen schliesslich nicht, wieviel und wie schnell eine bestimmte Anlage zu amortisieren sei), sondern sie könnten das Resultat einer beschleunigten Abschreibungspolitik sein, die vom Spital (oder von der Politik) entschieden worden ist. In diesem Fall ist der Wert nicht zu korrigieren und das Spital nicht zu berücksichtigen.

### Empfehlung 3

Die nach den Anforderungen der VKL ermittelten ANK sind grundsätzlich im Benchmarking zu berücksichtigen. Da die Voraussetzungen an die Datenqualität noch nicht flächendeckend erfüllt sein dürften, ist jeweils aufgrund der im Einzelfall vorhandenen Informationen über das angemessene Vorgehen zu entscheiden.

## 2.2.3 Abzug der nicht benchmarkrelevanten Kosten

### a) Forschung und universitäre Lehre

Die Forschung und universitäre Lehre umfasst die Grundlagenforschung, die klinische Forschung, die Kosten der theoretischen und praktischen Ausbildung sowie die Kosten der erteilten Weiterbildung bis zum Erwerb des Weiterbildungstitels der Medizinalberufe gemäss MedBG. Diese Kosten stellen keine KVG-Kosten dar und sind daher gemäss REKOLE auszuscheiden.

ITAR\_K 5.0 sieht für die universitäre Lehre und Forschung einen eigenen Kostenträger vor (Spalte CF). Scheidet dieser ausschliesslich und abschliessend Kosten der universitären Lehre und Forschung gemäss VKL aus, erfolgt kein weiterer Abzug auf dem Kostenträger «stationäre Leistungen KVG».<sup>8</sup> Wird der Kostenträger Forschung und universitäre Lehre nicht geführt, erfolgt subsidiär ein entsprechender normativer Abzug (siehe Fussnote 8). Die bisher vom Preisüberwacher angewendeten, normativen Abzugssätze von 23% (Basis Bruttoaufwand) bei Universitätsspitalern resp. 0.8-3.5% (Basis Personalkosten) bei den übrigen Spitalern sind aus Sicht der GDK in jedem Fall zu hoch, u.a. da die Kosten für die nicht-universitäre Lehre neu im Rahmen des KVG anrechenbar sind. Nachdem zahlreiche Aufwendungen für die universitäre

<sup>7</sup> Hinweis: Die Tatsache, dass ab 2015 die Kostengewichte inkl. ANK auf der Basis der Vorgaben REKOLE ermittelt wurden, bei den benchmarkrelevanten Fallkosten jedoch VKL-Werte zu berücksichtigen sind, kann zu Verzerrungen im Benchmarkingverfahren führen. Allfällige unerwünschte Effekte und deren Ausmass sind in den nächsten Jahren datengestützt zu verfolgen und zu analysieren. Zur Zeit kann in diesem Zusammenhang keine Empfehlung erlassen werden.

<sup>8</sup> Die Spitäler sind verpflichtet, die Kosten für OKP-pflichtige Leistungen transparent auszuweisen. Es steht ihnen nicht frei, ob sie die Kosten für Forschung und universitäre Lehre ausscheiden wollen oder einen normativen Abzug bevorzugen (BVGer-Entscheid C-1698/2013 vom 7. April 2014, E 6.4.4). Ein normativer Abzug ist nur dann vorzunehmen, wenn es nicht gelingt, die entscheidenderheblichen Daten zu erhalten. In diesem Fall muss der normative Abzug so angesetzt sein, dass das Spital mit Sicherheit keinen Vorteil daraus ziehen kann, dass es keine transparenten Daten geliefert hat (siehe E. 6.5)





Lehre und Forschung auch ausserhalb der Buchführung eines Spitals anfallen (z.B. bei der Universität selbst), und die Abgrenzung in der Praxis sehr unterschiedlich ausfällt, ist ein einheitlicher normativer Abzug, wie er von der Preisüberwachung bisher vorgenommen wurde, in jedem Fall nicht sachgerecht.

Das Bundesverwaltungsgericht stellt die Methodik des PUE zur Bestimmung der normativen Abzugssätze (nach Anzahl Betten abgestufter Normabzug) in Frage<sup>9</sup> und bestätigt den Abzug pro Kopf (Personen in Weiterbildung in einem Medizinalberuf)<sup>10</sup>, betreffend Höhe des Normabzugs setzt das Bundesverwaltungsgericht aber einen strengen Massstab an. Dies um zu verhindern, dass ein Spital einen Nutzen aus der Nichtlieferung von Daten ziehen könnte.

Mit der neusten Version der REKOLE-Vorgaben (Handbuch 4. Ausgabe 2013) und einem ausführlichen Konzept zur Ermittlung der Kosten für Forschung und universitäre Lehre sind die Voraussetzungen für eine erhebliche Verbesserung der Datenlage und Kostenausscheidung in diesem Bereich geschaffen worden.

