



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI

Bundesamt für Gesundheit BAG
Office fédéral de la santé publique OFSP

Bericht zu den Ergebnissen der Anhörung zur

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) und
der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung
durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL)

Rapport sur les résultats de l'audition relative à la

Modification de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) et de
l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations
par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans
l'assurance-maladie (OCP)

September/septembre 2008

INHALT

Durchführung der Vernehmlassung	3
Zustimmung und Kritik	4
Liste der Stellungnahmen im Anhörungsverfahren	9
Ergebnisse im Einzelnen	12
- KVV	12
- VKL	135
- Allgemeine Stellungnahmen	172

SOMMAIRE

Organisation de la consultation	3
Approbation et critique	4
Liste des avis exprimés lors de l'audition	9
Résultats en détail	12
- OAMal	12
- OCP	135
- OPAS	172
- Prises de position générales	

Durchführung

Mit Schreiben vom 4. Februar 2008 lud das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) die Kantonsregierungen, die politischen Parteien und die interessierten Organisationen ein, zu den Änderungen der KVV, VKL und KLV bis zum 4. Mai 2008 Stellung zu nehmen.

Die Anhörungsunterlagen wurden an 190 Adressatinnen und Adressaten versandt. 26 Kantone, 4 Parteien und 58 andere interessierte Stellen und Organisationen (insgesamt 88) äusserten sich näher zu den vorgeschlagenen Änderungen.

Organisation

Par lettre du 4 février 2008, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a invité les gouvernements cantonaux, les partis politiques et les organisations intéressées à s'exprimer sur les modifications de l'OAMal, l'OCP et l'OPAS jusqu'au 4 mai 2008.

La documentation relative à l'audition a été envoyée à 190 destinataires. 26 cantons, 4 partis et 58 autres intéressés (88 au total) ont exprimé leur avis sur les modifications proposées.

Zustimmung und Kritik

Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)

Der Vorschlag enthielt die Änderungen, welche notwendig werden, weil dem Bundesrat mit der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung neue oder erweiterte Kompetenzen zugewiesen werden. Betroffen sind die Bereiche Statistik, Spitalplanung und Tarifierung. Weil die Diagnosen, die als besonders schützenswerte Personendaten gelten, bei der Tarifentwicklung sowie der Rechnungsstellung eine wichtige Funktion einnehmen, wurden zudem Anpassungen zur Sicherstellung des Datenschutzes vorgeschlagen. Die eingegangenen Stellungnahmen gaben das Meinungsspektrum wieder, das in einem Bereich, in dem ein Gleichgewicht zwischen vom Staat festgesetzten Rahmenbedingungen einerseits und Wettbewerb andererseits angestrebt wird, vertreten wird. Von der Meinung, die eingeschlagene Richtung widerspreche den Zielen des Gesetzes und der Forderung des Verzichts auf sämtliche Regulierungsvorschläge durch die SVP, jener nach Reduktion der Planungsvorschriften durch die FDP und CVP bis hin zum Einverständnis mit der eingeschlagenen Richtung und der Forderung nach Schaffung von mehr Transparenz und dem Ausbau der Regulierungen durch die SP.

Statistik: Opposition erwächst von Seiten der Versicherer, die sich heftig gegen die Pflicht zur Datenlieferung durch von den Versicherern beauftragte Dritte ausspricht. Zudem wird die Berechtigung der bereits heute bestehenden Bestimmungen in Zweifel gezogen. Die Kantone befürworten grundsätzlich den in die Anhörung gegebenen Vorschlag an. Gewünscht wird, dass die Angaben zu den Reserven, Rückstellungen und Verwaltungskosten je Kanton ausgewiesen werden. Die Spitäler schlagen vor, dass nicht allein Daten zur Wirtschaftlichkeit ausgewiesen werden, sondern dass Menge und Schwere der Krankheiten berücksichtigt werden.

Umgang mit den diagnosebezogenen Angaben: Die Versicherer und die Kantone betrachten die Frist von 30 Tagen nach der Rechnungskontrolle, nach der die auf der Rechnung aufgeführten diagnosebezogenen Daten gelöscht werden müssen, als zu kurz. Die Versicherer bringen vor,

Approbation et critique

Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal)

La proposition contenait les modifications qui s'avéraient nécessaires en raison des compétences nouvelles ou étendues attribuées au Conseil fédéral dans le cadre de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. Les domaines concernés sont ceux de la statistique, de la planification hospitalière et de la tarification. Afin de garantir la protection des données, des adaptations ont en outre été proposées. Ceci en raison de la fonction importante que remplissent les diagnostics, considérés comme des données personnelles particulièrement sensibles, dans le développement des tarifs ainsi que dans la facturation. Les positions reçues montrent un spectre d'avis défendus dans un domaine qui ambitionne à un équilibre entre des conditions cadres données par l'Etat d'un côté et la concurrence de l'autre. Les avis vont de celui pour qui la direction prise contredit le but de la loi et l'exigence, de renoncer à toute proposition de régulation, de l'UDC, en passant par celui qui prône la réduction des critères de planification (PRD, PDC), jusqu'à celui qui est d'accord avec la direction prise et l'exigence de créer plus de transparence et le renforcement des règles par le PS.

Statistique : Les assureurs expriment de manière véhémement leur opposition à l'obligation des tiers, mandatés par les assureurs, de communiquer des données. En outre, la justification des dispositions actuelles est mise en cause. Les cantons appuient en principe la proposition présentée dans l'audition. Il est demandé que les données relatives aux réserves, aux provisions et aux frais d'administration soient justifiées pour chaque canton. Les hôpitaux proposent qu'en plus des données sur le caractère économique, la quantité et la gravité des maladies soient prises en compte.

Utilisation des données relatives au diagnostic

Les assureurs et les cantons considèrent que le délai de 30 jours au

dass Rechnungsdaten 10 Jahre lang aufbewahrt werden müssen. Die Ärzteschaft wendet sich gegen die systematische Erhebung der Diagnosen und befürwortet eine Kodierkontrolle anstelle der Rechnungskontrolle. Die Spitäler erwähnen den enormen Aufwand, den die Erstellung von separaten Rechnungen für die Leistungen der Grund- und Zusatzversicherung mit sich bringt.

Kriterien für die Spitalplanung: Die Kantone halten die vorgeschlagene Regelungsdichte für zu hoch; die umfassende Planung praktisch sämtlicher stationärer Leistungen widerspreche dem Gesetzestext, der Vertragsspitäler zulässt. Notwendig seien griffige Bestimmungen in Bezug auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit sowie die Schaffung des Zusammenhangs mit den Betriebsvergleichen und der Qualitätssicherung. Nach Auffassung der Versicherer sind die Bestimmungen zur Spitalplanung grundlegend zu überarbeiten. Es sei klar zu stellen, dass die Kantone im Sinne eines möglichst grossen wettbewerblichen Spielraums nur aktiv werden sollten, wenn eine qualitativ hinreichende Versorgung nicht gewährleistet ist. Nach Ansicht der Spitäler widerspricht der Entwurf dem vom Parlament verfolgten Ziel, welches im Wettbewerb der Spitäler und der Planung einer Minimalversorgung bestehe. Für die Privatspitäler besteht das Ziel der Planung darin, dass genügend Kapazität vorhanden ist, um die Spitalversorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Dabei sollen prioritär diejenigen Leistungserbringer berücksichtigt werden, welche die Kriterien der Qualität und Wirtschaftlichkeit erfüllen.

Leistungsbezogene Pauschalen: Nach Auffassung der wichtigen Stakeholder werden dem Bundesrat zu weitgehende Kompetenzen zugewiesen. Die Ärzteschaft und die Spitäler sprechen sich zudem gegen die bundesrätliche Genehmigung der Anwendungsmodalitäten aus. Die meisten Kantone und SwissDRG AG wenden sich gegen die bundesrätliche Genehmigung des Fallbeitrags zur Finanzierung der Aktivitäten der geschäftsführenden Organisation. Die Kantone befürchten, dass ein Benchmarking-Modell zu einer nach unten drehenden Preisspirale führt und schlagen die Verankerung der zur Preisfindung wichtigen Eckwerte in der KVV vor. Der Zeitplan für die Einführung wird von vielen

contrôle de la facture pour supprimer les données relatives au diagnostic est trop court. Selon les assureurs, les données de facturation doivent être conservées pendant 10 ans. Le corps médical s'oppose au recueil systématique des diagnostics et préconise un contrôle du codage plutôt que celui des factures. Les hôpitaux mentionnent l'important investissement dû à l'établissement de factures séparées pour les prestations de l'assurance de base et pour celles de l'assurance complémentaire.

Critères pour la planification hospitalière

Les cantons considèrent que la densité de la réglementation proposée est trop importante et que la soumission complète à la loi de quasi toutes les prestations stationnaires s'oppose au concept des hôpitaux conventionnés. Des dispositions efficaces relatives à la qualité et au caractère économique ainsi que le rapport avec les comparaisons entre établissements et l'assurance qualité sont nécessaires. De l'avis des assureurs, une révision fondamentale des dispositions concernant la planification hospitalière s'impose et il convient d'établir clairement que les cantons ne doivent intervenir que si une qualité suffisante des soins fournis n'est pas garantie, et ce afin que la concurrence puisse s'exercer au mieux. De l'avis des hôpitaux, le projet contredit l'objectif poursuivi par le Parlement qui consiste en la concurrence entre hôpitaux et la planification d'un approvisionnement minimal en soins. Pour les hôpitaux privés, l'objectif de la planification consiste à assurer une capacité suffisante pour pouvoir garantir à la population l'approvisionnement en soins hospitaliers. Dans ce cadre, les fournisseurs de prestations qui respectent les critères de qualité et d'économicité devraient être pris en

Fonctions liées aux prestations:

Selon les principaux acteurs, le Conseil fédéral se voit attribuer des compétences trop larges. Le corps médical et les hôpitaux se prononcent en outre en défaveur de l'approbation des modalités d'application par le Conseil fédéral. La plupart des cantons

als zu eng bezeichnet. Aus Sicht der Versicherer sollte anstelle von Prognosen das Augenmerk auf ein wirksames Kostenmonitoring gerichtet werden. Ebenfalls Spitäler sind gegen Prognosen über die Auswirkungen auf das Leistungsvolumen und die Kosten. In der Übergangsbestimmung sind die Massnahmen zur Kostenkontrolle und -steuerung umstritten. Begründet wird die ablehnende Haltung mit Globalbudgets, Rationierung und schädlichen Eingriffen in den Markt. Die Versicherer sprechen sich für ein Kostenmonitoring anstelle der Kostensteuerung aus.

Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL)

Vorgeschlagen werden jene Änderungen, die wegen der Streichung des Begriffs „teilstationär“ und der Aufnahme der Geburtshäuser als Leistungserbringer erforderlich sind. Weitere Anpassungen wurden vorgeschlagen wegen des Einbezugs der Investitionen in die Ermittlung der Tarife und wegen der Einführung des Begriffs der „universitären“ Lehre im Gesetz.

Einbezug der Investitionen in die leistungsbezogenen Pauschalen: Die Kantone fordern vom Bundesrat, dass nicht nur Anforderungen an die Anlagebuchhaltung, sondern auch die Anrechenbarkeit der Aufwendungen (Abschreibungen, kalkulatorische Zinsen) für die Tarifierung festzulegen sind, ebenfalls Grundsätze für die Bewertung. Grundsätzlich soll auf die von H+ erarbeiteten Grundlagen verwiesen werden, wobei insbesondere die Versicherer in Bezug auf die Bewertung Anlagen nicht dieser Meinung sind. Der Bundesrat soll in Bezug auf die vor dem Übergang zu den leistungsbezogenen Pauschalen getätigten Investitionen eine Kapitalisierung der Investitionskosten vornehmen, er soll nicht - wie vorgeschlagen - festlegen, bei welchem Stand der Anlagen Investitionskosten berücksichtigt werden können. Die Kapitalisierung müsse auf dem indexierten Anschaffungswert erfolgen. Für die Einführungszeit soll der Bundesrat Norm-Investitionskosten vorgeben, die auf der Basis von Referenzspitälern ermittelt werden. **santésuisse** fordert, dass die Verordnungen die mit dem Übergang zum neuen Fi-

se prononcent en défaveur de l'approbation par le Conseil fédéral de la contribution par cas prévue pour financer les activités de l'organisation. Les cantons craignent qu'un modèle de benchmarking n'entraîne les prix dans une spirale descendante et proposent l'ancrage dans l'OAMal de valeurs de référence importantes pour fixer les prix.

Le calendrier pour l'introduction est jugé, par beaucoup, comme trop serré. Selon les assureurs l'attention devrait être portée sur un monitoring efficace des coûts plutôt que sur des prévisions. Les hôpitaux sont également opposés aux prévisions sur les effets sur le volume des prestations et les coûts. Dans les dispositions transitoires, les mesures concernant le contrôle et le pilotage des coûts sont controversées. Les avis négatifs se fondent sur des motifs tels que les budgets globaux, le rationnement et une intervention nuisible au fonctionnement du marché. Les assureurs s'expriment en faveur d'un monitoring des coûts au lieu d'un pilotage..

Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP)

Des modifications concernant la suppression de la notion de "semi-hospitalier" et la prise en compte des maisons de naissance en tant que fournisseurs de prestations sont proposées. D'autres adaptations sont proposées concernant, la prise en compte des investissements dans le calcul des tarifs et, concernant, l'introduction de la notion de formation "universitaire", dans la loi

Prise en compte des coûts d'investissement dans les forfaits liés aux prestations : Les cantons demandent au Conseil fédéral de ne pas fixer seulement, des exigences pour la comptabilité des immobilisations, mais aussi pour la prise en compte des charges (amortissements, intérêts calculatoires) en vue de la tarification, et également des bases d'évaluation. D'une manière

nanzierungsregime entstehenden Unsicherheiten und Handlungsspielräume besser abgrenzen müssten mit dem Ziel, die Kostenfolgen für die OKP einzugrenzen und die Vergleichbarkeit der Preise zu gewährleisten.

H+ äussert sich zu Detailfragen.

Universitäre Lehre“ als gemeinwirtschaftliche Leistung: Die Kantone halten fest, dass die Kosten der nicht-universitären Aus- und Weiterbildungen in die Kosten der betroffenen Spitäler einfließen und über die OKP abgerechnet werden müssten. Um Missverständnisse zu vermeiden ist nach Auffassung der Spitäler klar festzuhalten, dass durch die Gesetzesänderung die nichtuniversitäre Lehre den anrechenbaren Kosten zugerechnet werden. Die Kantone sind mit dem Passus in den Erläuterungen einverstanden, wonach die universitäre Lehre mit dem eidgenössischen Diplom endet. Damit schliesst sie das Praxisjahr der Ärztinnen und Ärzte, das die Studentinnen und Studenten zu Ende ihrer Ausbildung absolvieren, in den Begriff „universitäre Lehre“ ein. Die Versicherer ihrerseits sprechen sich dafür aus, dass der Verordnungstext Klarheit darüber schaffen sollte, was die Meinung des Gesetzgebers in der parlamentarischen Debatte war, nämlich dass die Aus- und Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte sowie des übrigen akademischen Personals zu den Kosten der universitären Lehre im Sinne des Gesetzes gehört. Die unklare Formulierung „insbesondere“ sei in diesem Sinne zu präzisieren. Die Ärzteschaft fordert, es sei klar festzuhalten, dass durch die Gesetzesänderung die nichtuniversitäre Lehre den „anrechenbaren Kosten“ zugerechnet werden.

Streichung des Begriffs „teilstationär, Geburtshäuser als Leistungserbringer“:

In Bezug auf die Abschaffung des Begriffes „teilstationär“ wurden einige grundsätzliche Bedenken geäussert. Zudem wurde die Abgrenzung zwischen ambulant und stationär in Bezug auf gewisse Versorgungsangebote hinterfragt. In Bezug auf die Zulassung der Geburtshäuser als Leistungserbringer wurde nicht durchwegs verstanden, dass die gleichen Voraussetzungen wie für die Spitäler anwendbar sein sollen.

ils proposent de se reporter aux documents élaborés par H+. A noter toutefois qu'en particulier les assureurs ne partagent pas cet avis s'agissant de l'évaluation des immobilisations. Le Conseil fédéral doit procéder à une capitalisation des coûts d'investissement quant aux investissements effectués avant le passage aux forfaits liés aux prestations, mais pas fixer - comme cela a été proposé - à partir de quel état d'investissement, les coûts d'investissement peuvent être pris en compte. La capitalisation doit être calculée sur la base de la valeur d'acquisition indexée. Jusqu'à la date d'introduction, le Conseil fédéral doit fixer une norme pour les coûts d'investissement qui sera déterminée sur la base d'hôpitaux de référence. santésuisse demande que les ordonnances délimitent mieux la marge de manœuvre et les incertitudes découlant du passage au nouveau régime de financement, avec pour objectif de limiter les conséquences financières pour l'AOS et de garantir la comparabilité des prix.

H+ s'est exprimé sur des points de détail.

Formation universitaire comme prestation d'intérêt général : Les cantons maintiennent que les coûts de la formation de base et post-grade non-universitaire doivent être intégrés dans les coûts des hôpitaux concernés et qu'ils devraient être décomptés par le biais de l'AOS. Afin d'éviter tout malentendu, selon l'avis des hôpitaux, il faut aussi clairement retenir que, du fait de la modification législative, la formation non-universitaire sera aussi incluse dans les coûts pris en compte. Les cantons approuvent la phrase des commentaires qui stipule que la formation universitaire se conclut par un diplôme fédéral. Ainsi, l'année de pratique des médecins que les étudiant(e)s accomplissent à la fin de leur formation est incluse dans la notion de « formation universitaire ». Les assureurs retiennent que le texte de l'ordonnance devrait clarifier l'opinion du législateur au cours des débats parlementaires, à savoir que la formation de base et post-grade des

sonnel académique, fait partie des coûts de la formation universitaire au sens de la loi. La formulation ambiguë « en particulier » est à préciser en ce sens.

Le corps médical demande qu'il soit clairement établi qu'en raison de la modification législative, la formation non-universitaire sera incluse dans les coûts "pris en compte".

Suppression de la notion de "semi-hospitalier", maisons de naissance en tant que fournisseurs de prestations:

Quelques réserves ont été émises par rapport à la suppression de la notion de "semi-hospitalier", parmi lesquelles il y a la remise en cause de la délimitation entre le traitement hospitalier et le domaine ambulatoire en rapport avec certaines offres d'approvisionnement. Concernant l'admission des maisons de naissance en tant que fournisseurs de prestations, le fait qu'elles doivent remplir les mêmes conditions que les hôpitaux, n'a pas été clairement compris.

Liste der Stellungnahmen im Anhörungsverfahren
Liste des avis exprimés lors de l'audition

Abkürzung	Absender
Abréviation	Expéditeur
	Kantone und kantonale Konferenzen / cantons et conférences cantonales
AG	Kanton Aargau
AR	Kanton Appenzell Ausserrhoden
AI	Kanton Appenzell Innerrhoden
BL	Kanton Basel-Landschaft
BS	Kanton Basel-Stadt
BE	Kanton Bern
FR	Canton de Fribourg
GE	Canton de Genève
GL	Kanton Glarus
GR	Kanton Graubünden
JU	Canton du Jura
LU	Kanton Luzern
NE	Canton de Neuchâtel
NW	Kanton Nidwalden
OW	Kanton Obwalden
SG	Kanton St. Gallen
SH	Kanton Schaffhausen
SZ	Kanton Schwyz
SO	Kanton Solothurn
TG	Kanton Thurgau
TI	Cantone Ticino
UR	Kanton Uri
VS	Canton du Valais
VD	Canton de Vaud
ZG	Kanton Zug
ZH	Kanton Zürich
GDK ¹	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
FDK	Konferenz der kantonalen Finanzdirektoren
	Politische Parteien / partis politiques
CVP	Christlichdemokratische Volkspartei
FDP	Freisinnig-Demokratische Partei der Schweiz
PS	Parti Socialiste Suisse
SVP	Schweizerische Volkspartei
	Dachverbände und Organisationen der Wirtschaft / association faitière et organisations de l'économie
CP	Centre patronal
economiesuisse	Verband der Schweizer Unternehmen
FER	Fédération des entreprises romandes

¹ Die Kantone AI, BS, FR, GE, GL, JU, NE, OW, SH, SZ, SO, TG, TI, VS, VD, ZG und ZH verweisen explizit in ihrer Stellungnahme auch auf die GDK Stellungnahme.

FRC	Fédération romande des consommateurs
SGB	Schweizerischer Gewerkschaftsbund
SGV	Schweizerischer Gewerbeverband
SSV	Schweizerischer Städteverband

	Leistungserbringer / fournisseurs de prestations
ASPS	Association Spitex privée Suisse
ASPV	Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Verband
AVIVO	Association des Vieillards, Invalides, Veuves et Orphelins
ChiroSuisse	Schweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft
CURAVIVA	CURAVIVA – Verband Heime und Institutionen Schweiz
FASMED	Schweizerische Medizinaltechnik
FMH	FMH - Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
Geburtshaus arco	Geburtshaus arco
Geburtshaus Artemis	Geburtshaus Artemis
Geburtshaus Delphys	Geburtshaus Delphys
Geburtshaus Engadin	Geburtshaus Engadin
Geburtshaus LaVie	Geburtshaus LaVie
Geburtshaus Luna	Geburtshaus Luna
Geburtshaus Terra Alta	Geburtshaus Terra Alta
Geburtshaus Villa Oberburg	Geburtshaus Villa Oberburg
Geburtshaus Zürcher Oberland	Geburtshaus Zürcher Oberland
IGGH	Interessengemeinschaft der Geburtshäuser der Schweiz
H+	H+ Die Spitäler der Schweiz
Inselspital	Inselspital, Universitätsspital Bern
interpharma	Verband der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz
Kantonspital Aarau	Kantonspital Aarau
K3	Konferenz Kantonale Krankenhausverbände
physioswiss	Berufsverband der selbstständig erwerbenden und angestellten Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten in der Schweiz.
Privatkliniken	Privatkliniken Schweiz
Pulsus	Pulsus für eine freie, sozial verantwortbare Medizin
SBGRL	Schweizer Berufs- und Fachverband der Geriatrie-, Rehabilitations- und Langzeitpflege.
SBK/ASI	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
SBV	Schweizerische Belegärzte-Vereinigung
senesuisse	Private Alters- und Pflegeeinrichtungen Schweiz
SGCI	Schweizerische Gesellschaft für Chemische Industrie
SGIM	Schweizerische Gesellschaft für innere Medizin

SHV	Schweizerischer Hebammenverein
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz
SVDE	Schweizerischer Verband dipl. ErnährungsberaterInnen
SwissDRG	SwissDRG AG
SWISSREHA	Die führenden Rehabilitationskliniken der Schweiz
VAKA	Der Aargauische Gesundheitspartner
vips	Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz
VLSS	Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz
VSAO	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte
	Versicherer / assureurs
Helsana	Helsana Versicherung
KPT	KPT Versicherung
santésuisse	Die Schweizer Krankenversicherer
	Andere / autres
AG BS	Arbeitgeberverband Basel
REGA	Schweizerische Rettungsflugwacht
SSR-CSA	Schweizerischer Seniorenrat
Stadt Zürich	Stadt Zürich
VPOD	Schweizerische Verband des Personals öffentlicher Dienste
COMCO	Commission de la Concurrence

Ergebnisse im Einzelnen

Vorbemerkung

Die von den Antwortenden vorgebrachten Meinungen, Anregungen und Forderungen werden weder gewichtet noch bewertet.

Die Ausführungen wurden teilweise gekürzt.

Résultats en détail

Remarque préliminaire

Les avis, les suggestions et les demandes exprimés dans les réponses ne font ici l'objet ni d'une appréciation ni d'une évaluation.

Les exposés ont en partie été raccourcis.

Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal)

Aufsichtsdaten

Données nécessaires à la surveillance

Generell / En général

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
Der Kanton AG hat bereits verschiedentlich moniert, dass für die Daten der Versicherer jegliche Kontrolle fehlt. Wie bei den Spitälern, wo Versicherer und Kantone die Daten überprüfen lassen können, müssten sich auch Versicherer Prüfungen seitens des BAG gefallen lassen.	AG
Die Ständekommission lehnt den Revisionsentwurf für die KVV entschieden ab. Hinsichtlich der ausführlichen Beurteilung der Vorlage und der detaillierten Änderungsanträge schliesst sich die Ständekommission vollumfänglich der durch die GDK abgegebenen Stellungnahme zur KVV-Revision an.	AI
Art. 28 bis 30 KVV: Explizite Zustimmung. Damit kann klargestellt werden, dass die Daten der Leistungserbringer den zuständigen Stellen in nicht anonymisierter Form weitergegeben werden. Der Datenschutz bezieht sich einzig auf die Daten der Versicherten, nicht auf die Daten der Spitäler. Die Erläuterungen sollen demnach wie folgt angepasst werden: „Die Wahrung des Datenschutzes <u>der Versicherten</u> muss dabei sichergestellt werden.“	BL
Antrag zur Anpassung von Art. 33 lit. g Art. 33 lit. g hält fest, dass die medizinisch notwendigen Transporte von einem Spital in ein anderes Teil der stationären Behandlung sind. Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung und der Lehre ist Art. 33 lit. g auch anwendbar, wenn sich eine versicherte Person zum Zwecke einer Hospitalisierung in ein Spital begeben hat, dort aber nur ambulant behandelt worden ist, sofern die anschliessende Verlegung zum Zweck stationärer Behandlung geschieht. Ebenso gelangt gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung und der Lehre Art. 33 g KVV zum Zug, wenn ein Patient notfallmässig in ein Spital eingewiesen und von dort sofort in ein anderes Spital weiterverlegt wird. Wenn die Einweisung zum Zweck einer Hospitalisation von mehr als 24 Stunden erfolgt war, hat er dadurch den Status eines stationären Patienten. Warum der entsprechende Verlegungstransport erfolgt, ist belanglos, solange er aus Behandlungsgründen vorgenommen wird und notwendig ist. Die Bestimmung von Art. 33 lit. g führt insbesondere unter dem Regime von	GR

leistungsbezogenen Pauschalen für das Erstspital zu einer finanziellen Belastung, die nicht durch entsprechende Tarifeinnahmen gedeckt ist. Der Kanton beantragt entsprechend, lit. g von Art. 33 dahingehend abzuändern, dass in den eingangs erwähnten Fällen die Transportkosten nicht Teil der stationären Behandlung bilden, sondern von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen sind.	
Art. 28 bis 30 KVV: Der Kanton beantragt eine Präzisierung, wonach sich der Datenschutz allein auf die Daten der Versicherten bezieht und nicht auf die Spitäler.	LU
Art. 28 bis 30 KVV: Explizite Zustimmung. Damit kann klargestellt werden, dass die Daten der Leistungserbringer den zuständigen Stellen in nicht anonymisierter Form weitergegeben werden. Der Datenschutz bezieht sich einzig auf die Daten der Versicherten, nicht auf die Daten der Spitäler. Die Erläuterungen sollen demnach wie folgt angepasst werden: „Die Wahrung des Datenschutzes <u>der Versicherten</u> muss dabei sichergestellt werden.“	NW
Der Kanton OW unterstützt in allen Punkten die vom Vorstand der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK) verabschiedete Stellungnahme.	OW
Artikel 28 bis 30 KW: Der Kanton UR stimmt diesen Bestimmungen explizit zu. Damit kann klargestellt werden, dass die Daten der Leistungserbringer den zuständigen Stellen in nicht anonymisierter Form weitergegeben werden. Der Datenschutz bezieht sich einzig auf die Daten der Versicherten, nicht auf die Daten der Spitäler.	UR
Le canton relève que la question de la transmission de données personnelles par les fournisseurs de prestations aux assureurs est à l'heure actuelle largement controversée en Suisse. Dans l'attente d'une éventuelle modification des dispositions légales en la matière au niveau fédéral, les discussions sont en cours entre les cantons, les assureurs-maladie et les hôpitaux pour trouver des solutions permettant à la fois de satisfaire les dispositions applicables en matière de protection des données des patients et les soucis de contrôle des factures des assureurs-maladie. Les affirmations contenues dans le commentaire (v. p. 5, ch. 4) sont dès lors inappropriées.	VD
Bei den geforderten Statistikdaten ist darauf zu achten, dass jene Daten verlangt werden, welche bearbeitet, ausgewertet und publiziert werden, um nutzbare Informationen zu erhalten. Die Bestimmungen gemäss Art. 28 KVV lassen vermuten, dass einfach möglichst viele Daten verlangt werden ohne genau zu wissen, was damit gemacht wird.	CVP
Dans le cadre de la révision partielle de la LAMal concernant le financement hospitalier, une base légale a été créée permettant à l'OFSP de relever et d'utiliser les données des assureurs également dans le secteur ambulatoire. Le PS rappelle ici que c'est avant tout la protection des données des personnes assurées, soit des patient-e-s, qui doit être garantie et prie de préciser le commentaire à la page 3 (1. Données nécessaires à la surveillance et statistique, 1er paragraphe, dernière phrase) : «Des règles en matière de transmission et de publication des données tenant compte des impératifs de protection des données, en particulier de celle des personnes assurées, sont en outre nécessaires afin de clarifier...».	PS
economiesuisse schlägt eine Präzisierung des Wirtschaftlichkeitsbegriffs vor. Im Weiteren sollten Versicherer und Leistungserbringer im Rahmen der Datenlieferung gleich behandelt werden. Ebenfalls ist wichtig, dass die Datenlieferanten bei der Interpretation und Publikation der Daten einbezogen werden. Schliesslich beantragt economiesuisse die Streichung einer einzelnen Datenlieferung, welche viel administrativen Aufwand, aber wenig Informationsgehalt enthält.	economiesuisse
Die heute geltende gesetzliche Grundlage für die Aufsicht und Statistik ermöglicht es dem BAG, die Daten der Versicherer sowie Daten der Spitäler und Pfl-	SGB

<p>geheime zu erheben und zu nutzen. Die Teilrevision Spitalfinanzierung hat neu die Grundlage für die Erhebung von Angaben der Leistungserbringer im ambulanten Bereich geschaffen.</p> <p>Wichtig ist der Datenschutz der Versicherten. Zur Verbesserung der Transparenz sollten die Daten der Versicherer, insbesondere Reserven, Rückstellungen und Verwaltungskosten, pro Kanton publiziert werden.</p> <p>Präzisierung der allgemeinen Erläuterungen: 1. Aufsichtsdaten und Statistik „Die Wahrung des Datenschutzes <u>der Versicherten</u> muss dabei sichergestellt werden.“</p>	
<p>ASPV kann sich den Verordnungsentwürfen, die in Ausführung der Revision des KVG am 21. Dezember 2007 von den Räten verabschiedet wurden, vollumfänglich anschliessen.</p>	ASPV
<p>L'AVIVO souhaite que la LAMAL soit enfin respectée et que le contrôle de son application et de la qualité de son application par les assureurs devienne une réalité.</p> <p>La Confédération devrait donc se donner les moyens d'exercer ce contrôle. Elle pourrait, dans ce but, initier un audit sur la façon dont ce contrôle est actuellement exercé afin de pouvoir l'améliorer efficacement.</p>	AVIVO
<p>Curaviva Schweiz ist grundsätzlich mit den vorgesehenen Bestimmungen über die zu Überwachungs- und Statistikzwecken benötigten Daten einverstanden. Curaviva weist aber darauf hin, dass der Aufwand für die Datenbeschaffung schon heute für die Heime beträchtlich und mit sehr hohen Kosten verbunden ist. Die neuen Bestimmungen dürfen nicht dazu führen, dass diese Aufgabe noch umfangreicher wird. Die Daten müssen mit dem in den Heimen bereits eingesetzten Instrument der SOMED erhoben werden. Keinesfalls darf zu SOMED hinzu noch ein zusätzliches Instrument zur Datenerhebung eingeführt werden.</p>	CURAVIVA
<p>Begleitforschung</p> <p>Art. 32 Abs. 1 schreibt vor: „Das BAG führt in Zusammenarbeit mit den Versicherern, Leistungserbringern und Kantonen sowie Vertretern der Wissenschaft wissenschaftliche Untersuchungen über die Durchführung und die Wirkungen des Gesetzes durch.“</p> <p>Eine Begleitforschung wird gerade auch zur Untersuchung der Auswirkungen des revidierten KVG wichtig sein. Die Auswirkungen der Einführung der Fallpauschalen im stationären Bereich und auch die Schnittstellen zum ambulanten Bereich gilt es zu untersuchen. Ebenfalls zu prüfen ist der Einfluss auf die Arbeitsbedingungen im Spital und auf die Qualität der ärztlichen Weiterbildung. Im Bereich der Spitalfinanzierung steht mit der SwissDRG AG sogar bereits ein Institut zur Verfügung, in welchem die in obgenanntem Absatz 1 aufgezählten Partner weitgehend vereint sind. Die Verordnung sollte den Handlungsspielraum des BAG zur Erfüllung seiner Aufgabe nicht unnötig einschränken. Absatz 3 von Art. 32 ist entsprechend zu ergänzen.</p> <p>Art. 32 Wirkungsanalyse</p> <p>„3 Das BAG kann für die Durchführung der Untersuchungen wissenschaftliche Institute beiziehen und Expertengruppen einsetzen. <u>Es kann die Durchführung auch an eine geeignete Institution übertragen, wobei sichergestellt werden muss, dass die in Absatz 1 aufgeführten Partner eingebunden sind.</u>“</p> <p>Art. 59d Leistungsbezogene Pauschalen</p> <p>„6 Die Organisation gemäss Art. 49 Abs. 2 KVG sorgt für die Begleitforschung zu den Wirkungen der Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen. Eine Begleitforschung setzt voraus, dass auch der Stand vor Einführung des Gesetzes erfasst worden ist. Es ist deshalb unabdingbar, dass die Begleitforschung frühzeitig einsetzt. Dies ist in den Übergangsbestimmungen mit einem neuen Absatz 5 sicherzustellen.“</p> <p>Übergangsbestimmungen:</p> <p>„Die Organisation nach Art. 49 Abs. 2 des Gesetzes sorgt dafür, dass mit der Begleitforschung nach Art. 59d Abs. 6 für die Einführung eines auf DRG basie-</p>	FMH

