



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI

Bundesamt für Gesundheit BAG

Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung

Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV)

Vorgesehene Änderungen per 1. Januar 2009

Änderungen und Kommentar im Wortlaut

I. ALLGEMEINER TEIL: AUSGANGSLAGE	3
II. REVISION DER VERORDNUNG	3
1. Aufsichtsdaten und Statistik	3
2. Planungskriterien	3
3. Anerkennung der Geburtshäuser als Leistungserbringer	4
4. Rechnungskontrolle und Datenbereitstellung für die Weiterentwicklung des Tarifsystems	4
5. Leistungsbezogene Pauschalen	5
6. Streichen des Begriffs „teilstationär“	5
III. BESONDERER TEIL: ERLÄUTERUNG DER EINZELNEN BESTIMMUNGEN	5
Aufsichtsdaten	5
<i>Artikel 28</i>	5
<i>Artikel 28a</i>	6
<i>Artikel 30</i>	6
<i>Artikel 31</i>	6
<i>Artikel 37</i>	6
<i>Artikel 55a</i>	6
Kriterien für die Spitalplanung	6
<i>Artikel 58a</i>	6
<i>Artikel 58b</i>	7
<i>Artikel 58c</i>	8
<i>Artikel 58d</i>	8
<i>Artikel 58e</i>	9
<i>Artikel 58f</i>	9
<i>Artikel 58g</i>	9
<i>Artikel 58h</i>	10
Rechnungsstellung	10
<i>Artikel 59</i>	10
Leistungsbezogene Tarifierung	10
<i>Artikel 59d</i>	10
<i>Artikel 59e</i>	12
Übergangsbestimmungen	12

I. Allgemeiner Teil: Ausgangslage

Die eidgenössischen Räte haben am 21. Dezember 2007 die Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG; SR 832.10, AS 2008 XXXX) im Bereich der Spitalfinanzierung (Vorlage 1) beschlossen. Die Gesetzesrevision hat zur Folge, dass auch die von den beschlossenen Änderungen betroffenen Verordnungen anzupassen sind. Dies sind namentlich die Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102), die Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL; 832.104) und die Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; SR 832.112.31).

An dieser Stelle werden die Vorschläge zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) unterbreitet. Die Änderungsvorschläge zu den anderen genannten Erlassen werden im Rahmen separater Berichte unterbreitet.

II. Revision der Verordnung

1. Aufsichtsdaten und Statistik

Die heute geltende Grundlage für die Aufsicht und Statistik ermöglicht es dem Bundesamt für Gesundheit (BAG), die Daten der Versicherer, eingeschlossen die bei der Rechnungsstellung anfallenden Angaben bis auf Stufe der einzelnen Leistungserbringer zu erheben und als Aufsichtsdaten zu bearbeiten. Hinzu kommt die Kompetenz, die Daten der Spitäler und Pflegeheime zu erheben und zu nutzen. Hier hält die Verordnung fest, dass die Daten durch das Bundesamt für Statistik auf der Basis des KVG erhoben und dem BAG als Aufsichtsdaten zur Verfügung gestellt werden. Damit wird jedoch nur ein Teil des Gesundheitswesens erfasst. Bis anhin fehlt im KVG eine Grundlage für die Erhebung von Angaben der Leistungserbringer im ambulanten Bereich. Gestützt auf die neue gesetzliche Grundlage von Artikel 22a werden mit den hier vorgesehenen Änderungen die Grundlagen geschaffen, dass dieser Bereich auch einbezogen werden kann. Zudem werden die zu meldenden Angaben präzisiert. Dies bedeutet, dass die Bundesstellen beauftragt sind, die entsprechenden Angaben zu erheben, auszuwerten und zu veröffentlichen. Zur Klarstellung der Kompetenzen der verschiedenen Akteure bedarf es zudem Regelungen in Bezug auf die Weitergabe und Veröffentlichung der Daten. Die Wahrung des Datenschutzes muss dabei sichergestellt werden.

Auf dieser erweiterten Grundlage sollen in Zukunft nicht nur die Ausgaben der Krankenversicherer, sondern auch Angaben über die Leistungserbringer in ambulanten Bereich sowie über die von diesen erbrachten Leistungen statistisch ausgewiesen werden können. Ziel der Erhebungen ist die Generierung von Angaben, mit denen sich die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen überprüfen lassen. Die Ausdehnung der statistischen Erhebungen wird allerdings nicht schon bei Inkrafttreten der Gesetzesänderung erfolgen, sondern in einem späteren Zeitpunkt. Das Bundesamt für Statistik (BFS) sieht vor, die Anpassungen in der Verordnung über die Durchführung der statistischen Erhebungen des Bundes (SR 431.012.1), welche im Zusammenhang mit der KVG-Teilrevision notwendig werden, im Rahmen des regulären jährlichen Anpassungsprozesses durchzuführen.

2. Planungskriterien

Die Kompetenz für die Planung liegt grundsätzlich bei den Kantonen (Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG). Der Bundesrat hat sich bis anhin einzig als Entscheidungsinstanz im Beschwerdeverfahren zu den kantonalen Planungen geäußert und gewisse Richtlinien herausgebildet. Mit Inkrafttreten der Totalrevision der Bundesrechtspflege am 1. Januar 2007 wurde Artikel 53 KVG in seiner bisherigen Form aufgehoben und die Entscheidkompetenz dem Bundesverwaltungsgericht übertragen. Im Rahmen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung wird der Bundesrat beauftragt, einheitliche Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit zu erlassen.

Die bundesrätliche Kompetenz zum Erlass von Planungskriterien ist mit der Aufarbeitung und Konsolidierung der Planungskriterien, welche der Entscheidpraxis des Bundesrates zu Grunde liegen, verbunden. Zudem ist wegen des Übergangs zur Tarifierung mittels leistungsbezogener Pauschalen der

Bezug zu den unter Federführung der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren erarbeiteten und verabschiedeten „Leitfaden zur leistungsorientierten Spitalplanung“ notwendig. Die Revisionsvorlage enthält zudem neue Vorgaben wie die Verpflichtung zur Koordination der Planungen zwischen den Kantonen.

Mit den Planungskriterien sollen die Unterschiede in den Planungskonzepten verringert und der effiziente Mitteleinsatz gefördert werden. Ziel ist die Verringerung von Überkapazitäten. Zudem soll sowohl im System der Planung als auch in jenem der Finanzierung der Leistungsbezug geschaffen werden, so dass bezüglich Planung und -finanzierung Kompatibilität besteht. In diesem Sinne übernehmen die Kriterien eine steuernde Funktion im Rahmen der Einführung einer leistungsorientierten Spitalplanung.