#### **Empfehlung 4**

Sind die Kosten für Forschung und universitäre Lehre in einem separaten Kostenträger für Lehre und Forschung aufgeführt oder fallen diese gar nicht im Spital an, lässt sich der Kanton bestätigen, dass alle Bereiche der Forschung und universitären Lehre nach der Methode REKOLE ermittelt wurden und nicht in den stationären Fallkosten enthalten sind. Ein Abzug auf den Kostenträgern «Stationäre Leistungen KVG» erübrigt sich.

Sind die Kosten für die Forschung in einem Spital, in welchem offensichtlich Forschung betrieben wird, nicht separat in einem Kostenträger ausgewiesen, ist das Spital vom Betriebsvergleich auszuschliessen.

Werden die Kosten für universitäre Lehre in einem Spital, in welchem offensichtlich universitäre Lehre erteilt wird, nicht in einem separaten Kostenträger ausgewiesen, ist vorläufig -- mangels einheitlich erhobenen und konsolidierten Kostennachweisen -- von Normkosten von CHF 15'000 pro Assistenzärztin / Assistenzarzt (VZÄ) auszugehen, die in Abzug zu bringen sind.

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

Bei mangelhaftem Ausweis der Kosten für Forschung und universitäre Lehre kann mit einem spitalindividuellen Tarifabschlag nach Benchmarking der Haltung des Bundesverwaltungsgerichts, wonach ein Spital aus einem mangelhaften Ausweis in keinem Fall Profit schlagen darf, Rechnung getragen werden.

#### **b) Weitere gemeinwirtschaftliche Leistungen resp. Abgrenzung zu für das Benchmark anrechenbaren Kosten**

Die OKP hat die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder der Behandlung einer Krankheit und ihren Folgen dienen, zu übernehmen (Art. 25 KVG). Damit der Pflichtleistungscharakter bejaht werden kann, muss eine Behandlungsmethode einen medizinisch wirksamen Charakter haben und zweckmässig und wirtschaftlich sein (sogenannte WZW-Kriterien). Dieser Pflichtleistungscharakter wird bei ärztlichen und chiropraktischen Leistungen implizit vermutet (Art. 33 Abs. 1 KVG), für alle anderen Leistungen gilt eine Kostenübernahmepflicht erst, wenn sie in die Positivlisten des KVG aufgenommen werden.

<sup>9</sup> Vgl. BVGer-Entscheid C-1698/2013 (Kantonsspital Luzern), E. 6.6.3

<sup>10</sup> Vgl. BVGer-Entscheid C-2283/2013



Gemäss Art. 49 Abs. 3 KVG dürfen die Vergütungen der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt und Pflegeleistungen in einem Spital keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen enthalten. Korrekterweise führt der Leistungserbringer die Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen als eigenen Kostenträger in der Kostenträgerrechnung. Allfällige tarifunabhängige Beiträge, welche ebenfalls zur Deckung der Kosten von KVG-Pflichtleistungen dienen (wie beispielsweise Defizitbeiträge oder gezielte Beiträge zur Entlastung der KVG-Prämien) sind als Erträge und damit nicht kostenmindernd zu verbuchen.

Erfolgt diese Kostenzuteilung korrekt, erübrigt sich ein Abzug dieser Kosten in den Kostenträgern «stationäre KVG-Leistungen».

Im KVG und in den Ausführungsbestimmungen ist nicht abschliessend geregelt, welche Leistungen als gemeinwirtschaftlich zu verstehen sind. Aus der Optik der Tariffindung ist denn auch nicht die Bezeichnung der (ausserhalb der Fallpauschalen zu finanzierenden) gemeinwirtschaftlichen Leistungen entscheidend, sondern generell die Abgrenzung der für das Benchmarking anrechenbaren von nicht anrechenbaren Kosten, wobei es unwesentlich ist, ob die Leistungen, die Letztere verursachen, als «gemeinwirtschaftlich» qualifiziert und durch wen und in welchem Umfang (kostendeckend oder nicht kostendeckend) finanziert werden.

Die Hauptproblematik in der Tariffindung liegt darin, die Grenze zwischen den für das Benchmarking anrechenbaren und nicht anrechenbaren Kosten zu schärfen. Es ist dabei von folgendem **Grundsatz** auszugehen:

*Alle Leistungen und damit verbundenen Kosten eines Spitals, welche notwendig sind, um langfristig in einem wettbewerblichen System die medizinischen und pflegerischen Leistungen nach Art. 25 ff. KVG gemäss Leistungsauftrag nach Art. 39 Abs. 1 Bst. e KVG bereitstellen sowie die Auflagen bezüglich Kosten- und Leistungserfassung erfüllen zu können, werden mittels Fallpauschale vergütet. Die entsprechenden Kosten fliessen in die Ermittlung des stationären Tarifs ein.*

Die Schärfung kann erfolgen, indem die zur Diskussion stehenden Leistungen an oben genannten Grundsatz gemessen und entsprechend qualifiziert werden.