<p><u>renden leistungsbezogenen Vergütungsmodells bis spätestens am 31.12.2010 die nötigen Grundlagen für eine verlässliche Überwachung und Steuerung des DRG-Systems zur Verfügung stehen.“</u></p>	
<p>Datenerhebung nur mit Auswertungskonzept Seit einiger Zeit setzt sich H+ dafür ein, dass nur Daten erhoben werden, für die ein nachgewiesener praktischer Bedarf besteht. Die Datenerhebung ist sehr aufwändig und teuer. Die dazu notwendigen Personen und Mittel sollten primär den Patientinnen und Patienten zu Gute kommen, anstatt in unnötige Dokumentationsaktivitäten fliessen. Die in Artikel 28 KVV festgehaltenen Grobziele reichen nicht. Für die Spitäler fehlen die Ziele ganz. Die Interpretation der Spitaldaten, vor allem der Qualitätsdaten, ist komplex. Bei einer unvorsichtigen Veröffentlichung könnte eine Geschäftsschädigung der Spitäler erfolgen. Zu befürchten ist, dass in gewissen Fällen die Patienten die Konsequenzen zu tragen haben. Der Bund soll klar definieren, welche Informationen durch die Leistungserbringer veröffentlicht werden sollen. Der Bund muss aber Spitaldaten, insbesondere Qualitätsdaten, nicht selber veröffentlichen.</p> <p>Art. 28, 28a und 28b: H+ nimmt zu den Vorschriften bezüglich der Datenerhebung bei den Versicherern im Prinzip keine Stellung. Aus den Erfahrungen der Spitäler lässt sich aber anmerken, dass eine Datenerhebung überhaupt nur sinnvoll ist, wenn die Daten bearbeitet werden und nicht zu Datenfriedhöfen verkommen. Auswertungskonzepte sind vor der Datenerhebung notwendig. Ausserdem ist die Wirtschaftlichkeit nicht nur von den Kosten abhängig (Art. 28 Abs. 1 Bst. c), sondern auch von den erbrachten Leistungen. Diese wären zu ergänzen.</p> <p>Art 30: Das zuständige Bundesamt muss zwingend vorgängig ein Auswertungskonzept vorlegen über jene Daten, die es erhalten will. Es muss möglich sein, die Datenbedürfnisse von Bund, Kanton und weiteren Partnern im Gesundheitswesen mit einer Auswertung zu befriedigen. „Die Leistungserbringer geben die Daten den zuständigen Behörden gemäss Art. 22a dieses Gesetzes bekannt. <u>Das Bundesamt informiert die Leistungserbringer vorgängig über die damit verbundenen Auswertungskonzepte.</u>“</p> <p>Art. 33 Bst. g: Gemäss der bundesrätlichen Rechtssprechung und der Lehre ist Art. 33 Bst. g auch anwendbar, wenn sich eine versicherte Person zum Zwecke einer Hospitalisierung in ein Spital begeben hat, dort aber nur ambulant behandelt worden ist, sofern die anschliessende Verlegung zum Zweck stationärer Behandlung geschieht. Ebenso gelangt gemäss der bundesgerichtlichen Rechtssprechung und der Lehre Art. 33 g KVV zur Anwendung, wenn eine Patientin oder ein Patient notfallmässig in ein Spital eingewiesen und von dort sofort in ein anderes Spital weiterverlegt wird. Wenn die Einweisung zum Zweck einer Hospitalisation von mehr als 24 Stunden erfolgt ist, hat er dadurch den Status eines stationären Patienten. Warum der entsprechende Verlegungstransport erfolgt, ist belanglos, solange er aus medizinischen Behandlungsgründen vorgenommen wird und medizinisch notwendig ist. Die Bestimmung von Art. 33 Bst. g führt insbesondere unter dem Regime von leistungsbezogenen Pauschalen für das Erstspital zu einer finanziellen Belastung, die explizit nicht durch entsprechende Tarifeinnahmen gedeckt ist. Daher ist dieser Artikel dahingehend abzuändern, dass in den eingangs erwähnten Fällen die Transportkosten nicht Teil der stationären Behandlung bilden, sondern von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen sind. „... den in Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe g des Gesetzes vorgesehenen Beitrag an die Transport- und Rettungskosten; die medizinisch notwendigen Transporte von einem Spital in ein anderes sind nicht Teil der stationären Behandlung.“</p>	<p>H+</p>
<p>Zu Art 30: „Die Leistungserbringer geben die Daten den zuständigen Behörden gemäss Art. 22a dieses Gesetzes bekannt. <u>Das Bundesamt informiert die Leistungserbringer vorgängig über die damit verbundenen Auswertungskonzepte.</u>“ Das zuständige Bundesamt muss zwingend vorgängig ein Auswertungskonzept über jene Daten, die es erhalten will, vorlegen. Es muss möglich sein, die Da-</p>	<p>Inselspital</p>

<p>tenbedürfnisse von Bund, Kanton und weiteren Partnern im Gesundheitswesen mit einer Auswertung zu befriedigen.</p>	
<p>Notwendiges Auswertungskonzept für die Datenerhebung: Es sollen nur Daten erhoben werden, für die ein nachgewiesener Bedarf besteht. Datenerhebungen sind sehr aufwändig und teuer. Entsprechende personelle und finanzielle Ressourcen sollten primär der Gesundheit der Patienten zukommen. Unnötige Dokumentierungsaktivitäten sollten ohnehin vermieden werden. Dabei sind bei Datenerhebungen vorgängig konkrete Auswertungskonzepte mit Zielen und Kommunikationsstrategien zu definieren. Gerne stellt physiosuisse Ihnen im folgenden Vorschläge zu einzelnen Artikeln zu. KVV Art. 30: „Die Leistungserbringer geben die Daten den zuständigen Behörden gemäss Art. 22a dieses Gesetzes <u>nach dem damit verbundenen Auswertungskonzept</u> bekannt.“ Begründung vgl. KVV Art. 28, 28a und 28b</p>	<p>physiosuisse</p>
<p>1. Konsequente Beschränkung auf die obligatorische Grundversicherung Pulsus legt Wert darauf, dass die zusätzlichen Aufsichtsdaten, Statistiken und Datensammlungen sich ausschliesslich auf die Leistungserbringer im Rahmen der obligatorischen Grundversicherung beschränken müssen. Sämtliche Leistungserbringer, die ihre Leistungen ausserhalb der obligatorischen Grundversicherung erbringen (Privatspitäler, Leistungen für Privatpatienten etc.) sind von der Pflicht zur Generierung von Aufsichtsdaten ausdrücklich auszunehmen. Dem Bund fehlt die gesetzliche Grundlage, ausserhalb der im Rahmen der obligatorischen Grundversicherungen erbrachten Leistungen Daten zu sammeln und zu verlangen.</p> <p>2. Unterschiedliche Möglichkeiten von Versicherern, Leistungserbringern im stationären Bereich und Leistungserbringern im ambulanten Bereich</p> <p>2.1 Versicherer Das Geschäft eines jeden Versicherers ist die Übernahme eines Risikos gegen Entgelt (Prämie). Dieses Geschäft kann nicht ohne versicherungsmathematische Modelle betrieben werden. Die Sammlung von Daten, deren Auswertung und Bearbeitung gehören somit zum Kerngeschäft der Versicherer. Diese Daten sind so zu bearbeiten, dass das Datenschutzinteresse der Versicherten gewahrt wird. Es ist deshalb davon auszugehen, dass die Versicherer über alle notwendigen und unter dem Gesichtspunkt des Daten- und Patientenschutzes erlaubten Datensammlungen verfügen oder mindestens verfügen könnten. Dies folgt bereits aus der gesetzlichen Verpflichtung der Leistungserbringer, mit detaillierten Angaben abzurechnen. Alle zulässigen Datensammlungen sind bei den Versicherern vorhanden oder können dort erstellt und bewirtschaftet werden. Somit erweisen sich zusätzliche Datenerhebungen bei den Leistungserbringern generell als unnötig und sind sowohl aus Datenschutzgründen wie auch als unnötige zusätzliche Kostenfaktoren abzulehnen.</p> <p>2.2 Spitäler und Pflegeheime Wenn grosse Zentrumskliniken vielleicht genügend personelle Ressourcen haben könnten, um zusätzlichen Aufwand zur Generierung und Ablieferung von Aufsichtsdaten zu verkraften bzw. solche zusätzliche Kosten prozentual nicht gross ins Gewicht fallen dürften, präsentiert sich die Situation bei kleineren Leistungserbringern völlig anders. Hier werden zusätzliche Kosten generiert, die betriebswirtschaftlich viel stärker ins Gewicht fallen und damit eine viel grössere zusätzliche Belastung darstellen. Extrem dürften solche Kosten kleinere und mittlere Pflegeheime zusätzlich belasten. Die meisten Pflegeheime verfügen nur über eine sehr schmale administrative Organisation. Wenn diese Institutionen nun verpflichtet werden, Aufsichtsdaten zu generieren, wird dies zu wesentlichen neuen Kosten im nicht produktiven, administrativen Teil führen.</p> <p>2.3 Ambulanter Bereich Die Leistungserbringer im ambulanten Bereich sind ohne zusätzliche Manpower</p>	<p>Pulsus</p>

gar nicht in der Lage, die Aufsichtsdaten zu anonymisieren, aufzubereiten und zu liefern. Unter Hinweis auf das Vorstehende hält Pulsus fest, dass die Versicherer, die diese Leistungen im ambulanten Bereich prüfen und bezahlen, über die notwendigen Daten im erforderlichen Detaillierungsgrad bereits heute verfügen. Somit erübrigt es sich, dass ambulante Leistungserbringer im obligatorischen Bereich zusätzlich Daten aufbereiten. Im nichtobligatorischen Bereich besteht keine Notwendigkeit zur Datensammlung; es fehlt auch die gesetzliche Grundlage für ein solches Vorgehen. Die den Versicherern mit der Rechnungsstellung gelieferten Daten genügen für die Aufbereitung der Aufsichtsdaten vollumfänglich. Es ist unverhältnismässig, bei den ambulanten Leistungserbringern ein grosser zusätzlicher Aufwand zur Aufbereitung von Aufsichtsdaten zu erarbeiten, wenn die Versicherer über diese Daten bereits verfügen. Der Leistungserbringer kann auch nicht mehr, als über die erbrachten Leistungen Rechenschaft ablegen. Offensichtlich soll dieser zusätzliche Aufwand zudem entschädigungslos erfolgen. Dieses Ansinnen ist nicht zumutbar. Es ist darauf hinzuweisen, dass die ambulanten Leistungserbringer sehr schmale Organisationen haben, über wenig Personal verfügen und gerade im administrativen Bereich viele ambulanten Leistungserbringer ihre Rechnungsstellung outsourcen. Diese Institutionen verfügen nicht über die Krankengeschichten, sondern über die erbrachten und zu fakturierenden Leistungen; somit genau diejenigen Daten, über die die Versicherer schon heute verfügen.

2.4 Ziel der Erhebung der Aufsichtsdaten

Die Machtkonzentration beim Bundesrat soll angeblich dem Ziel dienen, Grundlagen zu generieren, um die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen überprüfen zu lassen. Es ist jedoch gerade eine Kernaufgabe der Versicherer, im Rahmen der von ihnen zu erbringenden Versicherungsleistungen in jedem Einzelfall abzuklären, ob die Deckung und Leistungspflicht besteht. Deckung besteht gemäss KVG im obligatorischen Bereich jedoch nur für Leistungen, die den Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Qualität einhalten. Somit besteht kein Grund, dass der Bundesrat sich damit befasst.

2.5 Kontrolle von Wirtschaftlichkeit und Qualität

Es dürfte unschwer einzusehen sein, dass die Kontrolle von Wirtschaftlichkeit und Qualität möglichst nahe am Patienten und dem entsprechenden Leistungserbringer stattzufinden haben. Das Argument des Bundesrates, er benötige zur Kontrolle von Wirtschaftlichkeit und Qualität Aufsichtsdaten, erscheint nicht glaubwürdig. Vielmehr ist es ein Scheinargument, um eine nicht notwendige Datensammlung aufzubauen. Würde sich das Argument als richtig erweisen, müsste dies zur Schlussfolgerung führen, dass die Versicherer nicht in der Lage sind, ihre Aufgabe zu erfüllen, weil sie angeblich nicht nur Leistungen im Rahmen ihrer Leistungspflicht, sondern auch Leistungen ausserhalb ihrer Leistungspflicht übernehmen, was im obligatorischen Bereich unzulässig wäre.

Die Kontrolle von Wirtschaftlichkeit und Qualität kann nur im Zusammenhang mit dem Einzelfall, nicht aber generell überprüft werden. Somit ist es ausgeschlossen, dass der Bundesrat, das Bundesamt oder das Statistische Amt überhaupt in der Lage sein können, die Kontrolle von Wirtschaftlichkeit und Qualität zu übernehmen. Die Versicherer verfügen über alle Daten (über Leistungen), die überhaupt vorhanden sind. Jede einzelne Leistung können sie kontrollieren. Wenn am (unverzichtbaren) Grundsatz, dass der Leistungserbringer über die Therapie entscheidet und nicht der Versicherer, festgehalten wird, so können höchstens die Versicherer diese Kontrolle ausüben, nie aber der Bundesrat oder ein Bundesamt. Wenn dieser Grundsatz aufgegeben werden soll, so wäre dies eine politische Entscheidung von grösster Tragweite, würde man damit die Staatsmedizin wie in England und anderen Staaten einführen. Es bleibt höchst fraglich, ob der Stimmbürger die Zustimmung dazu geben würde, dass die Versicherer oder gar der Bundesrat oder ein Bundesamt entscheiden, wer welche medizinische Leistung beanspruchen kann bzw. nicht beanspruchen darf.

2.6 Schlussfolgerungen

<p>Pulsus beantragt deshalb, dass die Datensammlung des Bundes sich wie bisher auf die Daten der Versicherer und gegebenenfalls höchstens auf die Daten von öffentlichen Spitälern und grösseren Pflegeheimen (soweit diese zur Lieferung dieser Daten überhaupt in der Lage sind) beschränken soll. Es soll auf die Sammlung von Daten im ausserobligatorischen (privaten) Bereich und im obligatorischen Bereich auf die Sammlung von Daten beim Leistungserbringer im ambulanten Bereich überhaupt verzichtet werden. In diesem Zusammenhang wird auch festgestellt, dass die Versicherer immer häufiger von den (ambulanten) Leistungserbringern schriftliche Begründungen und Rechtfertigungen für erbrachte Leistungen verlangen. Diese Praxis bürdet den ambulanten Leistungserbringern bereits heute grossen zusätzlichen administrativen Aufwand auf, entbindet den ambulanten Leistungserbringer aber nicht von seiner umfassenden Verantwortung für die Therapie. Unter Ausklammerung der ganzen Problematik des Einflusses der Kontrollen der Leistungserbringer auf die Therapien (ohne entsprechende Übernahme von Verantwortung dafür), kann aber doch festgehalten werden, dass die Versicherer von ihrer Möglichkeit, neben der detaillierten Rechnungsstellung noch zusätzliche Begründungen und Daten zu beschaffen, rege Gebrauch machen. Art. 31 (soll sich nur auf diejenigen Daten beschränken, die das Bundesamt für Statistik von den Versicherern und allenfalls von den Leistungserbringern im stationären Bereich erhalten hat. Die Ausführungen zu den Planungskriterien zeigen erneut, dass offenbar die Aufteilung der Aufgaben zwischen Bund und Kantonen nicht vollständig gelebt werden soll. Das Gesundheitswesen soll Aufgabe der Kantone sein, jetzt sollen diese in ihrer Souveränität aber beschränkt oder gar im Gesundheitsbereich bevormundet werden. Es kann nicht sein, dass der Bund letztlich ein Zwangskorsett für die Kantone aufstellt und ihnen die Kosten belässt bzw. neue aufbürdet. Es besteht keine Notwendigkeit, zu den Planungskriterien, den Planungsaufgaben wie auch zur Souveränität der Kantone im Gesundheitsbereich irgendetwas neu zu legiferieren. Die Bemühungen des Bundesrates zielen auch hier auf die Zentralisierung des Gesundheitswesens auf Bundesebene, ja geradezu auf die Vorbereitung der Planwirtschaft im Gesundheitswesen durch den Bund hin. Die zentrale Überwachung und Leitung des Gesundheitswesens widerspricht einerseits der föderalen Regelung gemäss Aufgabenteilung zwischen Kantonen und Bund, andererseits wird damit auf allen Ebenen ein neuer, erheblicher Administrationsaufwand generiert, der irgendwo bezahlt werden muss, und der sicher nicht den Patienten zugute kommt, da er nichts mit den Leistungen im Gesundheitsbereich zu tun hat.</p>	
<p>SBGRL als schweizer Berufsverband der Geriatrie wehren sich gegen das Datensammeln von pflege - und schutzbedürftigen Menschen. Hier geht vor allem darum, dass der Datenschutz, besonders die Schweigepflicht von Ärzten und Pflegepersonal nicht ausgehöhlt wird und Dritte mit persönlichen Daten versorgt werden, die gegen den Betroffenen verwendet werden können. Unterstützen kann der SBGRL die Erhebung und Verwertung allgemeiner Daten, zum Beispiel über wirtschaftliches Arbeiten der Einrichtungen. Da die Datenerhebung sehr aufwändig und teuer ist wäre es eine Überlegung wert, ob die dafür benötigten Finanzmassen nicht besser den Leistungsempfängern zu Gute kommen sollten.</p>	SBGRL
<p>Da die Regelung zur Aufsicht und Statistik der stationären Betriebe auf die Leistungserbringer im ambulanten Bereich ausgedehnt werden soll, ist der Datenschutz der Versicherten noch zentraler. Die Transparenz muss verbessert und die Daten der Versicherer, insbesondere Reserven, Rückstellungen und Verwaltungskosten, pro Kanton publiziert werden. Dazu beantragt SBK folgende Ergänzungen: Präzisierung der allgemeinen Erläuterungen: 1. Aufsichtsdaten und Statistik <i>„Die Wahrung des Datenschutzes der Versicherten muss dabei sichergestellt werden.“</i></p>	SBK/ASI
<p>Die Datenerhebung muss ausschliesslich und konsequent auf den Bereich der</p>	SBV

<p>obligatorischen Grundversicherung beschränkt bleiben . Darüber hinausgehende Bestimmungen ermangeln eindeutig der rechtlichen Grundlagen, wie die SBV bereits bei früheren Eingaben und Vernehmlassungen unmissverständlich zum Ausdruck brachte.</p> <p>Die Datenaufbereitung im Grundversicherungsbereich bewirkt einen erheblichen zusätzlichen Aufwand, der namentlich beim Belegarzt zu wesentlichen neuen Kosten im nichtproduktiven administrativen Teil führt, ohne dass ein entsprechender tariflicher Ausgleich in Aussicht gestellt würde.</p> <p>Diese kritischen Bemerkungen treffen nun noch ganz besonders im ambulanten Behandlungsbereich zu. Wohl mit der grossen Mehrheit des Schweizervolkes ist davon auszugehen, dass der Einsatz des Belegarztes am Patienten entscheidend bevorzugt wird gegenüber einer reinen Schreibtischtätigkeit für die Erarbeitung von Statistiken.</p> <p>Die Verfasser derartiger Administrativbestimmungen stehen fernab von einem ärztlichen Arbeitsablauf und haben wohl mehr versicherungsmathematische Perspektiven und weniger das Wohl des Patienten vor Augen.</p>	
<p>Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit: Auch für den Erlass von Vorschriften:</p> <p>Der Aufwand für administrative Arbeiten steigt stetig, ohne dass dabei für Patienten, Leistungserbringer, Krankenversicherer oder Aufsichtsbehörden ein zweckdienlicher Mehrwert entsteht, der den Mehraufwand rechtfertigt. Die Entwürfe für die Teilrevisionen der drei Verordnungen zeigen den Trend und den Willen der Bundesverwaltung zu immer mehr Bürokratie und Administrationsaufwand im Pflegewesen. senesuisse steht ein für Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit der Pflegeleistungen. Senesuisse verlangt jedoch, dass die gleichen Grundsätze auch für Bundesrat und Bundesverwaltung gelten beim Erlassen neuer Vorschriften. Nur in ihrem Resultat wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Bestimmungen sollen Eingang in Gesetz und Verordnungen finden. senesuisse wehrt sich gegen die ständig steigende Bürokratie und den ständig steigenden Administrationsaufwand, die niemandem nützen.</p> <p>Artikel 28 / 28a / 28b / 30 / 31 / 37 / 55a</p> <p>Art. 22a nKVG zählt die Angaben, die die Leistungserbringer den zuständigen Bundesbehörden zu machen haben auf. Die Erhebung dieser Daten erfolgt via SOMED-Statistik, die bereits heute in der Praxis zu Problemen führt (namentlich im Bereich Personal und Investitionskosten). Die Datenerhebung erfolgt aktuell zum Teil in unsinniger und unpraktikabler Weise. Art. 31 KVV führt auf Verordnungsstufe als zusätzliche Angaben zu den gesetzlichen festgelegten Leistungsangebot und Qualifikation der Leistungserbringer ein. Es steht erstens zu befürchten, dass diese beiden Angaben zu einem massiven Mehraufwand bei der SOMED-Datenerhebung führen, weil diese unnötig detailliert erfolgt. Zweitens ist völlig unklar, wie die Qualifikation der Leistungserbringer bestimmt werden soll. Ihr Leistungsangebot und ihre Qualifikation müssen die Leistungserbringer bereits gegen über den kantonalen Behörden im Rahmen der Spital- und Heimplanung und der Betriebsbewilligungen nachweisen. Diesen Mehrfachnachweisen muss Einhalt geboten werden, statt sie noch auszubauen. Deshalb lehnt senesuisse diese Ausdehnung der zu erhebenden Daten via Verordnungshintertür ab.</p>	senesuisse
<p>Das SRK weist auf den Datenschutz hin. Da die notwendigen Datenflüsse auch Diagnosen enthalten müssen, um das Entschädigungs-System mittels DRG zu ermöglichen, kommt dem Datenschutz grosses Gewicht zu. Einem korrekten Datenschutz kommt höchste Wichtigkeit zu. Das Einhalten der einschlägigen Bestimmungen des Datenschutzgesetzes ist zu überwachen.</p>	SRK
<p>SWISS REHA setzt sich dafür ein, dass nur Daten erhoben werden, für die ein nachgewiesener praktischer Bedarf besteht. Die Datenerhebung ist sehr aufwändig und teuer. Die Grobziele in Artikel 28 KVV reichen nicht. Für die Spitäler und Kliniken fehlen die Ziele ganz. Die Interpretation der Spitaldaten, vor allem der Qualitätsdaten, ist komplex. Bei einer unvorsichtigen Veröffentlichung könn-</p>	SWISSREHA, VAKA

<p>te eine Geschäftsschädigung der Kliniken erfolgen. Der Bund soll klar definieren, welche Informationen durch die Leistungserbringer veröffentlicht werden sollen. Er muss dies aber nicht selber tun.</p> <p>SWISS REHA nimmt zu den Vorschriften bezüglich der Datenerhebung bei den Versicherern keine Stellung, weist aber darauf hin, dass in jedem Fall Auswertungskonzepte notwendig sind.</p>	
<p>Die geltende KVV sieht in Art. 32 eine "Wirkungsanalyse" vor</p> <p>Unter diese Bestimmung lässt sich inhaltlich die Versorgungsforschung subsumieren. Diese soll vor und nach Einführung der DRG durch die SwissDRG AG (oder eine unabhängige Kontrollinstanz in deren Auftrag) durchgeführt werden. Die Finanzierung soll durch Fallzuschläge erfolgen. Die Versorgungsforschung muss frühzeitig, d.h. spätestens ein Jahr vor der DRG-Einführung etabliert sein. Sollte das BAG für die Versorgungsforschung zuständig sein, ist zu befürchten, dass insbesondere aus Spargründen keine Versorgungsforschung rechtzeitig zur Verfügung stehen wird. Die Finanzierung durch Fallzuschläge muss zwingend im Gesetz verankert sein. Art. 49 Abs. 2 rev.KVG sieht vor, dass zur Finanzierung der Tätigkeiten des CMO ein Fallzuschlag erhoben werden kann. Aus diesem Grund soll die Versorgungsforschung in der Verordnung als „Tätigkeit des CMO" aufgeführt werden.</p> <p>Deshalb ist dafür zu sorgen, dass in der KVV – voraussichtlich in Art. 32 KVV – eingebaut wird:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dass die SwissDRG AG oder eine unabhängige Kontrollinstanz für die Versorgungsforschung zuständig ist; • dass damit die Finanzierung der Versorgungsforschung über die Fallzuschläge erfolgt; • dass bis spätestens ein Jahr vor der vorgesehenen Einführung der DRGs den Verbänden der Leistungserbringer und der Versicherer die nötigen Grundlagen für eine verlässliche Überwachung und Steuerung der DRGs zur Verfügung steht. 	VLSS
<p>Datenlieferungen (Art. 28, 28b, 31)</p> <p>Die Aufbereitung von Daten der Krankenversicherer zwecks Aufgabenerfüllung des Bundes verursacht einen nicht zu unterschätzenden administrativen Aufwand. Insofern begrüsst Helsana, dass das BAG besorgt sein wird, den Krankenversicherern durch die Bereitstellung der Daten möglichst wenig Aufwand aufzubürden (Art. 28 Abs. 2).</p> <p>Die Verordnungsbestimmungen definieren die abzuliefernden Daten. Welche Auswertungen genau gemacht werden, ist nicht klar. Dadurch besteht die Gefahr, dass unbrauchbare Datensammlungen entstehen. Gewisse Vorgaben können in der vorgesehenen Art und Weise auch gar nicht oder nur mit riesigem Aufwand zur Verfügung gestellt werden. Teilweise ist nicht verständlich, was gemeint ist. Das gilt insbesondere für die lit. d und e von Art. 28 Abs. 3. So können beispielsweise die Tarife pro versicherte Person nicht geliefert werden. Wohl aber die Leistungsarten. Allerdings müssten dafür rund 80 Mio. Records pro Jahr geliefert werden. Dieses Beispiel zeigt, dass Versicherer und BAG in der Umsetzung gut zusammen arbeiten müssen, um unnötigen Aufwand zu vermeiden. In diesem Zusammenhang sind die Anhörungen gemäss Abs. 7 entscheidend.</p>	Helsana
<p>Aufsichtsdaten und Statistik</p> <p>Die Aufbereitung von Daten der Krankenversicherer zwecks Aufgabenerfüllung des Bundes verursacht einen nicht zu unterschätzenden administrativen Aufwand. Insofern begrüsst santésuisse, dass das BAG besorgt sein wird, den Krankenversicherern durch die Bereitstellung der Daten möglichst wenig Aufwand aufzubürden. Die Verordnungsbestimmungen definieren die abzuliefernden Daten. Welche Auswertungen damit gemacht werden, ist nicht klar. Dadurch besteht die Gefahr, dass ein unvollständiger Datenfriedhof produziert wird. Gewisse Vorgaben können in der vorgesehenen Art und Weise auch gar nicht oder nur mit riesigem Aufwand zur Verfügung gestellt werden. Insbeson-</p>	santésuisse

<p>dere die Tatsache, dass alle Angaben pro versicherte Person (Angaben zu Leistungsart, Tarif, sowie Kosten pro versicherte Person) geliefert werden sollen, bedeutet für die Versicherer und santésuisse einen gewaltigen administrativen Aufwand. Auch wenn diese Formulierung grösstenteils schon in der bisherigen KVV enthalten war, stellt sich die Frage der Verhältnismässigkeit. Insbesondere ist nicht klar, wie sichergestellt werden kann, wie die Versicherer und das BAG diese Datenmenge verarbeiten können. santésuisse besitzt keine Angaben auf individueller Ebene, d.h. pro versicherte Person. Die unterste Ebene der beiden Datenbanken santésuisse Datenpool und santésuisse Tarifpool sind die Leistungserbringer. Das BAG müsste die Daten direkt bei den Versicherern beziehen. Dazu sind allerdings einheitliche Standards zu definieren, ansonsten macht die Datenlieferung keinen Sinn. Aber auch die Krankenversicherer können nicht alle verlangten Daten liefern, so zum Beispiel die Tarife pro versicherte Person. Wohl aber die Leistungsarten. Allerdings müssten dafür rund 80 Mio. Records pro Jahr geliefert werden, was einen immensen administrativen Zusatzaufwand bei den Krankenversicherern und dem BAG nach sich ziehen würde. Wozu das BAG diese Daten braucht, ist nicht nachvollziehbar; für die Aufsichtstätigkeit sind sie zumindest nicht notwendig. In diesem Sinne ist Art. 28 KVV anzupassen.</p>	
<p>Le CSA est favorable aux précisions faites dans le projet relativement aux données nécessaires, surtout celles des assureurs. Il estime de plus que dans ces précisions devraient encore mieux figurer celles relatives à la qualité des soins (réhospitalisations par exemple) et à des indicateurs de qualité médicaux à préciser.</p>	SSR/CSA

Art. 28

Abs. Al.	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
Allgemein	<p>Die Datenlieferung von den Versicherern an das BAG (Art. 28 Abs. 5 und 6 KVV) hat gemäss der oben genannten Regelung auf Kosten der Versicherer zu erfolgen. Der Umstand, dass eine Regelung über die Kostentragung in der KVV für notwendig erachtet wurde, lässt darauf schliessen, dass es sich dabei um Kosten einer gewissen Bedeutung handelt. Eine Beibehaltung der Regelung dürfte darin münden, dass die Versicherer die entsprechenden Kosten in ihrer Finanzbuchhaltung als Verwaltungskosten erfassen und früher oder später über die Prämien auf die Versicherten umlegen werden. Ob ein solches Vorgehen in Anbetracht der stetig steigenden Kosten im Gesundheitswesen und den damit verbundenen Prämienanstiegen sinnvoll ist, sollte aus Sicht des BAG zumindest nochmals überprüft werden</p>	BS
Allgemein	<p>Le canton est d'accord avec cette disposition qui correspond, sur le fond, au texte actuel. L'al. 5 du projet apporte une précision utile par rapport au texte actuel en spécifiant que la protection des données (anonymat) se rapporte uniquement aux données des assurés, pas à celles des hôpitaux. Le commentaire devrait être adapté en conséquence.</p>	NE
Allgemein	<p>Art. 28 Abs. 8 (neu): Daten der Versicherer "<u>Das BAG erstellt für die Daten ein Auswertungskonzept.</u>" Mit einem Auswertungskonzept sollte Klarheit geschaffen werden, welche Kennzahlen genau gemeint sind. Diese sind zu definieren.</p>	ZG
Allgemein	<p>Explizite Zustimmung. Damit kann klargestellt werden, dass die Daten der Leistungserbringer den zuständigen Stellen in nicht anonymisierter Form weitergegeben werden. Der Datenschutz bezieht sich einzig auf die Daten der Versicherten, nicht auf die Daten der Spitäler. Die Erläuterungen sollen demnach wie folgt angepasst werden: „Die Wahrung</p>	GDK

	des Datenschutzes <u>der Versicherten</u> muss dabei sichergestellt werden.“	
Allgemein	Art. 28 und Art. 30 Datenlieferung economiesuisse begrüsst im Sinne der Transparenz die Veröffentlichung der Daten von Versicherern und Leistungserbringern. Der Aufwand für die Datenlieferungen von Versicherern und Leistungserbringern muss jedoch minimiert werden. Economiesuisse begrüsst deshalb Art 28 Abs. 2. Eine analoge Absichtserklärung wäre auch für die Leistungserbringer in Art. 30 zu ergänzen. Die Lieferung der Kostendaten (Art. 28 Abs. 3 lit. b resp. Art. 30) muss konkretisiert werden (vgl. auch Art. 31 lit. d). Dabei muss der Aufwand für die Datenlieferanten in vernünftigem Rahmen bleiben. Die Interpretation der Kostendaten der Leistungserbringer muss sorgfältig gemacht werden. Es dürfen beispielsweise keine Kosten gegenübergestellt werden, deren Leistungen ungleicher Natur sind.	Economiesuisse
Allgemein	Der SGV spricht sich dagegen aus, dass gemäss Abs. 5 die Versicherer die Daten auf eigene Kosten abzuliefern haben. Desgleichen kann es nicht angehen, dass die Versicherer gemäss Abs. 6 auf eigene Kosten hin die vollständigen Angaben des Zahlstellenregisters zu übermitteln haben.	SGV
Allgemein	l'expression «la fourniture des données.... occasionne aux assureurs aussi peu de travail que possible »ne peut qu'encourager les assureurs à en faire le moins possible et à ne pas se consacrer de manière positive dans ce travail. Il conviendrait aussi d'évoquer le contrôle sur les excédents de recettes des assurances et sur leur attribution.	AVIVO
Allgemein	KVV Art. 28, 28a und 28b: Eine Datenerhebung macht nur Sinn, wenn auch entsprechende Auswertungskonzepte vorhanden sind. Auch physiosuisse wird künftig über einen Datenpool im ambulanten Bereich für die selbständigen Physiotherapeuten verfügen.	physiosuisse
Allgemein	Mit der Datenerhebung bei den Versicherern werden vorhandene Daten nun nicht mehr nur bei den Leistungserbringern erhoben. Die Erfahrungen der Stadtspitäler zeigen, dass solche administrativen Aufwendungen sehr ressourcenintensiv sind. Deshalb ist immer auch der Kosten-Nutzen-Effekt zu berücksichtigen. Es wird mit der Datenerhebung bei den Versicherern auch der Weg für den Monismus geebnet, was mit einer Schwächung der öffentlichen Hand bezüglich der Planung einhergehen würde. Diese Tendenz sollte verhindert werden.	Stadt ZH
1	Die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen ist nicht einzig und allein eine Sache der Kosten. Wesentlich ist auch das Ergebnis, das mit den erbrachten Leistungen erreicht wird. Aus diesem Grund müssen den Kosten die Leistungen gegenüber gestellt werden. Abs. 1 lit. c ist in diesem Sinne zu ergänzen.	Economiesuisse
1	Le contrôle du caractère économique d'une prestation ne peut être effectué sur la base du seul critère du coût. L'efficience de la prestation doit également <i>'être</i> prise en compte. Le texte doit donc être modifié comme suit : « contrôler le caractère économique <u>et efficience des prestations fournies</u> ».	FER
1	La FRC se permet ici d'insister sur le contrôle qui doit 'être particulièrement rigoureux concernant l'affectation des ressources de l'assurance sociale. En effet, celles-ci ne doivent servir qu'aux buts de cette dernière et en aucun cas à celles des assurances	FRC
1	Die Wirtschaftlichkeit einer erbrachten Leistung umfassend beurteilt werden kann, bedarf es neben Angaben zu den Kosten auch Aussagen über das erzielte Ergebnis. SGV beantragt deshalb, dass die Klammer in Abs. 1 Bst. c wie folgt ergänzt wird (... Leistungserbringer	SGV

	und Ergebnisse der erbrachten Leistungen).	
1	Die Wirtschaftlichkeit einer Leistung lässt sich nicht alleine durch die Kosten bestimmen. Die Frage der Effizienz muss zwingend auch Outputfaktoren mitberücksichtigen und eine Gesamtsicht einbeziehen, zum Beispiel Einsparungen in nachgelagerten Behandlungen dank einer effizienten Erstbehandlung. „die Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistung (statistische Kontrolle der Kosten nach Geschlecht, Alter, Wohnort, Leistungserbringer, <u>und Ergebnisse der erbrachten Leistungen</u>).“	H+
1	c. die Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistung (statistische Kontrolle der Kosten nach Geschlecht, Alter, Wohnort, Leistungserbringer, <u>und Ergebnisse der erbrachten Leistungen</u>); Die Wirtschaftlichkeit einer Leistung lässt sich kaum alleine durch die Durchschnittskostenerhebung bestimmen. Die Frage der Effizienz muss zwingend auch Outputfaktoren mitberücksichtigen und eine Gesamtsicht einbeziehen, zum Beispiel Einsparungen in nachgelagerten Behandlungen dank einer effizienten Erstbehandlung. Zu g: Die Durchführung des KVG ist eigentlich eine öffentliche Aufgabe. Aus diesem Grund sollte man analog zu den Bundesbetrieben die Entschädigungen der Geschäftsleitungen und Verwaltungsräte transparent offenlegen.	Inselspital
1	KVV Art. 28 Bst. c.: Der Text ist wie folgt zu ergänzen: „...c. die Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistung (statistische Kontrolle der Kosten nach Geschlecht, Alter, Wohnort, Leistungserbringer, <u>und Ergebnisse der erbrachten Leistungen</u>);...“ Begründung: Die Wirtschaftlichkeit einer Leistung lässt sich nicht alleine durch die Kosten bestimmen. Die Frage der Effizienz muss auch Outputfaktoren und die gesamte Behandlungskette mit den nachgelagerten Bereichen berücksichtigen. physioswiss kann die Leistungen ebenfalls mit Outcome-Messungen dokumentieren.	physiosuisse
1	Art. 28 Abs. 1 Bst. c): Die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen ist nicht einzig und allein eine Sache der Kosten. Wesentlich ist auch das Ergebnis, das mit den erbrachten Leistungen erreicht wird. In der Klammer ist der Text deshalb wie folgt zu ergänzen: „... <u>Leistungserbringer und Ergebnisse der erbrachten Leistungen</u>).“	Privatkliniken
1	Art. 28 Abs. 1 Bst. c): Die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen ist nicht einzig und allein eine Sache der Kosten. Wesentlich ist auch das Ergebnis, das mit den erbrachten Leistungen erreicht wird. In der Klammer ist der Text deshalb wie folgt zu ergänzen: „(... <u>Leistungserbringer, allfällige Wartezeiten für gewisse Behandlungen und die Ergebnisse der erbrachten Leistungen</u>).“ Wartelisten können im positiven Fall auf eine besonders geschätzte Qualität hinweisen.	SRK
1	c. die Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistung (statistische Kontrolle der Kosten nach Geschlecht, Alter, Wohnort, Leistungserbringer, <u>und Ergebnisse der erbrachten Leistungen</u>); Die Wirtschaftlichkeit einer Leistung lässt sich nicht alleine durch die Kosten bestimmen. Die Frage der Effizienz muss zwingend auch Outputfaktoren mitberücksichtigen und eine Gesamtsicht einbeziehen, zum Beispiel Einsparungen in nachgelagerten Behandlungen dank einer effizienten Erstbehandlung oder Rehabilitation.	SWISSREHA VAKA
1	1b : Ajouter : ... <u>coûts et de la qualité</u> 1/e : Le CSA approuve fortement l'inscription de la garantie que „ les ressources de l'assurance sociale sont exclusivement affectées aux buts de celle-ci „ 1/f : Ajouter in fine :... <u>coûts et de la garantie de la qualité.</u>	SSR/CSA
2	Die Daten der Versicherer, insbesondere Reserven, Rückstellungen und Verwaltungskosten, sind pro Kanton separat zu publizieren.	BL, LU, NW, SG, UR, GDK