Mit den neuen Instrumenten der Leistungsfinanzierung und der freien Spitalwahl sollen die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und den Qualitätswettbewerb gefördert werden. Damit wird indessen nicht die über eine bedarfsgerechte Spitalversorgung hinausgehende Mengenausweitung, welche sich in der Form von unnötigen Hospitalisationen manifestiert, verhindert. Im Gegenteil, Spitäler können ein Interesse haben, ihr Angebot zu erhöhen, was eine Erhöhung der Nachfrage induziert. Das im Rahmen der Gesetzesrevision beschlossene Festhalten am Instrument der Spitalplanung ist begründet durch die weiterhin notwendige Mengensteuerung und ist in diesem Sinne auch mit dem neuen Finanzierungssystem kohärent. Dass die Zulassung der Einrichtungen der Planung einer bedarfsgerechten Versorgung entsprechen soll impliziert ebenfalls, dass das auf der Liste aufgeführte Angebot an Einrichtungen mit dem gesamten Versorgungsbedarf für die Kantonseinwohnerinnen und Kantonsbewohner übereinstimmen muss. In Verbindung mit der auf alle Einrichtungen anwendbaren Finanzierungsregelung wird der Anreiz erhöht, bedarfsgerecht zu planen und für die obligatorisch versicherten Patienten das Angebot in einem bestimmten Leistungsbereich innerkantonal oder ausserkantonal zu sichern. So werden im Spitalbereich auch mögliche Unterschiede zwischen der Finanzierungspraxis der einzelnen Kantone vermieden. Die neu vorgesehene Möglichkeit der Versicherer, mit nicht auf der Liste des Kantons aufgeführten Spitälern Verträge über die Vergütung von Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abzuschliessen, tangiert die bedarfsgerechte Spitalplanung nur beschränkt. Dass Nicht-Listenspitäler beim Bestehen eines Bedarfs zumindest einen Teil der gesetzlichen Leistungen auf vertraglicher Basis erbringen können, erlaubt es den Kantonen, im Rahmen der Listenspitäler eine knappe Bedarfsplanung durchzuführen. Den Kantonen nicht erlaubt ist indessen, dass keine bedarfsgerechte Planung erstellt wird.

In Absatz 3 der Übergangsbestimmungen zur Gesetzesänderungen wird festgehalten, dass die kantonalen Spitalplanungen bis spätestens drei Jahre nach dem Einführungszeitpunkt der leistungsbezogenen Pauschalen den geänderten Anforderungen entsprechen müssen. Trotz der relativ langen Frist zur Überarbeitung der Planungen dürfte es sich empfehlen, mit der Überarbeitung bereits kurze Zeit nach Inkrafttreten der Vorlage zu beginnen, dies insbesondere wegen der komplexen Zusammenhänge zwischen Leistungsplanung, Leistungsfinanzierung, Qualität und Wirtschaftlichkeit.

3. Anerkennung der Geburtshäuser als Leistungserbringer

Mit der Gesetzesänderung werden neu die Geburtshäuser als Leistungserbringer im Gesetz verankert. Bereits im Rahmen der im Dezember 2003 vom Parlament verworfenen Vorlage zur KVG-Revision war vorgesehen, dass die Geburtshäuser als Leistungserbringer gemäss KVG gelten sollen. Dies, weil die Entbindung in einem Geburtshaus nach Ansicht der Ratsmehrheit einem Bedürfnis entspricht. Die Voraussetzungen für die Zulassung der Geburtshäuser zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung werden in Analogie zur Zulassung der anderen Leistungserbringer geregelt.

Eine neue Bestimmung muss entsprechend in die Verordnung eingefügt werden.

4. Rechnungskontrolle und Datenbereitstellung für die Weiterentwicklung des Tarifsystems

Die Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen in der Form diagnosebezogener Fallpauschalen macht Datenlieferungen vom Leistungserbringer an den Versicherer erforderlich. Die Datenlieferungen erhalten wegen der Erfassung der Diagnosen Informationen, welche im Sinne des Datenschutzes als

besonders heikle Personendaten gelten. In diesem Sinne muss sichergestellt werden, dass diese Angaben zu keinem anderen Zweck verwendet werden können als dem gesetzlich vorgesehenen.

Die Datenweitergabe an die Versicherer ist unabdingbar, weil diese zur Rechnungskontrolle personenbezogene Daten benötigen. Zudem werden die Daten zur Weiterentwicklung des Tarifsystems und zur Kontrolle der Systemumsetzung durch die mit dieser Aufgabe betraute Stellen benötigt.

5. Leistungsbezogene Pauschalen

Im Rahmen der Revision des KVG kamen die Eidgenössischen Räte überein, die stationäre Behandlung – einschliesslich des Aufenthalts in einem Spital oder Geburtshaus - durch Pauschalen abzugelten. Diese Pauschalen sollen in der Regel Fallpauschalen sein, müssen jedoch stets leistungsbezogen sein und auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen beruhen. Die Einführung der Pauschalen nach Artikel 49 Absatz 1 KVG sowie der Finanzierungsregelung nach Artikel 49a KVG – muss einschliesslich des Einbezugs der Investitionskosten - bis spätestens 31. Dezember 2011 abgeschlossen sein. Der Bundesrat ist zuständig, einerseits die Modalitäten zur Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen zu bestimmen und andererseits das Verfahren festzulegen, nach dem die vor Inkrafttreten der Änderung getätigten Investitionen in die Tarifiermittlung einbezogen werden.

Die Frage der Investitionen ist in der VKL geregelt. Die Festlegung der Einführungsmodalitäten hingegen erfolgt mittels der vorliegenden Verordnungsrevision. Die Zuständigkeit des Bundesrates für die Festlegung der Einführungsmodalitäten ermöglicht die Festsetzung verbindlicher Rahmenbedingungen für die Umsetzung der leistungsbezogenen Pauschalen. Diese Rahmenbedingungen betreffen namentlich die Anforderungen, die von den Tarifpartnern im Rahmen des Genehmigungsverfahrens zu erfüllen sind. Zudem kann der Bundesrat eine flexible Regelung für die Einführung von Tarifstrukturen in jenen Bereichen vorsehen, die zumindest bis anhin in einem System vom Typus DRG nicht korrekt abgebildet werden können. Um eine ungerechtfertigte Kostenerhöhung anlässlich der Einführung der Pauschalen zu vermeiden, werden die Tarifpartner dazu verpflichtet, die erforderlichen Begleitmassnahmen vorzusehen. Damit das leistungsbezogene Vergütungssystem nicht nur im Zeitpunkt der Einführung der Pauschalen nach Artikel 49 Absatz 1 KVG, sondern auch danach in der ganzen Schweiz einheitlich angewendet werden kann, werden die Tarifpartner verpflichtet, dem Bundesrat nicht nur die Tarifstrukturen, sondern auch die Anwendungsmodalitäten des Tarifs zur Genehmigung vorzulegen. Diese werden auf Verordnungsebene verankert.