Im Umkehrschluss kann davon ausgegangen werden, dass die Kosten einer Leistung dann in die Kalkulation des stationären Tarifs einzufließen haben, wenn ein Spital ohne diese zu gewährleisten den Leistungsauftrag gemäss Art. 39 Abs. 1 Bst. e KVG nicht in angemessener Weise zu erbringen vermag.

#### 1) OKP-pflichtige und über den stationären Tarif zu finanzierende Leistungen gemäss gesetzlicher Regelung

Zur Erfüllung des Leistungsauftrags nach Art. 39 Abs. 1 Bst. e KVG sind gemäss Gesetzesauslegung durch die GDK im Bedarfsfall insbesondere (Liste nicht abschliessend) folgende Leistungen und Tätigkeiten als Teil der sorgfältigen und korrekten Leistungserbringung gegenüber der jeweiligen Patientenpopulation zwingend zu gewährleisten und damit Bestandteil der Fallpauschale und nicht durch die OKP separat zu vergüten, ausser es sei in der Tarifstruktur ein Zusatzentgelt vorgesehen:

- Arztleistungen
- Leistungen durch Fachpersonen auf Anordnung der Ärzteschaft
- Durch Ärzteschaft / Fachpersonen delegierte Leistungen an
  - Assistenzärzte
  - Pflegepersonal
  - Praxisassistenten
  - Hilfspersonal





- Sekundärtransporte (gemäss Art. 33 Bst. g KVV; vgl. Notiz GDK vom 27.03.2013 «Sekundärtransporte von einem stationären Leistungserbringer zu einem anderen: Regelung der Kostenübernahme ab 1.1.2012»)
- Aufenthalt der Patientin / des Patienten (inkl. Bett/Zimmer, Mahlzeiten, Spitalkleidung, «Rezeption»)
- Mehraufwand für Betreuung, Behandlung und Aufenthalt minderjähriger Patientinnen/Patienten oder Patientinnen/Patienten mit Einschränkungen
- Notfallvorhalteleistungen (siehe Entscheid BVGer C 2283/2013, E.21.3.3: Damit ein Spital medizinische Notfälle versorgen kann, muss es seine Organisation auf dringende Fälle ausrichten. Dazu benötigt es erhöhte Flexibilität und Verfügbarkeit, dauernd freie Aufnahmekapazitäten und einen Pikettdienst, was mit zusätzlichen Personalaufwänden einhergeht.)
- Weitere versorgungsnotwendige Vorhalteleistungen, z. B. Kapazitäten mit Unterauslastung zur bedarfsgerechten Sicherstellung des Zugangs von Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist im Sinne des Art. 58b Abs. 4 lit. b KVV)
- Ausbildung/Weiterbildung mit Ausnahme Forschung und universitäre Lehre
- Qualitätssicherung, Registerführung, Betriebsstatistik etc.
- Gewährleistung der Sicherheit von Patientinnen und Patienten, Gästen und Personal (insbesondere Betriebsfeuerwehr und Zusatzausgaben für Isolierstation)
- Schutz vor gewaltbereiten Patientinnen/Patienten und Angehörigen vor Eintreffen von Polizeikräften, Massnahmen zur Prävention von Eigen- und Fremdgefährdung bei Fällen mit psychiatrischer Haupt- oder Nebendiagnose
- Fringe benefits an das Personal (als Bestandteil der Personalkosten, z. B. für Krippe, vergünstigtes Essen, Parkplatz usw.)
- Eintritts-/Austrittsmanagement (z.B. durch Spital-Sozialdienst)
  - Eintrittsmanagement: Schnittstellenbewirtschaftung zu zuweisenden KVG-Leistungserbringern, Patienteninformation in Zusammenhang mit der Krankheitsbewältigung
  - Austrittsmanagement: Schnittstellenbewirtschaftung zu nachbehandelnden KVG-Leistungserbringern, Beratung bei Krankheitsbewältigung (Anleitung zur Hilfe zur Selbsthilfe, Vermittlung einer Suchtberatung, Patienteninformation, etc.)
- Übersetzungs-/Dolmetscherdienste (zwecks Gewährleistung des sprachlichen Verständnisses als Voraussetzung der Indikations- und Behandlungsqualität)
  - Ausgehend vom oben festgehaltenen Grundsatz sind Übersetzungsdienste, die zur Durchführung einer zweckmässigen Behandlung erforderlich sind, als für das Benchmarking anrechenbare Kosten zu betrachten, die in die Berechnung der Fallpauschalen einfließen