	„Das BAG veröffentlicht je Versicherer folgende Kennzahlen der sozialen Krankenversicherung nach <u>Kanton</u> .“	
2	<p>Nach Art. 28 Abs. 2 (bisher Abs. 1ter) muss „das BAG dafür sorgen, dass den Krankenversicherern durch die Bereitstellung der notwendigen Datengrundlagen möglichst wenig Aufwand entsteht“. Dieses Anliegen der Versicherer ist nachvollziehbar. Eine solche Rücksichtnahme ist gleichermassen auch den Leistungserbringern zu gewähren. Hierzu sind Art. 30 Abs. 3 und Art. 59 Abs. 1bis entsprechend zu ergänzen.</p> <p>Art. 30 Angaben der Spitäler und anderer Einrichtungen „Die Angaben werden vom Bundesamt für Statistik (BFS) im Rahmen der im Anhang zur Verordnung vom 30. Juni 1993 über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes bezeichneten Statistiken der stationären Betriebe des Gesundheitswesens erhoben. <u>Das BAG und das BFS sorgen dafür, dass den Leistungserbringern durch die Bereitstellung der Daten möglichst wenig Aufwand entsteht.</u>“</p> <p>Art. 59 „1bis <u>Der Versicherer sorgt dafür, dass den Leistungserbringern durch die Bereitstellung der Daten möglichst wenig Aufwand entsteht.</u> Er muss alle diagnosebezogenen Daten 30 Tage nach erfolgter Rechnungskontrolle und spätestens 6 Monate nach Rechnungsstellung löschen.</p>	FMH
2	<p>Nach Art. 28 Abs. 2 KVV (bisher Abs. 1ter) muss "das BAG dafür sorgen, dass den Krankenversicherern durch die Bereitstellung der notwendigen Datengrundlagen möglichst wenig Aufwand entsteht". Festzustellen ist, dass weder bei den vorgeschriebenen Datenlieferungen der Leistungserbringer an die Bundesbehörden (vgl. Art. 22a KVG und Art. 30 KVV) noch bei den Datenlieferungen an die Versicherer (vgl. Art. 59 KVV und Ziff. 4 des Berichts zur KVV) eine Rücksichtnahme auf den Aufwand der Leistungserbringer vorgeschrieben wird. In der Realität nehmen gerade die Versicherer bei ihren Daten-Anfragen keine Rücksicht auf den erheblichen administrativen Aufwand der Leistungserbringer.</p> <p>Im Rahmen der KVV-Revision ist an den entsprechenden Stellen deshalb Folgendes einzubauen: „Das BAG und die Versicherer haben dafür zu sorgen, dass den Leistungserbringern bei der Bereitstellung der notwendigen Datengrundlagen möglichst wenig Aufwand entsteht.“</p>	VLSS
2	Die Aufbereitung von Daten der Krankenversicherer zwecks Aufgabenerfüllung des Bundes verursacht einen nicht zu unterschätzenden administrativen Aufwand. santésuisse begrüsst daher, dass das BAG besorgt sein wird, den Krankenversicherern möglichst wenig Aufwand aufzubürden.	santésuisse
2	<p>Modifier : <i>L'OFSP veille à ce que la fourniture des données requises (des assureurs) soit faite de manière optimale....</i></p> <p><u>Commentaire</u> : Le CSA craint que la formulation „<i>occasionne aux assureurs aussi peu de travail que possible</i> „ soit reçue par les assureurs comme une permission, voire une incitation, à ne pas trop s'investir dans ce travail. Or ce dernier est important et doit être conduit de manière sérieuse.</p>	SSR/CSA
3	In Abs. 3 ist explizit festzuhalten, dass die Anonymität der versicherten Person zu wahren ist. Weiter ist in Bst. d der Begriff "Tarife" zu streichen, da die Versicherer nicht in der Lage sind, diese Angaben mit vertretbarem administrativem Aufwand zu ermitteln und zu transferieren. Es ist Sache des BAG, sich die Tarife selber zu beschaffen.	SGV

3	Die Weitergabe der Daten über die jeweiligen Erbringer der Leistungen durch die Versicherer an das BAG führt unweigerlich zur Frage, wer diese Angaben kontrolliert und wer darin Einsicht erhält. Es muss den Leistungserbringern möglich sein, mindestens dann diese Angaben überprüfen zu können, wenn Anzeichen für Unstimmigkeiten vorliegen. ChiroSuisse beantragt eine solche Einsichtsmöglichkeit.	ChiroSuisse
3	Die Erhebung der von den Leistungserbringern verrechneten Daten gemäss Art. 28. Abs. 3, lit. d, e und f wird in jedem Fall ein völlig unvollständiges Bild über die Leistungsströme im Gesundheitswesen abgeben. Alle von den Patienten direkt bezahlten Leistungen, bei denen auf einen Rückerstattungsantrag bei den Krankenkassen verzichtet wurde, können mit diesem Vorgehen nicht erfasst werden. Eine sinnvolle Interpretation der Daten wird deshalb kaum möglich sein. Wegen fehlendem Realitätsbezug und hohen Erhebungskosten bei den Datenlieferanten ist auf die Erhebung der in der Verordnung in Art. 28. Abs. 3, lit. d, e und f verlangten Daten ersatzlos zu verzichten. Grundsätzlich ist die Pflicht zur Ablieferung statistischer Daten auf das für die Erfüllung des gesetzlichen Auftrages notwendige absolute Minimum zu beschränken.	SRK
3	Aus Datenschutzgründen muss die Anonymität der Versicherten gewahrt bleiben. 3 „Die Versicherer müssen dem BAG jährlich pro versicherte Person namentlich folgende Daten <u>in anonymisierter Form</u> weitergeben.“ Buchstabe d: Rechnungen die zwar erhalten werden, aber Ende Jahr noch nicht abgerechnet sind, können nicht berücksichtigt werden. Buchstabe d und e: Diese Vorgaben können in der vorgesehenen Art und Weise gar nicht oder nur mit riesigem Aufwand zur Verfügung gestellt werden. So können beispielsweise die Tarife pro versicherte Person nicht geliefert werden. Wohl aber die Leistungsarten. Allerdings müssten dafür rund 80 Mio. Records pro Jahr geliefert werden, was einen immensen administrativen Zusatzaufwand bei den KV nach sich ziehen würde. Wozu das BAG diese Daten braucht, ist nicht nachvollziehbar; für die Aufsichtstätigkeit sind sie zumindest nicht notwendig. „d. Umfang, Art, Tarife und Kosten der im Laufe eines ganzen Jahres erhaltenen <u>vergüteten</u> Rechnungen für Leistungen nach dem Gesetz;“	santésuisse
5	Das Gesetz sieht in Art. 21 Abs. 4 nicht vor, dass die Daten kostenlos geliefert werden müssen. Da diese Lücke als qualifiziertes Schweigen zu verstehen ist, darf nicht auf Verordnungsebene die Kostenlosigkeit vorgesehen werden. Der Kommentar zu Artikel 28 hält fest, dass dieser im Grundsatz dem vormaligen Artikel 28 KVV entspricht. Insofern gibt es keinen Grund, die Formulierung „in anonymisierter Form“ zu ändern. Unter der Formulierung "unter Wahrung der Anonymität der Versicherten" könnte man irrtümlich verstehen, dass die Daten individuell pro versicherte Person zu liefern seien. Die Daten müssen aber wie bisher in aggregierter Form geliefert werden. „5 Die Versicherer haben die Daten korrekt, vollständig, fristgerecht, auf eigene Kosten und <u>in anonymisierter Form</u> zu liefern.“	santésuisse
6	Dieser Absatz hatte noch nie eine genügende gesetzliche Grundlage und hat sie auch mit der KVGRRevision nicht erhalten. Die Übermittlung aller ZSRAngaben geht inhaltlich wesentlich über Art. 21 Abs. 4 und ist – mangels gesetzlicher Grundlage – zu streichen.	santésuisse
7	Es ist entscheidend, dass Versicherer und BAG in der Umsetzung gut zusammen arbeiten, um unnötigen Aufwand zu vermeiden. 7 „Das BAG erlässt in Zusammenarbeit mit den Versicherern Weisungen zu den zu treffenden Vorkehren nach den Absätzen 1–6.“	santésuisse

Art. 28a

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
Le canton est d'accord avec cette proposition, même si son caractère normatif leur paraît peu évident. En effet, la responsabilité de la communication des données prévues par la loi incombe aux assureurs-maladie qui eux seuls (et pas les tiers mandataires) peuvent être sanctionnés en cas de non respect de cette obligation.	NE
Explizite Zustimmung (analog Art. 28)	GDK
Dieser Artikel ist überflüssig. Der SGV beantragt die ersatzlose Streichung.	SGV
CURAVIVA Schweiz widersetzt sich diesem Artikel nicht, macht aber auf das Risiko einer administrativen Überlastung der Pflegeheime, die durch diese Möglichkeit entstehen könnte, aufmerksam.	CURAVIVA
Dieser Artikel hat keine gesetzliche Grundlage und ist auch nicht notwendig. Das BAG kann alle notwendigen Daten beim Versicherer einverlangen und der Versicherer ist verantwortlich, dass er die verlangten Daten auch übermitteln kann.	santésuisse

Art. 28b

Abs. Al.	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
allgemein	Explizite Zustimmung (analog Art. 28)	GDK
allgemein	Le PS demande, par souci de transparence, que l'OFSP publie les chiffres relatifs aux réserves, aux provisions et aux frais d'administration également par canton. Le PS propose d'ajouter un alinéa 3 : «APour renforcer la transparence, les chiffres mentionnés à l'al. 2, let. c, d et g sont également publiés par canton. »	PS
allgemein	Auch der Zusammenzug und die Veröffentlichung der Daten durch das BAG muss für die betroffenen Leistungserbringer im Sinne der Bemerkung zu Art. 28 Abs. 3 Bst. e überprüfbar sein.	ChiroSuisse
allgemein	VSAO beantragt einen Abs. 3, mit welchem der Datenschutz für die Versicherten gewährleistet wird. Weiter sollen die Kennzahlen über Reserven, Rückstellungen und Verwaltungskosten auch pro Kanton publiziert werden.	VSAO
2	Die Daten der Versicherer sind <u>pro Kanton</u> separat zu publizieren, insbesondere Reserven. Rückstellungen und Verwaltungskosten. Dementsprechend ist Artikel 28b Absatz 2 zu ergänzen.	BE, BL
2	Le canton est d'accord avec cette proposition qui correspond sur le fond au texte actuel de l'art. 31 OAMal. Est réservé l'al. 2: Le canton demande que les données des assureurs, en particulier celles concernant les réserves, les provisions et les frais d'administration, soient publiées séparément par canton. Cette disposition (al. 2) devrait être modifiée comme suit: L'OFSP publie, par assureur et <u>par canton</u> , les chiffres suivants concernant l'assurancemaladie sociale.	NE
2	Die Daten der Versicherer, insbesondere Reserven, Rückstellungen und Verwaltungskosten, sind pro Kanton separat zu publizieren. "Das BAG veröffentlicht je Versicherer folgende Kennzahlen der sozialen Krankenversicherung nach Kanton."	GDK
2	„Das BAG veröffentlicht je Versicherer folgende Kennzahlen der sozialen Krankenversicherung;	SGB

	<u>Reserven, Rückstellungen und Verwaltungskosten werden zudem pro Kanton publiziert.</u>	
2	In Abs. 2 ist zu präzisieren, dass die Daten effektiv bloss pro Versicherer und nicht pro versichertem Produkt veröffentlicht werden.	SGV
2	Das BAG veröffentlicht je Versicherer folgende Kennzahlen der sozialen Krankenversicherung, <u>nach Kantonen aufgeschlüsselt</u> : ...	SBK/ASI
2	santésuisse ist einverstanden, solange die Daten pro Versicherer und nicht pro Versicherungsprodukt veröffentlicht werden (z.B. Grundversicherung mit ordentlicher Franchise, mit Wahlfranchisen, mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers). Diese Elemente fallen unter das Geschäftsgeheimnis und dürfen nicht veröffentlicht werden.	santésuisse
2	Ajouter: <u>recettes et dépenses; attributions des éventuels excédents de recettes</u>	SSR/CSA

Art. 31

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
In Ergänzung zur allgemeinen Zustimmung betreffend die Aufsichtsdaten und Statistiken wird folgende Präzisierung zu Bst. d angeregt: „Das BAG <u>und das BFS veröffentlichen</u> die Ergebnisse der vom Bundesamt für Statistik gestützt auf Artikel 22a des Gesetzes erhobenen Daten so, dass namentlich folgende Angaben oder Kennzahlen der sozialen Krankenversicherung nach Leistungserbringer oder nach Kategorien von Leistungserbringern ersichtlich sind: d. <u>Kosten und Kostenentwicklung.</u> “	BE, BL, LU, NW, SG, GDK
L'article mentionne que [l'Office fédéral de la santé publique est en charge de publier les données des fournisseurs de prestations, notamment celles ayant trait «aux indicateurs de qualité médicaux». Bien qu'il soit souhaitable que ce type de données soient publiées par une autorité fédérale afin d'éviter certaines dérives, l'ordonnance ne précise pas ce qu'il faut entendre par indicateurs de qualité médicaux. En effet, les questions liées aux choix des indicateurs de qualité sont récurrentes lors des négociations tarifaires avec les assureurs maladie et engendrent des problématiques qui ne sont toujours pas réglées à ce jour. Dès lors, il serait judicieux que les critères liés aux indicateurs de qualité soient fixes au niveau fédéral, cela notamment afin de permettre des comparaisons entre hôpitaux de même catégorie. La notion de qualité est reprise également à l'article 58 b alinéas 2 et 3 OAMal dans le cadre de la planification des besoins en soins.	GE
Le canton est d'accord avec cette proposition. Le canton souhaiterait toutefois que les précisions suivantes y soient apportées: „L'OFSP <u>et l'OFS publient</u> la synthèse des données recueillies par l'Office fédéral de la statistique en vertu de l'art. 22a de la loi, de telle manière qu'il soit possible d'en tirer notamment des informations sur les données et les chiffres suivants de l'assurance-maladie sociale, par fournisseur de prestations ou par catégorie de fournisseurs de prestations: ...d. <u>coûts et évolution des coûts.</u> “	NE
Gemäss Artikel 31 werden alle Leistungserbringer (inkl. ambulanter Bereich) dazu verpflichtet, Daten aus dem Bereich medizinischer Qualitätsindikatoren abzuliefern. Jedoch werden weder Indikatoren genannt noch Inhalte definiert. Aus Erfahrung mit der leistungsorientierten Finanzierung auf der Basis von APDRG und mit datensatzbezogenen Qualitätsindikatoren ist es äusserst schwierig, Qualitätsindikatoren zu definieren, die aus dem BFS-Datensatz gewonnen werden. Kommt dazu, dass sich verschiedene Gremien seit längerem um eine aussagekräftige und vergleichbare Offenlegung von Qualitätsdaten bemühen. In Anbetracht der Schwierigkeiten im Akutbereich ist auch im Langzeit- und ambulanten Bereich mit ebenso grossen Problemen bei der Definition von aussagekräftigen Indikatoren und deren verlässlichen Erhebung derselben	SZ

<p>zu rechnen. Auch wenn im Kommentar in diesem Zusammenhang von einem späteren Zeitpunkt der Einführung gesprochen wird, wären sofortige und gesamtschweizerisch koordinierte Anstrengungen nötig (unter Einbezug der involvierten Verbände und Institutionen), um die entsprechenden Indikatoren zu erarbeiten und verbindlich festzulegen. Die in Artikel 31 erwähnte Veröffentlichung einer Qualifikation der Leistungserbringer ist in den Unterlagen nicht näher erläutert. Sollte dabei aber an eine qualitative Beurteilung von Leistungserbringern gedacht werden, wären neben der Definition objektiv messbarer Qualitätsindikatoren auch die Art und Weise der Erhebung und Verifizierung vor einer Einführung verbindlich zu regeln.</p>	
<p>L'article 31 OAMal devrait prévoir que la lourdeur des cas pris en charge par les fournisseurs de prestations est prise en compte dans la publication des indicateurs influences par celle-ci, en particulier les indicateurs sur les coûts et la qualité.</p>	VD
<p>Art. 31 Abs. 2 (neu): Veröffentlichung der Daten der Leistungserbringer "<u>Vor Veröffentlichung der betreffenden Daten sind die Leistungserbringer anzuhören.</u>" Vor der Veröffentlichung der Zahlen sollten diese von den betroffenen Leistungserbringenden bestätigt werden. Fehlerhafte Angaben führen schnell zu falschen Schlüssen.</p>	ZG
<p>Die Publikation des BFS sollte vorgängig mit den Leistungserbringern abgesprochen werden, damit schwer interpretierbare Daten entweder nicht veröffentlicht werden oder aber gut kommentiert werden. Dies ist heute beispielsweise bei den medizinischen Qualitätsindikatoren notwendig. Es ist unklar, was als „Qualifikation der Leistungserbringer“ verstanden werden soll. Es genügt in lit. a. das Leistungsangebot, da die dazugehörigen Qualifikationen wenig Informationsgehalt haben. Der Aufwand für eine genaue Erhebung der Qualifikationen wäre unverhältnismässig. Economiesuisse beantragt deshalb, in Art. 31 lit. a.: „... und-Qualifikation“ zu streichen.</p>	Economiesuisse
<p>Article 31 let. a) Les critères pour déterminer la «qualification des fournisseurs de prestations» ne sont pas clairs. Tous les établissements en activité sont au bénéfice d'une autorisation qui atteste de leur qualification pour les prestations fournies. Dans le cas contraire, ils n'ont pas d'autorisation. L'indication «<i>qualification</i>» est donc superflue et doit être biffée. Article 31 let. b) Sur la base de données purement statistiques, l'Office fédéral de la statistique (OFS) ne peut publier des indicateurs de qualité médicaux. FER approuve naturellement la publication de données relatives à la qualité des prestataires, mais souhaitons également que les destinataires de ces indicateurs puissent les interpréter correctement et en mesurer la portée. Il est des lors indispensable qu'avant de publier ces données, l'OFS consulte les fournisseurs de prestations.) Le terme «évolution des coûts» n'est pas clair car il ne précise pas de quels coûts il s'agit. S'agit-il des charges des hôpitaux tels que les salaires et les coûts d'exploitation, ou des coûts d'une prestation concrète d'un établissement? Ce terme flou laisse la porte ouverte à la publication arbitraire de données. En effet, les coûts d'un traitement dépendent essentiellement de la complexité de la prestation à fournir et un établissement cher, ou un traitement cher, peuvent être plus économiques qu'un établissement ou un traitement en apparence moins coûteux. Il convient donc de biffer cette phrase ou de la reformuler afin qu'un benchmarking sérieux soit possible.</p>	FER
<p>Cet article pose un certain nombre de questions. Sur quelle base et quels critères vont s'établir la qualification des fournisseurs de prestations et l'indicateur de qualité médicale?</p>	FRC
<p>1. Die Leistungserbringer müssen Zugang zu den vom BAG erhobenen Daten</p>	CURAVIVA

<p>vor ihrer Veröffentlichung haben.</p> <p>2. Buchstabe a: Der Begriff „Qualifikation der Leistungserbringer“ ist unklar und sollte in der Verordnung nicht verwendet werden, denn er existiert im KVG nicht. Falls es sich um das Personal der Leistungserbringer handelt, ist Art. 22a, Abs. b KVG, der Auskunft verlangt über „Anzahl und Struktur der Beschäftigten und der Ausbildungsplätze“, genauer formuliert.</p> <p>3. Buchstabe b: CURAVIVA Schweiz lehnt die Veröffentlichung von medizinischen Qualitätsindikatoren ab, solange keine gesamtschweizerisch gültigen Qualitätskriterien im Einvernehmen mit den Leistungserbringern der Langzeitpflege bestimmt worden sind.</p> <p>4. Buchstabe d: Die Kostenentwicklung darf nur aufgrund der Kosten zu Lasten der OKP gemessen werden.</p>	
<p>Art. 31 Abs.1: Vom BAG bzw. vom BfS publizierte Daten können bei falscher Interpretation für die Spitäler geschäftsschädigend sein. Dies muss nicht unbedingt an einer falschen Interpretation der Daten liegen, sondern kann alleine in der Publikation an sich begründet sein.</p> <p>Zu a. Die Qualifikation der Leistungserbringer ist unklar und bringt der Öffentlichkeit keine zusätzliche Transparenz. Ob ein Spital betrieben werden darf bzw. gewisse Leistungen erbringen darf, muss in der Betriebsbewilligung geregelt sein. Bezüglich der Ärzteschaft kann auf die öffentliche FMH-Datenbank zurückgegriffen werden. „...a. <u>Leistungsangebot der Leistungserbringer</u>;...“</p> <p>Zu d. Es ist nicht klar, was mit Kostenentwicklungen gemeint ist. Dieser Passus ist zu streichen. Sind dies die Kosten in den Spitälern, zum Beispiel Löhne und Medikamente? Sind damit die Gesamtausgaben für die in einem Spital erbrachten Leistungen gemeint? Auch hier können unkommentierte und vor allem ungewichtete Daten geschäftsschädigend sein. Es besteht die Gefahr, dass Äpfel mit Birnen verglichen werden. Vordergründig teure Spitäler können sich unter Einbezug der Art oder der Komplexität der behandelten Krankheiten als sehr günstig erweisen. Die Problematik ist hinlänglich bekannt und darf nicht so unkritisch in die Verordnung Eingang finden.</p> <p>Art 31 Abs. 2 (neu): „Das Bundesamt berücksichtigt dabei insbesondere die Menge, die Schwere der Krankheiten und die Implikation der Aussagen.“ Und zwar bei privaten wie öffentlichen oder öffentlich subventionierten Anbietern.</p>	H+
<p>Abs. 1</p> <p>a. Leistungsangebot der Leistungserbringer</p> <p>d. streichen</p> <p>Vom BAG (bzw. BfS) publizierte Daten können bei falscher Interpretation für die Spitäler geschäftsschädigend sein. Dies muss nicht unbedingt an einer falschen Interpretation der Daten liegen, sondern kann alleine in der Publikation an sich begründet sein.</p> <p>Zu a. Die Qualifikation der Leistungserbringer ist unklar und bringt der allgemeinen Öffentlichkeit keine zusätzliche Transparenz. Ob ein Spital betrieben werden darf bzw. gewisse Leistungen erbringen darf, muss in der Betriebsbewilligung geregelt sein. Bzgl. Der Ärzteschaft kann auf die öffentliche FMH-Datenbank zurückgegriffen werden.</p> <p>Zu d. Es ist nicht klar was mit Kostenentwicklungen gemeint ist. Dieser Passus ist zu präzisieren. Sind die Kosten in den Spitälern gemeint? Sind die Gesamtausgaben für die in einem Spital erbrachten Leistungen gemeint? Unkommentierte und vor allem ungewichtete Daten geschäftsschädigend sein. Es besteht die Gefahr, dass Äpfel mit Birnen verglichen werden. Vordergründig teure Spitäler können unter Einbezug der Art oder der Komplexität der Krankheiten sich als sehr günstig erweisen.</p> <p><u>Abs 2 (neu): Das Bundesamt berücksichtigt dabei insbesondere die Menge, die Schwere der Krankheiten und die Implikation der Aussagen.</u></p> <p>Und zwar bei privaten wie öffentlichen oder öffentlich subventionierten Anbietern.</p>	Inselspital
<p>Das BAG veröffentlicht Daten der Leistungserbringer. Besteht hier ein Konzept,</p>	Kantonsspital

welches mit dem Verband H+ abgesprochen wurde. Allfällige Resultate und Aussagen können für ein Spital „geschäftsschädigend“ sein.	Aarau
<p>Art. 31 Bst. a): Es ist unklar, aufgrund von welchen Fakten die Qualifikation der Leistungserbringer ermittelt werden soll. Alle Spitäler, die tätig sein dürfen, verfügen über eine Betriebsbewilligung, mit welcher bestätigt wird, dass sie für die Erbringung der Leistungen qualifiziert sind. Ist das nicht mehr der Fall, ist dem Spital die Betriebsbewilligung zu entziehen. Im Text ist deshalb „... und Qualifikation“ zu streichen. Dies ist überflüssig.</p> <p>Art. 31 Bst. b): U.E. ist es dem Bundesamt für Statistik aufgrund rein statistischer Angaben nicht möglich, aussagekräftige medizinische Qualitätsindikatoren zu veröffentlichen. Privatkliniken befürworten selbstverständlich die Publikation von Daten zur Qualität der Leistungserbringung. Es muss dabei jedoch sichergestellt werden, dass die Empfänger der Publikation die Tragweite und die Bedeutung der Veröffentlichung auch richtig erfassen können. Es ist daher unumgänglich, dass das Bundesamt für Statistik diese Publikation vorgängig mit den Leistungserbringern abspricht.</p> <p>Art. 31 Bst. d): Der Begriff der Kostenentwicklung ist unverständlich. Welche Kosten sind gemeint? Geht es um die Kosten in den Spitälern (Löhne, Betriebsaufwand) oder um die Kosten für eine in einem Spital erbrachte konkrete Leistung? Solange hier nicht klar definiert wird, was mit diesem Begriff gemeint ist, ist einer willkürlichen Publikation Tür und Tor geöffnet. Die Kosten einer Behandlung sind nämlich primär abhängig von der Komplexität der zu erbringenden Leistungen. Ein teures Spital oder eine teure Behandlung ist möglicherweise wesentlich wirtschaftlicher als ein vordergründig billiges Spital oder eine günstige Behandlung. Der Buchstabe ist daher entweder zu streichen oder dann neu so zu formulieren, dass dann auch ein wirklich vernünftiger und fairer Benchmark möglich ist.</p>	Privatkliniken
Abs 2 (neu): Die in Art. 31 zur Veröffentlichung vorgesehenen Daten bedürfen einer Interpretation. Eine Veröffentlichung der Daten muss deshalb mit grösster Zurückhaltung erfolgen und ist auf die nachweisbar objektiv vergleichbar erhobenen Daten zu beschränken. Art. 31 ist mit einem Absatz 2 zu ergänzen: <u>Zur Beurteilung der Versorgung durch die Leistungserbringer gehören auch die Daten über allfällige Wartezeiten.</u>	SRK
<p>a. Leistungsangebot und Qualifikation der Leistungserbringer d. streichen</p> <p>Vom BAG publizierte Daten können bei falscher Interpretation für die Spitäler geschäftsschädigend sein. Dies muss nicht nur an der falschen Interpretation der Daten liegen, sondern kann alleine in der Publikation an sich begründet sein.</p> <p>Zu a. Die Qualifikation der Leistungserbringer ist unklar und für die Öffentlichkeit irrelevant.</p> <p>Zu d. Es ist nicht klar was mit Kostenentwicklungen gemeint ist. Sind dies die Kosten in den Kliniken, zum Beispiel Löhne und Medikamente? Sind damit die Gesamtausgaben für die in einem Spital erbrachten Leistungen gemeint? Die Problematik ist bekannt und darf nicht so unkritisch in die Verordnung Eingang finden.</p> <p><u>Abs. 2 (neu): Das Bundesamt berücksichtigt dabei insbesondere die Menge, die Schwere der Krankheiten und die Implikation der Aussagen.</u></p>	SWISSREHA VAKA
<p>„1 Das BAG veröffentlicht ...“</p> <p>„Das Bundesamt für Statistik stellt gemäss Art. 22a Abs. 3 des Gesetzes die Daten innert sechs Monaten nach Beendigung der Beobachtungsperiode den Krankenversicherern pro Leistungserbringer zur Verfügung.“Dieser Absatz entspricht dem Willen des Gesetzgebers. Die Lieferung der Daten innerhalb der genannten Frist ist für die Preisverhandlungen unabdingbar.</p>	santésuisse
Zurzeit findet ein Wettbewerb um die Hoheit der Erhebung und Veröffentlichung von Qualitätsindikatoren statt. Die IVQ, H+ und andere Verbände aber auch der Bund (vgl. Artikel 31 KVV) wollen diese Lücke besetzen. Es ist mit der Veröf-	Stadt ZH

<p>fentlichung von Daten alleine nicht getan, da mit der Veröffentlichung von Qualitätsdaten, wie Studien aus Amerika und anderen Ländern zeigen, Anreize und damit auch Fehlanreize gesetzt werden.</p> <p>Bei der Definition dieser Daten ist daher äusserste Sorgfalt notwendig. Diese Aufgabe stellt nicht nur Anforderungen an das fachliche Know-how sondern ist auch von politischer Relevanz. Es gehört die Qualitätskontrolle daher in die Hand des Planers und damit in die Hand der Kantone. Die Stadt ZH regt an, dass die Kantone gemeinsam einen Verein initiieren, an dem auch Leistungserbringer und Versicherer beteiligt werden sollten.</p>	
--	--

Art. 37

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
Der Kanton BL unterstützt den Grundsatz sehr, wonach der Versicherer für diese Personen die gesamte Vergütung nach den Tarifen des Gesetzes übernimmt.	BL, NW, GDK
„Bei stationärer Behandlung in der Schweiz übernimmt der Versicherer die gesamte Vergütung, die nach den Tarifen nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes in Rechnung gestellt wird, für:...“	santésuisse

Geburtshäuser, Art. 55a

Maisons de naissance, art. 55a

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
Die vorgeschlagene Verordnungsregelung ist sinnvoll. Es sollte jedoch klargestellt werden, dass die Hebamme, welche die medizinische Betreuung sicherstellt, die Anforderungen von Art. 45 KVV erfüllen muss, dh. auch zur selbständigen Tätigkeit zugelassen werden könnte. Entsprechend beantragt der Kanton BL folgende Ergänzung: Art. 55a Bst.c " eine ausreichende medizinische Betreuung durch eine Hebamme sicherstellen, <u>welche die Anforderungen von Artikel 45 erfüllt</u> ; ... c. eine ausreichende medizinische Betreuung durch eine Hebamme sicherstellen, <u>welche die Anforderungen von Artikel 45 erfüllt,</u> "	BL
Die vorgeschlagene Verordnungsregelung ist sinnvoll.	GDK
Si le PS Suisse salue la reconnaissance des maisons de naissance en tant que fournisseurs de prestations, il remercie à cet égard de tenir compte des particularités de ce type d'établissement lors de la modification de l'ordonnance y relative. Comme les maisons de naissance présentent un avantage en terme d'économicité, le PS soutient une mise en oeuvre dans l'OAMal aussi souple que possible pour éviter des complications contre-productives ayant trait notamment aux normes de comptabilité et à la classification DRG.	PS
Unter Bst. c ist zu präzisieren, dass es sich um eine gemäss Art. 45 KVV anerkannte Hebamme handeln muss.	SGV
Die Zulassungsbedingungen für die Geburtshäuser werden in der vorgeschlagenen Form vom Geburtshaus arco begrüsst. Bedeutsam ist insbesondere, dass die medizinische Betreuung durch eine Hebamme sichergestellt wird, was dem Wesen der Geburtshäuser als hebammengeführte Einrichtungen entspricht.	Geburtshaus arco Geburtshaus Artemis Geburtshaus Delphys Geburtshaus Engadin Geburtshaus LaVie Geburtshaus Luna Geburtshaus Terra Alta Geburtshaus Villa Oberburg