6. Streichen des Begriffs „teilstationär“

Bereits im Rahmen der im Dezember 2003 vom Parlament verworfenen Vorlage zur KVG-Revision sprachen sich die Eidgenössischen Räte dafür aus, dass nur noch zwischen ambulanten und stationären Behandlungen unterschieden werden und das Konzept der teilstationären Behandlung im KVG gestrichen werden soll. Der Grund liegt darin, dass sich das Konzept der teilstationären Behandlung in der Praxis nicht bewährt hat. Zwar werden teilstationäre Behandlungen durchgeführt. Diese werden jedoch in der überwiegenden Mehrheit wie ambulante Leistungen abgerechnet, Tarife für teilstationäre Behandlungen sind die Ausnahme.

III. Besonderer Teil: Erläuterung der einzelnen Bestimmungen

Aufsichtsdaten

Artikel 28

Der Artikel entspricht im Grundsatz dem vormaligen Artikel 28 KVV. Bei diesen bis anhin erhobenen versicherungsorientierten Daten handelt es sich um Aufsichtsdaten, welche zur Überwachung des Vollzugs der Versicherung erforderlich sind (Führungsinformationen). Inhaltlich entspricht die neue Regelung der vormaligen.

Artikel 28a

Neu wird bestimmt, dass nicht nur die Versicherer, sondern auch von diesen beauftragte Dritte dem BAG die anfallenden Daten zur Verfügung stellen können, wenn das BAG diese zur Überwachung der Durchführung der Krankenversicherung benötigt. Der Begriff „im Auftrag“ impliziert, dass der Versicherer einen Dritten mit den technischen und administrativen Arbeiten zur Datenbereitstellung und der Übermittlung betrauen kann. Die Verantwortung für die Datenweitergabe an das BAG trägt nach wie vor der Versicherer.

Artikel 28b

In Analogie zu den Daten der Versicherer sollen auch die Daten der Leistungserbringer veröffentlicht werden. Inhaltlich entspricht Artikel 28b dem vormaligen Artikel 31.

Artikel 30

Dieser Artikel wird aufgehoben, weil die Erhebung der Angaben der Spitäler und Pflegeheime in Artikel 22a Absatz 3 des Gesetzes, welcher indessen für alle Leistungserbringer Gültigkeit hat, enthalten ist.

Artikel 31

Artikel 31 regelt die Veröffentlichung der durch das BFS erhobenen Daten der Leistungserbringer. Neu werden insbesondere medizinische Qualitätsindikatoren sowie Angaben über die Qualifikation der Leistungserbringer veröffentlicht.

Artikel 37

Infolge des Wegfalls des Begriffs „teilstationär“ ist die Verordnungsbestimmung anzupassen. In Bezug auf die Vergütung der stationären Behandlung von Versicherten mit Wohnsitz im Ausland bedarf der Artikel einer Anpassung an die neue Finanzierungsregelung. Mit dem Einschluss der Investitionskosten in die leistungsbezogenen Pauschalen entfällt der Grund für die Differenzierung der Tarife nach inner- und ausserkantonalen Versicherten. Zur Anwendung kommt der Tarif des Leistungserbringers.

Artikel 55a

Damit die Geburtshäuser zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig sein können, müssen sie sinngemäss die von den Spitälern geforderten Anforderungen nach Artikel 39 KVG erfüllen. Hervorzuheben ist, dass die ausreichende Betreuung durch eine Hebamme garantiert werden muss. Diese trägt die Verantwortung für die Betreuung der Versicherten im Rahmen einer komplikationslosen Geburt. Sie entscheidet, wann weitere Personen beigezogen werden müssen und unter welchen Umständen eine Versicherte im medizinischen Notfall in ein Spital überwiesen wird. Somit muss das Geburtshaus so organisiert sein, dass es auf medizinische Notfälle richtig reagieren kann.

Kriterien für die Spitalplanung

Artikel 39 Absatz 2ter KVG beauftragt den Bundesrat, einheitliche Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit zu erlassen. Die Beachtung der Planungskriterien ist für die Kantone bei der Zulassung der Leistungserbringer verbindlich. In den vorliegenden Bestimmungen über die Planungskriterien werden mit dem Begriff Einrichtungen sowohl die Spitäler, die Geburtshäuser und die Pflegeheime als Ganzes als auch entsprechende Abteilungen verstanden.

Artikel 58a

Artikel 39 KVG äussert sich zu den grundsätzlichen Aspekten der Planung und bezeichnet deren Zielsetzung und Elemente. Die Planungsschritte und –elemente werden in der Verordnung näher definiert. Der Kanton muss mit der Planung den Versorgungsbedarf der im Kanton wohnenden Bevölkerung in Spitälern oder Geburtshäusern sowie in Pflegeheimen ermitteln und das entsprechende Angebot inner- oder ausserkantonal sicherstellen. Gegenstand der Planung sind die Leistungen für alle

obligatorisch Krankenversicherten. Die Planungskriterien gelten für alle Versicherten, ohne Berücksichtigung, ob eine zusätzliche Versicherungsdeckung besteht.

Artikel 58b

Absatz 1 äussert sich zum ersten Planungsschritt, der Bedarfsermittlung. Im Rahmen einer leistungsorientierten Spitalplanung stehen die Leistungsdaten wie Fall- bzw. diagnosebezogene Falldaten im Vordergrund, im Rahmen einer Kapazitätsplanung die Betriebsdaten wie Aufenthaltsdauer oder Bettenbelegung. Die Bedarfsermittlung kann sowohl analytisch (Prognose der künftigen Bedarfsdeterminanten) als auch normativ (Bestimmung des Bedarfs an Hand von Sollwerten) erfolgen. Vergleiche, welche im Rahmen der Bedarfsermittlung angestellt werden, sollen namentlich die Orientierung am Besten, also ein Benchmarking erlauben, im Gegensatz zur Fortschreibung der bestehenden Trends. Unter den in Absatz 1 genannten Strukturanalysen sind insbesondere die Vernetzung der ambulanten und stationären Versorgung sowie die Substitutionsmöglichkeiten zu verstehen. Mit Rücksicht auf die unterschiedliche Situation in den Kantonen soll im Zusammenhang mit der leistungsorientierten Spitalplanung auf die verbindliche Festsetzung einer Methode verzichtet werden. Damit kann sowohl den Unterschieden in der Datenlage als auch in Bezug auf die methodischen Ansätze Rechnung getragen werden.

Absatz 2 hält fest, dass die Kantone in einem zweiten Planungsschritt das Angebot unter Berücksichtigung der aufgelisteten Kriterien überprüfen und eine Auswahl treffen müssen mit dem Ziel, das Angebot dem Bedarf sowie einer effizienten und qualitativ hochstehenden bedarfsgerechten Leistungserbringung anzupassen. Notwendig ist daher der Bezug zur Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen. Die Versorgungssicherheit ist gewährleistet, wenn der Bedarf korrekt ermittelt wurde und das bedarfsgerechte Angebot zugewiesen und gesichert ist.