## 2) OKP-pflichtige, aber nicht über den stationären Tarif zu finanzierende Leistungen

Zur Erfüllung des Leistungsauftrags nach Art. 39 Abs. 1 Bst. e KVG im Bedarfsfall zwingend zu gewährleisten und damit OKP-pflichtig, jedoch separat (und nicht über den stationären Tarif) durch die OKP zu vergüten sind folgende Leistungen:

- Primärtransporte
- Medikamenten- und MiGeL-Abgabe bei Austritt



### 3) Nicht OKP-pflichtige und nicht über den stationären Tarif zu finanzierende Leistungen

Nicht zwingend notwendig zur Erfüllung des Leistungsauftrags nach Art. 39. Abs. 1 KVG und damit als nicht OKP-pflichtig im Rahmen der stationären Spitalbehandlung sind aus Sicht der GDK auch im Bedarfsfall folgende Leistungen zu betrachten:

- Angehörigen-Verpflegung
- Spitalseelsorge (vgl. Entscheid BVGer 2014/36, E. 16.3.2)
- Forensik-Sicherheitsmassnahmen («Gefängnis»-Kosten)
- Sozialberatung als soziale und berufliche Integration: Sozialberatung von Patient/in anwesend oder am Telefon, Vernetzung mit externen Institutionen, Systemgespräche mit Bezugssystem (Angehörige, Arbeitgeber) und Institutionen (Gemeindesozialdienst, Sozialversicherungen, Beratungsstellen, KESB etc.), Klärung von Sozialversicherungsfragen, finanzielle Unterstützung, Beantragung Beistandschaft, Bewerbungstraining, berufliche Standortgespräche, Rechts- und Budgetberatungen.
- Kinderschutz(gruppe): zusätzliche Leistungen, die explizit Kinderschutzfälle (z.B. sexuelle Übergriffe) betreffen. Die Leistungen beinhalten u.a. Kinderschutzgruppensitzungen, Präsenz-/Pikettdienst, Teilnahme an Aus-/Weiterbildungen.
- An die Bevölkerung gerichtete Prävention (keine medizinische Prävention mit Patientenbezug)
- Rechtsmedizin als medizinische Spezialdisziplin, deren Kernaufgabe die Anwendung medizinisch-naturwissenschaftlicher Kenntnisse für Zwecke der Rechtspflege und insb. der Aufklärung von Straftaten ist.
- Gesundheitspolizeiliche Aufsicht über andere Leistungserbringer
- Schule/Unterricht für Kinder/Jugendliche
- GOPS
- Einsatzzentrale 144
- Dispositiv für besondere Lagen (DBL): Vorhalteleistungen und Übungen für besondere Lagen und Ereignisse mit einem grossen Patientenansturm (z.B. Pandemie, Dekontamination). Die Übungen reichen vom Probealarm über Grossübungen bis hin zur Evakuierung der Betroffenen.

### 4) Nicht in den Fallpauschalen enthaltene Vergütungen gemäss Gesetz

- Forschung und universitäre Lehre (Art. 49 Abs. 3 lit. a KVG)
- Regionalpolitisch (volkswirtschaftlich) motivierte Mehrkosten (Art. 49 Abs. 3 lit. b KVG). Es ist davon auszugehen, dass diese Leistungen über die Deckung des Versorgungsbedarfs hinausgehen.
- Weitere gemeinwirtschaftliche Leistungen.

#### **Empfehlung 5**

Die Leistungserbringer sind verpflichtet, die Kosten für die gemeinwirtschaftlichen Leistungen separat auszuweisen und zu belegen. Allfällige tarifunabhängige Beiträge, welche zur Deckung von Kosten von KVG-Pflichtleistungen dienen, sind als Erträge und damit nicht kostenmindernd zu verbuchen.

Die Abgrenzung zwischen für das Benchmarking anrechenbaren und nicht anrechenbaren Kosten folgt dem oben festgehaltenen Grundsatz und den entsprechend gelisteten Beispielen.



### c) Mehrkosten Hotellerie und andere Kostenkomponenten bei Zusatzversicherten Patienten

ITAR\_K 5.0 führt für die stationären KVG-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 20, Arzthonorare und Zeile 28, 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 benchmarkrelevanten Fallkosten der beiden relevanten Kostenträger («reine stat. KVG-Fälle» und «stat. Tarif KVG ZV») zusammengezählt und durch das Total der Fallgewichte beider Patientengruppen geteilt werden.