	Geburtshaus Zürich Oberland IGGH
Die Auflagen entsprechen dem heutigen Stand in den Kantonen.	H+
Wiederum kann der Versuchung zur Leistungsausweitung nicht widerstanden werden. Es ist erstens festzuhalten, dass die vorhandenen öffentlichen und privaten Spitäler eine genügende Versorgungssicherheit im Bereich „Geburten“ anbieten. Das Bedürfnis der Geburtshäuser ist vor allem bei denjenigen Personen vorhanden, die die Niederkunft nicht im Spitalbereich wünschen. Es ist nun aber im Sinne der Wirtschaftlichkeit und angesichts der beschränkten Ressourcen völlig falsch, wenn die Geburtshäuser als Leistungserbringer anerkannt werden und diese dann gleichzeitig zu verpflichten sind, ihre Standards an diejenigen der spitalgestützten Geburtshilfe anzupassen. Auch hier stellt Pulsus fest, dass die freie Wahl der Leistungsempfänger „zwangsverordnet“ wird. Entweder sind die Geburtshäuser nicht als Leistungserbringer im Sinne der obligatorischen Leistungen nach KVG anzuerkennen, oder diese sind in ihrer jetzigen Ausgestaltung ohne Auflagen irgendwelcher Art als Leistungserbringer anzuerkennen. Es soll die freie Entscheidung jeder Frau sein, ob sie ihre Niederkunft im Spital mit der entsprechenden medizinischen und faktischen Kapazität im Notfall wählt, ob sie die intime Atmosphäre des Geburtshauses dem Spital vorzieht oder gar zu Hause gebären und die Risiken einer nicht spitalgestützten Geburt in Kauf nehmen will. Die Anerkennung der Geburtshäuser als Leistungserbringer in Verbindung mit Kriterien als Voraussetzung dieser Anerkennung im Einzelfall wirkt kostentreibend und ist abzulehnen.	Pulsus
Die Zulassungsbedingungen für die Geburtshäuser werden in der vorgeschlagenen Form vom SHV begrüsst. Bedeutsam ist insbesondere, dass die medizinische Betreuung durch eine Hebamme sichergestellt wird, was dem Wesen der Geburtshäuser als hebammengeführte Einrichtungen entspricht.	SHV
Mit dieser notwendigen Präzisierung wird verhindert, dass Geburtshäuser zu Lasten der OKP Hebammen anstellen, welche die Zulassungsbedingungen des Gesetzes nicht erfüllen. „c. eine ausreichende medizinische Betreuung durch eine Hebamme, die gemäss Art. 45 KVV anerkannt ist, sicherstellen;...“	santésuisse
Le CSA estime cohérent d'appliquer à l'admission des maisons de naissance comme fournisseurs de soins reconnus les mêmes règles que pour les hôpitaux, et des règles particulières comme la garantie d'une „ <i>assistance médicale suffisante par sage-femme</i> “ et „ <i>des mesures pour faire face aux situations d'urgence médicale</i> “.	SSR/CSA
Die Aufnahme der Geburtshäuser in die OKP entspricht dem Wunsch der Bevölkerung. Wenn die Geburtshäuser nun aber ebenfalls nach leistungsbezogenen Fallpauschalen abrechnen sollen, bedarf dies flankierender Massnahmen. Im Vergleich zu Geburtskliniken, bzw. Spitälern mit Geburtsabteilungen, sind Geburtshäuser lediglich verpflichtet, eine ausreichende medizinische Versorgung durch eine Hebamme sowie Vorkehrungen zur Einleitung von Massnahmen im medizinischen Notfall zu gewährleisten. Dadurch entstehen ihnen wesentliche Vorteile bei den Personalkosten, welchen Rechnung zu tragen ist. Darüber hinaus hat dies unter Umständen auch Auswirkungen auf die Ausbildung von ärztlichem Fachpersonal und damit langfristig auf die Qualität der Leistungen, da in Spitälern und Geburtskliniken – wo der medizinische Nachwuchs ausgebildet wird - immer weniger normale Geburten stattfinden, welche aber für die Ausbildung der Assistenzärztinnen wichtig sind (vgl. dazu die Entwicklung in der Kataraktchirurgie).	Stadt ZH

Kriterien zur Spitalplanung

Critères pour la planification hospitalière

Generell / En général

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
<p>Gewisse Ausführungen im Bericht sind unklar. So z.B. S. 5: „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.“ Heisst dies, die Planungspflicht der Kantone ist jetzt eingeschränkt auf die Nur-Grundversicherten? Ist dies ein Widerspruch zu Art. 58a, welcher in genereller Form von „Einwohnerinnen und Einwohnern“ spricht? Die Verträge gemäss Ausführungen zu S. 5 machen ja die Krankenversicherer, nicht die Kantone. Wie können die Kantone sicherstellen, dass die Krankenversicherer dies für die Zusatzversicherten „in genügendem Ausmass“ tun?</p>	AG
<p>Die Standeskommission lehnt den Revisionsentwurf für die KVV entschieden ab. Insbesondere sind die vorgesehenen Vorgaben zur Ausgestaltung der Spitalplanung und die Details der Genehmigungspflicht der Tarifverträge inakzeptabel.</p> <p>Hinsichtlich der ausführlichen Beurteilung der Vorlage und der detaillierten Änderungsanträge schliesst sich die Standeskommission vollumfänglich der durch die Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) abgegebenen Stellungnahme zur KVV-Revision an. Diese Änderungs- und Ergänzungsvorschläge sind in der Überarbeitung der Revisionsvorlage zu berücksichtigen.</p>	AI
<p>Im Bereich der Spitalplanung bergen die in Artikel 58a ff KW vom Bundesrat vorgeschlagenen Kriterien die grosse Gefahr, dass die Kantone zur Mitfinanzierung praktisch des gesamten Angebots verpflichtet werden. Dies ist aus drei Gründen zu vermeiden:</p> <p>Der Bundesrat greift mit diesen Regelungen in die diesbezüglichen Entscheidungskompetenzen der Kantone ein. Der Gesetzgeber hat auf eine entsprechende Delegationsnorm an den Bundesrat sogar explizit verzichtet. Die umfassende Unterstellung praktisch sämtlicher stationärer Leistungen unter die Spitalplanung wurde vom Gesetzgeber so nicht vorgesehen und widerspricht dem Gesetzestext, der namentlich auch Vertragsspitäler zulässt.</p> <p>Diesbezügliche Bestimmungen des Bundesrates würden finanzielle Folgen nach sich ziehen. Dies widerspricht dem Grundsatz der fiskalischen Äquivalenz. Die Planungskriterien des Bundes gemäss Artikel 39 Absatz 2ter KVG betreffen explizit die Wirtschaftlichkeit und Qualität. Diesbezügliche griffige Bestimmungen fehlen jedoch in der KVV. Mit Blick auf Artikel 49 Absatz 8 KVG, wonach der Bund in Zusammenarbeit mit den Kantonen Betriebsvergleiche insbesondere zu Kosten und medizinischer Ergebnisqualität anordnet, ist insbesondere Artikel 77 KV/betreffend Qualitätssicherung zu revidieren. Der Regierungsrat würde es begrüßen, wenn die zuständigen Stellen des Bundes die gesamte Revisionsvorlage nochmals in genereller Weise vor dem Hintergrund des Prinzips der fiskalischen Äquivalenz überprüfen könnten, auch hinsichtlich der Regelungsdichte.</p> <p>Zu Ziffer 2: Planungskriterien:</p> <p>Das Parlament hat den Kantonen aufgrund des letztlich unveränderten Artikels 39 Absatz 1 KVG denselben Auftrag wie 1994 erteilt, eine bedarfsgerechte Spitalversorgung vorzusehen. Die bedarfsgerechte Versorgung zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit sowie die Koordination unter den Kantonen ist allein eine kantonale Aufgabe. Auf eine Delegationsnorm an den Bundesrat hat der Gesetzgeber nach langer Debatte explizit verzichtet. Vorgaben des Bundes zum Umfang der Leistungsaufträge sowie zur Mengensteuerung sind daher unzulässig.</p> <p>Der Regelungsentwurf ist überdies zu dicht und zwingt den Kantonen einen aufwändigen, zu wenig relevanten und nicht justiziablen Planungsauftrag auf. Die vorgeschlagene Regelungsdichte ist zu reduzieren.</p>	BE

<p>Die im Entwurf vorgesehene Dichte der Vorgaben birgt die Gefahr, dass die Kantone praktisch das ganze Angebot mitfinanzieren müssen. Dies steht im Widerspruch zur Absicht des Gesetzgebers, neben Listenspitälern auch Vertragsspitäler zuzulassen. Deshalb sollen die Kantone nur den wesentlichen Bedarf der für die Versorgung ihrer Wohnbevölkerung notwendigen medizinischen Leistungen planen.</p> <p>Betreffend Vorgehen bei der Spitalplanung ist die Anwendung des "Leitfadens der GDK zur leistungsorientierten Spitalplanung" nicht zwingend notwendig, zumal es sich nur um einen Leitfaden handelt, der nicht im Sinne einer Empfehlung, sondern im Sinne eines Arbeitsinstruments auf dem Weg hin zu einer (freiwilligen) leistungsorientierten Planung erstellt wurde. Die Erläuterungen im zweiten Abschnitt von Ziffer 2 sollten demnach angepasst werden.</p>	
<p>Einen grossen Einwand muss der Kanton BL jedoch im Bereich der Spitalplanung anbringen: Die vorgeschlagenen Kriterien des Bundesrates bergen die grosse Gefahr, dass die Kantone zur Mitfinanzierung praktisch des gesamten Angebots verpflichtet werden. Dies ist aus drei Gründen zu vermeiden: Es ist nicht Sache des Bundesrates, in die diesbezüglichen Entscheidungskompetenzen der Kantone einzugreifen. Der Gesetzgeber hat auf eine entsprechende Delegationsnorm an den Bundesrat sogar explizit verzichtet. Die umfassende Unterstellung praktisch sämtlicher stationärer Leistungen unter die Spitalplanung wurde vom Gesetzgeber so nicht vorgesehen und widerspricht somit dem Gesetzestext, der namentlich auch Vertragsspitäler zulässt. Diesbezügliche Bestimmungen des Bundesrates würden finanzielle Folgen nach sich ziehen. Dies widerspricht dem Grundsatz der fiskalischen Äquivalenz. Der Kanton BL bittet, diese gewichtigen Vorbehalte vor dem Hintergrund der sinnvollen Regelungsdichte auf Verordnungsebene und des Grundsatzes der fiskalischen Äquivalenz zu prüfen.</p> <p>Die Planungskriterien des Bundes gemäss Art. 3B Abs. 2ter KVG betreffen hingegen explizit die Wirtschaftlichkeit und Qualität. Diesbezügliche griffige Bestimmungen fehlen jedoch in der Verordnung. Insbesondere besteht in Verbindung zu Art. 49 Abs. 8 KVG (vom Bund in Zusammenarbeit mit den Kantonen angeordnete Betriebsvergleiche insbesondere zu Kosten und medizinischer Ergebnisqualität) Revisionsbedarf von Art. 77 KVV zur Qualitätssicherung.</p> <p>Anmerkungen zu den allgemeinen Erläuterungen: II Revision der Verordnung ad 2. Planungskriterien:</p> <p>1. Umfang der Spitalplanung: Das Parlament hat den Kantonen aufgrund des letztlich unveränderten Art. 39 Abs. 1 KVG denselben Auftrag wie 1994 erteilt, eine bedarfsgerechte Spitalversorgung vorzusehen. Die bedarfsgerechte Versorgung zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit sowie die Koordination unter den Kantonen ist allein eine kantonale Aufgabe. Auf eine Delegationsnorm an den Bundesrat hat der Gesetzgeber nach langer Debatte explizit verzichtet. Vorgaben des Bundes zum Umfang der Leistungsaufträge sowie zur "Mengensteuerung" sind daher systemfremd. Der Regelungsentwurf ist überdies zu dicht und zwingt den Kantonen einen unsinnig aufwendigen, zu wenig relevanten und nicht justiziablen Planungsauftrag auf. Die vorgeschlagene Regelungsdichte ist unbedingt zu reduzieren. Die Dichte der Vorgaben birgt die Gefahr, dass die Kantone praktisch das ganze Angebot mitfinanzieren müssen. Dies steht im Widerspruch mit der Absicht des Gesetzgebers, neben Listenspitälern auch Vertragsspitäler zuzulassen. Deshalb sollen die Kantone nur den wesentlichen Bedarf der für die Versorgung der Wohnbevölkerung notwendigen medizinischen Leistungen planen.</p> <p>Mit der Gesetzesrevision sollte - zumindest nach deren Zielsetzung - eine vermehrt wettbewerbsfähig ausgerichtete Spitalversorgung angestrebt werden. Als zentrales Element wurde dabei u.a. auch die Wahlfreiheit ausgeweitet, wobei die Auswirkungen der neuen Gesetzesbestimmungen auf Spitalplanung und Spitalfinanzierung leider viel zu wenig durchdacht und ausgeleuchtet wurden. Die neuen Bestimmungen in der KVV zur Spitalplanung entsprechen in der</p>	BL

Konsequenz einem kompletten und bis ins kleinste Detail ausgerichteten Planungsmodell. Die umfassende Unterstellung praktisch sämtlicher stationärer Leistungserbringer unter die Spitalplanung wurde vom Gesetzgeber so nicht vorgesehen und widerspricht somit dem Gesetzestext. Das Gesetz sieht namentlich auch Vertragsspitäler vor.

Weiter ersucht der Kanton, bei der Überarbeitung der Verordnungen folgenden Grundsatz einfließen zu lassen: "Datenerhebung nur mit Auswertungskonzept". Seit einiger Zeit setzen sich die Spitäler dafür ein, dass nur Daten erhoben werden, für die ein nachgewiesener praktischer Bedarf besteht. Jede Datenerhebung ist sehr aufwändig und teuer. Die dazu notwendigen Personen und Mittel sollten primär den Patientinnen und Patienten zu Gute kommen, anstatt in unnötige Dokumentierungsaktivitäten zu fließen. Die aktuell unbefriedigende Situation wird durch die vorgelegten revidierten Bestimmungen in der KVV bzw. VKL nicht behoben, sondern eher zementiert.

2. Art der Spitalplanung:

Die Anwendung des "Leitfadens der GDK zur leistungsorientierten Spitalplanung" ist nicht zwingend, zumal es sich nur um einen Leitfaden handelt, der nicht im Sinne einer Empfehlung, sondern im Sinne eines Arbeitsinstruments auf dem Weg hin zu einer (freiwilligen) leistungsorientierten Planung erstellt wurde. Die Erläuterungen zu den KW-Änderungen sollen demnach wie folgt angepasst werden: „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“ sinnvoll notwendig.“

Grundsätzliches aus iuristischer Sicht: Eine gesetzliche Grundlage besteht lediglich für den Erlass von "einheitlichen Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit" durch den Bundesrat (Art. 39 Abs 2ter KVG). Derart detaillierte Vorschriften über Ablauf und Methodik der Planung sind abzulehnen, da die Kantone dadurch unnötig in ihrer Planungshoheit eingeschränkt werden und die Methodik nicht mehr der Fragestellung angepasst werden kann, dh. in vielen Fällen ein unverhältnismässiger Aufwand betrieben werden muss, um den Anforderungen des Verordnungstextes zu genügen, weil sich dies sonst in einem allfälligen Beschwerdeverfahren nachteilig für den Kanton auswirken könnte.

Schliesslich sind viele der vorgeschlagenen Bestimmungen nur schwer justizierbar, da sie zuhauf unbestimmte Rechtsbegriffe enthalten, deren genaue Auslegung erst in langwierigen juristischen Verfahren ermittelt werden müsste. Somit wird ausgerechnet in einer Phase, in welcher alle Kantone ihre Spitalisten neu gestalten müssen, zusätzliche Rechtsunsicherheit geschaffen. Es ist absehbar, dass nicht berücksichtigte Spitäler eine Reihe von "methodischen Fehlern" rügen werden, während der Kanton für den korrekten Ablauf und eine verordnungskonforme Methodik beweispflichtig sein wird. Die Planungskriterien sind deshalb soweit aufgrund des neuen Gesetzestextes möglich an die bisherige Praxis und Rechtsprechung anzulehnen. Anforderungen an die Planung, welche über das Bisherige hinausgehen, sind abzulehnen.

Besonders fragwürdig ist, dass die Planungskriterien integral auch auf Pflegeheime anwendbar sein sollen, bei denen bisher eine weit grosszügigere Praxis gilt. Jedenfalls ist es bisher nicht üblich, dass bei einer Unterversorgung im diesem Bereich Kapazitäten ausserkantonale gesichert werden müssen; es gilt gesamtschweizerisch das Prinzip der "offenen" Pflegeheimliste, d.h. dass eine pflegebedürftige Person unter dem Gesichtspunkt des KVG ein ausserkantonales Pflegeheim nach Wahl aufsuchen darf und dass der Kanton keine ausserkantonalen Pflegeheime auf seine Liste aufnimmt. Dies war und ist auch weiterhin sinnvoll, zumal mit dem NFA eine Finanzierungsregelung eingeführt worden ist, welche eine hohe Freizügigkeit innerhalb der Schweiz ermöglicht. Auch das KVG unterscheidet nicht zwischen inner- und ausserkantonalen Auf-

<p>enthalten in Pflegeheimen. Es ist deshalb der klare Vorbehalt anzubringen, dass die Planungskriterien für Pflegeheime nur eingeschränkt gelten, d.h. insbesondere dass Unterkapazitäten nicht ausserkantonale gesichert werden müssen. Dasselbe muss auch für Geburtshäuser gelten, welche neu der Planungspflicht unterstehen.</p>	
<p>La révision du 21 decembre 2007 de la LAMal a prévu que «les assureurs peuvent conclure avec les hôpitaux ou les maisons de naissance non repertoriees au sens de l'art. 39, mais qui remplissent les conditions fixées aux art. 38 et 39, al. 1, let. a à c, des conventions sur la remuneration des prestations fournies au titre de l'assurance obligatoire des soins» (art. 49a alinea 4). Le legislateur a donc explicitement admis que certains hôpitaux ou certaines prestations ne soient pas pris en compte dans la planification hospitalière qui relève de la compétence exclusive des cantons et que cette offre ne soit donc pas cofinancée par les pouvoirs publics. Par conséquent, il n'est pas concevable que la Confédération qui est certes habilitée par la loi à fixer des criteres de planification uniformes, puisse étendre par voie d'ordonnance l'obligation de planification des cantons à tous les hôpitaux et toutes les prestations. Les articles de l'ordonnance relatifs à la planification hospitaliere doivent donc impérativement être modifiés pour ne concerner que</p>	FR
<p>Das Parlament hat den Kantonen seit dem und des letztlich unveränderten Art. 39 Abs. 1 KVG denselben Auftrag wie 1994 erteilt, eine bedarfsgerechte Spitalversorgung vorzusehen. Die bedarfsgerechte Versorgung zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit sowie die Koordination unter den Kantonen ist alleine Sache der Kantone. Auf eine Delegationsnorm an den Bundesrat hat der Gesetzgeber explizit verzichtet. Vorgaben des Bundes zum Umfang der Leistungsaufträge sowie zur Mengensteuerung sind daher systemfremd. Der Regelungsentwurf ist zu dicht und zwingt den Kantonen einen unsinnigen, aufwendigen, zu 2 wenig relevanten und nicht justiziablen Planungsauftrag auf. Die Dichte der Vorgaben birgt die Gefahr, dass die Kantone praktisch das gesamte Angebot mitfinanzieren müssen. Dies steht einerseits im Widerspruch mit der Absicht des Gesetzgebers, neben Listen- auch Vertragsspitäler zuzulassen und andererseits mit dem Grundsatz des NFA der fiskalischen Äquivalenz. Die Kantone sollten deshalb nur den wesentlichen Bedarf der für die Versorgung der Wohnbevölkerung notwendigen medizinischen Leistungen zu planen haben. Die Planungskriterien des Bundes gemäss Art. 39 Abs. 2ter KVG-r betreffen hingegen explizit die Wirtschaftlichkeit und Qualität. Griffige Bestimmungen hierzu fehlen jedoch in der Verordnung. Insbesondere bestünde in Verbindung zu Art. 49 Abs. 8 KVG-r bezüglich den vom Bund in Zusammenarbeit mit den Kantonen anzuordnenden Betriebsvergleichen zu Kosten und medizinischer Ergebnisqualität Revisionsbedarf von Art. 77 KVV zur Qualitätssicherung.</p>	GL
<p>Der Kanton Graubünden lehnt den Revisionsentwurf in der vorgelegten Fassung entschieden ab. Anlass zu ablehnenden Haltung geben die vorgesehenen Vorgaben zur Ausgestaltung der Spitalplanung, die vorgesehene Genehmigungspflicht der Tarifverträge einschliesslich der in diesem Zusammenhang einzureichenden Unterlagen sowie die fehlende Regelung des Einbezugs der Investitionskosten in die leistungsbezogenen Pauschalen. Die Umsetzung der vorgeschlagenen Planungskriterien führt zu einer massiven Aufblähung des administrativen Aufwandes der Kantone, ohne dass sie zu einer wirtschaftlicheren Leistungserbringung durch die Spitäler beiträgt. Die Umsetzung des Wirtschaftlichkeitsprinzips kann und soll im Rahmen der Festlegung der Spitaltarife gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG gewährleistet werden. Für die im Verordnungsentwurf vorgesehene Genehmigungspflicht der Tarifverträge einschliesslich der in diesem Zusammenhang einzureichenden Unterlagen findet sich im KVG keine gesetzliche Grundlage. Der Verordnungsentwurf enthält keine Regelung, wie die Investitionskosten in die leistungsbezogenen Pauschalen einzubeziehen sind. Eine solche Regelung ist zur einheitlichen Umsetzung von Art. 49 Abs. 1 KVG unabdingbare Voraus-</p>	GR

setzung. Der Kanton ersucht entsprechend, die Vorlage im Sinne der Ausführungen umfassend zu überarbeiten und anschliessend zum überarbeiteten Entwurf eine erneute Vernehmlassung durchzuführen.

Bemerkungen zum 11. Abschnitt: Planungskriterien (Art. 58a - Art. 58h)

Wie der Bundesrat in der Botschaft vom 15. September 2004 zur Änderung des KVG (Spitalfinanzierung) festgehalten hat, fällt die Ausgestaltung der Spitalplanung, das heisst der bedarfsgerechten medizinischen Versorgung der Bevölkerung, verfassungsmässig in die Kompetenz der Kantone. Auf Grund dieser Kompetenzordnung wie auch auf Grund von Art. 46 Abs. 2 der Bundesverfassung, wonach der Bund den Kantonen bei der Umsetzung des Bundesrechts möglichst grosse Gestaltungsfreiheit belässt und den kantonalen Besonderheiten Rechnung trägt, sind die Vorgaben des Bundes an die Kantone zur Ausgestaltung der Spitalplanung auf das absolut notwendige Minimum zu beschränken. Dies entspricht auch den Intentionen des Gesetzgebers. So begründete Nationalrat Felix Gutzwiller seinen Antrag zu Art. 39 Abs. 2 der KVG, der Eingang in die definitive Fassung der Vorlage gefunden hat, damit, dass es ihm mit dieser Bestimmung einzig darum gehe, dass von den Kantonen in der Planung minimale Standards eingehalten werden.

Angesichts dieser Ausgangslage schiesst die vorgesehene Ausgestaltung der Planungskriterien weit über das Ziel hinaus. Die Kantone werden zum Aufbau eines Planungsinstrumentariums gezwungen, ohne dass dadurch ein Ergebnis erzielt werden kann, das nicht auch im Rahmen der Genehmigung von Tarifverträgen gemäss Art. 46 Abs. 4 in Verbindung mit Art. 49 Abs. 1 KVG beziehungsweise im Rahmen der hoheitlichen Tariffestsetzung gemäss Art. 47 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 49 Abs. 1 KVG herbeigeführt werden kann. In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass in der parlamentarischen Beratung unbestritten war, dass den Spitälern, Versicherern und Kantonen mit den leistungsbezogenen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen beruhenden und damit Betriebsvergleiche ermöglichenden Fallpauschalen ein geeignetes und zielführendes Instrument zur Verfügung steht, um die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung zu steigern.

Von wesentlicher Bedeutung ist auch, dass die vorgesehene Ausgestaltung der Planungskriterien in keiner Weise auf die in Art. 41 Abs. 1 bis KVG eingeführte schweizweite Wahlfreiheit unter den Listenspitälern abgestimmt ist. Mit dieser Bestimmung wollte das Parlament den interkantonalen Wettbewerb zwischen den Spitälern fördern. Das mit der vorgesehenen Art der Spitalplanung verfolgte Ziel des Abbaus von Überkapazitäten kann im Ergebnis dazu führen, dass auf Grund von knappen Kapazitäten das der Bevölkerung gemäss Gesetz zustehende Recht der freien Spitalwahl vorenthalten wird. Eine Planung in der vorgesehenen Art und Weise ist als problematisch bis gefährlich zu qualifizieren, indem sie den Spitalbetreibern Anlass geben kann, falsche Schlüsse zu ziehen beziehungsweise sich in nicht vorhandenen Sicherheiten zu wiegen: Beim System der freien Spitalwahl ist nämlich nicht sicher, dass der Patient von heute Morgen immer noch da ist und in das gemäss Planung für ihn vorgesehene Spital geht. Planen muss und wird daher im ureigensten Interesse der Spitalbetreiber selbst. Seine Planung wird er dabei rollend auf die vorhandene Nachfrage und die vorhersehbare Nachfrageentwicklung ausrichten. Die Pflicht zur Planung ist entsprechend auf diejenigen Kantone zu beschränken, die selber Spitäler betreiben.

Die Notwendigkeit der Spitalplanung wird im erläuternden Bericht unter anderem damit begründet, dass die Spitäler bei einer leistungsbezogenen Finanzierung ein Interesse an Mengenausweitungen haben. Auch wenn diese Feststellung richtig ist, gilt es festzuhalten, dass die Spitalplanung nicht das geeignete Instrument ist, um die Mengenausweitung zu verhindern. Allein schon die Tatsache, dass die Auslastung in den Spitälern von Jahr zu Jahr sehr stark schwankend ist, zeigt, dass mit der Spitalplanung niemals eine Mengenausweitung verhindert werden kann. Dem Anreiz zur Mengenausweitung ist mit de-

<p>gressiven Abgeltungsmodellen bei den Pauschalen sowie mit der Kontrolle der Notwendigkeit der stationären Leistungserbringung entgegenzutreten. Der Kanton vermisst im Verordnungsentwurf entsprechende Bestimmungen.</p> <p>Die vorstehenden Ausführungen führen zum Schluss, dass die Planungskriterien im Verordnungsentwurf unbedingt auf absolut notwendige minimale Standards zu reduzieren sind. Es gilt zu bedenken, dass im Jahr 2005 Bündner Patienten und Patientinnen in 191 verschiedenen Kliniken in der Schweiz behandelt wurden.</p>	
<p>Le canton soutient fermement l'objection majeure dans le domaine de la planification hospitalière. En effet, les critères proposés par le Conseil fédéral comportent le grand danger que les cantons soient contraints à cofinancer pratiquement toute l'offre.</p> <p>Il leur semble important de rappeler que: Il n'appartient pas au Conseil fédéral de s'immiscer dans les compétences décisionnelles des cantons en la matière. Le législateur a même explicitement renoncé à une délégation de compétence correspondante au Conseil fédéral.</p> <p>-La subordination globale à la planification hospitalière de pratiquement toutes les prestations hospitalières n'a pas été prévue ainsi par le législateur et contredit donc le texte de la loi, qui admet nommément aussi les hôpitaux conventionnés.</p> <p>-Les ordonnances du Conseil fédéral entraîneraient des conséquences financières, ce qui contredit le principe de l'équivalence fiscale.</p> <p>Le canton prie de bien vouloir examiner ces réserves importantes au niveau des ordonnances et respecter le principe de l'équivalence fiscale.</p>	JU
<p>ad 2. Planungskriterien:</p> <p>Die bedarfsgerechte Versorgung zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit sowie die Koordination unter den Kantonen ist allein eine kantonale Aufgabe. Das Parlament hat den Kantonen aufgrund des letztlich unveränderten Art. 39 Abs. 1 KVG denselben Auftrag wie 1994 erteilt, eine bedarfsgerechte Spitalversorgung vorzusehen. Auf eine Delegationsnorm an den Bundesrat hat der Gesetzgeber nach langer Debatte explizit verzichtet. Vorgaben des Bundes zum Umfang der Leistungsaufträge sowie zur "Mengensteuerung" sind daher systemfremd. Der Regelungsentwurf ist viel zu dicht und zwingt den Kantonen einen unsinnig aufwendigen, zu wenig relevanten und nicht justiziablen Planungsauftrag auf. Die Dichte der Vorgaben birgt die Gefahr, dass die Kantone praktisch das ganze Angebot mitfinanzieren müssen. Dies steht im Widerspruch mit der Absicht des Gesetzgebers, neben Listenspitälern auch Vertragsspitäler zuzulassen. Deshalb sollen die Kantone nur den wesentlichen Bedarf der für die Versorgung der Wohnbevölkerung notwendigen medizinischen Leistungen planen. Die Anwendung des "Leitfadens der GDK zur leistungsorientierten Spitalplanung" darf nicht als zwingend bezeichnet werden. Es handelt sich hierbei nur um einen Leitfaden im Sinne eines Arbeitsinstruments auf dem Weg hin zu einer (freiwilligen) leistungsorientierten Planung. Für eine konkrete Formulierung verweist der Kanton auf den Vorschlag der GDK.</p>	LU
<p>La fixation par le Conseil fédéral, au niveau réglementaire, d'un certain nombre de principes et de critères uniformes en matière de planification hospitalière, principes et critères qui ne se limitent pas à la seule concrétisation des exigences du caractère économique et de la qualité, est souhaitable pour éviter que ne perdure le flou que l'on a connu jusque-là avec la jurisprudence changeante du Conseil fédéral.</p> <p>Le canton est toutefois d'avis qu'il faut limiter le nombre de critères à prendre en considération par les cantons dans le cadre de leur tâche de planification au strict nécessaire et veiller à ce que les critères retenus, tout en étant formulés de manière assez générale pour ne pas restreindre trop la marge de manoeuvre des cantons, ne soient dans le même temps pas trop vagues. Cela répond à un souci légitime de sécurité du droit. Les cantons doivent pouvoir se fonder sur des bases solides et objectives pour établir leur planification et ne pas risquer</p>	NE

de voir les décisions qu'ils prennent en la matière systématiquement cassées par le tribunal administratif fédéral, au motif que les conditions de base ne seraient pas remplies à satisfaction.

Certains critères proposés présentent le grave danger que les cantons soient contraints de planifier pratiquement toute l'offre hospitalière et surtout de la cofinancer. Or le canton est d'avis que cela n'est ni souhaité, ni souhaitable et ce principalement pour les trois raisons suivantes:

1. Il n'appartient pas au Conseil fédéral de s'immiscer dans la sphère de compétences décisionnelles des cantons en matière de planification hospitalière. Le canton vous rend attentif au fait que le législateur a d'ailleurs explicitement renoncé, lors de ses délibérations, à une délégation de compétence correspondante au Conseil fédéral; 2. la subordination globale de pratiquement toutes les prestations hospitalières à la planification hospitalière cantonale n'a pas été prévue ainsi par le législateur dans le cadre de la révision de la LAMal (financement hospitalier). Elle contredit le texte de cette loi qui admet expressément la possibilité, pour les assureurs-maladie, de passer des conventions avec des hôpitaux hors listes et donc l'existence d'un certain marché pour la fourniture des prestations hospitalières à charge de l'assurance obligatoire des soins à côté de l'offre planifiée; 3. les propositions faites par le Conseil fédéral dans son projet de modification de l'OAMal en lien avec la planification hospitalière entraîneraient des conséquences financières importantes pour les cantons. Elles vont à l'encontre du principe "qui paie, décide", et sont ainsi en contradiction avec le principe de l'équivalence fiscale.

Le canton vous prie de bien vouloir examiner ces réserves importantes pour assurer une densité judicieuse de la réglementation et respecter le principe de l'équivalence fiscale. Le canton vous renvoie à cet égard à nos propositions de modification ou de suppression des propositions relatives aux critères de planification figurant dans l'annexe au présent courrier.

Remarques sur le commentaire:

ad 2. Critères de planification

1. Portée de la planification hospitalière

L'art. 39 al. 1 LAMal n'ayant finalement pas été modifié par les Chambres fédérales dans le cadre de la révision de la LAMal sur le financement hospitalier, cela signifie que les cantons ont le même mandat que jusque-là de prévoir une prise en charge hospitalière conforme aux besoins propre à garantir la sécurité sanitaire. Cette prise en charge et la coordination entre les cantons sont une tâche de ces derniers uniquement. Ainsi que la CDS a eu l'occasion de le démontrer dans un courrier qui vous a été adressé en début d'année en citant les interventions parlementaires y relatives, le législateur a explicitement renoncé, lors de ses délibérations, à une délégation de compétence au Conseil fédéral. Les prescriptions de la Confédération sur la portée des mandats de prestations et sur la "gestion des quantités" sont dès lors conceptuellement erronées.

Le projet de réglementation est de plus trop dense et impose aux cantons une tâche de planification d'une ampleur déraisonnable. Il est en outre susceptible de poser un problème de sécurité du droit. La densité normative proposée doit donc impérativement être réduite. Le projet recèle par ailleurs le danger que les cantons doivent cofinancer pratiquement toute l'offre hospitalière. Cela est en contradiction avec l'intention du législateur d'admettre, à côté des hôpitaux listés, également des hôpitaux conventionnés. C'est pourquoi le canton est d'avis que les cantons ne devront planifier que les besoins essentiels de prestations médicalement nécessaires à la prise en charge de la population résidente.