In den Absätzen 3 und 4 werden die Begriffe Wirtschaftlichkeit und Qualität präzisiert. Einheitliche Kriterien sind erforderlich, weil mit der Auswahl der auf der Liste zugelassenen Einrichtungen eine wichtige Voraussetzung geschaffen wird um zu bestimmen, zu welchem Preis und mit welcher Qualität künftig Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht werden können. Eine einheitliche Basis ist einerseits erforderlich, weil sich die Spitaltarife nach Artikel 49 Absatz 1 KVG an der Entschädigung jener Spitäler orientieren müssen, welche die Leistungen in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen und andererseits, weil die zugelassenen Spitäler ihre Leistungen zum festgesetzten Preis mit der nötigen Qualität erbringen müssen. Sinngemäss gilt diese Regel auch für die Pflegeheime und Geburtshäuser.

Absatz 5 hält fest, dass die Funktion der Mengensteuerung, welche durch eine bedarfsgerechte Planung erzielt wird, mit der Einführung der leistungsbezogenen Spitalfinanzierung und mit der freien Spitalwahl erhalten bleibt; die ausführliche Begründung findet sich in Punkt II. 2. Bis anhin stützte sich die bundesrätliche Rechtsprechung zu den Spitalplanungen zur Beurteilung der Mengensteuerung auf die Bettenzahlen. Mit der Einführung der leistungsorientierten Planung für Akutspitäler und Geburtshäuser nach Artikel 58c Absatz 1 erfolgt die Mengensteuerung mittels Instrumenten, welche sich auf die Leistungen beziehen. In diesem Sinn werden die Kantone verpflichtet, die Zulassung der Leistungen mit einem Instrument der Mengensteuerung zu verknüpfen. Analog zur Methode der leistungsorientierten Spitalplanung wird auch für die Instrumente der Mengensteuerung auf eine nähere Festsetzung der Methode verzichtet, dies aus Rücksicht auf die unterschiedliche Situation in den Kantonen. Heute können die Mengen im Rahmen einer leistungsbezogenen Spitalplanung namentlich mittels Globalbudgets oder mit einem von der Menge abhängigen variablen Kantonsbeitragsanteil gesteuert werden.

Absatz 6 nimmt Bezug auf die in Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe d erwähnte Möglichkeit einer gemeinsamen Planung und die in Artikel 39 Absatz 2bis enthaltene Verpflichtung der gesamtschweizerischen Planung für den Bereich der hochspezialisierten Medizin. Gemeinsam planen bedeutet, dass im betroffenen Leistungsbereich die Nachfrage bezogen auf die gemeinsame Wohnbevölkerung ermittelt wird bzw. bei der Beurteilung und Auswahl des Angebotes die Einrichtungen im gemeinsamen Gebiet berücksichtigt werden. Es handelt sich daher um eine Planung, die sich über die Kantons Grenzen ausdehnt. Anders ist die Situation bei den kantonalen Planungen, für welche die interkantonale Koordination näher im Artikel 58d geregelt wird. Im Rahmen einer gemeinsamen Planung kann die Ermitt-

lung des Angebotes im Übrigen auch im Rahmen der Erstellung der Liste und der Leistungsaufträgen gestützt auf Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e KVG auf kantonalen Ebene erfolgen.

Artikel 58c

In diesem Artikel werden die möglichen Arten der Planung erwähnt. Für die Spitäler und die Geburtshäuser wird nach Artikel 49 Absatz 1 KVG der Grundsatz der leistungsbezogenen Pauschalen eingeführt. Sowohl von der Tarifseite als auch von der Planungsseite her sind jedoch derzeit nur für den akutsomatischen Bereich Grundlagen vorhanden, welche die Abkehr vom Pfl egetag erlauben; eine solche sollte auch für die Geburtshäuser möglich sein. In diesem Sinne wird für den somatischen Akutbereich und für die Geburtshäuser eine leistungsorientierte Planung verordnet. Für die Psychiatrie- und Rehabilitationskliniken wird ausdrücklich die Möglichkeit einer Kapazitätsplanung belassen. Kapazitäten bleiben als Leistungsgrösse vertretbar, bis eine nähere Bezeichnung der Leistung sowohl für die Tarifierung als auch für die Planung realisierbar ist. Im Pflegeheimbereich hält sich die Planungsgrösse den für die Bedarfsabklärung und die Tarifierung anzuwendenden Systeme nach Artikel 8 Absatz 4 und Artikel 9 Absatz 4 KLV.

Artikel 58d

Die in den Absätzen 1 und 2 verankerten Kriterien umschreiben die Anforderungen an die neu vorgesehene Koordination der Planungen (Art. 39 Abs. 2 KVG) und gelten für alle Einrichtungen. Mit der KVG-Revision werden die Patienten aufgrund von Artikel 41 Absatz 1bis KVG unter den auf einer Spitalliste aufgeführten Spitälern frei wählen können, ohne dass wie heute bei nicht medizinisch indizierter Hospitalisation der Beitrag des Kantons wegfällt. Die Situation dürfte sich aber gegenüber heute nicht wesentlich ändern. Schon heute können die Versicherten mit einer kostengünstigen Zusatzversicherung die Spitäler frei wählen. Im Rahmen einer bedarfsgerechten Versorgung bestimmen die Kantone aufgrund der ihnen zur Verfügung stehenden Informationen über die Patientenströme, ob sie zur Sicherung des ausserkantonalen Angebotes für die Kantonseinswohnerinnen und Kantonseinswohner zu einer engeren Zusammenarbeit und Konsenssuche im Rahmen ihrer Planungen verpflichtet sind. Auch mit der freien Spitalwahl muss eine bedarfsgerechte Versorgung gewährleistet werden, das heisst, die Leistungserbringung muss dem Bedarf entsprechen. Dies wäre nicht der Fall, wenn ein Kanton für seine Bevölkerung die Leistungen, die innerkantonale nicht erbracht werden, nicht ausserkantonale sichert. Es darf auch nicht sein, dass ausserkantonale Patienten die Leistungen, die für die Kantonsbevölkerung des Standortkantons oder einer bestimmten Region vorgesehen sind, beanspruchen und die Patienten, für welche die Leistungen geplant waren, verdrängen. In diesem Zusammenhang ist der Begriff der wesentlichen Versorgungslücke massgebend, in Anlehnung an die bisherige Rechtsprechung des Bundesrates. Ziel ist die Erfassung von Situationen, in denen die Patientenströme einen wesentlichen Einfluss bezogen auf Angebot und Nachfrage haben. Mit der Berücksichtigung des Kriteriums der wesentlichen Versorgungslücke soll einerseits gesichert werden, dass die Patientinnen und Patienten die notwendige Behandlung erhalten können und die Planung anderer Kantone nicht beeinträchtigt wird. Andererseits geht es um die Beurteilung, ob die - nach der innerkantonalen aber auch nach der zusätzlichen ausserkantonalen Sicherung des Angebotes - noch verbleibende Nachfrage der Wohnbevölkerung, die in einem anderen Kanton gedeckt werden muss, für diesen anderen Kanton oder für die betroffene Einrichtung von Bedeutung ist. Mit der Anwendung des Kriteriums der wesentlichen Versorgungslücke wird die in der Rechtsprechung entwickelte Regel, welche die Kleinkantone von der Verpflichtung zur Aufnahme von ausserkantonalen Einrichtungen befreit, überflüssig.