Es wären die ausgewiesenen effektiven Mehrkosten sowohl in der Hotellerie als auch anderer Kostenkomponenten (Medikamente, Pflege, Mittel-/Gegenstände, Operationssaal uvm.) in Abzug zu bringen. Da eine Kostenrechnung diese Anforderung jedoch nicht ausreichend erreichen kann (Problematik der detaillierten Leistungserfassung wie der Umlageschlüssel), ist ein normativer Abzug unumgänglich<sup>11</sup>. Hierzu kann auf die Werte gemäss Berechnungen des Vereins Spitalbenchmark oder der GDK-Ost abgestellt werden. Diese ermittelten die durchschnittlichen Fallkostenunterschiede zwischen ausschliesslich Grundversicherten und Zusatzversicherten Patientinnen in den einzelnen Spitälern. Die zusätzlichen, abzuziehenden Kosten betragen gemäss dem Modell des Vereins Spitalbenchmark 7%, gemäss GDK-Ost 9.7%, wenn als Basis das arithmetische Mittel der Fallkosten von Grundversicherten und Zusatzversicherten PatientInnen herangezogen wird. Wird der Median herangezogen, betragen die abzuziehenden Kosten beim Modell Verein Spitalbenchmark 5.7%, beim Modell GDK-Ost 9.8%.<sup>12 13 14</sup>

### Empfehlung 6

Für die Ermittlung des Abzugs der übrigen Mehrkosten bei Zusatzversicherten Patienten ist ein normativer Ansatz zielführend. Es sind vorläufig – bis Vorliegen von konsolidierteren Datengrundlagen<sup>15</sup> – die von der GDK-Ost resp. dem Verein Spitalbenchmark ermittelten Werte heranzuziehen.

### d) Arzthonorare Zusatzversicherte Personen

Abzuziehen sind die Kosten der Arzthonorare, die an Beleg-, Konsiliar- und Spitalärzte für die Betreuung von Patientinnen und Patienten aufgrund ihrer Halbprivat- oder Privatversicherung

<sup>11</sup> Achtung: ITAR\_K 5.0 ermittelt den Anteil der Mehrkosten der Zusatzversicherungspatienten im Bereich Hotellerie und setzt den Prozentwert zur Ermittlung des Abzugs ein, geht also vom effektiven Ausweis der Mehrkosten aus.

<sup>12</sup> 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.

<sup>13</sup> Gemäss früherer Methode des Preisüberwachers ergäbe sich bei derselben Datengrundlage ein normativer Abzug von 8.7% (Vergleich Mediane)

<sup>14</sup> Hinweis: Die früheren Abschlagssätze im Modell des Preisüberwachers (1% der Betriebskosten [netto 2] bei einem Anteil Pflagezeit ZV 20% > x > 10% resp. 2% bei einem Anteil Pflagezeit 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.

<sup>15</sup> Auf Basis einer grösseren Zahl von Kostendaten der Spitäler im aufzubauenden GDK-Datenpool können vertiefte Analysen erfolgen.



ausgerichtet werden und nicht unter dem KVG zu Lasten der Krankenversicherung/ Kantone abgerechnet werden können (siehe auch Art. 59 Abs. 2 KVV). Erfolgt dies nicht, ist das Spital aus dem Betriebsvergleich auszuschliessen. Ein spitalindividueller Abschlag infolge Intransparenz nach Benchmarking ist in diesem Fall möglich.

#### **Empfehlung 7**

Die Kosten der Arzthonorare für zusatzversicherte Personen sind abzuziehen. Erfolgt dies nicht, ist das Spital aus dem Betriebsvergleich auszuschliessen.

#### **e) Finanzerträge aus Kontengruppen 66**

ITAR-K rechnet die Erträge aus den Kontengruppen 66 (Finanzerträge) anteilmässig (gemäss Totalkosten Zeile 23, ITAR\_K 5.0) 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 8**

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

#### **f) 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 «stationäre Leistungen KVG» erscheinen. Weil die Kosten nicht bekannt sein dürften, werden die Erträge kostenmindernd gebucht. Die Erlöse aus den Kontengruppen 65 sind vollumfänglich abzuziehen, wenn das Spital auf eine exakte Kostenausscheidung verzichtet<sup>16</sup>. Erfolgen die Erträge in den Nebenbetrieben und werden sie in den entsprechenden Kostenträgern ausgewiesen, ist kein Abzug erforderlich.

#### **Empfehlung 9**

Die Erlöse aus den Kontengruppen 65 sind vollumfänglich abzuziehen, wenn das Spital auf eine exakte Kostenausscheidung verzichtet. Erfolgen die Erträge in den Nebenbetrieben und werden sie in den entsprechenden Kostenträgern ausgewiesen, ist kein Abzug erforderlich. Der Erlöse aus den Kontengruppen 68 sind immer vollumfänglich abzuziehen.

#### **g) 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 eine Tariffdifferenzierung nach Benchmarking angezeigt.<sup>17</sup>

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

<sup>16</sup> Allfällige nicht abgezogene Margen sind in den Zusatzinformationen in ITAR\_K 5.0 auszuweisen.

<sup>17</sup> Voraussetzung: Die Kosten sind in der Höhe nicht vernachlässigbar und die Ermittlung der Kosten erfolgt einheitlich.