2. Type de planification hospitalière La Confédération ne saurait rendre obligatoire l'utilisation du "Guide pour une planification hospitalière liée aux prestations" de la CDS en raison de sa nature même. En effet, ce document ne s'entend pas comme une recommandation, mais comme un instrument de travail à destination des cantons, représentant une étape vers une planification (facultative) liée aux prestations. Par contre, son utilisation leur paraît conseil-

<p>lée. Le commentaire sur les modifications de l'OAMal devrait être adapté en conséquence.</p>	
<p>ad 2. Planungskriterien: 1. Umfang der Spitalplanung: Das Parlament hat den Kantonen aufgrund des letztlich unveränderten Art. 39 Abs. 1 KVG denselben Auftrag wie 1994 erteilt, eine bedarfsgerechte Spitalversorgung vorzusehen. Die bedarfsgerechte Versorgung zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit sowie die Koordination unter den Kantonen ist allein eine kantonale Aufgabe. Auf eine Delegationsnorm an den Bundesrat hat der Gesetzgeber nach langer Debatte explizit verzichtet. Vorgaben des Bundes zum Umfang der Leistungsaufträge sowie zur "Mengensteuerung" sind daher systemfremd. Der Regelungsentwurf ist überdies zu dicht und zwingt den Kantonen einen unsinnig aufwendigen, zu wenig relevanten und nicht justiziablen Planungsauftrag auf. Die vorgeschlagene Regelungsdichte ist unbedingt zu reduzieren. Die Dichte der Vorgaben birgt die Gefahr, dass die Kantone praktisch das ganze Angebot mitfinanzieren müssen. Dies steht im Widerspruch zur Absicht des Gesetzgebers, neben Listenspitälern auch Vertragsspitäler zuzulassen. Deshalb sollen die Kantone nur den wesentlichen Bedarf der für die Versorgung der Wohnbevölkerung notwendigen medizinischen Leistungen planen. 2. Art der Spitalplanung: Die Anwendung des "Leitfadens der GDK zur leistungsorientierten Spitalplanung" ist nicht zwingend, zumal es sich nur um einen Leitfaden handelt, der nicht im Sinne einer Empfehlung, sondern im Sinne eines Arbeitsinstruments auf dem Weg hin zu einer (freiwilligen) leistungsorientierten Planung erstellt wurde. Die Erläuterungen zu den KVV-Änderungen sollen demnach wie folgt angepasst werden: „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“ <u>sinnvoll notwendig</u>.“</p>	<p>NW</p>
<p>Der Kanton OW unterstützt in allen Punkten die vom Vorstand der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK) am 14. März 2008 verabschiedete Stellungnahme zu den vorliegenden Verordnungsänderungen.</p>	<p>OW</p>
<p>Die vorgesehene Anpassung der KVV lehnt der Kanton aus folgenden Gründen ab: -Die Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung und die Gewährleistung der Versorgungssicherheit sowie die Koordination unter den Kantonen sind kantonale Aufgaben. Auf eine Delegationsnorm an den Bundesrat hat der Gesetzgeber nach langer Debatte explizit verzichtet. Die in der KVV vorgesehenen Vorgaben des Bundes zum Umfang der Leistungsaufträge sowie zur Mengensteuerung sind daher systemfremd. -Der Regelungsentwurf betreffend Planungskriterien ist sehr detailliert und zwingt die Kantone zu einer unsinnig aufwendigen, wenig relevanten und nicht justiziablen Spitalplanung. Die vorgeschlagene Regelungsdichte ist deshalb unbedingt zu reduzieren. Die Dichte der Vorgaben birgt überdies die Gefahr, dass die Kantone praktisch das ganze Angebot mitfinanzieren müssen. Dies steht im Widerspruch zur Absicht des Gesetzgebers, neben Listenspitälern (= Mitfinanzierung durch die öffentliche Hand) auch Vertragsspitäler (= keine Mitfinanzierung durch die öffentliche Hand) zuzulassen. Deshalb sollen die Kantone nur den wesentlichen Bedarf der für die Versorgung der Wohnbevölkerung notwendigen medizinischen Leistungen planen müssen.</p>	<p>SG</p>
<p>Ein erster grosser Einwand ist im Bereich der Spitalplanung anzubringen. Die vorgeschlagenen Kriterien des Bundesrates bergen die grosse Gefahr, dass die Kantone zur Mitfinanzierung praktisch des gesamten Angebots verpflichtet wer-</p>	<p>SO</p>

<p>den. Dies ist aus drei Gründen zu vermeiden: Es ist nicht Sache des Bundesrates, in die diesbezüglichen Entscheidungskompetenzen der Kantone einzugreifen. Der Gesetzgeber hat auf eine entsprechende Delegationsnorm an den Bundesrat sogar explizit verzichtet. Die umfassende Unterstellung praktisch sämtlicher stationärer Leistungen unter die Spitalplanung wurde vom Gesetzgeber so nicht vorgesehen und widerspricht somit dem Gesetzestext, der namentlich auch Vertragsspitäler zulässt. Diesbezügliche Bestimmungen des Bundesrates würden finanzielle Folgen nach sich ziehen. Dies widerspricht dem Grundsatz der fiskalischen Äquivalenz.</p> <p>Der Kanton SO bittet Sie, diese gewichtigen Vorbehalte vor dem Hintergrund der sinnvollen Regelungsdichte auf Verordnungsebene und des Grundsatzes der fiskalischen Äquivalenz zu prüfen. Die Planungskriterien des Bundes gemäss Art. 39 Abs. 2" KVG-r betreffen hingegen explizit die Wirtschaftlichkeit und Qualität. Diesbezügliche griffige Bestimmungen fehlen jedoch in der Verordnung. Insbesondere besteht in Verbindung zu Art. 49 Abs. 8 KVG-r (vom Bund in Zusammenarbeit mit den Kantonen angeordnete Betriebsvergleiche insbesondere zu Kosten und medizinischer Ergebnisqualität) Revisionsbedarf von Art. 77 KVV zur Qualitätssicherung.</p>	
<p>-Pianificazione ospedaliera: solleviamo il pericolo che l'alta densità normativa delle ordinanze comporti il rischio che il Cantone debba co-finanziare l'insieme dell'offerta attuale presente sul proprio territorio. Per questo condividiamo le osservazioni espresse dalla CDS sulla necessità, per i cantoni, di pianificare unicamente l'offerta che risponde ai bisogni essenziali di prestazioni mediche. Questo in ragione soprattutto del fatto che il legislatore ha fornito la possibilità agli assicuratori malattia di sottoscrivere convenzioni con ospedali oltre a quelli già compresi nella lista ufficiale di pianificazione ospedaliera. Va evidenziato che questi ospedali convenzionati resteranno in parte finanziati attraverso l'assicurazione malattia obbligatoria e che i relativi costi influenzeranno i premi assicurativi.</p> <p>Rileviamo inoltre la nostra preoccupazione legata alla difficoltà di definire un volume di prestazioni da finanziare, senza avere la possibilità di stabilire la capacità massima di presa a carico per ogni singolo istituto considerato nella lista di pianificazione ospedaliera. Nell'ambito dell'articolo 58 c lett. a della OAMal chiediamo l'aggiunta di una base legale che conceda ai cantoni la possibilità di applicare quale criterio pianificatorio anche l'offerta di posti letto (capacità). La sola applicazione della gestione delle quantità "Mengensteuerung" non può infatti rispondere a questa esigenza.</p> <p>-Tempi estremamente brevi per l'attuazione delle riforme: In particolare, si rileva, per quel che concerne l'applicazione delle SwissDRG, la difficoltà a rispettare i tempi previsti dalle ordinanze. È estremamente importante valutare seriamente l'opportunità di rinviare l'entrata in vigore del nuovo sistema tariffario a gennaio 2013.</p> <p>Rileviamo inoltre che importanti strumenti necessari a concretizzare le riforme previste sono ancora in fase di perfezionamento e un ritardo nella loro elaborazione comprometterebbe la possibilità di effettuare tutti i lavori necessari per mettere in vigore per tempo quanto previsto nella modifica delle Ordinanze. Menzioniamo fra gli altri:</p> <p>-Sistema SwissDRG: la società è stata creata il 18.1.2008 e deve sottoporre per approvazione al Consiglio federale la prima convenzione entro il 30.06.2009 (disposizioni transitorie OAMal).</p> <p>oIndicatori di qualità: non esiste, ancora, una definizione uniforme sul piano nazionale degli indicatori da rilevare. Diverse azioni sono state intraprese da più associazioni, è necessaria, a breve termine, una maggior coordinazione e coerenza. Da rilevare inoltre che i cantoni sono attualmente all'oscuro della situazione esistente nel settore privato.</p> <p>oStatistiche: gli adattamenti della statistica medica potranno difficilmente entrare in vigore a gennaio 2009, ciò che implicherebbe dei ritardi di applicazione</p>	TI

<p>dell'insieme degli strumenti necessari alla pianificazione ospedaliera. Questa preoccupazione è già stata sollevata dal nostro Ufficio di statistica cantonale con lettera del 1.4.2008 trasmessa all'Ufficio federale di statistica (vedi allegato).</p> <p>-Costi d'investimento: occorre implementare il sistema di rilevazione dei costi di investimento.</p> <p>La tempistica di entrata in vigore delle nuove ordinanze ci sembra quindi particolarmente ristretta. Per il nostro Cantone, la nuova pianificazione ospedaliera, viste le conseguenze finanziarie molto pesanti della modifica LAMal (ca. 70 mio. di franchi), deve entrare in vigore con le nuove modalità di finanziamento. Tenuto conto degli adattamenti statistici e tecnici a livello federale, dei tempi politici necessari per l'approvazione di una nuova lista ospedaliera (nel nostro Cantone l'approvazione è di competenza del Gran Consiglio) e dei tempi di evasione di possibili ricorsi (da considerare quasi certi) non riteniamo applicabile la scadenza di gennaio 2012 prevista dalla Legge. Per quel che concerne le osservazioni di dettaglio segnaliamo:</p> <p>-Definizione stabilimento ospedaliero: l'articolo 58 OAMal dovrebbe prevedere una definizione esaustiva del concetto di "stabilimento ospedaliero". Questa necessità è dettata dalla sempre maggior confusione, creata anche da recenti decisioni dell'Ufficio federale di statistica, di riconoscere gli ospedali multisito come un unico stabilimento. È evidente che tali decisioni possono fortemente compromettere le valutazioni e le decisioni in ambito pianificatorio, creando difficoltà anche sul piano dei confronti (benchmarking). La definizione è inoltre di fondamentale importanza per il conferimento dei mandati di cui all'art. 39 LAMal. Chiediamo pertanto che il DFI intervenga presso l'Ufficio federale di statistica, al fine di impostare correttamente le statistiche secondo i singoli stabilimenti ospedalieri (non accettazione degli ospedali multisito come un unico</p>	
<p>Stabilingskriterien</p> <p>a) Umfang der Spitalplanung</p> <p>Das Parlament hat den Kantonen aufgrund des letztlich unveränderten Artikel 39 Absatz 1 KVG denselben Auftrag wie 1994 erteilt, eine bedarfsgerechte Spitalversorgung vorzusehen. Die bedarfsgerechte Versorgung zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit sowie die Koordination unter den Kantonen ist allein eine kantonale Aufgabe. Auf eine Delegationsnorm an den Bundesrat hat der Gesetzgeber nach langer Debatte explizit verzichtet. Vorgaben des Bundes zum Umfang der Leistungsaufträge sowie zur "Mengensteuerung" sind daher systemfremd. Der Regelungsentwurf ist überdies zu dicht und zwingt den Kantonen einen unsinnig aufwendigen, zu wenig relevanten und nicht justiziablen Planungsauftrag auf. Die vorgeschlagene Regelungsdichte ist unbedingt zu reduzieren. Die Dichte der Vorgaben birgt die Gefahr, dass die Kantone praktisch das ganze Angebot mitfinanzieren müssen. Dies steht im Widerspruch mit der Absicht des Gesetzgebers, neben Listenspitälern auch Vertragsspitäler zuzulassen. Deshalb sollen die Kantone nur den wesentlichen Bedarf der für die Versorgung der Wohnbevölkerung notwendigen medizinischen Leistungen planen.</p> <p>Art der Spitalplanung: Die Anwendung des "Leitfadens der GDK zur leistungsorientierten Spitalplanung" ist nicht zwingend, zumal es sich nur um einen Leitfaden handelt, der nicht im Sinne einer Empfehlung, sondern im Sinne eines Arbeitsinstruments auf dem Weg hin zu einer (freiwilligen) leistungsorientierten Planung erstellt wurde. Die Erläuterungen zu den KVV Änderungen im ersten Absatz auf Seite 4 sind demnach so anzupassen, dass der Bezug zum GDK-Leitfaden nicht zwingend "notwendig", sondern allein "sinnvoll" ist.</p>	UR
<p>La révision du financement hospitalier introduit l'obligation de procéder à l'échelle nationale à des comparaisons entre hôpitaux en ce qui concerne notamment les coûts et la qualité des résultats médicaux. Ces comparaisons vont jouer un rôle essentiel au vu de l'introduction du libre choix de l'hôpital. Elles seront également déterminantes dans le cadre de la planification. Il est</p>	VS

<p>indispensable que ces comparaisons soient fiables. Ne doit être comparé que ce qui est comparable, sans quoi de fausses incitations seront introduites. Certaines précisions dans ce sens sont à apporter au projet de révision de l'OAMal.</p> <p>Comme le propose la CDS, la planification doit porter sur les besoins et les prestations essentiels. Cette précision permettra d'éviter que les cantons soient contraints d'intégrer une offre trop large dans leur planification et par conséquent de contribuer au financement d'une telle offre. Le terme « essentiel » est donc à introduire aux articles 58a (al. 2, let. a et c) et 58f (cf. annexe).</p> <p>Le canton souhaite encore attirer votre attention sur la situation particulière que connaît le canton avec des établissements sis sur le territoire mais appartenant à d'autres cantons. Genève, Berne et Lucerne possèdent chacun une clinique de réadaptation à Montana (VS) accueillant des patients non valaisans. Leurs propriétaires risquent d'être fortement tentés de demander au canton du Valais d'intégrer ces cliniques sur la liste hospitalière valaisanne afin de permettre le libre choix de l'établissement pour tous les patients suisses, comme le prévoit l'article 41, al. ibis, de la LAMal révisée. Le Valais peut-il intégrer ces cliniques sur sa liste même si elles n'accueillent pas de patients valaisans ?</p> <p>Selon l'article 58e, il incombe en principe au canton où se situe l'établissement d'examiner les conditions relatives aux prestations de service et à l'infrastructure. Pour plus de clarté, il conviendrait de préciser que cet article ne s'applique pas dans les situations où l'établissement appartient à un autre canton que celui où il est sis.</p> <p>Gestion des quantités: Comme la CDS, le canton propose de supprimer les alinéas relatifs à la gestion des quantités (art. 58b, al. 5 et 6, art. 58d, al. 3). Ces alinéas risquent en effet de conduire à un rationnement des prestations. Ils s'avèrent également impraticables pour les établissements hospitaliers, ceux-ci devant faire face à des fluctuations d'activités importantes, ce qui est le cas en Valais lors des périodes de haute fréquentation touristique notamment. Les infrastructures doivent être dimensionnées de manière à pouvoir faire face aux pics d'activité, sans quoi les établissements ne seront pas en mesure de remplir leur mandat de prise en charge de l'ensemble de la population.</p> <p>Planification liée aux prestations:</p> <p>La planification liée aux prestations est un concept nouveau. Il s'agit d'une planification orientée vers le produit, essentiellement fonction des prestations médicales effectivement fournies. Ce changement de paradigme suscite un certain nombre de questions. Une pratique doit être acquise progressivement. C'est pourquoi, comme la CDS, le canton propose que la référence au « Guide pour une planification hospitalière liée aux prestations » de juillet 2005 ne soit pas caractérisée comme indispensable dans le texte explicatif accompagnant l'or-</p>	
<p>S'agissant du champ de la planification, les critères fixes par le Conseil fédéral ne sauraient conduire les cantons à devoir admettre sur leur liste et donc financer l'ensemble de l'offre hospitalière. En plus des éléments invoqués par la CDS, une telle solution conduirait inévitablement à la création de surcapacités au vu des dispositions adoptées par le législateur dans le cadre de la révision LAMal. En d'autres termes, s'il demande aux cantons d'inscrire sur leur liste une offre couvrant le 100% des besoins, le Conseil fédéral créerait des surcapacités puisque, en plus de l'offre planifiée, existera de toute façon une offre conventionnée résultant du régime de la liberté de contracter introduit par le législateur. Contrairement à ce qui figure dans votre commentaire, cette offre conventionnée ne sera pas marginale. Dans le canton de Vaud, elle devrait représenter une offre de prestations de 10 à 15% par rapport aux besoins, correspondant au nombre de Vaudois qui recourent aujourd'hui à l'offre hospitalière non subventionnée. Dans cet esprit, le canton soutient fermement la proposition de modification de l'article 58f alinéa 2 OAMal émise par la CDS.</p>	VD
<p>Das Parlament hat den Kantonen aufgrund des letztlich unveränderten Art. 39 Abs. 1 KVG denselben Auftrag wie 1994 erteilt, eine bedarfsgerechte Spitalver-</p>	GDK

<p>sorgung vorzusehen. Die bedarfsgerechte Versorgung zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit sowie die Koordination unter den Kantonen ist allein eine kantonale Aufgabe. Auf eine Delegationsnorm an den Bundesrat hat der Gesetzgeber nach langer Debatte explizit verzichtet. Vorgaben des Bundes zum Umfang der Leistungsaufträge sowie zur "Mengensteuerung" sind daher systemfremd. Der Regelungsentwurf ist überdies zu dicht und zwingt den Kantonen einen unsinnig auf-wendigen, zu wenig relevanten und nicht justiziablen Planungsauftrag auf. Die vorgeschlagene Regelungsdichte ist unbedingt zu reduzieren. Die Dichte der Vorgaben birgt die Gefahr, dass die Kantone praktisch das ganze Angebot mitfinanzieren müssen. Dies steht im Widerspruch mit der Absicht des Gesetzgebers, neben Listenspitälern auch Vertragsspitäler zuzulassen. Deshalb sollen die Kantone nur den wesentlichen Bedarf der für die Versorgung der Wohnbevölkerung notwendigen medizinischen Leistungen planen. Die Anwendung des "Leitfadens der GDK zur leistungsorientierten Spitalplanung" ist nicht zwingend, zumal es sich nur um einen Leitfaden handelt, der nicht im Sinne einer Empfehlung, sondern im Sinne eines Arbeitsinstruments auf dem Weg hin zu einer (freiwilligen) leistungsorientierten Planung erstellt wurde. Die Erläuterungen zu den KVV-Änderungen sollen demnach wie folgt angepasst werden:</p> <p>„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 leistungs-orientierten Spitalplanung“ <u>sinnvoll notwendig</u>.“</p>	
<p>Die FDK hat Einwände gegen den Entwurf. Die vorgeschlagenen Kriterien des Bundesrates bergen die Gefahr, dass die Kantone weitgehend zur Mitfinanzierung des gesamten Angebots verpflichtet werden.</p> <p>Es ist nicht Sache des Bundesrates, in die diesbezüglichen Entscheidungskompetenzen der Kantone einzugreifen. Der Gesetzgeber hat auf eine entsprechende Delegationsnorm an den Bundesrat explizit verzichtet.</p> <p>-Die umfassende Unterstellung praktisch sämtlicher stationärer Leistungen unter die Spitalplanung wurde vom Gesetzgeber so nicht vorgesehen und widerspricht somit dem Gesetzestext, der namentlich auch Vertragsspitäler zulässt. Diesbezügliche Bestimmungen des Bundesrates würden finanzielle Folgen nach sich ziehen. Dies widerspricht dem Grundsatz der fiskalischen Äquivalenz. Die FDK bittet, diese gewichtigen Vorbehalte vor dem Hintergrund einer sinnvollen Regelungsdichte auf Verordnungsebene und des Grundsatzes der fiskalischen Äquivalenz zu prüfen</p> <p>-Mittelverwendung durch die Krankenkassen:</p> <p>Die Krankenkassen erhalten - insbesondere durch die Kantone - inskünftig wesentlich mehr Mittel. FDK befürchtet, dass diese Mittel in den Krankenkassen „versickern“ könnten, ohne dass die Prämienzahlerinnen und Prämienzahler davon etwas spüren. FDK verlangt eine Kontrolle des Bundes darüber, dass die den Kassen zusätzlich zugehenden Mittel vollumfänglich den Prämienzahlerinnen und Prämienzahlern im Sinne einer Senkung der Prämien zukommen.</p> <p>- Wirtschaftlichkeit und Qualität:</p> <p>Die Planungskriterien des Bundes gemäss Art. 39 Abo. 2ter KVG betreffen explizit die Wirtschaftlichkeit und Qualität. Diesbezügliche griffige Bestimmungen fehlen in der Verordnung aber. Insbesondere besteht in Verbindung zu Art. 48 Abo. 8 KVG Revisionsbedarf (Art. 77 KVV: Qualitätssicherung in der Form einer Zusammenarbeit des Bundes mit den Kantonen - angeordnete Betriebsvergleiche insbesondere zu den Kosten und der medizinischen Ergebnisqualität).</p>	FDK
<p>Il salue en particulier le renforcement de la planification hospitalière conformément à la volonté du législateur par le biais de l'élaboration de critères uniformes par la Confédération, le fait que les cantons soient tenus de coordonner leurs planifications et que les possibilités de recours formés contre les décisions des cantons par les fournisseurs de prestations ne figurant pas sur les listes</p>	PS

<p>restent dans ce cadre limitées.</p> <p>-Critères pour la planification hospitalière</p> <p>Le législateur a voulu que la planification soit renforcée et des critères uniformes sont absolument indispensables pour assurer la cohérence avec le contenu de la loi révisée. A cet égard, le PS estime que l'on aurait pu être plus précis et plus ambitieux quant à l'intervention de la Confédération dans la planification. Le PS regrette l'absence d'objectifs quantitatifs et temporels visant notamment à réduire les écarts entre les cantons. Le PS attend que des objectifs clairs et contraignants soient posés dans le cadre de la planification. Au surplus, le PS relève que selon le nouvel article 39, al. 2ter, LAMal, le Conseil fédéral édicte des critères uniformes de planification en prenant en considération la qualité et le caractère économique. Or pour assurer la qualité, il est non seulement nécessaire d'avoir du personnel qualifié mais aussi de disposer d'effectifs suffisants. Des conditions de travail satisfaisantes sont par ailleurs indispensables pour garantir des prestations efficaces et économiques.</p> <p>Le PS tient aussi à rappeler que la planification a notamment pour buts de garantir la sécurité de l'approvisionnement en soins et de réduire les surcapacités. La planification relève de la compétence des cantons qui remplissent leur mandat au moyen de listes. Or dorénavant, des hôpitaux ne figurant pas sur lesdites listes pourront fournir sur une base contractuelle des prestations selon la loi, ce qui permettra aux cantons d'effectuer une planification des besoins au plus juste pour les hôpitaux sur la liste. Cela pourrait avoir pour conséquence que les cantons se soustraient à une planification conforme aux besoins, ce dont le PS ne veut pas. A cet égard, la formulation de l'article 58f et le commentaire y relatif ne sont pas suffisamment clairs et le PS prie de les préciser en mentionnant expressément le fait que les cantons doivent être contraints de couvrir les besoins en soins essentiels par le biais de la planification hospitalière.</p> <p>La planification a notamment pour buts de garantir la sécurité de l'approvisionnement en soins et de réduire les surcapacités. La planification relève de la compétence des cantons qui remplissent leur mandat au moyen de listes. Or dorénavant, des hôpitaux ne figurant pas sur lesdites listes pourront fournir sur une base contractuelle des prestations selon la loi, ce qui permettra aux cantons d'effectuer une planification des besoins au plus juste pour les hôpitaux sur la liste. Cela pourrait avoir pour conséquence que les cantons se soustraient à une planification conforme aux besoins, ce dont le PS ne veut pas. A cet égard, la formulation de l'article 58f et le commentaire y relatif ne sont pas suffisamment clairs et le PS prie de les préciser en mentionnant expressément le fait que les cantons doivent être contraints de couvrir les besoins en soins essentiels par le biais de la planification hospitalière.</p>	
<p>Pour prévenir tout arbitraire, le cadre qui est donné au canton pour opérer la planification dans le domaine hospitalier doit être applicable à tous les établissements hospitaliers de façon uniforme et prendre en considération les deux paramètres fixés par la loi à l'article 39, soit la qualité et le caractère économique.</p> <p>L'examen des articles 58a à 58h OAMal montre que l'on s'éloigne fort du caractère objectif que le législateur a voulu donner aux critères de planification et que la porte est ouverte à une appréciation subjective par les cantons.</p>	CP
<p>Mit den Verordnungsänderungen sollten die freie Spitalwahl, die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und den Qualitätswettbewerb gefördert werden. Zugleich aber wollte der Gesetzgeber verhindern, dass sich die Mengen über die bedarfsgerechte Spitalversorgung hinaus ausweiten. Dafür wurden neue Planungs- und Planungsinstrumente eingeführt. Mit den vorgeschlagenen Verordnungsänderungen wird somit versucht, den Spagat zu machen zwischen freier Spitalwahl und Wettbewerb einerseits und einer bedarfsgerechten Spitalplanung andererseits. Da sich Wettbewerb und Detailplanung aber gegenseitig ausschliessen, ist dieser Spagat notwendigerweise zum Scheitern verurteilt. Der Gesetzgeber muss sich bei der Planungsinstrumenten auf die Setzung von</p>	Economie-suisse

<p>groben Rahmenbedingungen beschränken. Es liegt im Wesen des Wettbewerbs, dass das konkrete Marktergebnis nicht geplant werden kann. Wenn nun trotzdem versucht wird, ein konkretes Marktergebnis über eine Mengensteuerung zu planen, so wird der Wettbewerb und insbesondere auch die Wahlfreiheit ausgeschaltet. Niemals kann Mengensteuerung dazu führen, dass der Wettbewerb gefördert und die Wahlfreiheit der Konsumenten berücksichtigt wird. Diese Unmöglichkeit des Unterfangens lässt sich verdeutlichen, wenn zwischen Mittel und Zweck unterschieden wird. Zweck der Verordnungsänderungen sind die Förderung von Spitalwahlfreiheit, Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und Qualitätswettbewerb. Vorgesehene Mittel dazu sind Leistungsfinanzierung und Planungsinstrumente. Es torpedieren einige im Entwurf vorgeschlagenen Mittel die Zwecke nachhaltig, ja sie verunmöglichen diese sogar. Namentlich die Mengensteuerung steht im klaren Widerspruch zur Wahlfreiheit, wie sie im Gesetz (KVG, Art. 41) festgeschrieben ist. Ferner schwächt sie den Wettbewerb, der die KVG-Revision fördern soll. Falls die Mittel nicht zur Zweckerfüllung taugen, müssen andere Mittel gefunden werden, damit die Zwecke erreicht werden.</p> <p>economiesuisse plädiert aus diesem Grund nachdrücklich zu einer vollständigen Überarbeitung des Verordnungsentwurfs. Die Planungsinstrumente dürfen die Wahlfreiheit und den Qualitätswettbewerb nicht behindern, sondern müssen sie fördern. Aus diesem Grund ist das Planungskonzept vollständig zu revidieren und auf eine Mengensteuerung strikte zu verzichten.</p> <p>Viele Formulierungen sind entweder missverständlich oder sie verunmöglichen Wettbewerb und Wahlfreiheit. Der Staat muss sich in seiner Planung auf wesentliche Grundsätze und wenige Bereiche beschränken. Eine Aufgabe des Staates ist die Sicherstellung von genügend grossen Kapazitäten, falls der Wettbewerb zu einem Versorgungsengpass führen würde. Ferner muss die Gleichbehandlung von privaten und öffentlichen Anbietern gewährleistet sein.</p>	
<p>Par la réforme du financement des hôpitaux, le Parlement a concrétisé la mise sur pied d'égalité de tous les hôpitaux, publics et privés, et a voulu favoriser la concurrence.</p> <p>Ces nouvelles orientations devraient donc se traduire dans ces ordonnances. Or dans le projet soumis, le système actuel de la planification est non seulement maintenu, mais se trouve encore renforcé. Le commentaire relatif à l'OAMal confirme d'ailleurs en page 4, que la compétence du Conseil fédéral est liée à l'élaboration et à la consolidation des critères de planification fondant les décisions qu'il a prises en tant qu'instance de recours. Par ailleurs, le projet introduit la gestion des quantités, instrument qui relève d'une conception de la planification contraire à l'esprit de cette révision.</p> <p>Le nouvel al. 2 de l'article 39 LAMal demande au Conseil fédéral d'édicter des critères de planification uniformes, en prenant en considération la qualité et le caractère économique des prestations. Seuls ces deux critères seront donc déterminants dans le choix des prestataires qui pourront figurer sur la liste hospitalière. La procédure de sélection des établissements qui devrait être ancrée dans l'ordonnance doit donc garantir l'égalité de traitement des prestataires et être fondée sur ces critères objectifs.</p> <p>Le Parlement a également étendu le libre choix de l'hôpital et a introduit le financement hospitalier lié aux prestations. Dans ce cadre, le rôle de l'Etat doit donc se limiter à garantir des capacités hospitalières suffisantes à la population. Afin de respecter la volonté du législateur, le projet d'ordonnance doit donc être modifié et complété en tenant compte des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suppression de l'attribution de quotas aux prestataires. - Elaboration d'une procédure de sélection transparente et objective des établissements admis sur la liste, qui pourrait être similaire à celle en matière de soumissions publiques. Précision des deux seuls critères déterminants, à savoir la qualité et le caractère économique, et suppression de tout autre critère qui ouvre la porte à l'arbitraire. 	<p>FER</p>

<p>Il ressort des articles 58a à 58h de l'OAMal que le caractère objectif des critères de planification voulu par le législateur n'a pas été respecté et que l'appréciation subjective des cantons est confortée.</p>	
<p>La FRC souligne et félicite aussi l'obligation faite aux cantons de coordonner leur planification en vue de réduire les surcapacités, y compris dans le domaine de la médecine hautement spécialisée.</p> <p>La FRC salue la référence aux prestations qui va être introduite dans le système de planification et dans celui du financement et le fait que les partenaires tarifaires, pour garantir l'application uniforme au niveau national du système de rémunération lié aux prestations, devront soumettre au Conseil fédéral pour approbation les structures tarifaires ainsi que les modalités d'application du tarif.</p> <p>La FRC note que les assurés au bénéfice de l'assurance de base auront le libre choix dans toute la Suisse parmi les hôpitaux qui figurent sur la liste du canton. Ce choix restera tout de même théorique, car ils devront prendre à leur charge les coûts supplémentaires si un hôpital extra-cantonal applique des tarifs plus élevés que les hôpitaux de leur canton de résidence. Il n'y a que les assurés au bénéfice d'une assurance complémentaire qui pourront alors se permettre ce luxe!</p> <p>La FRC salue le fait que :</p> <ul style="list-style-type: none"> -les assureurs pourront signer une convention avec des établissements ne figurant pas sur la liste cantonale et rembourser les prestations dans le cadre de la LAMal, -les nouvelles règles de financement s'appliqueront aux prestations LAMal fournies dans toutes les divisions : communes, semi-privées et privées, -les maisons de naissance, figurant sur les listes cantonales, seront reconnues comme fournisseurs de prestation LAMal. <p>La FRC salue le fait que cette révision devrait permettre d'améliorer la transparence du système de financement hospitalier. Il n'y aura plus 26 systèmes de calcul mais un seul. La comparaison entre hôpitaux devrait être plus facile. Tous les cantons devront appliquer une planification uniforme selon les mêmes règles et coordonner leur planification, y compris dans la médecine de pointe.</p> <p>La FRC demande comment se fera le choix des hôpitaux de référence pour la détermination de la structure tarifaire. La Suisse romande ne sera-t-elle pas privilégiée?</p> <p>La FRC demande que le principe de qualité soit aussi important que le caractère économique.</p> <p>Dans les commentaires des dispositions transitoires, il est écrit que la neutralité des coûts au sens strict du terme ne pourra, de fait, être atteinte, comme cela devrait être le cas lors d'un changement tarifaire (Art.59c al. 1 let. c OAMal). Les explications données sont assez vagues et ne renseignent pas vraiment sur l'évolution prévue des coûts dans le domaine hospitalier. Santéuisse avance le chiffre d'une charge supplémentaire d'environ 500 millions de CHF pour l'assurance-maladie, mais reste muet quant à l'impact sur le montant des primes des assurés ?</p> <p>La FRC a un gros souci concernant le problème du diagnostic qui doit être fourni à l'assureur pour traiter la facture. Elle a toujours soutenu que le diagnostic ne devrait être communiqué qu'au médecin-conseil de l'assureur avec l'accord préalable de l'assuré au tout au moins son information du fait accompli.</p> <p>La FRC salue tout de même le fait que l'assureur devra effacer toute donnée relative au diagnostic dans un délai de 30 jours après que la facture a été contrôlée. La FRC reste cependant beaucoup plus réservé sur l'obligation faite aux assureurs de dresser deux factures séparées, l'une pour les prestations concernant l'assurance obligatoire des soins et l'autre concernant les prestations des assurances complémentaires. En effet, les assureurs ont la double casquette, AOS et assurances complémentaires et la FRC n'est pas du tout persuadée que le personnel est différent pour traiter les factures AOS et celles concernant les complémentaires.</p>	<p>FRC</p>

<p>Änderungsantrag: Artikel 39 Absatz 2ter KVG beauftragt den Bundesrat, einheitliche Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit zu erlassen. Der Qualität ist hohes Gewicht zu geben. Zur langfristigen Versorgungs- und Qualitätssicherung gehört auch, dass genügend Leistungserbringer qualifiziertes Personal aus- und weiterbilden. Nicht nur qualifiziertes Personal sondern anzahlmässig ausreichend qualifiziertes Personal ist zur Sicherstellung der Qualität wichtig. Ebenso wichtig ist die Einhaltung orts- und branchenüblicher Löhne. Zudem sind auch gute Arbeitsbedingungen eine der Voraussetzungen für wirtschaftliche und qualitativ gute Leistungen.</p> <p>-Spitalplanung: Die Kantone sind für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung zuständig. An dieser bereits heute geltenden Zuständigkeit hat sich nichts geändert. Die Teilrevision Spitalfinanzierung weist folgende wichtige Neuerungen aus, die in den Kontext der Spitalplanung zu stellen sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Der Bund erlässt einheitliche Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit. - Die Kantone erteilen den Spitälern Leistungsaufträge (leistungsorientierte Spitalplanung). Diese Spitälern kommen mit dem entsprechenden Leistungsauftrag – der auch Auflagen enthalten kann – auf die Spitalliste der Kantone (Listenspitälern). Bei den Listenspitälern beteiligt sich der Kanton an den Kosten. - Die Versicherer haben die Möglichkeit, mit Spitälern oder Geburtshäusern, welche nicht auf der Spitalliste sind, Verträge über die Vergütung von Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) abzuschliessen (Vertragsspitälern). Im Gegensatz zu den Listenspitälern beteiligt sich der Kanton nicht an den Kosten der Vertragsspitälern. - Einführung der „freien Spitalwahl“ der Versicherten: Die getroffene Bestimmung führt dazu, dass mehr Leute als heute ohne Zusatzversicherung in ein Spital ausserhalb des Wohnkantons eintreten können, sofern es auf der Liste des Standortkantons ist. Der SGB erwartet, dass die Vertragsspitälern und die „freie Spitalwahl“ die Spitalplanung – wenn überhaupt - nur am Rande tangieren. In den allgemeinen Erläuterungen zum Vernehmlassungsentwurf ist unter Punkt 2 Planungskriterien jedoch festgehalten, dass Vertragsspitälern einen Teil der gesetzlichen Leistungen auf vertraglicher Basis erbringen können, was den Kantonen erlaubt, im Rahmen der Listenspitälern eine knappe Bedarfsplanung durchzuführen. Mit dieser Interpretation der Rolle der Vertragsspitälern ist der SGB nicht einverstanden. Sie steht im Widerspruch zum Versorgungsauftrag den die Kantone mittels Spitalliste zu erfüllen haben. Die Kantone sind zuständig für eine sinnvoll ausreichende Versorgungsplanung. Sie erfüllen diesen Auftrag mittels Spitalliste. Die auf den Spitallisten aufgeführten Einrichtungen müssen deshalb nicht irgendeinen, sondern den wesentlichen Versorgungsbedarf für Kantonseinwohnerinnen und -einwohner abdecken. Unter keinen Umständen ist der SGB einverstanden, dass die Kantone wegen der Vertragsspitälern eine zu knappe Versorgungsplanung machen dürfen. Ein Ziel der Spitalplanung ist, die Versorgungssicherheit zu gewährleisten und Überkapazitäten zu verhindern. Damit kann ein wichtiger Beitrag zur Dämpfung der Kostenentwicklung geleistet werden. Um dieses Ziel zu erreichen brauchen die Kantone die Vorgabe, den wesentlichen Versorgungsbedarf mittels Spitalplanung abzudecken. SGB beantragt die Erläuterungen im Sinne dieser Ausführungen zu präzisieren und Artikel 58f Absatz 2 sinngemäss zu formulieren. 	<p>SGB</p>
<p>Die in die Vernehmlassung geschickten Verordnungsrevisionen fallen aus Sicht des SGV enttäuschend aus. Ziel des Gesetzgebers war es, öffentliche und private Spitälern gleichzustellen und den Wettbewerb unter den Leistungserbringern zu fördern. Diesen Zielsetzungen wird in den nun vorliegenden Verordnungsentwürfen nur sehr beschränkt Rechnung getragen. Planwirtschaftlichen Elementen wird demgegenüber ein viel zu hoher Stellenwert beigemessen, was insbesondere in der Absicht, eine Mengensteuerung einzuführen, eklatant zum Ausdruck kommt. Diese Stossrichtung lehnt der SGV klar ab und fordern Sie auf, die Verordnungsrevisionen in Zusammenarbeit mit den direktbetroffenen</p>	<p>SGV</p>