Die neue Gesetzesbestimmung über die Koordination der Planung kann sich indessen nicht auf die aufgrund des bisherigen Rechts entwickelte Rechtsprechung des Bundesrates beschränken. Zur Sicherstellung einer qualitativ guten und wirtschaftlichen Versorgung müssen die Kantone darauf achten, dass die Möglichkeiten der Optimierung der wirtschaftlichen Mitteleinsatzes und der Qualität der Leistungen auch unter Berücksichtigung des ausserkantonalen Angebotes genutzt werden. Dazu gehören die Vermeidung von Doppelspurigkeiten und die Nutzung von Synergien. Ohne die Erfüllung dieses Kriteriums würden das Sparpotenzial nicht ausgeschöpft und die Qualitätsoptimierung nicht

umgesetzt. Dies wäre nicht im Sinne einer bedarfsgerechten Planung und würde die obligatorische Krankenpflegeversicherung wie auch die Kantone belasten.

Absatz 3 bezieht sich auf die in Artikel 58b Absatz 5 festgehaltene Mengensteuerung. Diese erfolgt in der Regel durch den Standortkanton. Grundlage ist der Versorgungsbedarf der kantonalen Bevölkerung, unter Abzug der ausserkantonale beanspruchten Leistungen und mit Hinzurechnung der von ausserkantonalen Patienten beanspruchten Leistungen. Im Fall von ausschliesslich vom Wohnkanton zugelassenen Institutionen liegt die Mengensteuerungskompetenz bei diesem Kanton.

Artikel 58e

Mit diesem Artikel sollen die Kompetenzen in Bezug auf die Überprüfung der Dienstleistungs- und Infrastrukturvoraussetzungen festgelegt werden, die für den Einbezug der Institutionen in die Planung gelten. Die in Absatz 2 festgesetzte Regel impliziert für Pflegeheime, dass die Dienstleistung und die Infrastruktur den zu behandelnden Patienten gemäss Pflegestufen bzw. gemäss Krankheitsbildern, die spezielle Anforderungen beinhalten – wie z.B. die Überwachung von Alzheimerpatienten –, angepasst sein müssen. Für Geburtshäuser ist davon auszugehen, dass keine dauernde ärztliche Betreuung, sondern Massnahmen für den medizinischen Notfall gewährleistet sein müssen, weil die Einrichtungen für Geburten ohne vorhersehbare Komplikationen vorgesehen sind. Im Fall von Risikogeburten sind die medizinische Infrastruktur und die ärztliche Betreuung, d. h. eine Spitalinfrastruktur, unumgänglich. Wie für die anderen Einrichtungen sind für Spitäler die Dienstleistungs- und Infrastrukturvoraussetzung mit den Leistungsaufträgen abzustimmen.

Artikel 58f

Die Zuweisung und Sicherung des für die bedarfsgerechte Versorgung benötigten Angebotes erfolgt durch Listen und Leistungsaufträge. Nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e KVG ist die Liste nach Leistungsaufträgen in Kategorien zu gliedern. Die Gliederung der Liste erfolgt aufgrund der in den Leistungsaufträgen nach Artikel 58g Absätze 2 und 3 festgesetzten Leistungsspektren.

Die in Artikel 49a Absatz 4 KVG vorgesehene Möglichkeit für die Versicherer, Verträge mit nicht nach Artikel 39 zugelassenen Spitälern zu schliessen, kann eine bezogen auf den Bedarf knappe Planung, nicht aber ein ungenügendes Angebot in den Listenspitälern rechtfertigen. Bei einer nicht wesentlichen Versorgungslücke besteht keine Verpflichtung, das ausserkantonale Angebot festzusetzen.

Für Institutionen mit leistungsorientierter Planung ist die Regelung der Mengensteuerung im Leistungsauftrag enthalten (vgl. Art. 58g Abs. 4). Für den Fall, dass die Spitalplanung kapazitätsorientiert erfolgt legen die Absätze 3 und 4 fest, dass die zugelassenen Kapazitäten auf der Spitalliste als Mengensteuerungsgrösse auszuweisen sind. Im Pflegeheimbereich genügt die Zuweisung von Richtzahlen für den Gesamtkanton.

Artikel 58g

Der Begriff „Leistungsauftrag“ wird in Artikel 39 KVG verwendet. Im Rahmen der leistungsorientierten Planung sind indessen sowohl Leistungsaufträge als auch Leistungsvereinbarungen möglich, welche als Rahmen- und Jahresverträge ausgestaltet sind. Die ersten beinhalten eher die Regelung der geplanten Menge, die zweiten die jährlich variablen Mengen und Preise. In diesem Zusammenhang müssen die Leistungsaufträge im Sinne des Gesetzes auch Elemente der Leistungsvereinbarungen, namentlich im Zusammenhang mit der Mengensteuerung, beinhalten.

Absatz 1 präzisiert den Inhalt der Leistungsaufträge für alle Einrichtungen.

Die Kategorisierung der Spitäler und Geburtshäuser erfolgt aufgrund des Leistungsspektrums nach Absatz 2. Die Strukturierung ist für die Transparenz und die Einheitlichkeit der Leistungsaufträge von grundsätzlicher Bedeutung.

Absatz 3 bezieht sich auf die Pflegeheime. Deren zugelassenes Leistungsspektrum wird durch die Patientenkategorien und die Pflegebedarfsstufen der Patienten definiert. Dieser Grundsatz hat insbesondere eine Bedeutung, wenn nicht alle Pflegeheime für die Behandlung von Patienten aller Pflegestufen zugelassen sind.

Absatz 4 hält fest, dass Leistungsvereinbarungen, die aufgrund einer leistungsorientierten Planung erteilt werden, die Regelung der Mengensteuerung zu beinhalten haben.

Die Absätze 5 und 6 beziehen sich auf mögliche Auflagen, insbesondere in Bezug auf Vorhalteleistungen, auf die Qualitätssicherung sowie auf die Aufnahmepflicht für ausserkantonale Patienten. Letztere besteht nach Artikel 41a Absatz 2 KVG nur in den Fällen, in denen Leistungsaufträge vorliegen.