### **Empfehlung 10**

Werden Spitäler mit sehr unterschiedlicher Ausbildungsleistung in den Tarifvergleich einbezogen, kann eine Tariffdifferenzierung nach Benchmarking angezeigt sein. Bei einer Differenzierung sind die von H+ empfohlenen (und in ITAR-K hinterlegten) Normansätzen für die nicht-universitäre Ausbildung heranzuziehen. Tarifabschläge für Spitäler, die nicht ausbilden, sind statthaft.

Bestehen für die in den Tarifvergleich einbezogenen Spitäler Ausbildungsverpflichtungen, erfolgt keine Differenzierung.

### **2.3 Bildung von Vergleichsmengen zum Vergleich der benchmarkrelevanten Betriebskosten**

Mit der Abgeltung der Spitalleistungen nach Fallschwere lassen sich theoretisch die Fallkosten aller Spitäler – unabhängig von deren Leistungsspektrum und Grösse – miteinander vergleichen. Gegenwärtig ist die SwissDRG-Tarifstruktur aber noch nicht entsprechend differenziert ausgestaltet. Aufgrund bisheriger Analysen und Erfahrungen ist davon auszugehen, dass systematische Differenzen der Kostensituation mindestens zwischen den Spitälern am Ende der Versorgungskette („Endversorgerspitäler“) sowie den übrigen Spitälern bestehen, die mit der bestehenden Tarifstruktur noch nicht ausreichend abgebildet werden können. Eine separate Benchmarkkategorie für die Endversorgerspitäler ist deshalb – zumindest in einer Übergangsphase – angezeigt.

Eine separate Benchmarkkategorie für Geburtshäuser ist sachgerecht.

Eine Aufteilung der übrigen Spitäler in verschiedene Benchmarkkategorien ist problematisch, als hierfür gegenwärtig objektive Kriterien fehlen und notwendig wären. Die ausgewiesenen wesentlichen Mehr- oder Minderleistungen mit entsprechender Kostenfolge (insb. Notfallstation oder nicht-universitäre Ausbildung, deren Kosten Teil der benchmarkrelevanten Fallkosten darstellen) können durch Tarifkorrekturen nach dem Benchmarking berücksichtigt werden und bedingen keine eigene Benchmarkkategorie.

Voraussetzung für Betriebsvergleiche ist, dass die Daten der einbezogenen Spitäler nach einheitlicher Methode erhoben worden sind. Je kleiner die Anzahl der zu vergleichenden Spitäler, desto höher die Anforderungen an die Datenqualität.

Sofern die Daten einer genügend grossen, repräsentativen Anzahl Vergleichsspitäler für den Wirtschaftlichkeitsvergleich zur Verfügung stehen, sind Spitäler mit Mängeln in der Datenqualität für die Berechnung des Benchmarks auszunehmen. Ansonsten sind die unzureichenden Daten von einbezogenen Spitälern sachgerecht zu korrigieren.

Gemäss bisherigen Entscheiden des Bundesverwaltungsgerichts sind für die sachgerechten Vergleichskategorien idealerweise schweizweite Betriebsvergleiche durchzuführen. Solange der Bundesrat die Voraussetzungen dazu nicht geschaffen hat und die entsprechenden Datengrundlagen fehlen, ist – zumindest für die Einführungsphase – ein Benchmarking mit einer regional eingeschränkten Auswahl von Spitälern und damit einer zwangsläufig kleineren Vergleichsmenge zulässig. In jedem Fall ist auf die grösstmögliche Vergleichsmenge, für welche Datengrundlagen mit angemessenem Aufwand verfügbar und vergleichbar gemacht werden können, zurückzugreifen.

Um nach der Einführungsphase dem Anspruch einer genügend grossen, repräsentativen Anzahl Vergleichsspitäler gerecht zu werden, sind die Spitäler einer oder mehrerer Grossregionen zu berücksichtigen.

### **Empfehlung 11**

Für vergleichbare Leistungen sind vergleichbare Preise sachgerecht. Ausnahmen sind nur für jene Spitäler möglich, bei welchen die Tarifstruktur nachgewiesenermassen den Schweregrad



nicht sachgerecht abzubilden vermag. Ausgewiesene Mehr-/Minderleistungen (z.B. für Notfallstationen/Ausbildung) sind durch Preisdifferenzierungen zu berücksichtigen. Ausnahmen sind explizit zu begründen.

Kurz – und mittelfristig ist auf die grösstmögliche Vergleichsmenge, für welche Datengrundlagen mit angemessenem Aufwand verfügbar und vergleichbar gemacht werden können, zurückzugreifen.

Längerfristig ist ein Benchmarking auf eine repräsentative Anzahl Vergleichsspitäler aus einer Grossregion oder der ganzen Schweiz abzustellen.