<p>Kreisen grundlegend zu überarbeiten. Unter Berücksichtigung des Willens des Gesetzgebers gilt es die Verordnungen so auszugestalten, dass die Auswahl der Leistungserbringer ausschliesslich gestützt auf den Kriterien Qualität und Wirtschaftlichkeit erfolgt. Auf eine Mengensteuerung ist zu verzichten. Vielmehr haben sich die Kantone darauf zu beschränken, zwecks Gewährleistung einer ausreichend hohen Versorgungssicherheit Mindestmengen zu bestimmen.</p>	
<p>ASPV kann sich den Verordnungsentwürfen, die in Ausführung der Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung am 21. Dezember 2007 von den Räten verabschiedet wurden, vollumfänglich anschliessen.</p>	ASPV
<p>ChiroSuisse gestattet sich einleitend den Hinweis, dass sie die Verordnungstexte als sehr detailliert und „zu eng gestrickt“ erachten. Dies betrifft nicht zuletzt auch die neuen Planungskriterien in der KVV. Solche allzu einengenden, detaillierten Vorschriften erschweren den Vollzug auf allen Stufen und führen in der Folge zu Bürokratismus und entsprechenden Mehrkosten – ebenfalls auf allen Stufen und für alle Betroffene, in der Konsequenz aber für die Prämien- und Steuerzahler. ChiroSuisse bittet Sie, die Verordnungen in dieser Hinsicht nochmals zu überprüfen und durchzukämmen.</p>	ChiroSuisse
<p>Generell stehen die Heime dem Grundsatz einer von den Kantonen erstellten Versorgungsplanung für die Pflegeheime positiv gegenüber. Sie haben allerdings folgende Vorbehalte:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. CURAVIVA Schweiz bedauert, dass die Verordnungsartikel, die sich mit der Planung befassen, einzig auf den Spitalsektor und nicht auch auf den Bereich der Pflegeheime ausgerichtet sind, obwohl sie auch auf die Pflegeheime anwendbar sind. Die Verordnung müsste deutlicher ausführen, welche Massnahmen zur Spitalplanung auch die Pflegeheime betreffen. Da man noch nicht weiss, wie die Kantone diese Bestimmungen umsetzen werden, sind ihre Folgen für den Bereich der Pflegeheime schwer abzuschätzen. 2. Die Planungskriterien der Kantone müssen an die jeweiligen Verhältnisse angepasst sein und dürfen nicht für die ganze Schweiz vereinheitlicht werden. 3. Die Pflegeheime sind gegen eine Festlegung von einheitlichen Pflorgetarifen in den kantonalen Planungen. 4. Die Verbände der Leistungserbringer müssen am Planungsprozess beteiligt werden. 	CURAVIVA
<p>Das DRG-System darf nicht dazu führen, dass Ärztinnen und Ärzte zur Verwendung von kostengünstigen, dafür weniger geeignetem Material, Medikamenten oder Verfahren gezwungen werden. Die Versorgungsqualität und die therapeutische Freiheit müssen gewahrt bleiben und die Qualität darf als Kriterium nicht hinter die Wirtschaftlichkeit zurückgestellt werden. Es gibt keinen Grund dafür, dass Art. 58b Abs. 2 lit. a und Abs. 3 sowie der Titel des 4. Kapitels vor Art. 76 von der gesetzlichen Formulierung abweichen. Zudem ist Abs. 3 dieser Bestimmung mit einer neuen lit. f zu ergänzen. Das im Kommentar zu Art. 58b erwähnte „Benchmarking im Sinne einer Orientierung am Besten“ kann unter diesen Umständen nur allzuschnell als Orientierung am Billigsten verstanden werden. Es ist klar festzuhalten, dass die Verordnung eine solche Tendenz, welche schlicht KVG-widrig wäre, in keiner Weise unterstützen will.</p>	FMH
<p>-Zukunftsorientiert: Wettbewerb und Minimalversorgungsplanung Die eidgenössischen Räte entscheiden in der Spitalfinanzierung klar in Richtung mehr Wettbewerb unter den Leistungserbringern. Der vorliegende Verordnungsentwurf widerspricht jedoch fundamental diesem Ziel. Denn mit der Mengensteuerung ist Wettbewerb nicht möglich. Die Wahlfreiheit der Patienten und Auswahl nach der Qualität und Effizienz fallen damit weg. Deshalb muss sich die Spitalplanung anpassen. Wenn die Mengensteuerung aus der Vorlage herausgenommen wird und einige andere Punkte angepasst werden, kann der Wettbewerb spielen. Die Spitalplanung darf sich nicht an der bisherigen Entscheidungspraxis des Bundesrates und des Bundesgerichts im Rahmen des noch geltenden Gesetzes orientieren. Mit der Gesetzesrevision muss sie eine neue</p>	H+

<p>Richtung beschreiten. Die Aufgabe der neuen Planung ist, Versorgungslücken zu vermeiden. Gegen die Mengensteuerung sprechen fünf wichtige Gründe: erstens überschreitet der Bundesrat seine Kompetenzen. Die nationale Planung beruht auf Qualität und Wirtschaftlichkeit (Art. 39 Abs. 2ter KVG). Die Mengensteuerung ist nicht darunter zu subsumieren und somit keine Bundeskompetenz. Zweitens widerspricht die Mengensteuerung der Philosophie der Fallpauschalen, die nicht den Spitalaufenthalt sondern die Krankheit und deren Behandlung vergüten. Drittens erstickt gerade die Mengensteuerung den Wettbewerb im Keim. Viertens bedeutet sie die staatliche Rationierung und Zweiklassenmedizin. Fünftens besteht die Gefahr, dass Behandlungen vermehrt im eigenen geplant werden, anstatt sie ausser-kantonal behandeln zu lassen, wenn Mengenangaben nicht mit qualitativen Mindestmengen verknüpft werden. So wichtig wie die Planungskriterien ist ein faires Planungsverfahren der Kantone. Dazu gehört, dass die Auswahl transparent und nach objektiven, nachvollziehbaren Kriterien erfolgt.</p> <p>- Die Kantone müssen die Versorgung sicherstellen, d.h., dass die nachgefragten Leistungen für alle Einwohnerinnen und Einwohner von den zugelassenen Leistungserbringern erbracht werden. Die Mengen pro Leistungserbringer sollen aber nicht fixiert werden. Wichtig ist, dass ganze Versorgungsräume betrachtet werden und eine Minimalversorgungsplanung nicht ausschliesslich auf Basis der Kantonsgrenzen vollzogen wird. Das BAG sollte deshalb prüfen, ob die Kantone den gesamtschweizerischen Bedarf ermitteln und diesen auf Regionen und Kantone herunterbrechen. So würden die ausserkantonalen Behandlungen von vorneherein in die Planung einbezogen. Die Regelung der Versorgungslücken kann wegfallen. Bei einem OKP-Leistungsanteil der Privatkliniken – in einigen Kantonen zwischen 20 und 30% – kann in keinem Fall davon geredet werden, dass dies die bedarfsgerechte Spitalplanung nur beschränkt tangiere. Könnte jeder dritte oder vierte Patient nicht in einem Listenspital behandelt werden, weil die Kapazitäten der Listenspitäler es nicht erlauben, entspräche dies nicht der Sicherung der Versorgung und der Mit-finanzierung der notwendigen Leistungen.</p> <p>-Vereinfachung der Tarifierungen Mit der ausführlichen Genehmigungspflicht des Bundesrates bei Einführung und bei Anpassung von Tarifen und Verträgen fokussiert die Verordnung auf Details statt auf die grossen Linien. Das vorgesehene umfassende Genehmigungsverfahren erschwert die Arbeit der Tarifpartner und eine regelmässige Überprüfung und Anpassung der Tarife. Dies zeigt sich heute schon beim Tarif TARMED.</p>	
<p>Mehr Wettbewerb – keine Mengensteuerung, sondern Sicherstellung der Versorgung für alle Einwohner im Rahmen des gesamtschweizerischen Bedarfes: Die Mengensteuerung verhindert Wettbewerb unter den Leistungserbringern. Die Wahlfreiheit des Patienten und die Auswahl der Qualität mit effizienten Behandlungen sollen im Vordergrund stehen. Bei der Planung soll mit der Gesetzesrevision eine neue Richtung eingeschlagen werden, bei welcher Versorgungslücken vermieden werden. Die Versorgung aller Einwohner soll unter Leitung der Kantone sichergestellt sein aber die Mengen pro Leistungserbringer dürfen nicht eingeschränkt werden. Unter Aufsicht des BAG sollen die Kantone den gesamtschweizerischen Bedarf ermitteln und dabei die regionalen und kantonalen Bedürfnisse berücksichtigen. Ausserkantonalen Behandlungen (auch in Privatkliniken) sollen in die Planung einbezogen werden.</p>	physiosuisse
<p>Mit der Revision hat das Parlament klarerweise zwei wesentliche Ziele verfolgt und auch umgesetzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Gleichstellung aller Spitäler - die Förderung eines fairen Wettbewerbs <p>Dieser Neuausrichtung ist im Rahmen der Ordnungsrevisionen unmissverständlich Rechnung zu tragen. Leider ist dies bei dem vorgelegten Text der KVV nicht der Fall. Nicht nur wird nach wie vor insbesondere im Bereich der Planungskriterien aber auch im Bereich der Datenerhebung an der planwirt-</p>	Privatkliniken

<p>schaftlichen Ausrichtung, die bereits nach geltendem Recht vorherrschte, festgehalten, sie wird sogar noch verstärkt. Dies wird im Kommentar direkt bestätigt, indem auf Seite 3 wörtlich ausgeführt wird: „Die bundesrätliche Kompetenz zum Erlass von Planungskriterien ist mit der Aufarbeitung und Konsolidierung der Planungskriterien, welche der Entscheidungspraxis des Bundesrates zu Grunde liegen, verbunden“. Damit wird direkt bestätigt, dass man offenbar nicht bereit ist, den Richtungswechsel des Parlamentes zu vollziehen. Gleichzeitig wird die falsche Ausrichtung durch die Einführung der Mengensteuerung sowie durch die Umschreibung der Auswahlkriterien, die für die Aufnahme auf die Spitalliste massgebend sein sollen, gegenüber heute sogar noch akzentuiert. Hier muss unbedingt eine dezidierte Kehrtwendung erfolgen, denn ein solches Vorgehen entspricht in keiner Weise den Vorgaben des Parlamentes. Dieses verlangt, dass der Bundesrat einheitliche Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit erlässt. Wesentlich für die Auswahl der Leistungserbringer, die auf die Spitalliste aufzunehmen sind, sind daher ausschliesslich diese beiden Elemente. Zusammen mit der vom Parlament explizit verankerten Ausdehnung der Spitalwahlfreiheit und mit dem Übergang zu einer Leistungsfinanzierung bedeutet dies, dass die Planung auf das zurückgeführt werden soll, was effektiv Aufgabe des Staates ist, nämlich dafür zu sorgen, dass genügend Kapazität vorhanden ist, um die Spitalversorgung der Schweizer Bevölkerung sicherzustellen. Dabei sollen prioritär diejenigen Leistungserbringer berücksichtigt werden, die unter den Aspekten Preis und Qualität am besten abschneiden. Es muss somit im Auswahlverfahren eine echte Chancengleichheit bestehen. Dies erfordert ein Verfahren, das zu einer Entscheidung führt, die auf objektiven Kriterien beruht. Dies ist durch die Verordnung sicherzustellen. Die Respektierung des Willens des Gesetzgebers erfordert somit</p> <ul style="list-style-type: none"> - einen Verzicht auf jegliche Beschränkung der Anzahl von Fällen, die ein Leistungserbringer behandeln darf, denn ein solches Vorgehen steht diametral im Widerspruch zur erweiterten freien Spitalwahl. Wie soll ein Patient ein Spital frei wählen können, wenn dessen Leistungsmöglichkeiten künstlich kontingentiert werden? - die Schaffung eines fairen Verfahrens für die Auswahl der Leistungserbringer, die auf die Spitalliste aufgenommen werden. Es braucht deshalb ein Verfahren, welches ähnlich oder gleich ausgestaltet ist wie ein Submissionsverfahren und somit garantiert, dass die Auswahl transparent und nach objektiven, nachvollziehbaren Kriterien erfolgt. - die Präzisierung der vom Gesetzgeber genannten einzig massgeblichen Kriterien „Qualität“ und Wirtschaftlichkeit“ und daher der Verzicht auf Kriterien, die der Willkür Tür und Tor öffnen, wie das in Art. 58b der KVV gemäss Entwurf vorgesehen ist. Es braucht somit insgesamt einen neuen Ansatz insbesondere bei den Bestimmungen der KVV, die die Planungskriterien festlegen. Einerseits sind die Auswahlkriterien unter einer anderen Optik zu überarbeiten und andererseits sind zusätzliche Bestimmungen aufzunehmen, die ein faires und transparentes Auswahlverfahren sicherstellen. 	
<p>Die Leistungsaufträge der Kantone an die Betriebe auf der Spitalliste müssen klare Auflagen zur Aufnahmepflicht, Qualität, Transparenz und Steuerung machen.</p> <p>Artikel 39 Absatz 2 KVG beauftragt den Bundesrat, einheitliche Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit zu erlassen. Nicht nur qualifiziertes Personal sondern insbesondere quantitativ ausreichend qualifiziertes Pflegepersonal ist zur Sicherstellung der Qualität wichtig. Zudem sind auch gute Arbeitsbedingungen eine der Voraussetzungen für wirtschaftliche und qualitativ gute Leistungen.</p> <p>Die Kantone sind für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung zuständig. An dieser bereits heute geltenden Zuständigkeit hat sich nichts geändert.</p> <p>Der SBK erwartet, dass die Vertragsspitäler und die „freie Spitalwahl“ die Spitalplanung – wenn überhaupt – nur am Rande tangieren. In den allgemeinen Er-</p>	SBK/ASI

<p>läuterungen zum Vernehmlassungsentwurf ist unter Punkt 2 „Planungskriterien“ jedoch festgehalten, dass Vertragsspitäler einen Teil der gesetzlichen Leistungen auf vertraglicher Basis erbringen können, was den Kantonen erlaubt, im Rahmen der Listenspitäler eine knappe Bedarfsplanung durchzuführen. Mit dieser Interpretation der Rolle der Vertragsspitäler ist der SBK nicht einverstanden. Sie steht im Widerspruch zum Versorgungsauftrag, den die Kantone mittels Spitalliste zu erfüllen haben.</p> <p>Die Kantone sind zuständig für eine sinnvoll ausreichende Versorgungsplanung. Sie erfüllen diesen Auftrag mittels Spitalliste. Die auf den Spitallisten aufgeführten Einrichtungen müssen deshalb nicht irgendeinen, sondern den wesentlichen Versorgungsbedarf für Kantonseinwohnerinnen und -einwohner abdecken. Unter keinen Umständen ist SBK einverstanden, dass die Kantone wegen der Vertragsspitäler eine zu knappe Versorgungsplanung machen dürfen.</p> <p>Ein Ziel der Spitalplanung ist, die Versorgungssicherheit zu gewährleisten und Überkapazitäten zu verhindern. Damit kann ein wichtiger Beitrag zur Dämpfung der Kostenentwicklung geleistet werden. Um dieses Ziel zu erreichen brauchen die Kantone die Vorgabe, den wesentlichen Versorgungsbedarf mittels Spitalplanung abzudecken.</p> <p>Der SBK beantragt die Erläuterungen im Sinne dieser Ausführungen zu präzisieren und Artikel 58f Absatz 2 sinngemäss zu formulieren.</p> <p>Gemäss Artikel 39 Absatz 2 KVG erlässt der Bund einheitliche Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit. In Artikel 49 Absatz 8 KVG ordnet der Bundesrat schweizweit und in Zusammenarbeit mit den Kantonen Betriebsvergleiche zwischen Spitälern an, insbesondere zu Kosten und medizinischer Ergebnisqualität. Der SBK benutzt die Gelegenheit, darauf hinzuweisen, dass der Bericht der Parlamentarischen Verwaltungskontrolle (PVK) der Geschäftsprüfungskommission des Ständerates dem Bund eine grössere Verantwortung in der Qualitätssicherung zuweist. Weder der grössere Stellenwert der Qualität noch die grössere Verantwortung des Bundes sind bei der vorliegenden Verordnungsänderung berücksichtigt worden, weshalb der SBK den folgenden Antrag stellt.</p> <p>Artikel 77 KVV Qualitätssicherung Überarbeitung dieses Artikels unter Berücksichtigung der Artikel 39 Absatz 2 KVG, Artikel 49 Absatz 8 KVG sowie des Berichtes der PVK.</p>	
<p>Gegen (noch mehr) staatliche Planwirtschaft im Gesundheitswesen</p> <p>senesuisse lehnt insbesondere die Bestimmungen über Planungskriterien des Entwurfs KVV ab. Diese widersprechen der Idee des revidierten Gesetzes von mehr Wettbewerb und wollen - statt eine Öffnung des Marktes zu ermöglichen - staatliche Planwirtschaft samt entsprechendem Instrumentarium einführen. Zudem will der Entwurf subjektive und sachfremde Planungskriterien heranziehen. Um eine transparente Planung sicherzustellen, müssen die Kriterien jedoch objektiv sein. Sie dürfen den Behörden im weiteren nur wenig Ermessensspielraum einräumen, da Beschwerden wegen Unangemessenheit nicht möglich sind.</p> <p>Artikel 58a – 58h</p> <p>senesuisse begrüsst grundsätzlich, dass nach Art. 39 Abs. 2ter nKVG einheitliche Planungskriterien erlassen werden müssen. Die im 11. Abschnitt EKVV eingeführten Planungskriterien lehnt senesuisse jedoch als planwirtschaftlich, und damit der Gesetzesidee widersprechend, ab. Der Entwurf schreibt den Kantonen zudem nicht nur vor, welche Planungskriterien sie beachten müssen, sondern verordnet noch gleich, welche Planungsmethoden und –instrumente umsetzen und anwenden müssen. Das geht zu weit.</p> <p>Aus Sicht von senesuisse muss der gesamte 11. Abschnitt EKVV noch einmal überarbeitet, und die einzelnen Bestimmungen auf ihre Übereinstimmung mit der Gesetzesidee und auf ihre Verhältnismässigkeit überprüft werden. Sie gehen zum Teil massiv zu weit und sind daher weder für Patienten, noch für Leistungserbringer oder Krankenversicherer wirksam, zweckmässig oder wirtschaft-</p>	senesuisse

<p>lich. Namentlich folgende Ansätze sind für senesuisse inakzeptabel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Das KVG schreibt einheitliche Planungskriterien vor. Verordnungs-Vorgaben von einzelnen Planungsschritten, -methoden oder –instrumenten gehen daher zu weit. - Nach KVG müssen Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Der Entwurf – wie leider auch schon das KVG, vermengt diese Grundsätze nun begrifflich mit Qualität und schafft damit Unklarheit und Unsicherheit. - Subjektive Kriterien wie die Bereitschaft zu Tarifbindung, zur Erfüllung von Auflagen, zur Übernahme von zusätzlichen Verpflichtungen und zur Zusammenarbeit mit Dritten (Art. 58b Abs. 2 lit. c EKV) dürfen niemals Planungskriterium sein! Um so weniger, als dass das Gesetz keine Beschwerdemöglichkeit wegen Unangemessenheit eines Entscheids vorsieht. 	
<p>Die Entscheide der eidgenössischen Räte gingen ganz klar in Richtung mehr Wettbewerb unter den Leistungserbringern. Mit der Mengensteuerung ist Wettbewerb nicht möglich. Die Wahlfreiheit der Patienten und Auswahl nach der Qualität und Effizienz fallen damit weg. Deshalb muss die Spitalplanung angepasst werden. Diese soll sich nicht an der Entscheidpraxis des Bundesrates und des Bundesgerichts im Rahmen des bisherigen Gesetzes orientieren. Mit der Gesetzesrevision muss sie eine neue Richtung beschritten werden. Die Aufgabe der neuen Planung ist, Versorgungslücken zu vermeiden.</p>	<p>SWISSREHA VAKA</p>
<p>Die Versorgungsqualität mit der Einführung von SwissDRG muss mindestens erhalten bleiben und auch die therapeutische Freiheit muss gewährleistet bleiben. Im Zusammenhang mit der neu in den Art. 58a ff. rev. KVV vorgeschriebenen Versorgungsplanung und mit den DRG-Tarifen ist sicherzustellen, dass die Versorgungsqualität sich nicht verschlechtert. Dem Kriterium der Wirtschaftlichkeit darf bei der Planung kein überwiegendes Gewicht (insbesondere gegenüber der Qualität) zukommen; das ärztliche Handeln nach der besten zu jedem Zeitpunkt zur Verfügung stehenden Evidenz muss neben der Wirtschaftlichkeit das oberste Gebot sein; dieser Grundsatz darf durch die Versorgungsplanung nicht angetastet werden. Ansatzpunkt für einen Einbau dieser Anliegen werden sowohl Art. 58a ff. KVV (Planung der Kantone) als auch Art. 59d (Durchführung der DRG) sein – mit Adressat Kanton bzw. Tarifpartner/Leistungserbringer.</p> <p>-Versorgungsplanung der Kantone</p> <p>Nach dem neuen Art. 58b Abs. 5 KVV sollen die Kantone die Instrumente für die Sicherstellung der Mengensteuerung festlegen. Es stellt sich hier die Frage, ob die Kantone diese Instrumente alleine festlegen sollen. Zumindest eine Einbeziehung der Leistungserbringer scheint zwingend zu sein.</p> <p>-Gewährleistung des Datenschutzes</p> <p>Es ist für den VLSS unabdingbar, dass der Datenschutz und somit auch die Wahrung des Arztgeheimnisses gewährleistet ist. Es muss definiert werden, welche Daten an die Versicherer weitergeleitet werden dürfen/müssen.</p> <p>Die Krankenversicherer setzen sich vehement dafür ein, dass ihnen die Leistungserbringer im Rahmen der Rechnungsstellung sensible Patientendaten wie Hauptdiagnose, Nebendiagnose, Prozeduren, usw. systematisch weiterleiten. Dies ist aus Sicht des VLSS unnötig und inakzeptabel. Ziel muss es sein, dass in Art. 59 und/oder 59d KVV festgeschrieben wird:</p> <ul style="list-style-type: none"> -dass sensible Patientendaten (z.B. diagnosebezogene Daten) nicht generell und systematisch an die Versicherer weitergegeben werden müssen. Diesbezüglich ist der Leitfaden des Eidg. Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragten (EDÖB) zu befolgen; -dass zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit nicht einzig auf Rechnungskontrollen der Versicherer abgestellt werden darf. Eine solche Beurteilung ist ungeeignet und veraltet. Es müssen (auch) andere Methoden entwickelt werden. Die Wirtschaftlichkeit soll insbesondere durch eine unabhängige Kodierrevision (vgl. Art. 59d rev. KVV) gewährleistet werden; - dass die Versicherer die Daten, welche sie in begründeten Einzelfällen einholen und erhalten, nur für die Rechnungskontrolle und nicht für andere Zwecke 	<p>VLSS</p>

<p>verwenden. Ausserdem sollen die Versicherer die erhaltenen Daten innert nützlicher Frist wieder löschen müssen.</p>	
<p>Versorgungsplanung In den Erläuterungen zum Verordnungsentwurf wird zweimal erwähnt, dass die Kantone im Hinblick auf die Vertragsspitäler im Rahmen der Listenspitäler eine knappe Bedarfsplanung durchführen können. Damit ist der VSAO gar nicht einverstanden. Die Kantone sind zuständig für eine bedarfsgerechte Versorgungsplanung. Die stationäre Gesundheitsversorgung für die Kantonsbevölkerung muss jederzeit gewährleistet sein. Die Planung darf sich deshalb nicht auf Spitäler abstützen, die ausschliesslich gewinnorientiert sind und bei Verlusten jederzeit geschlossen werden können. Zur Versorgungsplanung gehören auch die Gewährleistung von Aus- und Weiterbildung, Aufnahmepflicht, Notfalldienste und Vorhalteleistungen. Da die Kantone den Vertragsspitalern keine Auflagen machen können, müssen die Listenspitäler auch diesen Bedarf voll abdecken. Weil diese Leistungen kosten, sind die Kantone andererseits darauf angewiesen, auch lukrative Fälle zu behandeln. Es ist aus diesem Grund absurd, wenn sie in ihrer Planung Spitäler berücksichtigen müssen, die nur dank der lukrativen Bereiche existieren können. Zur Absurdität trägt auch bei, dass die Kantone zur Mengensteuerung verpflichtet werden, während die Vertragsspitäler offensichtlich keinerlei Beschränkungen unterworfen sind. Der VSAO beantragt, die Erläuterungen im Sinne dieser Ausführungen zu korrigieren.</p>	<p>VSAO</p>
<p>Zentraler Bestandteil der KVG Revision ist ein gesamtschweizerisch einheitliches Abgeltungsmodell und die Einführung eines Tarifbenchmarking. Die Grundidee ist, dass die Spitalstrukturen durch Stärkung der Wettbewerbselemente effizienter werden. Konkret soll bei den Tarifverhandlungen durch das Benchmarking wettbewerbliches Verhalten der Spitäler erzeugt werden. Durch eine effektivere Nachfrage nach Spitalleistungen sollen effizienzsteigernde Anreize spielen. Die Spitäler sollen damit dazu gebracht werden, ihre Leistungen kostengünstig anzubieten. Sie sollen selber entscheiden, welche Angebotspektren sie in welchem Ausmass anbieten sollen. Gleichzeitig eine detailliert steuernde, staatliche Angebotsplanung aufrechtzuerhalten, konterkariert diesen Grundsatz. Zwingender Bestandteil des Gesetzespaketes muss eine Lockerung der staatlichen Angebotsplanung sein. Die Tarifbildung soll leistungsorientiert werden, nicht die Angebotsplanung. Die Überkapazitäten sollen durch Wettbewerbsmechanismen und eben nicht durch Planungsmechanismen abgebaut werden. Es ist deshalb auch nicht im Sinne der parlamentarischen Beschlüsse, die staatlichen Angebotsaktivitäten zu detaillieren. Verschiedene Studien haben bereits gezeigt, dass bereits unter dem bisherigen Regime das Ziel der Spitalplanung – die Beeinflussung der Wirtschaftlichkeit– nicht erreicht werden konnte. Nachdem die Versicherer neuerdings OKP-Tarifverträge mit nicht gelisteten Spitalern abschliessen können, verliert die Spitalplanung offensichtlich die Funktion, die Entwicklung der Grundversicherungskosten günstig zu beeinflussen.</p> <p>Dass nun für die Umsetzung dieser neuen Gesetzesbestimmungen auf die Praxis des Bundesrates abstellen soll, die sich auf die alten Gesetzesbestimmungen beziehen, ist sehr befremdend. Und aus diesen Gründen ist es auch nicht nachvollziehbar, dass sich nun die Planungskriterien auf den unter Federführung der GDK erarbeiteten und verabschiedeten "Leitfaden zur leistungsorientierten Spitalplanung" beziehen soll, der sich ebenfalls auf die alten Gesetzesbestimmungen bezieht. Vor allem aber ist detaillierte Mengenplanung in einem verstärkt wettbewerblich ausgerichteten System aus zahlreichen Gründen zum Scheitern verurteilt und deshalb grundsätzlich in Frage zu stellen. Folgende nicht planbaren Punkte beeinflussen ganz direkt die anfallenden Mengen im grundversicherten Akutspitalbereich:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengenenwicklungen im – nicht geplanten – ärztlichen Bereich - Mengenenwicklungen im – nicht geplanten – spitalambulantem Bereich - Entwicklungen bei den ambulanten Rehabilitationsangeboten 	<p>Helsana</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Entwicklungen in den Bereichen Spitex und Pflegeheime - Versicherten – und Patientenentwicklung im Zusatzversicherungsbereich - Patientensteuerung der Versicherer durch Produkte der eingeschränkten Spitalwahl gemäss Art. 41(4) - Patientensteuerung der Versicherer durch Zusatzversicherungsprodukte der eingeschränkten Spitalwahl - Patientensteuerung der durch Managed Care Organisationen mit Budgetverantwortung - Patientensteuerung durch Fallmanagement - Mengen und Preise zulasten der Grundversicherung bei nicht gelisteten Spitälern. <p>All diese Entwicklungen können substitutive oder additive Wirkungen auf den Akutspitalbereich entfalten. Die Bestimmungen sind grundlegend zu überarbeiten, Der Fokus ist dabei auf die Hauptaufgabe der Kantone, nämlich der Sicherstellung der qualitativ genügenden Versorgung zu legen. Die Kantone sollen sich auf eine Rahmenplanung beschränken, die diesen Namen verdient. Begründung: Die vorliegenden Bestimmungen zur Spitalplanung widersprechen der neuen Ausrichtung der Spitalfinanzierung grundlegend. Ihre Umsetzung ist nicht nur unmöglich und zum Scheitern verurteilt. Die Regeln verhindern auch die gewollten Effekte des Tarifbenchmarking.</p> <p>Der eigentliche Zweck - nämlich die Vereinheitlichung der Vorgehensweise in den Kantonen – ist mit den vorliegenden Bestimmungen nicht erreichbar:</p>	
<p>Zentraler Bestandteil der KVG Revision ist ein gesamtschweizerisch einheitliches Abgeltungsmodell und die Einführung eines Tarifbenchmarking. Die Grundidee ist, dass die Spitalstrukturen durch Stärkung der Wettbewerbselemente effizienter werden. In dieser Frage sind sich der Verband der Schweizer Spitäler H+ und santésuisse einig. Konkret soll durch das Benchmarking wettbewerbliches Verhalten der Spitäler bei den Tarifverhandlungen erzeugt werden. Durch eine effektivere Nachfrage nach Spitalleistungen sollen Effizienzsteigernde Anreize spielen, was die Spitäler motiviert, ihre Leistungen kostengünstig anzubieten. Sie sollen dabei selber entscheiden, welche Angebotspektren sie in welchem Ausmass anbieten wollen. Gleichzeitig eine detailliert gesteuerte, staatliche Angebotsplanung aufrechtzuerhalten, widerspricht diesem Grundsatz. Zwingender Bestandteil des Gesetzespaketes muss eine Lockerung der staatlichen Angebotsplanung sein. Die Tarifbildung und nicht die Angebotsplanung ist leistungsorientiert auszugestalten. Überkapazitäten sollen durch Wettbewerbsmechanismen und eben nicht durch Planungsmechanismen abgebaut werden. Es ist deshalb auch nicht im Sinne der parlamentarischen Beschlüsse, die staatlichen Angebotsaktivitäten bis ins Detail zu regulieren. Bereits unter dem bisherigen Regime konnte das Ziel der Spitalplanung – die Beeinflussung der Wirtschaftlichkeit – nicht erreicht werden. Indem die Versicherer neuerdings OKP-Tarifverträge mit nicht gelisteten Spitälern abschliessen können, verliert die Spitalplanung endgültig ihr Ziel aus den Augen. Es ist nicht vertretbar, dass für die Umsetzung neuer Gesetzesbestimmungen auf die Praxis des Bundesrates abgestellt wird, welche sich auf alte Gesetzesbestimmungen beziehen. Es ist ebenso nicht nachvollziehbar, warum sich nun die Planungskriterien auf den unter Federführung der GDK erarbeiteten und verabschiedeten "Leitfaden zur leistungsorientierten Spitalplanung" beziehen sollen. Eine detaillierte Mengenplanung ist in einem System mit verstärkter wettbewerblicher Ausrichtung aus zahlreichen Gründen zum Scheitern verurteilt und deshalb grundsätzlich in Frage zu stellen. Folgende Aspekte zeigen das:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Mengenentwicklungen im – nicht geplanten – ärztlichen Bereich -Mengenentwicklungen im – nicht geplanten – spitalambulanten Bereich -Entwicklungen bei den ambulanten Rehabilitationsangeboten -Entwicklungen in den Bereichen Spitex und Pflegeheime -Versicherten – und Patientenentwicklung im Zusatzversicherungsbereich -Patientensteuerung der Versicherer durch Produkte der eingeschränkten Spi- 	santésuisse

<p>talwahl gemäss Art. 41 Absatz 4 KVG</p> <ul style="list-style-type: none"> -Patientensteuerung der Versicherer durch Zusatzversicherungsprodukte der eingeschränkten Spitalwahl -Patientensteuerung der durch Managed Care Organisationen mit Budgetverantwortung -Patientensteuerung durch Fallmanagement -Mengen und Preise zulasten der Grundversicherung bei nicht gelisteten Spitälern. <p>Die Bestimmungen zur Spitalplanung sind grundlegend zu überarbeiten. Es ist klar zu stellen, dass die Kantone im Sinne eines möglichst grossen wettbewerblichen Spielraums nur aktiv werden sollten, wenn eine qualitativ hinreichende Versorgung nicht gewährleistet ist. Dabei sollen die Kantone autonom entscheiden können, wie sie diese Versorgungssicherheit sicherstellen wollen.</p>	
<p>Die hier aufgeführten Planungskriterien gehen zu stark ins Detail und schränken dadurch den Handlungsspielraum und die Reaktionsmöglichkeit der Planer zum Wohl der Bevölkerung ein. KVG Art. 39 Abs. 2ter beauftragt den Bundesrat Planungskriterien zu erlassen. Die Planung in kantonaler Hand muss jedoch unterstützt werden, da die Kantone die Versorgungssicherheit gewährleisten müssen. Eine allzu starke Einmischung des Bundes bzw. eine zu detaillierte Zusammenstellung von Planungskriterien ist nicht angebracht. Die in den Artikeln 58 a bis h erlassenen Kriterien gehen klar zu weit. Z. B. kann Art 58b Abs. 3 lit. d mit dem Verweis auf qualifiziertes Personal gestrichen werden, da es sich um eine gesundheitspolizeiliche Vorgabe handelt. Unter Abs. 4 lit. a und b und Art. 58 b Abs. 5 wird der Versuch unternommen, die Mengen zu konzentrieren. Konzentration heisst aber nicht unbedingt Effizienz und Qualität. Die Mengenkonzentration kann zu ineffizienten Betriebsgrössen führen oder die Behandlungsqualität einschränken, da Patientinnen bei Komplikationen oder im Falle unklarer Diagnosen oder mit multimorbidem Krankheitsbild unter Umständen zwischen verschiedenen Spitälern hin und her geschoben werden müssen. Mengensteuerung unter Fallpauschalen führt zu Rationierung und nicht zur Kostensenkung. Die Einführung von leistungsbezogenen Fallpauschalen allein wird zu einer Regulierung auf dem Markt führen.</p> <p><i>H+ fordert hier zusätzlich mit einer Ergänzung die Einführung des Cassis-de-Dijon-Prinzips. Dadurch könnte ein Nicht-Listenspital im Kanton Z Leistungen an Versicherte aus dem Kanton Z erbringen, wenn es auf der Spitalliste des Kantons A figuriert. Da die Anforderungen des Kantons A nicht denjenigen des Kantons Z entsprechen müssen, würden damit gleiche Rechte gewährt - dies aber bei unterschiedlichen Pflichten. Diese Forderung des Marktzugangs durch die Hintertür und zu ungleichen Konditionen ist zurückzuweisen.</i></p>	<p>Stadt ZH, SSV</p>