Absatz 7 nennt die Möglichkeit der Erteilung von gemeinsamen Leistungsaufträgen und steht im Zusammenhang mit der gesetzlichen Vorgabe zur Koordination der Planung (Art. 39 Abs. 2).

Artikel 58h

Die Planung ist als Prozess zu verstehen. Die Kantone sind verpflichtet, ihre Planungen den sich ändernden Umständen anzupassen.

Rechnungsstellung

Artikel 59

Damit die Vertraulichkeit der Daten gewährleistet werden kann und sichergestellt ist, dass diese nur zur Rechnungsprüfung verwendet werden, soll neu festgehalten werden, dass eine klare Trennung zwischen der Rechnung für die Grundversicherung und Zusatzversicherung erfolgen muss. Das heisst, dass nicht nur die jeweiligen Leistungen auf der Rechnung zu unterscheiden sind, wie dies nach der heutigen Fassung von Artikel 59 Absatz 3 KVV der Fall ist, sondern dass zwei getrennte Rechnungen erstellt werden müssen. Analog muss auch dafür gesorgt sein, dass die jeweiligen administrativen Prozesse beim Versicherer vollständig voneinander getrennt werden. Zudem soll in einem neuen Absatz 1bis festgehalten werden, dass alle diagnosebezogenen Daten 30 Tage nach erfolgter Rechnungskontrolle zu löschen sind.

Leistungsbezogene Tarifierung

Artikel 59d

Im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ist vorgesehen, dass ein Tarifvertrag erst nach der Genehmigung durch die zuständige Behörde wirksam wird. Genehmigungsbehörde im Falle von gesamtschweizerischen Tarifverträgen ist nach Artikel 46 Absatz 4 KVG der Bundesrat. Die Genehmigungsbehörde prüft jeweils, ob der Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Billigkeit und Wirtschaftlichkeit in Einklang steht.

Hauptziel der Einführung von einheitlichen Tarifstrukturen in der ganzen Schweiz ist die Erhöhung der Transparenz des Systems bezüglich Kosten und Leistungen. Insbesondere wird es dank dieser Transparenz möglich sein, gesamtschweizerische Spitalvergleiche durchzuführen. Folglich braucht es in der ganzen Schweiz einheitliche Regeln bezüglich der Grundlage, auf der die Tarifstrukturen aufgebaut werden. Ein einheitliches Vorgehen kann jedoch nur durch ein Genehmigungsverfahren gewährleistet werden, bei dem der Bundesrat ein vollständiges Vergütungssystem prüft; die Tarifstruktur stellt neben den Anwendungsmodalitäten des Tarifs ein Kernelement dieses Systems dar. Die vorliegende Bestimmung gibt dem Bundesrat die Möglichkeit, den Tarifvertrag im Hinblick auf die geltenden Gesetzesvorschriften zu überprüfen sowie für eine einheitliche und gesetzeskonforme Anwendung des neuen Vergütungssystems in der ganzen Schweiz zu sorgen.

In den Anwendungsmodalitäten des Tarifs sind sämtliche abstrakten Regeln zusammengefasst, die sowohl für die Ermittlung des Tarifs als auch für das Geltendmachen der Vergütung einer Leistung in Einzelfällen nötig sind. Insbesondere betrifft dies die Definition der Fälle und der Abrechnungsregeln, zu der in einem System vom Typ DRG namentlich auch die Regeln für Ausreisserfälle (*outliers*) oder für allfällige Zusatzentgelte gehören. Die Anwendungsmodalitäten wirken sich somit nicht nur direkt auf die Gestaltung der Tarifstruktur aus (Referenzspitäler), sondern in einem späteren Zeitpunkt auch auf die Verrechnung der Leistungen durch die Spitäler (Verlegung in ein anderes Spital, Rehospitalisation usw.). Dementsprechend müssen die Anwendungsmodalitäten auch Regeln zur Vermeidung potentieller negativer Anreize im Zusammenhang mit der Anwendung eines Vergütungssystems auf der Basis von Fallpauschalen enthalten. Beispiele solcher Anreize wären eine künstliche Erhöhung

der Fallzahlen, durch verfrühte Spitalentlassungen bedingte Rehospitalisationen oder ungerechtfertigte Leistungsverchiebungen. Der Bundesrat muss überprüfen, ob diese Regeln die geltenden Gesetzesvorschriften, insbesondere die Bestimmungen der VKL, erfüllen. Die Anwendungsmodalitäten des Tarifs werden als Bestandteil der Tarifstruktur und damit des Tarifvertrages betrachtet und bedürfen deshalb ebenfalls der Genehmigung durch den Bundesrat.

Zur Vermeidung potentieller negativer Auswirkungen eines Fallpauschalen-Systems auf die Leistungsqualität, welche sich aus einer medizinisch nicht angezeigten Verkürzung der Aufenthaltsdauer ergeben könnten, müssen die Tarifpartner dem Genehmigungsgesuch einen gemeinsamen Vorschlag mit Instrumenten und Mechanismen beilegen, die dafür sorgen sollen, dass im Rahmen der Tarifanwendung die Qualität gewährleistet bleibt.

Zur Prüfung der Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsprinzips ist es angebracht, von den Tarifpartnern mittel- und langfristige Prognosen über die Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Entwicklung der Kosten für die obligatorische Krankenpflegeversicherung zu verlangen. Diese Auflage besteht nicht nur beim ersten Antrag zur Genehmigung des Tarifvertrags, sondern auch bei allfälligen Anpassungen dieses Vertrags. Sie ist klar von der Frage der Einhaltung des Gebots der Kostenneutralität zu unterscheiden, die sich beim Wechsel zu einem anderen Tarifmodell stellt und in Absatz 3 der Übergangsbestimmungen zur vorliegenden Verordnung geregelt ist.

Die in Absatz 2 enthaltenen Vorschriften sind auf ein Vergütungssystem vom Typ DRG zugeschnitten. Sie ergänzen die Anforderungen gemäss Absatz 1 unter Berücksichtigung der Besonderheiten dieses Systems.

Damit eine einheitliche Anwendung der leistungsbezogenen Pauschalen vom Typ DRG sichergestellt werden kann, müssen sich alle Spitäler, die Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbringen, insbesondere auch die zur Ermittlung der Tarifstruktur herangezogenen Referenzspitäler, an verbindliche Kodierungsrichtlinien halten, die für die ganze Schweiz gültig sind (Kodierungshandbuch). Die Festlegung der Kodierungsrichtlinien wird mit dem BFS koordiniert; dieses ist gemäss Verordnung über die Organisation der Bundesstatistik für die Erstellung und Aktualisierung von Klassifikationen, Nomenklaturen und Terminologien zuständig. Ausserdem haben sich die betreffenden Tarifpartner über ein Verfahren zur Kontrolle der Kodierung in den Spitälern zu einigen, das Gegenstand eines nationalen Konzepts sein muss, um insbesondere die Qualität des Tarifsystems selbst zu garantieren. Das Kodierungshandbuch und das Konzept zur Kontrolle der Kodierung werden ebenfalls als Bestandteile der Tarifstruktur betrachtet und unterstehen folglich ebenfalls der Genehmigung durch den Bundesrat.