## 2.4 Bestimmung des relevanten Benchmarks

### 2.4.1 Grundsätze

Die Höhe des Benchmarks wird nach dem Prinzip der Wirtschaftlichkeit bestimmt, 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 Wert, der für eine umschriebene Leistung auf dem Markt angeboten wird,
- bei einem Wert mit dem vermuteten, besten Preis-Leistungsverhältnis,
- bei einem Wert, welcher ein bestehendes Leistungs- und Versorgungsniveau, das als zweckmässig und bedarfsgerecht erachtet wird, sichert,
- bei einem Wert, der infolge der Unsicherheiten in der Tarifstruktur den Leistungserbringer vor besonders einschneidenden, kurzfristigen Veränderungen der Einnahmesituation schützt,
- bei einem Wert, 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 der Rücksichtnahme 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 Ausgangslage in den einzelnen Kantonen und den beteiligten Spitälern erfolgen.

### Empfehlung 12

Der Benchmark berücksichtigt die bestehenden, zahlreichen Unsicherheiten beim Systemwechsel in 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.<sup>18</sup>

Es wird ein Benchmarkwert (entspricht nicht zwingend dem Benchmarkspital) aus einem Vergleich der benchmarkrelevanten Kosten pro Spital ermittelt. Die Kosten der Spitäler können ungewichtet, fallgewichtet oder mit dem Casemix gewichtet in den Vergleich einbezogen werden.

---

<sup>18</sup> Die AG Wirtschaftlichkeitsprüfung ist beauftragt, eine Empfehlung betreffend Quantil, bei welchem der Benchmark zu setzen ist, auszuarbeiten.





Die Art der Gewichtung gewinnt umso mehr an Bedeutung, je weniger Spitäler in den Vergleich einbezogen werden.<sup>19</sup>

Der auf der Basis eines Benchmarks ermittelte Wert gilt als Orientierungspunkt für die Tarife (Preissystem), unabhängig den spitalindividuellen Kosten.

Preisdifferenzierungen sind möglich für Unterschiede im Leistungsauftrag, die massgebliche und in der Tarifstruktur nicht berücksichtigte Mehr- oder Minderkosten auslösen, (insbesondere Betrieb einer Notfallstation, nicht-universitäre Ausbildung oder weitere Sonderlasten z.B. überdurchschnittliche Anzahl hochdefizitärer Fälle).

## **2.4.2 Besondere Problemstellungen im Benchmarkingverfahren**

### **a) Anlagenutzungskosten ANK**

Wie unter Kapitel 2.2.2 Buchstabe b dargestellt, ergeben sich in Zusammenhang mit der Herleitung der benchmarkrelevanten Anlagenutzungskosten je nach Ausgangslage unterschiedliche Auswirkungen auf das Benchmarkingverfahren.

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass die Datenqualität im Bereich der Anlagenutzungskosten aktuell noch in keiner Weise hinreichend ist. Aufgrund von Erfahrungswerten kann davon ausgegangen werden, dass sich die berechtigten Anlagenutzungskosten auch zukünftig zwischen minimal 5 und maximal 15% der baseratelevanten Fallkosten bewegen. Die Anlagenutzungskosten (nach VKL-Methode) von Spitälern, welche diese Werte unter- oder überschreiten, sind in jedem Fall besonders auf ihre Plausibilität hin zu prüfen.

Bezüglich der unter 2.2.2 Buchstabe b beschriebenen Problematik der Abschreibungen auf Null und der fehlenden VKL-Werte wird folgendes Vorgehen empfohlen:

#### **Empfehlung 13**

##### **1. Einbezug resp. Ausschluss von Spitälern mit auf Null abgeschrieben Anlagen in das Benchmarkingverfahren**

Falls Spitäler mit einem grossen Anteil bereits auf Null abgeschriebener Anlagen<sup>20</sup> (Anteil Abschreibungen unter Null gemessen an den gesamten Abschreibungen > 20%) den Benchmark massgeblich verzerren, sind folgende Ansätze sachgerecht:

Steht eine hinreichend grosse Anzahl Vergleichsspitäler zur Verfügung, können diese Spitäler aus dem Benchmarkingverfahren ausgeschlossen werden. Damit verzerren sie den Benchmark nicht.

Falls die Anzahl Vergleichsspitäler knapp ist, ist es angemessen, bei einer bereits auf Null abgeschriebenen Anlage die weiter getätigten Abschreibungen nicht vollumfänglich, aber zumindest anteilmässig den benchmarkrelevanten Fallkosten zuzuordnen, weil bei einer länger als vorgesehenen Nutzung einer Anlage höhere Reparatur- und Unterhaltskosten wie auch höhere Betriebskosten anfallen und diese als zusätzliche Kosten bereits in der Kostenrechnung berücksichtigt werden. Die Anrechnung eines Anteils von 50% der unter Null erfolgten Abschreibungen erscheint angemessen.