Art. 58a

Abs. Al.	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
allgemein	<p>Art. 58 a et b</p> <p>AVIVO souhaite que la méthode analytique l'emporte sur la méthode normative. Quant au «benchmarking» il relève d'une obsession de mise en concurrence qui n'a jamais prouvé efficacité et efficience. Que l'on mesure les coûts et vise à les maîtriser est juste. Cela ne devrait pas faire oublier le rôle essentiel, dans la civilisation, de l'amélioration des soins sur la qualité de vie de la majorité des habitants de la Suisse, voire l'allongement historique de la durée de la vie, principes que AVIVO n'aime pas voir remis en cause pour des raisons de coûts.</p>	AVIVO
allgemein	<p>Art 58a & 58b</p> <p>Die Verordnung schreibt den Kantonen vor, die Spitalplanung aufgrund des Versorgungsbedarfes der kantonalen Bevölkerung</p>	<p>Geburtshaus arco Geburtshaus Artemis Geburtshaus Delphys</p>

	<p>vorzunehmen. Das Geburtshaus fordert vom Bund, dass er darauf aufmerksam macht, dass geburtshilfliche Angebote in Spitälern und Geburtshäusern nicht automatisch als Substitutionsmöglichkeiten anzusehen sind. Die Angebote unterscheiden sich grundlegend (Betreuungspersonen, praktizierte Geburtsmethoden, medizinische Ausrichtung, Angebote, Einrichtung, Lokalität). Der Versorgungsbedarf der Bevölkerung ist im geburtshilflichen Bereich nicht mit Spitalkapazitäten gedeckt. Die Aufnahme der Geburtshäuser in die Spitalplanung muss aber auch nicht zu einer Schliessung bestehender Spitalangebote führen, da bereits seit mehreren Jahren Geburten in den Geburtshäusern stattfinden, diese jedoch weder in der Spitalplanung berücksichtigt wurden noch von der obligatorischen Krankenversicherung finanziert wurden.</p>	<p>Geburtshaus Delphys Geburtshaus Engadin Geburtshaus LaVie Geburtshaus Luna Geburtshaus Terra Alta Geburtshaus Villa Oberburg Geburtshaus Zürich Oberland IGGH</p>
allgemein	<p>Die Verordnung schreibt den Kantonen vor, die Spitalplanung aufgrund des Versorgungsbedarfes der kantonalen Bevölkerung vorzunehmen. SHV fordert vom Bund, dass er darauf aufmerksam macht, dass geburtshilfliche Angebote in Spitälern und Geburtshäusern nicht automatisch als Substitutionsmöglichkeiten anzusehen sind. Die Angebote unterscheiden sich grundlegend (Betreuungspersonen, praktizierte Geburtsmethoden, medizinische Ausrichtung, Angebote, Einrichtung, Lokalität). Der Versorgungsbedarf der Bevölkerung ist im geburtshilflichen Bereich nicht mit Spitalkapazitäten gedeckt. Die Aufnahme der Geburtshäuser in die Spitalplanung muss aber auch nicht zu einer Schliessung bestehender Spitalangebote führen, da bereits seit mehreren Jahren Geburten in den Geburtshäuser stattfinden, diese jedoch weder in der Spitalplanung berücksichtigt wurden noch von der obligatorischen Krankenversicherung finanziert wurden.</p>	SHV
allgemein	<p>VSAO beantragt folgende Ergänzung: „...umfasst die Sicherstellung <u>einer qualitativ hoch stehenden</u> stationären Behandlung im Spital, in einem Geburtshaus und in einem Pflegeheim... <u>Sie umfasst im Weiteren die ausreichende Aus- und Weiterbildung von Spitalpersonal.</u>“ Begründung: VSAO erachtet es als wichtig, dass das Kriterium der Qualität gegenüber demjenigen der Wirtschaftlichkeit genug Gewicht erhält. Zur langfristigen Versorgungs- und Qualitätssicherung gehört auch, dass VSAO genügend qualifiziertes Personal aus- und weiterbildet. Auch wenn diese Kosten zum Teil von der Krankenversicherung nicht vergütet werden, muss diese Aufgabe bei der Versorgungsplanung berücksichtigt werden.</p>	VSAO
allgemein	<p>Eine Zuweisung und "Sicherung der zugelassenen Leistungsmengen oder Kapazitäten" sollte nicht von Staates wegen geschehen. Das widerspricht den Systementscheidungen und den Absichten des Gesetzgebers.</p>	Helsana
allgemein	<p>Accord avec les „étapes„ de la planification. Mais, pour la „détermination des besoins futurs„ , préférence marquée pour la „méthode analytique“ face à la „méthode normative„ , et réserves fortes à l’égard de la technique quelque peu aveuglément déterministe du „benchmarking“ face à des problèmes ayant un fort contenu humain. D’une manière générale, les vertus, réelles mais limitées, des mesures sur les coûts surtout ne devraient pas faire oublier les contenus humanistes de la qualité des soins. Ceux-ci ne peuvent être traités comme de simples „produits industriels“.</p>	SSR/CSA
1	<p>S'agissant de la planification, la proposition présentée par la CDS de la limiter à une dimension réaliste et pertinente pour les cantons en introduisant la notion de besoins "essentiels" doit être impérativement soutenue. Tel qu'il est rédigé, cet alinéa impose effectivement aux</p>	GE

	<p>un mandat de planification qui est d'une ampleur déraisonnable. De plus, dans sa teneur actuelle, en prévoyant que "la planification en vue de couvrir les besoins en soins (art. 39, al. 1 let. d, LAMal) garantit aux habitants des cantons qui l'établissent le traitement hospitalier à l'hôpital [...]", cet alinéa semble instaurer une garantie de traitement pour les habitants du canton, quasiment un droit à obtenir un traitement hospitalier, qui va au-delà de ce que prévoit l'article 41 alinéa 1 lettre b et alinéa 3 de la Constitution fédérale. En effet, ce dernier stipule que les cantons - à côté de la Confédération - s'engagent à ce que "toute personne bénéficie des soins nécessaires à sa santé" (art. 41 al. 1 let. b Cst. fad.) mais ceci uniquement dans le cadre de <u>leurs moyens disponibles</u> (art. 41 al. 3 Cst. féd.).</p>	
1	<p>Die Planung für eine bedarfsgerechte.....umfasst die Sicherstellung <u>einer qualitativ hochstehenden</u> stationären Behandlung im Spital,.....die die Planung erstellen. <u>Sie umfasst im weiteren die ausreichende Aus- und Weiterbildung von Spitalpersonal. Arbeitsrechtliche Bestimmung sowie ort- und branchenübliche Löhne sind einzuhalten.</u></p>	SGB
1	<p>Grundsätzlich sind die vorgeschlagenen Bestimmungen zu den Planungskriterien zu extensiv und überdeterminiert und von vornherein nicht geeignet, die Ziele zu erreichen. Ziel der Bestimmungen zu den Planungskriterien muss eine schlanke, auf die wesentlichen Eckpunkte fokussierte Handlungsanweisung sein. Es soll eine Mindestplanung und nicht eine allumfassende Planung koordiniert werden.</p>	santésuisse
2	<p>Zustimmung unter Anpassung von Abs. 2 Bst. a und c: Vorschlag: Sie gliedert sich in folgende Schritte: „a. Ermittlung des künftigen <u>wesentlichen</u> Bedarfs; c. Zuweisung und Sicherung der <u>wesentlichen</u> Leistungsmengen oder (Vorschlag Kt BE und) Kapazitäten.“</p>	BE, BL, LU, NW, SG, UR, GDK
2	<p>L'article concernant la planification hospitalière doit être complété pour ne se rapporter qu'aux besoins essentiels : Article 58a alinea 2 lettres a et c: "a. détermination des besoins futurs <u>essentiels</u>; ... c. attribution et garantie des volumes de prestations <u>essentiels</u> ou des capacités... ."</p>	FR. NE
2	<p>Der künftige Bedarf ist sehr schwierig abzuschätzen. Wichtiger wäre es, den aktuellen Bedarf genauer unter die Lupe zu nehmen. Der aktuelle Bedarf ist eine gute und nachvollziehbare Prognose für einen künftigen Bedarf. Grundsätzlich sollen weder Kapazitäten und schon gar nicht Leistungsmengen festgelegt werden. Dies hat economiesuisse bereits in der Einleitung erörtert. Im Falle einer drohenden Unterversorgung ist jedoch eine Sicherstellung der Kapazitäten sinnvoll. Somit beantragt economiesuisse, Art. 58a wie folgt zu ändern: a. Ermittlung des <u>aktuellen und</u> künftigen Bedarfs; b. Beurteilung des Angebotes der in Frage kommenden Einrichtungen <u>und Koordination mit den anderen Kantonen</u>; c. Zuweisung und Sicherung der <u>Kapazitäten im Falle von drohender Unterversorgung.</u></p>	Economiesuisse
2	<p>Cette disposition illustre clairement la critique générale à l'égard du projet. En effet, il n'est pas admissible de fixer des quotas en terme de volumes de prestations ou de capacités maximum, car cette mesure restreint le libre choix de (l'hôpital et protège les fournisseurs non économiques, ou qualitativement moins bons. Le rôle de l'Etat doit se limiter à garantir une couverture de soins hospitaliers suffisante. L'attribution de volumes minimum serait acceptable mais en aucun cas des restrictions de volumes. Limiter des prestations revient en effet à empêcher les établissements qui répondent aux critères de qualité et de prix de dispenser des traitements, au profit de prestataires moins économiques qui devront également être admis. Cette entrave à la</p>	FER

	pas acceptable.	
2	Abs. 2 Bst. c weist der SGV in der vorliegenden Form klar zurück. Wille des Gesetzgebers war es, den Wettbewerb in der Spitalversorgung verstärkt spielen zu lassen. Die nun in die Vernehmlassung geschickte Bestimmung, welche unter anderem vorsieht, dass die zugelassenen Leistungsmengen oder Kapazitäten zuzuweisen sind, steht in krasserm Widerspruch zur Absicht des Parlaments. Es darf nicht Aufgabe des Staates sein, Leistungsmengen abschliessend festzulegen und zuzuweisen. Der Staat hat lediglich sicherzustellen, dass eine ausreichende Versorgung gewährleistet werden kann. Hierzu kann er allenfalls Mindestmengen bestimmen. Wer diese Leistungen anschliessend erbringt, hat der Wettbewerb und nicht eine zentralistische Planung zu bestimmen.	SGV
2	Bst. a: Eine Planung nur für einen Teil der Bevölkerung ist nicht sinnvoll. Es besteht ja das Versicherungsobligatorium für die gesamte Bevölkerung. Knappe Planungen sind für die Bevölkerung katastrophal. Einerseits müssen die Spitalisten alle Leistungen und Spitäler umfassen, die über das KVG abgerechnet werden und abrechnen können. Andererseits müssen auch all jene Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden, die sich entweder aus medizinischen oder aus privaten Gründen ausserhalb des Kantons behandeln lassen. Damit ist Art. 58d obsolet und kann gestrichen werden. Es handelt sich um einen ausserkantonalen Leistungseinkauf, wie er heute bereits Usus ist. „Ermittlung des künftigen Bedarfs für die gesamte Kantonsbevölkerung.“ Bst. c: Es handelt sich um ein zentrales Anliegen von H+. Nicht die Mengen sind festzulegen, sondern die Leistungen (in Form der medizinischen Kategorien wie bisher oder in Form der DRG). „c. Zuweisung und Sicherung der Leistungen oder Kapazitäten.“	H+
2	Zu a: Ermittlung des künftigen Bedarfs <u>für die gesamte Kantonsbevölkerung</u> . Eine Planung nur für einen Teil der Bevölkerung ist weder sinnvoll noch gesetzeskonform (Versicherungsobligatorium). Einerseits müssen die Spitalisten alle Leistungen und Spitäler umfassen, die über das KVG abrechnen können, andererseits müssen auch all jene Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden, die sich entweder aus medizinischen bzw. aus privaten Gründen ausserhalb des Kantons behandeln lassen (wollen). Damit ist Art. 58d obsolet und kann gestrichen werden. Es handelt sich um einen ausserkantonalen Leistungseinkauf, wie er heute bereits Usus ist.	Inselspital, SWISSREHA, VAKA
2	In Ziff. 2, Buchstabe c wird erwähnt, dass die zugelassenen Leistungsmengen und Kapazitäten zugewiesen und gesichert werden 3 Wie ist das möglich, wenn der Patient selber wählen kann, wohin er will?	Kantonsspital Aarau
2	Art. 58 a Abs. 2 lit. c: Hier zeigt sich nun mit aller Deutlichkeit der unter Ziffer 1 gerügte falsche Ansatz in Richtung Planwirtschaft, statt wie vom Gesetzgeber gewollt, in Richtung Wettbewerb. Es kann nie darum gehen, Leistungsmengen festzulegen, denn dies schliesst die Spitalwahlfreiheit aus und schützt Leistungserbringer, die weniger wirtschaftliche oder qualitativ schlechtere Leistungen erbringen. Es kann einzig Aufgabe des Staates sein sicherzustellen, dass genügend Kapazitäten vorhanden sind und dass der Preis- und Qualitätswettbewerb nicht dazu führt, dass plötzlich ein Versorgungsengpass entsteht. Es sind daher nötigenfalls Mindestmengen festzulegen, niemals jedoch Höchstmengen, denn werden die Mengen beschränkt, dann verhindert man, dass die in Bezug auf Preis und Qualität wirtschaftlichen Leistungserbringer die Möglichkeit haben, möglichst viele Behandlungen durchzuführen. Damit wird letztlich eine qualitativ gute und kostengünstige Spitalversorgung verunmöglicht, weil auch die schlechteren Leistungserbringer	Privatkliniken

	ihre Kontingente auf sicher haben.	
2	Art. 58 a Abs. 2 lit. c: Die Festlegung von rigiden Leistungsmengen kann die Spitalwahlfreiheit unterlaufen und schützt Leistungserbringer, die weniger wirtschaftliche oder qualitativ schlechtere Leistungen erbringen. Die Versuchung hierfür besteht vor allem bei Leistungserbringern, bei denen ein allfälliger Fehlbetrag in der Jahresrechnung durch den Kanton übernommen wird. Es kann einzige Aufgabe des Staates sein, sicherzustellen, dass genügend Kapazitäten vorhanden sind und dass der Preis- und Qualitätswettbewerb nicht zu einem plötzlichen Versorgungsengpass führt.	SRK
2	ersatzlos streichen	Helsana
2	Nicht nur der zukünftige, sondern auch der aktuelle Bedarf muss berücksichtigt werden. „a. Ermittlung des aktuellen und künftigen Bedarfs;“ Eine "Zuweisung und Sicherung der zugelassenen Leistungsmengen oder Kapazitäten" sollte nicht von Staates wegen geschehen. Es widerspricht den Systemscheiden und den Absichten des Gesetzgebers. Eine Mindestmenge im Falle von drohender Unterversorgung muss allerdings garantiert sein. Die Auferlegung einer definierten Leistungsmenge würde dem Wettbewerb unter den Leistungserbringern schaden, da sich diese stillschweigend auf die vorgeschriebene Menge einigen würden. Die Einführung einer Mindestmenge an Leistungen garantiert die Effizienz und Qualität der Leistungen. „c. Zuweisung und Sicherung der zugelassenen Mindestmengen oder Kapazitäten im Falle von drohender Unterversorgung.“	santésuisse

Art. 58b

Abs. Al.	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
allgemein	Grundsätzlich ist es zu begrüßen, dass die Kriterien, die bei der Versorgungsplanung zu berücksichtigen sind, auf Verordnungsstufe klar formuliert sind. Dies schafft für die Umsetzung in den Kantonen verbindliche Grundlagen und hilft, die Umtriebe und Risiken bei allfälligen Rechtsmittelverfahren bei Überarbeitung der Spitalplanungen und Spitallisten zu minimieren. Gleichwohl ist es wichtig, dass in Art. 58b noch gewisse Vereinfachungen im Sinne der GDK-Stellungnahme vorgenommen werden. Ein kleiner Kanton ist auf pragmatische Bestimmungen angewiesen, die es ermöglichen, den Planungsaufwand in einem verhältnismässigen Rahmen zu halten. Insbesondere muss es für kleine Kantone weiterhin zulässig bleiben, detaillierte Planungen nur in jenen Bereichen selbst vorzunehmen, in denen für ihre Kantonsbevölkerung ein wesentlicher Bedarf in einem für die Kapazitätsplanung der betroffenen Spitäler relevanten Ausmass besteht. In Bereichen, in denen der Kapazitätsbedarf des Kantons Appenzell Ausserrhoden nur marginal ist und landesweit ein genügendes Angebot besteht, muss eine summarische Planung im Sinne der bisherigen „offenen Spitalliste“ weiterhin möglich bleiben.	AR
allgemein	Im ersten Abschnitt der Erläuterungen zu Artikel 58b wird erwähnt, dass Betriebsvergleiche die Orientierung am Besten, also ein Benchmarking erlauben. Benchmarking wird aber gerade von den Versicherern fälschlicherweise so interpretiert und teilweise angewandt, dass die Tarife auf den tiefsten Wert nivelliert werden, zumal sich die Ermittlung des "Besten" ohnehin auf den Preis beschränkt, da die Qualität vorderhand nicht messbar ist. Diese einseitige Interpretation widerspricht einerseits der Theorie des Benchmarking, wel-	BE

	<p>ches nur den Massstab legt, die Folgen von Preis- oder Kostenunterschieden jedoch nicht automatisch zieht. (Die Nivellierung nach unten ist mitunter die schärfste Form der Umsetzung) Andererseits ist diese Praxis der Krankenversicherer auch nicht mit den Vorstellungen des Gesetzgebers kompatibel. So stellte Kommissionspräsidentin Forster am 24. September 2007 im Ständerat folgendes fest:</p> <p>"Der Faktor DRG, zum Beispiel für eine unproblematische Blinddarmoperation, wird in der ganzen Schweiz derselbe sein. Der Normkostenpreis hingegen wird für dieselbe Operation zu Beginn von Spital zu Spital und von Kanton zu Kanton unterschiedlich sein. Der Unterschied ist auf die unterschiedlichen Kostenstrukturen an den Spitälern zurückzuführen. Mit der Zeit - genauer: je länger der Wettbewerb spielt - gleichen sich die Preisunterschiede an.</p>	
allgemein	<p>In den Erläuterungen zu Art. 58b wird erwähnt, dass Betriebsvergleiche die Orientierung am Besten, also ein Benchmarking erlauben. Benchmarking wird aber gerade von den Versicherern fälschlicherweise so interpretiert und teilweise angewandt, dass die Tarife auf den tiefsten Wert nivelliert werden. (Da Qualität vorderhand nicht messbar ist, beschränkt sich die Ermittlung des "Besten" ohnehin auf den Preis.) Diese einseitige Interpretation widerspricht einerseits der Theorie des Benchmarking, welches nur den Massstab legt, die Folgen von Preis- oder Kostenunterschieden jedoch nicht automatisch zieht. (Die Nivellierung nach unten ist mitunter die schärfste Form der Umsetzung.) Andererseits ist diese Praxis der Krankenversicherer auch nicht mit den Vorstellungen des Gesetzgebers kompatibel. So stellte die Kommissionspräsidentin Forster am 24.9.07 im Ständerat folgendes fest:</p> <p>"Der Faktor DRG, zum Beispiel für eine unproblematische Blinddarmoperation, wird in der ganzen Schweiz derselbe sein. Der Normkostenpreis hingegen wird für dieselbe Operation zu Beginn von Spital zu Spital und von Kanton zu Kanton unterschiedlich sein. Der Unterschied ist auf die unterschiedlichen Kostenstrukturen an den Spitälern zurückzuführen. Mit der Zeit - genauer: je länger der Wettbewerb spielt - gleichen sich die Preisunterschiede an."</p> <p>Die Erläuterungen zu Art. 58b KVV sollen demnach wie folgt angepasst werden:</p> <p>„Vergleiche, die im Rahmen der Bedarfsermittlung angestellt werden, sollen namentlich die Orientierung am-an den Besten, also ein Benchmarking erlauben, im Gegensatz zur Forderung der bestehenden Trends. Die Orientierung an den Besten heisst jedoch nicht, dass namentlich die Tarife auf den tiefsten Wert nivelliert werden.</p>	BL, NW, UR, GDK
allgemein	<p>Grundsätzlich ist es zu begrüssen, dass die Kriterien, die bei der Versorgungsplanung zu berücksichtigen sind, auf Verordnungsstufe klar formuliert sind. Dies schafft für die Umsetzung in den Kantonen verbindliche Grundlagen und hilft, die Umtriebe und Risiken bei allfälligen Rechtsmittelverfahren nach künftigen Überarbeitungen der Spitalplanungen und Spitalisten zu minimieren.</p> <p>Gleichwohl ist es zu begrüssen, dass in Art. 58 b noch gewisse Vereinfachungen im Sinne der GDK-Stellungnahme vorgenommen werden. Als kleiner Kanton ist der Kanton an pragmatischen Formulierungen interessiert, die helfen, den Planungsaufwand in einem verhältnismässigen Rahmen zu halten. Insbesondere muss es für kleine Kantone weiterhin zulässig bleiben, detaillierte Planungen nur in jenen Bereichen selbst vorzunehmen, in denen für ihre Kantonsbevölkerung ein wesentlicher Bedarf in einem für die Kapazitätsplanung der betroffenen Spitäler relevanten Ausmass besteht. In Bereichen, wo der Kapazitätsbedarf des Kantons Schaffhausen nur marginal ist</p>	SH

	<p>und landesweit ein genügendes Angebot besteht, muss eine summarische Planung im Sinne der bisherigen „offenen Spitalliste“ weiterhin möglich bleiben.</p> <p>Die Verpflichtung zur Mengensteuerung (Art. 58b Absätze 5 und 6 sowie Art. 58d Abs. 3) ist in der vorgeschlagenen Form nicht umsetzbar und deshalb aus der Verordnung zu streichen; eventualiter sind die diesbezüglichen Hinweise im Kommentar umfassend zu überarbeiten, um die damit verbundenen Erwartungen zuhanden der Materialien explizit auf einen realistischen Rahmen einzugrenzen.</p> <p>Im vorliegenden Kommentar-Entwurf wird auf Globalbudgets und auf mengenabhängig variable Kantonsbeitragsanteile als mögliche Instrumente der Mengensteuerung verwiesen. Diese Hinweise sind irreführend und nicht praktikabel, weil sie den neuen Gesetzesgrundlagen zur Spitalfinanzierung nicht angemessen Rechnung tragen: Die Kantonsbeiträge an die Spitäler, soweit sie in einen unmittelbaren Bezug zu den erbrachten stationären Leistungen stehen und sich nicht auf anderweitige gemeinwirtschaftliche Leistungen beziehen, sind nach den Bestimmungen von Art. 40a KVG-r integraler Bestandteil der Tarife, die zwischen den Spitälern und den Versicherern (ohne unmittelbares Mitspracherecht der Kantone!) vereinbart werden (Art. 43 Abs. 3 KVG / Art. 49 Abs. 1 KVG-r). Dem entsprechend haben die Kantone unter den neuen gesetzlichen Vorgaben keine Möglichkeit mehr, ihre Beitragsanteile unilateral zu begrenzen oder mengenabhängig zu steuern.</p> <p>Im Weiteren ist zu berücksichtigen, dass die neu eingeführte kantonsübergreifende Freizügigkeit unter Einschluss der privaten Listenspitäler eine Marktöffnung mit sich bringt, die sich mit planwirtschaftlichen Instrumenten kaum kanalisieren lässt.</p> <p>Reale Möglichkeiten, auf die Mengenentwicklung zumindest indirekt Einfluss zu nehmen, kann der Kanton primär darin erkennen, im Rahmen der Leistungsaufträge gewisse Auflagen und Einschränkungen im Bereich der Infrastruktur und der Ressourcen festzulegen (z.B. Beschränkung der OP-Kapazitäten, der medizinisch-technischen Einrichtungen, der Bettenzahl oder des ärztlichen Personals, Negativlisten für gewisse Verfahren etc.). Derartige Auflagen dürften bei den betroffenen Betrieben allerdings wenig beliebt und dem entsprechend sowohl rechtlich als auch politisch gleichermassen exponiert sein. Ein ausdrücklicher Hinweis auf diese Möglichkeit in der Verordnung oder zumindest im Rahmen des Begleitkommentars ist deshalb dringend erwünscht.</p>	
allgemein	<p>Aus Sicht der Wirtschaft enthält der Artikel zwei wesentliche Mängel. Erstens werden diverse Kriterien bei der Auswahl des Angebots aufgelistete, ohne diese genauer zu erläutern oder zu gewichten. Dieses Sammelsurium von Kriterien trägt nichts zu einer verbesserten Planung auf Kantonsstufe bei. Art. 58b erhöht die Rechtssicherheit nicht, sondern suggeriert eine über die Kantongrenzen hinweg einheitliche Planung. Die einheitliche Planung in den Kantonen ist jedoch nicht in jedem Fall sinnvoll und wird auch nicht mit solchen Begriffen gewährleistet. Im Gegenteil sind Fehlinterpretationen der Kantone vorprogrammiert. Zweitens fehlt ein wichtiger Grundsatz bei der Planung, nämlich die Gleichbehandlung von öffentlichen und privaten Anbietern. Economiesuisse schlägt vor, diesen Grundsatz in Art. 58b Abs. 1 zu schreiben.</p>	Economiesuisse
allgemein	<p>Die Verordnung schreibt den Kantonen vor, die Spitalplanung aufgrund des Versorgungsbedarfes der kantonalen Bevölkerung vorzunehmen. SHV fordert vom Bund, dass er darauf aufmerksam macht, dass geburtshilfliche Angebote in Spitälern und Geburtshäusern nicht</p>	SHV

	<p>automatisch als Substitutionsmöglichkeiten anzusehen sind. Die Angebote unterscheiden sich grundlegend (Betreuungspersonen, praktizierte Geburtsmethoden, medizinische Ausrichtung, Angebote, Einrichtung, Lokalität). Der Versorgungsbedarf der Bevölkerung ist im geburtshilflichen Bereich nicht mit Spitalkapazitäten gedeckt. Die Aufnahme der Geburtshäuser in die Spitalplanung muss aber auch nicht zu einer Schliessung bestehender Spitalangebote führen, da bereits seit mehreren Jahren Geburten in den Geburtshäuser stattfinden, diese jedoch weder in der Spitalplanung berücksichtigt wurden noch von der obligatorischen Krankenversicherung finanziert wurden.</p>	
allgemein	<p>Die Bestimmung ist an die Kantone adressiert. Es handelt sich um ein Sammelsurium von inhaltsleeren Begriffen. Kein einziger Kanton weiss nach dieser Vorgabe, was er genau zu tun hat. Ebenso ermöglichen die Bestimmungen keine gesamtschweizerisch einheitliche Umsetzung.</p> <p>Beispiel: Die Kantone legen die instrumente für die Sicherstellung der Mengensteuerung fest. Während also das Parlament von freier Spitalwahl durch die Versicherten spricht, sollen die Kantone nun Mengen steuern. Wie sie das tun sollen, ist völlig unklar. Also ist auch nicht sichergestellt, dass die Kantone das einheitlich tun würden. Art. 58b ist ersatzlos zu streichen.</p>	Helsana
allgemein	<p>D'accord avec les „<i>étapes</i> „ de la planification. Mais, pour la „<i>détermination des besoins futurs</i> „ , préférence marquée pour la „<i>méthode analytique</i>“ face à la „<i>méthode normative</i> „ , et réserves fortes à l'égard de la technique quelque peu aveuglement déterministe du „<i>benchmarking</i>“ face à des problèmes ayant un fort contenu humain. D'une manière générale, les vertus, réelles mais limitées, des mesures sur les coûts surtout ne devraient pas faire oublier les contenus humanistes de la qualité des soins. Ceux-ci ne peuvent être traités comme de simples „<i>produits industriels</i>“.</p>	SSR/CSA
allgemein	<p>Abs 7 Neu: Benchmarking-Verfahren, die als Grundlage für die Tarifierung beigezogen werden, müssen in der Lage sein, orts- und branchenübliche Löhne transparent auszuweisen.</p>	Vpod/ssp
1	<p>Absatz muss am Machbaren ausgerichtet und daher angepasst werden: „Die Kantone ermitteln den wesentlichen künftigen Bedarf in nachvollziehbaren Schritten aufgrund einer analytischen oder normativen Methode. Sie stützen sich auf statistisch ausgewiesene Daten, und Vergleiche und können sich auf Strukturanalysen mit Berücksichtigung der vor- und nachgelagerten Bereiche stützen.“</p>	BE, BL, LU, NW, SG, UR, GDK
1	<p>l'al. 1 doit être axé sur ce qui est réalisable et, partant, être modifié dans le sens de la proposition ci-dessous.</p> <p>„Les cantons déterminent les besoins futurs essentiels selon une démarche vérifiable sur la base d'une méthode analytique ou normative. Ils se fondent sur des données et des comparaisons statistiquement justifiées, des comparaisons. Ils peuvent aussi se baser sur des déterminants relatifs aux besoins et sur une analyse des structures qui tient compte des domaines concernés avant et</p>	FR, NE, VS
1	<p>„Die Kantone ermitteln den künftigen Bedarf in nachvollziehbaren Schritten aufgrund einer analytischen oder normativen Methode. Sie stützen sich auf statistisch ausgewiesene Daten, Vergleiche, Bedarfsdeterminanten sowie Strukturanalysen mit Berücksichtigung der vor- und nachgelagerten Bereiche. Die Gleichbehandlung von öffentlichen und privaten Anbietern wird gewährleistet.“</p>	Economie-suisse
1	<p>Il suffit de planifier les besoins d'une manière vraisemblable, étant rappelé que le seul but de l'exercice doit être, de garantir une couverture hospitalière suffisante. La mise en couvre de moyens administratifs coûteux et compliqués ni est pas justifiée dans ce cadre.</p>	FER

1	Die Bestimmungen dieses Absatzes sind viel zu detailliert. Gemäss den Ausführungen zu Art. 58a haben die Kantone lediglich Mindestmengen zu bestimmen. Diese Zielsetzung kann mit geringerem administrativem Aufwand verfolgt werden.	SGV
1	Der zukünftige Bedarf kann nur annäherungsweise extrapoliert werden. Statistiken über die Zukunft sind in der Medizin noch nicht möglich. Damit ist aber schon impliziert, dass Fehler und Margen einzubeziehen sind. Vor allem wird der medizinischen Innovation zu wenig Rechnung getragen, obwohl sie der Hauptfaktor für die Mengenausweitung ist. Es ist nicht einsichtig, warum die Kantone unterschiedliche Methoden bei der Spitalplanung benutzen. Zur Sicherung der Rechtsgleichheit (Art. 8 BV) sollte mindestens die Methode zur Spitalplanung in allen Kantonen gleich sein. Es muss auch weiterhin möglich sein, dass Spitäler oder Kantone bei Engpässen kurzfristig oder zeitgerecht bei sich verändernden Bedürfnissen reagieren und ihren Einkauf umstellen, also anderswo abdecken können. „...ermitteln den künftigen Bedarf annäherungsweise und in nachvollziehbaren Schritten ...“	H+, Inselspital
1	Der Text ist wie folgt zu ergänzen: „...ermitteln den künftigen Bedarf annäherungsweise und in nachvollziehbaren Schritten nach derselben Methode.“ Begründung: Beim zukünftigen Bedarf ist die Mengenausweitung aufgrund des medizinischen Fortschritts zu berücksichtigen. Die Kantone sollten die Spitalplanung nach einheitlichen Methoden vornehmen.	physiosuisse
1	Es genügt, wenn der Bedarf annäherungsweise ermittelt wird, darf das Ziel dieser Bedarfsermittlung doch nur sein sicherzustellen, dass die Versorgung der Bevölkerung gewährleistet ist. Dazu braucht es nicht einen riesigen administrativen Aufwand.	Privatkliniken
1	Es genügt, wenn der Bedarf annäherungsweise ermittelt wird. Das Ziel dieser Bedarfsermittlung ist nur, sicherzustellen, dass die Versorgung der Bevölkerung garantiert ist. In jedem Fall müssten auch allfällige Wartelisten bei einzelnen Leistungserbringern bei der Planung berücksichtigt werden.	SRK
1	...ermitteln den künftigen Bedarf <u>annäherungsweise und</u> in nachvollziehbaren Schritten ... Der zukünftige Bedarf kann nur annäherungsweise extrapoliert werden. Statistiken über die Zukunft sind in der Medizin noch nicht möglich. Damit ist aber schon impliziert, dass Fehler und Margen einzubeziehen sind. Vorallem wird dem medizinischen Fortschritt zu wenig Rechnung getragen, obwohl er der Hauptfaktor für die Mengenentwicklung ist.	SWISSREHA VAKA
1	Art. 58b ist an die Kantone adressiert. Es handelt sich um ein Sammelsurium von inhaltsleeren Begriffen. Kein einziger Kanton weiss nach dieser Vorgabe, was er genau zu tun hat. Ebenso ermöglichen die Bestimmungen keine gesamtschweizerisch einheitliche Umsetzung. Beispiel: Die Kantone legen die Instrumente für die Sicherstellung der Mengensteuerung fest. Während also das Parlament von freier Spitalwahl durch die Versicherten spricht sollen die Kantone nun Mengensteuern. Wie sie das tun sollen, ist völlig unklar. Also ist auch nicht sichergestellt, dass die Kantone das einheitlich tun werden.	santésuisse
2	Ist im Grundsatz zu begrüssen, sollte aber wie folgt angepasst werden, um von den Kantonen nicht Unmögliches zu verlangen: ² Bei der Beurteilung und Auswahl des Angebotes <u>zur Sicherstellung des wesentlichen Bedarfs</u> berücksichtigen sie <u>die Kantone die verfügbaren Datengrundlagen</u> , insbesondere: a. die Wirtschaftlichkeit <u>auf</u>	BE, BL, NW, SG, UR, GDK