Die Festlegung der Kriterien, die bei der Wahl der Referenzspitäler zur Anwendung kommen, ist von entscheidender Bedeutung, da die Daten, die von diesen Spitälern geliefert werden, namentlich in einem System vom Typ DRG, als Grundlage für die Erarbeitung der Tarifstruktur verwendet werden. Deshalb braucht es identische Regeln auf nationaler Ebene, die mit den geltenden Gesetzesvorschriften in Einklang sind, insbesondere um anhand einheitlicher Kriterien zuverlässige Daten über die Kosten und Leistungen zu erheben.

Nach Artikel 59c Absatz 2 KVV sind die Tarifpartner verpflichtet, die Tarife regelmässig zu überprüfen und anzupassen, wenn die Einhaltung der Grundsätze in Absatz 1 Buchstabe a und b nicht mehr gewährleistet ist. Wenn die Tarifpartner die Änderung eines Tarifvertrags im Sinne von Absatz 1 beschliessen, müssen sie nach Absatz 3 der vorliegenden Bestimmung den Tarifvertrag ungeachtet dessen, ob es sich dabei um eine Änderung der eigentlichen Tarifstruktur oder deren Anwendungsmodalitäten handelt, dem Bundesrat erneut zur Genehmigung vorlegen.

Die Tarifpartner werden zwar durch das KVG nunmehr verpflichtet, Pauschalen für die stationäre Behandlung festzulegen, doch das Gesetz trifft keinerlei näheren Aussagen über deren Ausgestaltung, so dass den Tarifpartnern innerhalb des bestehenden gesetzlichen Rahmens, der unter anderem durch Artikel 59c KVV definiert ist, bei der Erfüllung ihrer Aufgabe ein beträchtlicher Handlungsspielraum offen steht. Mit dem Inkrafttreten der Gesetzesrevision sind die Tarifpartner zwar weiterhin verpflichtet, Pauschalen zu vereinbaren, doch werden diese Pauschalen inskünftig in der Regel Fallpauschalen und immer "leistungsbezogen" sein sowie auf einheitlichen nationalen Strukturen beruhen müssen (Art. 49 Abs. 1 KVG). Während der Bezug zur erbrachten Leistung bei einem Vergütungssystem nach DRG (*Diagnosis Related Groups*) beispielsweise im Bereich der akutstationären Behand-

lung gegeben ist, könnte dies in Bereichen wie Rehabilitation oder Psychiatrie nicht der Fall sein, weil ein solches System in den betreffenden Bereichen zumindest nach heutigem Kenntnisstand nicht geeignet erscheint. Der Wortlaut von Artikel 49 Absatz 1 KVG zwingt die Tarifpartner nicht dazu, Fallpauschalen zu vereinbaren. In bestimmten Bereichen ausserhalb der akutsomatischen Behandlung ist auch die Festlegung von Tagespauschalen nicht von vornherein ausgeschlossen. Damit der Leistungsbezug selbst bei Tagespauschalen gewährleistet bleibt, wird in der Verordnung die Art des erforderlichen "Bezugs" zwischen dem Tarif und der abzugeltenden Leistung im Grundsatz festgelegt. Zur Herstellung einer grösstmöglichen Übereinstimmung zwischen der Vergütung und der erbrachten Leistung auch im Falle von Tagespauschalen ist eine Differenzierung der Tarife zu verlangen, die darin besteht, die Leistung auf zwei Ebenen zu beschreiben: einerseits die betreffende Leistung als solche (*Art der Leistung*) und andererseits die Ressourcenintensität – insbesondere der Einsatz von Personal oder technischen Hilfsmitteln –, die je nach Schweregrad und Aufwand des Behandlungsfalls unterschiedlich sein kann (*Intensität der Leistung*). Diese Anforderung wird in Absatz 4 der vorliegenden Bestimmung festgehalten.

Artikel 59e

Nach Artikel 49 Absatz 2 KVG kann pro abgerechneten Fall ein Beitrag zur Deckung der Finanzierungskosten der Organisation erhoben werden, die für die Erarbeitung, Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen zuständig ist. Über die Höhe dieses Beitrags müssen sich die Partner einigen. Der Beitrag soll in der ganzen Schweiz für jeden abgerechneten Fall erhoben werden und kann somit einem landesweit einheitlichen "Tarif" zur Abgeltung der Leistungen der oben genannten Organisation gleichgesetzt werden. Mit Blick auf Artikel 46 Absatz 4 KVG soll er folglich dem Bundesrat zur Genehmigung unterbreitet werden. Die Genehmigungsbehörde achtet bei ihrer Prüfung insbesondere darauf, dass kein ungerechtfertigter Beitrag erhoben wird.

Der Bundesrat kann auch die Erhebung des Beitrags pro Fall nach Artikel 49 Absatz 2 KVG, wie auch die Anwendung der Tarifstruktur, allgemeinverbindlich erklären, namentlich falls einzelne Leistungserbringer oder Versicherer beschliessen sollten, dem gesamtschweizerischen Tarifvertrag nicht beizutreten. Diese spezifische Bestimmung ist nicht zu verwechseln mit Artikel 46 Absatz 2 KVG, in dem unter anderem die Art und Weise des Beitritts zu und Rücktritt von einem Tarifvertrag geregelt ist. Letztere Bestimmung gilt dann, wenn Nichtmitglieder eines Verbands von Versicherern oder von Leistungserbringern einem Vertrag dieses Verbands beitreten wollen und besagt, dass der Vertrag vorsehen kann, von ihnen die Entrichtung eines angemessenen Beitrags an die Unkosten des Abschlusses und der Durchführung des Vertrags zu verlangen.

Die Aufteilung der Finanzierung des Beitrags pro Fall zwischen den Versicherern und den Kantonen wird durch Artikel 49a Absatz 1 KVG nicht direkt geregelt. Dieser Artikel behandelt die Aufteilung der Finanzierung der Vergütungen nach Artikel 49 Absatz 1 KVG. Ausgehend von der Annahme, dass die Finanzierung des Beitrags nach Artikel 49 Absatz 2 KVG denselben Regeln unterliegen muss, die für Spitalleistungen gelten, und um jegliche Unklarheit diesbezüglich zu beseitigen, bestimmt Absatz 3 der vorliegenden Bestimmung, dass Artikel 49a Absatz 1 und 2 KVG analog anzuwenden sind.