##### **2. Einbezug resp. Ausschluss von Spitälern mit unplausiblen ANK (VKL-Werte)**

<sup>19</sup> Die AG Wirtschaftlichkeitsprüfung ist beauftragt, anhand konkreter Kostendaten eine Empfehlung zur bevorzugten Methodik zu erarbeiten.

<sup>20</sup> Zu prüfen anhand des vom Spital vorgelegten Anlagespiegels.





Falls eine hinreichend grosse Anzahl Vergleichsspitäler zur Verfügung steht, können die Spitäler mit fehlenden oder unplausiblen VKL-Werten aus dem Benchmarking ausgeschlossen werden

Falls die Anzahl Vergleichsspitäler knapp ist, erscheint es angemessen, Ausreisserwerte von weniger als 5% oder mehr als 15 % der benchmarkrelevanten Fallkosten auf diese entsprechenden Ausreisser-Grenzwerte zu korrigieren.

## b) Umgang mit ungenügender Datenqualität

Die Schaffung von Anreizen für Spitäler, die Kostendaten in der notwendigen Qualität und Differenziertheit zu erheben und transparent und vollständig auszuweisen, ist notwendig und legitim. Bei genügender Anzahl Vergleichsspitäler sind Spitäler mit ungenügender Datenqualität vom Benchmarking auszunehmen; bei einer geringen Anzahl Vergleichsspitäler sind Korrekturen anstelle des Ausschlusses zu prüfen.

Dies gilt auch für die Umsetzung der Empfehlung durch die Kantone, standortbezogene Kostenausweise von den Spitalbetreiberinnen einzufordern (s. Empfehlung 1). Sobald der Datenpool eine genügend Anzahl Vergleichsspitäler enthält, welche dieser Anforderung genügen, werden Spitäler mit mehreren Standorten, die ihre Fallkosten nicht nach Standorten differenziert ausweisen, vom Benchmarking ausgenommen.

Ein allfälliger Intransparenzabzug wegen ungenügender Datenqualität ist in jedem Fall nach und nicht vor einem Benchmarking vorzunehmen. Damit geht die Intransparenz einzelner Spitäler nicht zu Lasten der übrigen Spitäler.

### Empfehlung 14

Für ungenügende Datenqualität oder fehlende Datentransparenz soll ein spitalindividueller Abzug für Intransparenz nach Benchmarking erfolgen.

- |   |      |
|---|------|
| - Kostenrechnung nach REKOLE vorhanden, aber fehlende VKL-Anlagebuchhaltung | - 1% |
| - Kostenrechnung vorhanden, aber nicht nach REKOLE                          | - 2% |
| - Kostenstellen, aber nicht Kostenträgerrechnung vorhanden                  | - 4% |
| - Finanzbuchhaltung ohne Kostenstellen-/Kostenträgerrechnung                | - 8% |

Weitere 1% werden abgezogen, wenn das Spital seine Daten nicht in der notwendigen Qualität und Transparenz zur Entwicklung der nationalen Tarifstruktur einreicht.

Ausgenommen von obigen Regeln sind die Tarife in den ersten zwei Betriebsjahren eines neuen Spitals.



## **Anhang 1: Herleitung der benchmarkrelevanten Fallkosten (SwissDRG-Bereich)**

### **Total Kosten gemäss Betriebsbuchhaltung**

- ./. Kosten, die fälschlicherweise auf den baseraterlevanten Kostenträgern geführt werden
- ./. Kosten für Zusatzleistungen an Patienten (direkt an Patienten verrechnet)
- ./. Kosten für unbewertete Fälle (SwissDRG)
- ./. Zusatzentgelte (Dialyse, Kunstherzen, andere Sonderentgelte, z.B. Blutgerinnungsfaktoren)
- ./. Kosten für Arzthonorare für Leistungen bei Zusatzversicherten
- ./. Kosten für Zusatzversichertenstandard (Hotellerie, übrige Mehrkosten hp/p)
- ./. Zinsaufwand effektiv

### **= Total Kosten gemäss BEBU bereinigt vor Aufrechnung kalkulatorische Zinsen**

+ Verzinsung Umlaufvermögen (kalkulatorisch)

### **= Benchmarkrelevante Kosten - stationärer Bereich**

/ CM stationäre Fälle (SwissDRG-Bereich: nur bewertete Fälle)

### **= CM-bereinigte Fallkosten (SwissDRG-Bereich)**

### **Zusätzliche standardisierte Informationen**

- *Anzahl Aufenthaltstage der Austritte (brutto)*
- *Verrechnete Pflégetage (der Austritte)*
- Anzahl stationäre Fälle
  - davon bewertete Fälle
  - davon bewertete Fälle Halbprivatpatienten
  - davon bewertete Fälle Privatpatienten