Übergangsbestimmungen

Das Datum, bis zu dem die Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen auf gesamtschweizerischer Ebene spätestens abgeschlossen sein muss, wird in den Übergangsbestimmungen zur Gesetzesänderung auf den 31. Dezember 2011 festgesetzt. Dieses Datum gilt für sämtliche Spitalbereiche (akutsomatische Behandlung, Rehabilitation, Psychiatrie, usw.) sowie für die Geburtshäuser.

Um die Erfüllung der Anforderungen von Artikel 49 Absatz 2 KVG zu überwachen und damit im Hinblick auf die Frist vom 31. Dezember 2011 gegebenenfalls frühzeitig Vorkehrungen insbesondere für den Fall getroffen werden können, dass sich die Tarifpartner nicht einig würden (behördliche Festsetzung der Tarifstruktur, angeordnete Einsetzung der Organisation) ist es notwendig, Bestimmungen auf Verordnungsebene vorzusehen. Absatz 1 schreibt den Tarifpartnern und den Kantonen vor, den Bundesrat bis zum 31. Januar 2009 schriftlich über den Stand der Arbeiten im Zusammenhang mit der Einsetzung der Organisation, die nach Artikel 49 Absatz 2 KVG für die Erarbeitung der einheitlichen

Tarifstrukturen zuständig sein wird, zu informieren. Hierzu sei angemerkt, dass die Übermittlung der Statuten der Organisation an den Bundesrat nicht aus Gründen einer Aufsicht im Sinne des Gesetzes verlangt wird, sondern lediglich damit dieser sich anhand eines offiziellen Dokuments vergewissern kann, dass die Organisation die Ziele verfolgt, welche ihr durch Artikel 49 Absatz 2 KVG übertragen wurden. Die Frist vom 31. Januar 2009 ist im Zusammenhang mit dem in Absatz 3 der vorliegenden Bestimmung festgelegten Datum zu sehen, denn dadurch werden den Tarifpartnern mindestens fünf Monate Zeit zwischen dem Ablauf der Frist für die Aufnahme der Tätigkeit der Organisation und demjenigen für die Hinterlegung des Gesuchs um Genehmigung des Tarifvertrags eingeräumt.

Es steht den Tarifpartnern und den Kantonen frei, die Aufgabe der Erarbeitung, Anpassung und Pflege der einheitlichen Tarifstrukturen nach Artikel 49 Absatz 1 KVG für die betroffenen Bereiche (akute somatische Behandlung, Rehabilitation, Psychiatrie, Geburtshaus, usw.) nicht einer einzelnen Organisation zu übertragen. Absatz 2 der vorliegenden Bestimmung verpflichtet die Tarifpartner, für die Koordinierung zwischen den genannten Bereichen zu sorgen; dies sowohl hinsichtlich der Arbeiten als auch bezüglich der erforderlichen Begleitmassnahmen.

Angesichts der konstitutiven Wirkung der Genehmigung und um zu vermeiden, dass die Tarifpartner dem Bundesrat ihr Genehmigungsgesuch zu spät vorlegen, muss den Tarifpartnern in der Verordnung eine Frist für die Einreichung des ersten Gesuchs um Genehmigung des Tarifvertrages gesetzt werden. Nach Absatz 1 der vorliegenden Bestimmung muss das betreffende Gesuch dem Bundesrat spätestens 30 Monate vor Ablauf der auf den 31. Dezember 2011 angesetzten Frist für die Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen übermittelt werden. Dies mit folgender Begründung:

Absatz 3 zieht in Betracht, dass es für die Tarifpartner wichtig ist, über eine vom Bundesrat genehmigte Fassung der Tarifstruktur verfügen zu können. Unter dem tariflichen Gesichtspunkt haben sie dadurch einerseits die Möglichkeit, auf der Basis eines Tarifvertrags und einer Tarifstruktur, die beide als gesetzeskonform anerkannt sind, gültige Verträge beispielsweise auf kantonaler Ebene abzuschliessen. Andererseits sollen die Spitäler aus technischen Überlegungen heraus auch genügend Zeit für die Anpassung ihres Informatiksystems erhalten. Damit dem Bundesrat die notwendige Zeit für die zeitgerechte Genehmigung zur Verfügung steht, ist eine Frist von mindestens sechs Monaten vorzusehen. Dieser Zeitraum stellt vor allem in dem Fall, in dem die Tarifpartner dem Bundesrat für jeden einzelnen Bereich ein Genehmigungsgesuch vorlegen würden, ein Minimum dar. Zudem ist in Bezug auf die Tarifverhandlungen davon auszugehen, dass die Tarifpartner im Prinzip während des Jahres T-1 über die Tarife verhandeln, die im das Jahr T anwendbar sein werden, und zwar auf der Grundlage der Kosten und Leistungen aus dem Jahr T-2 – ein Sachverhalt, der auch durch die Rechtsprechung des Bundesrates bestätigt wurde. Für die Abwicklung des Verfahrens ist dementsprechend ein Zeitraum von 24 Monaten vorzusehen.

Beim Wechsel eines Tarifmodells geht das KVG vom Grundsatz der Kostenneutralität aus (Artikel 59c Abs. 1 Bst. c KVV). Allerdings bringt die Revision der Spitalfinanzierung vielfältige Änderungen mit sich, die weit über die Einführung eines neuen Tarifmodells hinausgehen. Eine Kostenneutralität im engeren Sinne, wie sie bei TARMED verlangt wurde, lässt sich de facto somit nicht erreichen. Deshalb müssen die Tarifpartner im Sinne von Begleitmassnahmen ein Konzept zur Kostenkontrolle und -steuerung einschliesslich der dazugehörigen Korrekturmassnahmen ausarbeiten und umsetzen. Die Frage der Leistungsvolumen ist ebenfalls zu berücksichtigen. Insbesondere muss es bei der Umsetzung dieses Konzepts möglich sein, zwischen den Auswirkungen der Einführung des Tarifmodells an sich und den Auswirkungen, die durch die Änderung des Finanzierungsmodells verursacht sind, zu unterscheiden: neue Regelung der Finanzierungsanteile von Kantonen und Versicherern, Gleichstellung von öffentlichen und privaten Spitälern, Berücksichtigung der Investitionen bei den Pauschalen, Einführung der freien Spitalwahl.

Die Tarifpartner können nach Artikel 49 Absatz 2 KVG pro abgerechneten Fall einen Beitrag zur Finanzierung der Tätigkeit der Organisation erheben, die für die Erarbeitung, Anpassung und Pflege der einheitlichen Tarifstrukturen verantwortlich ist. Artikel 59e regelt die Bedingungen für die bundesrätliche Genehmigung und die Finanzierung des Beitrags. Absatz 4 bezieht sich auf die erstmalige Genehmigung des vorgesehenen Betrags.