	<u>Basis von Vergleichen</u> und die Qualität der Leistungserbringung; ... c. die Bereitschaft <u>und Fähigkeit</u> der Einrichtung zur Tarifbindung, zur Erfüllung von Auflagen, zur Übernahme der sich aus der Planung ergebenden Verpflichtungen, sowie zur Zusammenarbeit mit den zuweisenden und nachbehandelnden Stellen und Fachpersonen.	
2	l'al. 2 constitue une bonne base pour l'utilisation des critères, mais il doit être adapté pour que les exigences imposées aux cantons en matière d'évaluation et de choix restent dans des limites raisonnables. „2Lors de l'évaluation et du choix de l'offre pour assurer les besoins essentiels (art. 58a al. 2, let. b), <u>les cantons</u> ils prennent en compte <u>les données disponibles, notamment</u> : a. le caractère économique, <u>sur la base de comparaisons</u> , et la qualité de la fourniture de prestations; b. l'emplacement géographique de l'établissement; c. la disponibilité <u>et la capacité</u> de l'établissement à se soumettre à des tarifs, à respecter les conditions fixées, à remplir les obligations résultant de la planification et à collaborer avec les institutions et les professionnels qui lui confient des patients ou qui dispensent les soins qui suivent.“	NE
2	let. d (nouvelle) : « 2 Lors de l'évaluation et du choix de l'offre (art. 58a, al. 2, let. b), ils prennent notamment en compte:... <u>d. le respect des dispositions en matière de droit du travail.</u> »	PS
2	Il convient de ne conserver que les deux premiers critères, soit « le caractère économique et la qualité de la fourniture de prestations » (lettre a) et « l'emplacement géographique de l'établissement » (lettre b). La lettre c doit être supprimée. Selon ce critère, les planificateurs doivent tenir compte de « la disponibilité de l'établissement à se soumettre à des tarifs... ». Il faut rappeler ici que les tarifs sont négociés par les fournisseurs de prestations et, qu'étant partie aux conventions qu'ils ont eux-mêmes négociées, ils sont naturellement tenus de les appliquer. On voit mal dans quelle mesure le canton devrait ici être juge « ex ante » de la disponibilité des fournisseurs de prestations de remplir leurs obligations, de quelque nature qu'elles soient.	CP
2	Abs. 2 soll lediglich die Wirtschaftlichkeit und Qualität beinhalten, welche dann in Abs. 3 konkretisiert wird. Abs. 2 lit. b ist in der kleinteiligen Schweiz nicht prioritär und begünstigt höchstens das bereits zu starke lokale Denken. Abs. 2 lit. c öffnet Tür und Tor zu einer willkürlichen Umsetzung der Versorgungsplanung. Economiesuisse schlägt somit einen verkürzten Absatz 2 vor: „2 <u>Bei der Beurteilung und Auswahl des Angebotes berücksichtigen sie die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung;</u> “	Economiesuisse
2	Le critère de «l'emplacement géographique de ('établissement)» ne doit pas être déterminant. En effet, la nécessité de disposer d'un hôpital de proximité pour chaque région doit être dépassée et le seul critère à prendre en compte est l'accès aux soins hospitaliers dans un délai raisonnable. La lettre c) doit être purement et simplement biffée. D'une part, cette disposition laisse la porte ouverte à l'arbitraire, et d'autre part, elle contient des éléments superflus. La LAMal prévoit que les fournisseurs de prestations ont l'obligation de négocier leurs tarifs et doivent donc respecter par le biais de conventions, les tarifs qui les lient. La LAMal garantit en outre la protection tarifaire. On ne comprend dès lors pas le pouvoir conféré aux cantons qui devraient juger « ex ante » de la disponibilité d'un fournisseur à remplir ses obligations tarifaires. Les deux autres conditions sont également inutiles. En effet, il est	FER

	<p>évident qu'un hôpital qui figure sur la liste hospitalière a, dans le cadre de ses capacités, l'obligation d'admission qui découle également du libre choix de l'hôpital. Par ailleurs, la collaboration d'un établissement avec les institutions et les professionnels qui lui contient des patients ou qui dispensent les soins qui suivent, semble évidente et relève du devoir élémentaire de diligence. L'acceptation de remplir des critères tels que mentionnés doit être supprimée. En lieu et place, il conviendrait de prévoir qu'en matière de sélection d'un hôpital, public ou privé, l'égalité de traitement prévaut.</p>	
2	<p>„2Bei der Beurteilung und Auswahl des Angebotes berücksichtigen sie insbesondere <u>a. die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer; ...</u> <u>d. die Einhaltung arbeitsrechtlicher Bestimmungen;</u> <u>e. die Einhaltung der orts- und branchenüblichen Löhnen“</u></p>	SGB
2	<p>Abs. 2: Der SGV beantragt die Streichung der Buchstaben b und c. Angesichts der heutigen Mobilität breiter Bevölkerungsschichten ist die geographische Lage der Einrichtungen von untergeordneter Bedeutung; Qualität und Wirtschaftlichkeit haben klar im Vordergrund zu stehen. Bst. c enthält einerseits Vorgaben wie etwa die Bereitschaft zur Tarifbindung, die völlig überflüssig sind, da sie vom Gesetz her bereits unmissverständlich eingefordert werden. Andererseits öffnet die Bestimmung, gemäss welcher die Einrichtungen nicht näher bestimmte Auflagen zu erfüllen haben, der Willkür Tür und Tor. Derartige Vorgaben haben in dem Rechtssystem nichts zu suchen, weshalb SGV für die ersatzlose Streichung von Abs. 2 Bst. c plädiert.</p>	SGV
2	<p>Buchst. c Die Formulierung „Bereitschaft der Einrichtung zur Tarifbindung“ ist unklar. Man müsste präzisieren, dass es sich dabei nur um die durch das KVG vergüteten Tarife und nicht um die Tarife für die Pensionskosten handelt.</p>	CURAVIVA
2	<p>„2 Bei der Beurteilung und Auswahl des Angebotes berücksichtigen sie insbesondere: <u>a. die Qualität und Wirtschaftlichkeit im Sinne von Art. 43 Abs. 6 des Gesetzes;...“</u></p>	FMH
2	<p>Nicht die geographische Lage an sich ist wichtig, sondern ob und dass die gesamte Bevölkerung innert nützlicher Frist einen Zugang zu einer qualitativ hochstehenden Versorgung in einem Spital hat. Dabei sollten nicht nur die Fristen festgelegt werden, welche für 80 oder 90% der Fälle eine gerechte Versorgung bringen, sondern auch ein Zeitwert für die übrigen Fälle. „den Zugang der Patientinnen und Patienten in nützlicher Frist;..“ Die Gleichbehandlung von öffentlichen, öffentlich-subventionierten und anderen privaten Spitälern ist ein Musskriterium. Gleichbehandlung bedeutet hier, dass für alle betroffenen Spitäler die gleichen Bedingungen gelten, namentlich für die Spitalisten, die Tarifabgeltungen bei gleicher Leistung, die Investitionsabgeltungen, die Aufnahme-pflichten, die Weiterbildungsangebote und die Strukturen. Zu beachten sind hier auch die dementsprechenden Entscheide des Bundesgerichtes. „<u>d. die Gleichbehandlung aller Spitäler unabhängig von ihrer Trägerschaft.</u>“</p>	H+, Inselspital
2	<p>Art. 58 b Abs. 2: Die geografische Lage der Einrichtung (Buchstabe b) ist nicht wichtig; Privatkliniken müssen wegkommen von der Idee, jedem Tälchen sein Spitalchen. Entscheidend ist einzig, dass alle Patientinnen und Patienten innert nützlicher Frist Zugang zu einer Spitalversorgung haben. Buchstabe c ist ersatzlos zu streichen. Diese Bestimmung lässt einerseits der Willkür freien Lauf und erwähnt andererseits Elemente, die völlig überflüssig sind. Die Bereitschaft zur</p>	Privatkliniken

	<p>Tarifbindung ist ohnehin ein Muss, da das KVG ja bereits unmissverständlich den Tarifschutz sicherstellt. Die Erwähnung ist daher überflüssig, ebenso wie die beiden letzten Voraussetzungen in dieser Litera. Es ist klar, dass für ein Spital, das auf der Spitalliste ist, im Rahmen seiner Kapazitäten eine Aufnahmepflicht besteht, ist dies doch eine direkte Folge der vom Gesetzgeber gewollten Spitalwahlfreiheit, und es ist ebenso klar, dass eine Zusammenarbeit mit zuweisenden und nachbehandelnden Stellen unumgänglich ist. Dies gehört zu den elementaren Sorgfaltspflichten. Die Forderung, dass das Spital bereit sein muss zur Erfüllung von Auflagen öffnet dagegen in dieser allgemeinen Formulierung der Willkür Tür und Tor und kann deshalb nicht so stehen gelassen werden. Die Bereitschaft, irgendwelche Auflage zu akzeptieren, kann kein taugliches Auswahlkriterium sein. Der Buchstabe c ist daher zu streichen. An seiner Stelle ist vielmehr hier festzuhalten, dass bei der Auswahl alle Spitäler unabhängig von der Trägerschaft, also unabhängig davon ob es sich um ein öffentliches oder ein privates Spital handelt, gleich zu behandeln sind.</p>	
2	<p>Bei der Beurteilung und Auswahl des Angebotes berücksichtigen sie insbesondere</p> <p><u>a. die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer;</u> <u>d. die Einhaltung arbeitsrechtlicher Bestimmungen</u> <u>e. die Einhaltung der orts- und branchenüblichen Löhne</u></p>	SBK/ASI
2	<p>Die geografische Lage der Einrichtung (Buchstabe b) ist nur in einem geschlossenen System wichtig; entscheidend ist bei einem System der Wahlfreiheit einzig, dass alle Patientinnen und Patienten innert nützlicher Frist Zugang zu einer Spitalversorgung haben.</p> <p>Zu d: Buchstabe d ist zu streichen, da dieses Element Gegenstand der Betriebsbewilligung ist und daher Grundvoraussetzung, dass das Spital überhaupt tätig sein kann.</p> <p>Zu e: Buchstabe e ist unverständlich und daher zu streichen. Es ist nicht nachvollziehbar, was hier beurteilt werden soll.</p>	SRK
2	<p><u>Zu b: den Zugang der Patientinnen und Patienten in nützlicher Frist;</u> Zur Sicherung der Rechtsgleichheit sollte mindestens die Methode zur Spitalplanung in allen Kantonen gleich sein.</p> <p><u>d. die Gleichbehandlung aller Spitälerun abhängig von ihrer Trägerschaft.</u> Wichtig ist die Gleichbehandlung von öffentlichen und privaten Spitälern.</p>	SWISSREHA VAKA
2	<p>Art. 58b: Der VSAO beantragt, Abs. 2 wie folgt zu formulieren und zu ergänzen:</p> <p><u>a. die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung</u> <u>d. die Einhaltung arbeitsrechtlicher Bestimmungen</u> <u>e. die Einhaltung der orts- und branchenüblichen Löhne</u></p> <p>Weiter beantragt VSAO, Absatz 3 sei wie folgt zu ändern und zu ergänzen:</p> <p>c. den <u>Nachweis der notwendigen Qualität</u> d. <u>die Wahrung der therapeutischen Freiheit</u> e. das Vorhandensein von <u>genügend und</u> qualifiziertem Personal.... f. <u>die Einhaltung arbeitsrechtlicher Bestimmungen</u> g. <u>die Einhaltung der orts- und branchenüblichen Löhne</u> h. die Koordination....</p>	VSAO
2	<p>Eröffnet Spielraum für Fehlinterpretationen. →streichen</p>	santésuisse
2 (neu)	<p>d. die Einhaltung arbeitsrechtlicher und vertraglicher Bestimmungen und der Gesamtarbeitsverträge, bei deren Fehlen die Einhaltung der orts- und branchenüblichen Löhne</p>	Vpod/ssp
3	<p>Zustimmung mit Präzisierung von Bst. c, damit der Qualitätsausweis</p>	BL, NW, GDK

	zielgerichtet erfolgt. Die Einführung des Begriffs der Kostenwahrheit in Bst. b wird sehr begrüsst, weil damit Dumping-Preisangeboten vorgebeugt werden kann. „Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität beachten sie insbesondere: ...c. den <u>Nachweis der notwendigen Qualitätsausweis</u> ;“	
3	Der Qualitätsausweis muss zielgerichtet erfolgen. „c. den <u>Nachweis der notwendigen Qualitätsausweis</u> ;...“	LU, SG, UR
3	l'al. 3 le canton convient, moyennant que des précisions soient apportées à la let. c afin que la justification de la qualité ait lieu dans un but précis. Le canton souscrive pleinement à l'introduction de la notion de vérité des coûts à la let. b parce que l'on peut ainsi prévenir le dumping. „...c. <u>la justification de la qualité nécessaire</u> ;“	NE
3	In Artikel 58b Absatz 3 wird auf die Pflicht der Kantone hingewiesen, die Qualität und Wirtschaftlichkeit "zu prüfen". Der Auftrag, die vor- und nachgelagerten Bereiche in jeder Planung mit zu berücksichtigen, entspricht der seitens des Kantons Schwyz vertretenen Philosophie der ganzheitlichen Planung im Gesundheitswesen. Allerdings wird sich auch in diesem Bereich das Fehlen gesamtschweizerisch anerkannter Qualitätsindikatoren (die sich auf den medizinisch-pflegerischen Bereich und nicht nur auf die Struktur beziehen) erschwerend auswirken.	SZ
3	«3 Lors de l'examen du caractère économique et de la qualité, ils prennent notamment en considération:...d. la présence de <u>suffisamment</u> de personnel qualifié et l'adéquation de l'infrastructure; ... f. <u>le respect des dispositions en matière de droit du travail.</u> »	SP
3	Seuls les critères des lettres a, c et e doivent être retenus, car ils vont dans le sens de l'article 39 LAMal. En revanche, exiger «la transparence et la vérité des coûts» (lettre b) est inutile puisque l'introduction des forfaits par cas implique le passage d'une logique de coûts à une logique de prix. Stipuler «la présence de personnel qualifié et l'adéquation de l'infrastructure» est superflu puisque cette exigence figure déjà dans la loi, à l'article 39.	CP
3	Um Transparenz von Preis und Qualität zu erfüllen, muss die Nachvollziehbarkeit von Preis-Leistungsdaten gewährleistet werden. Heute sind qualitätsbezogene Daten Mangelware. Um den Leistungserbringern einen Anreiz zu setzen, solche Daten zu generieren, könnte die Existenz von solchen qualitätsadjustierten Leistungsdaten ein Planungskriterium sein. So könnte die Transparenz im System verbessert werden. In diesem Sinne sollte auch von Preisen statt von Kosten ausgegangen werden, da erstere spezifischer sind. Vorschlag zu Abs. 3 lautet deshalb: „3Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität beachten sie insbesondere: a. eine effiziente Leistungserbringung; <u>b. Transparenz von Preisen</u> <u>c. Transparenz von Qualitäts- und Leistungsdaten</u> “	Economie-suisse
3	Seuls les critères des lettres a) et c) doivent être retenus. La lettre b doit être biffée et remplacée par le « prix ». En effet, l'introduction des forfaits par cas implique le passage d'une logique des coûts à une logique des prix, qui devront être fixes selon les règles applicables en économie d'entreprise (article 43 ei, 4 LAMal). En matière de sélection d'un fournisseur de prestations, les coûts auront donc une incidence beaucoup moins importante qu'auparavant. Ni la transparence des coûts ni la vérité des coûts ne peuvent donc plus être des critères déterminants. La lettre d) est à biffer car ces exigences sont déjà examinées dans	FER

	le cadre de l'autorisation d'exploitation d'un établissement. La lettre e) est incompréhensible car il n'est pas possible de cerner les éléments pris en compte.	
3	„3Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität beachten sie insbesondere: ...c. den <u>Nachweis der notwendigen Qualität</u> ; d. das Vorhandensein von <u>genügend und angemessen</u> qualifiziertem Personal und geeigneter Infrastruktur;... f. die <u>Einhaltung arbeitsrechtlicher Bestimmungen</u> ; g. die <u>Einhaltung der orts- und branchenüblichen Löhne</u> h. die <u>Wahrung der therapeutischen Freiheit</u> ; i. die <u>Koordination der Leistungserbringung</u> .“	SGB
3	SGV beantragt, dass in Bst. b die jetzige Formulierung ersetzt wird durch den Begriff "der Preis". Kostentransparenz und Kostenwahrheit sind Kriterien, die für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit irrelevant sind und die nichts über die Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen aussagen. Diese lässt sich einzig korrekt erfassen, wenn die Qualität der erbrachten Leistung in Bezug zum hierfür eingeforderten Preis gesetzt wird. Ersatzlos zu streichen ist auch Bst. d, da qualifiziertes Personal und eine geeignete Infrastruktur Grundvoraussetzungen sind, um eine Betriebsbewilligung zu erhalten und um den Qualitätsnachweis gemäss Bst. c erbringen zu können.	SGV
3	Buchst. d CURAVIVA Schweiz lehnt die ausdrückliche Erwähnung der Formulierung „Vorhandensein von qualifiziertem Personal“ ab. Denn es muss vermieden werden, dass für die Pflegeequipen minimale Qualifikationsstandards auferlegt werden. Dies hätte zur Folge, dass die Einrichtungen in ihrer Autonomie eingeschränkt würden und sich nicht mehr nach ihren jeweiligen Besonderheiten organisieren könnten. Curaviva Schweiz setzt sich als nationaler Dachverband für die berufliche Qualifikation der Mitarbeitenden ein. Eine einseitige Festlegung in Bezug auf die Definitionen des Begriffes "qualifizierten Personal" durch die Aufsichtsbehörden (Kantone) kann Curaviva Schweiz nicht zustimmen. Die massgebenden Kriterien und Standards der beruflichen Qualifikationen sind zwingend und gemeinsam zwischen Aufsichtsbehörden und Leistungserbringern zu vereinbaren.	CURAVIVA
3	„Bei der Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit beachten sie insbesondere: f. <u>die Wahrung der therapeutischen Freiheit unter Berücksichtigung der WZW-Kriterien</u> .“	FMH
3	Bst. b:H+ hat gegenüber den eidgenössischen Räten wiederholt darauf hingewiesen, dass die Einführung der Fallpauschalen eine Umstellung hin zur Outputsteuerung und weg von der Inputsteuerung bedeutet. Diesem Umstand muss nun auf der Verordnungsebene nachgelebt werden. Kostentransparenz ist in diesem Zusammenhang kein vordringliches Ziel der Steuerung im KVG mehr. Das Wort Kostenwahrheit ist im neuen Zusammenhang unverständlich und bis anhin nicht definiert. Mindestfallzahlen können ein Indikator für die Leistung sein. „b. <u>Mindestfallzahlen</u> “ Bst d: Das qualifizierte Personal und die geeignete Infrastruktur sind gesundheitspolizeiliche Auflagen für eine Zulassung und deshalb ohnehin für alle Spitäler gegeben. Sie werden übrigens schon in Art. 39 KVG genannt. Eine Wiederholung bei der Zuweisung ist redundant. → streichen. Bst e: Die Qualität und Wirtschaftlichkeit sind die Kriterien der Spitalplanung (Art. 39) im Rahmen der freien Spitalwahl (Art. 41 Abs. 1bis). Auf die Koordination ist deshalb zu verzichten. Unklar ist auch, welche Koordination wie beurteilt werden soll. →streichen	H+, Insepsital

3	Bst. b.: Im Sinne der Outputsteuerung können Mindestfallzahlen künftig ein Indikator für die Leistungen sein.	physiosuisse
3	Abs. 3: Buchstabe b ist zu streichen und zu ersetzen durch den Preis. Neu sind die Leistungen durch einen leistungsgerechten Preis abzugelten, der nun auch die Investitionen umfasst. Für diese Preisfestsetzung ist auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung zu achten (Art. 43 Abs. 4 KVG). Die Kosten spielen daher bei der Auswahl der Leistungserbringer unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit eine viel kleinere Rolle als heute. Dementsprechend können auch Kostentransparenz und Kostenwahrheit keine massgebenden Kriterien mehr sein. Es ist einzig auf den Preis abzustellen. Buchstabe d ist zu streichen, da dieses Element Gegenstand der Betriebsbewilligung ist und daher Grundvoraussetzung, dass das Spital überhaupt tätig sein kann. Diese Voraussetzung ist daher bereits für jedes Spital erfüllt, das über eine Betriebsbewilligung verfügt. Buchstabe e ist unverständlich. Es ist nicht nachvollziehbar, was hier beurteilt werden soll.	Privatkliniken
3	Buchst. d: Der SBGRL hat bisher die Auffassung vertreten, dass solche minimale Standards unbedingt einzuhalten sind, und zwar: Mindestens die Ausbildung Pflegehelferin SRK; Beherrschen der Landessprache in Wort und Schrift; Ein Verhältnis von 50:50 bezüglich Diplomiertes:Nichtdiplomiertes Personal; Allerdings sollte die Formulierung " Vorhandensein von qualifiziertem Personal " nicht dazu führen, dass Institutionen der Betagtenpflege auf ihre individuellen Strukturen verzichten müssen. Deshalb ist eine einseitige Festlegung in Bezug auf die Definitionen des Begriffes "qualifiziertes Personal" durch die Aufsichtsbehörden (Kantone) nicht sinnvoll. Die massgebenden Kriterien und Standards der beruflichen Qualifikationen sind zwingend und gemeinsam zwischen Aufsichtsbehörden, Verbänden der Pflegeberufe und den Leistungserbringern zu vereinbaren. Nur so kann ein Ergebnis, welches alle Beteiligten, vor allem die Kunden (Leistungsempfänger) zufriedenstellt, erreicht werden.	SBGRL
3	Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität beachten sie insbesondere c. den <u>Nachweis der notwendigen Qualität</u> ; d. das <u>Vorhandensein von quantitativ ausreichend qualifiziertem Personal, quantitativ wie qualitativ ausreichende Aus- und Weiterbildungsangebote</u> und geeigneter Infrastruktur; f. <u>die Einhaltung arbeitsrechtlicher Bestimmungen</u> g. <u>die Einhaltung der orts- und branchenüblichen Löhne</u> h. <u>die Wahrung der therapeutischen Freiheit</u> i. <u>die Koordination der Leistungen</u>	SBK/ASI
3	Die Berufsverbände leisten in Bezug auf die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen wertvolle Vorarbeiten. Dieser Umstand muss im neuen Artikel 58b KVV verankert werden. Es soll darauf hingewiesen werden, dass die von den Berufsverbänden erarbeiteten Grundzüge der Qualitätssicherung bei der Prüfung der Qualität mitberücksichtigt werden.	SVDE
3	Zu d: Streichen Das qualifizierte Personal und die geeignete Infrastruktur sind gesundheitspolizeiliche Auflagen für eine Zulassung und deshalb sowieso für alle Spitäler gegeben. Sie werden übrigens schon in Art. 39 KVG genannt. Eine Wiederholung bei der Zuweisung ist redundant.	SWISSREHA VAKA
3	Eröffnet Spielraum für Fehlinterpretationen. Begriffe sind nicht definiert. Was bedeutet z.B. „Kostenwahrheit“, was meint man mit dem Begriff Qualität? →streichen	santésuisse

3	f. die Einhaltung arbeitsrechtlicher und vertraglicher Bestimmungen und der Gesamtarbeitsverträge, bei deren Fehlen die Einhaltung der orts- und branchenüblichen Löhne	Vpod/ssp
4	Abs. 4 Ablehnung von Buchstabe a. und Zustimmung zu den Buchstaben b. und c. Zu Buchstabe a. Die Konzentration des Angebotes kann kein absolutes Ziel sein. „Im Spitalbereich achten sie zusätzlich auf: a. die Konzentration des Angebotes.... “	BL
4	Explizite Zustimmung	GDK
4	La «concentration de l'offre» (lettre a) dans le domaine hospitalier ne doit pas être un objectif en soi. Il faudrait plutôt parler de masse critique à atteindre, celle-ci pouvant varier considérablement d'un domaine médical à l'autre.	CP
4	Die Konzentration des Angebots sowie die Vermeidung von Doppelspurigkeiten sind kein Selbstzweck. Falls Wirtschaftlichkeit und Qualität erfüllt werden, ist die explizite Vermeidung von Konzentration und Doppelspurigkeiten nicht nötig. Für einen funktionierenden Wettbewerb können gewisse Doppelspurigkeiten sogar notwendig sein. Abs. 4 lit. b und c sollten deshalb gestrichen werden. Abs. 4 lit. a. wird in Art. 58a Abs. 2 lit. b bereits abgedeckt. Abs. 4 kann deshalb ersatzlos gestrichen werden.	Economie-suisse
4	Ce paragraphe est à biffer purement et simplement car les éléments pris en compte ne sont pas pertinents pour déterminer le caractère économique et la qualité. L'efficacité et le caractère économique se répercutent sur les prix, alors que la concentration de l'offre et la prévention des doublons (let. b) peuvent avoir un effet de renchérissement L'exploitation des synergies (let. c) se répercute également au niveau des prix et est forcément pris en compte par les	FER
4	Dieser Absatz beruht auf ersatzlose Streichung dieses Absatzes. Die Spitalversorgung hat sich an den Kriterien Qualität und Wirtschaftlichkeit auszurichten. Die Konzentration des Angebots bietet keine Gewähr dafür, dass sich die Qualität verbessert und die Leistungen wirtschaftlicher erbracht werden. Pure Grösse ist kein Garant dafür, dass die Qualität steigt und die Kosten sinken. Dass danach zu trachten ist, Doppelspurigkeiten zu vermeiden und Synergien auszuschöpfen, ist eine Selbstverständlichkeit. Es kann aber nicht Aufgabe der Kantone sein, festzuhalten, welche Doppelspurigkeiten zu vermeiden sind und welche Synergien es allenfalls noch auszuschöpfen gilt. Der Wettbewerb unter den Leistungserbringern wird automatisch dafür besorgt sein, dass kostentreibende Doppelspurigkeiten vermieden werden und mögliche Einsparungen durch das Ausschöpfen vorhandener Synergiepotentiale realisiert werden.	SGV
4	Bst a: Was ist eine optimale Betriebsgrösse? Optimal in Bezug auf was? Auf die Effizienz, auf die Konzentration, auf die Qualität? Effizienz und Konzentration sind Messgrössen, die sich widersprechen können. Sehr konzentrierte Leistungen können zu Betriebsgrössen führen, die nicht effizienter sind als kleinere Einheiten. →streichen. Bst. b: Wird der Bedarf für einen oder mehrere Kantone festgelegt und die entsprechenden Leistungen auf die Leistungserbringer verteilt, gibt es logischerweise keine Doppelspurigkeiten mehr. Auch hier ist ein Umdenken von der Input- zur Outputsteuerung mitzumachen. Im Weiteren widerspricht die Nutzung von Synergien dem Konzept des Wettbewerbs.-->streichen	H+. Inselspital, SWISS-REHA, VAKA
4	Art. 58 b Abs. 4: Dieser Absatz ist ersatzlos zu streichen. Die hier aufgeführten Elemente sind irrelevant für die Beurteilung von Wirtschaftlichkeit und Qualität. Effizienz und Wirtschaftlichkeit schlagen sich im Preis nieder. Eine Konzentration der Leistung kann sich vertuernd auswirken. Die Vermeidung von Doppelspurigkeiten kann die	Privatkliniken

	Kosten ebenfalls verteuern und schliesst in letzter Konsequenz die vom Parlament beschlossene Spitalwahlfreiheit wieder aus. Wenn alle Leistungen irgendwo monopolisiert werden, gibt es keine Spitalwahlfreiheit mehr. Die Nutzung von Synergien schlägt sich im Preis nieder, ist daher ein Faktor, den jeder Leistungserbringer ohnehin zu berücksichtigen hat.	
4	Art. 58 b Abs. 4: Dieser Absatz ist ersatzlos zu streichen. Eine Konzentration der Leistung kann sich verteuernd auswirken. Die Vermeidung von Doppelspurigkeiten kann Monopole und Zugangsbarrieren schaffen und sich ebenfalls verteuernd auswirken sowie die vom Parlament beschlossene Spitalwahlfreiheit in letzter Konsequenz wieder ausschliessen. Wenn alle Leistungen irgendwo monopolisiert werden, gibt es keine Spitalwahlfreiheit mehr.	SRK
4	Überflüssige Präzisierungen, Begriffe sind nicht definiert. →streichen	santésuisse
5	Was sind genau „die Instrumente für die Sicherstellung der Mengensteuerung“? Es ist ziemlich absurd, wenn auf Gesetzesebene die Kantonsgrenzen zu fallen haben, auf der anderen Seite in der Verordnung von den Kantonen „Instrumente der Mengensteuerung“ verlangt werden.	AG
5 und 6	Die Verpflichtung zur Mengensteuerung ist in der vorgeschlagenen Form nicht umsetzbar und deshalb aus der Verordnung zu streichen; eventualiter sind die diesbezüglichen Hinweise im Kommentar umfassend zu überarbeiten, um die damit verbundenen Erwartungen zuzuhalten der Materialien explizit auf einen realistischen Rahmen einzugrenzen. Im vorliegenden Kommentar-Entwurf wird auf Globalbudgets und auf mengenabhängig variable Kantonsbeitragsanteile als mögliche Instrumente der Mengensteuerung verwiesen. Diese Hinweise sind irreführend und nicht praktikabel, weil sie den neuen Gesetzesgrundlagen zur Spitalfinanzierung nicht angemessen Rechnung tragen: Die Kantonsbeiträge an die Spitäler, soweit sie in einen unmittelbaren Bezug zu den erbrachten stationären Leistungen stehen und sich nicht auf anderweitige gemeinwirtschaftliche Leistungen beziehen, sind nach den Bestimmungen von Art. 40a RevKVG integraler Bestandteil der Tarife, die zwischen den Spitälern und den Versicherern (ohne unmittelbares Mitspracherecht der Kantone) vereinbart werden (Art. 43 Abo. 3 KVG, Art. 49 Abs. 1 RevKVG). Dementsprechend haben die Kantone unter den neuen gesetzlichen Vorgaben keine Möglichkeit mehr, ihre Beitragsanteile unilateral zu begrenzen oder mengenabhängig zu steuern. Einzige Möglichkeit, auf die Mengenentwicklung zumindest indirekt Einfluss zu nehmen, wäre es, im Rahmen der Leistungsaufträge gewisse Auflagen und Einschränkungen im Bereich der Infrastruktur und der Ressourcen festzulegen (z.B. Beschränkung der OP-Kapazitäten, der medizinisch-technischen Einrichtungen, der Bettenzahl oder des ärztlichen Personals. Negativlisten für gewisse Verfahren etc.). Derartige Auflagen stossen bei den betroffenen Betrieben auf Ablehnung und wären rechtlich schwierig durchzusetzen.	AR
5 und 6	Die Absätze 5 und 6 sind zu streichen. Eine Mengensteuerung ist nicht immer sinnvoll, und stünde zu einer Aufnahmepflicht im Widerspruch. Die Kantone werden eine Mengensteuerung soweit sinnvoll vorsehen; das diesbezügliche Instrument ist in Artikel 58g unter den Auflagen vorzusehen. Auf keinen Fall darf aber die Mengensteuerung als zwingendes Instrument vorgeschrieben werden, weil ihre flächendeckende Umsetzung die Gefahr einer Rationierung birgt.	BE, BL, NW, UR, GDK
5 und 6	Abs. 5 und 6 sind zu streichen. Eine Mengensteuerung ist nicht immer sinnvoll, und stünde zu einer Aufnahmepflicht im Widerspruch. Die Kantone werden eine Mengensteuerung soweit sinnvoll vorse-	LU

	hen; das diesbezügliche Instrument ist in Art. 58g unter den Auflagen vorzusehen. Auf keinen Fall darf aber die Mengensteuerung als zwingendes Instrument vorgeschrieben werden, weil ihre flächendeckende Umsetzung den Wettbewerb behindert oder aus Angst vor einer Unterversorgung zu Überkapazitäten führt.	
5 et 6	les al. 5 et 6 doivent être supprimés. Une gestion des quantités n'est pas toujours appropriée et entrerait en contradiction avec une obligation d'admission. Les cantons ne doivent envisager une gestion des quantités que dans la mesure où elle est appropriée; l'instrument y relatif doit être envisagé dans l'art. 58g sous les conditions. Cela dit, une gestion des quantités ne doit en aucun cas être prescrite en tant qu'instrument contraignant, parce que sa mise en oeuvre généralisée est susceptible de générer un rationnement des soins.	NE
5 und 6	Streichen, da eine Mengensteuerung nicht immer sinnvoll ist und im Widerspruch zur Aufnahmepflicht stünde. Die Kantone werden eine Mengensteuerung soweit sinnvoll vorsehen; das diesbezügliche Instrument ist in Art. 58g unter den Auflagen vorzusehen.	SG
5	La «gestion des quantités» telle qu'elle est prévue ici doit être proscrite. Elle relève d'une conception de la planification contraire à l'esprit de la révision adoptée en décembre. La planification nouveau style a pour but de déterminer le périmètre de l'offre nécessaire à couvrir les besoins de la population. Une fois ce périmètre fixé, les fournisseurs de prestations ont pour devoir de répondre à la demande, sans que les prestations soient elles-mêmes planifiées en termes de quantités. Rappelons que la révision a pour but de créer un marché hospitalier sur le plan suisse et que cette ouverture est totalement incompatible avec l'attribution à chaque hôpital d'un quota fixe de prestations.	CP
5	La planification des prestations en terme de quantités doit être proscrite car elle ne respecte pas l'esprit de la révision de la loi adoptée en décembre dernier. La volonté d'ouvrir le marché hospitalier à la concurrence est en contradiction totale avec l'attribution de quotas de prestations aux établissements. Ce paragraphe doit donc être supprimé.	FER
5	Die Kantone haben lediglich Mindestmengen zu bestimmen, um so die Versorgungssicherheit gewährleisten zu können. Mengensteuerungen durch die Kantone lehnt SGV entschieden ab, weshalb der SGV die ersatzlose Streichung von Abs. 5 beantragt.	SGV
5	Die Streichung der Mengensteuerung ist ein zentrales Anliegen von H+. H+ ist davon überzeugt, dass die Mengensteuerung in den Fallpauschalen nicht zu einer Kostensenkung im Gesundheitswesen führt. Vielmehr ist eine Rationierung die Folge. →streichen	H+, Inselspital
5	Dieser Absatz soll gestrichen werden. Die Mengensteuerung bei den Fallpauschalen führt nicht zu einer Kostensenkung im Gesundheitswesen sondern sie führt zu einer Rationierung.	Physiosuisse, SWISSREHA, VAKA
5	Dieser Absatz ist ersatzlos zu streichen. Er führt zu einer Rationierung und widerspricht der freien Spitalwahl.	Privatkliniken, SRK
5	Wenn die Menge schon gesteuert werden sollte, dann müsste dies gemeinsam durch alle Vertragspartner geschehen. Allerdings ist eine Mengensteuerung mit einem DRG-System nicht kompatibel. →streichen	santésuisse
6	Conformément aux arguments relatifs à l'article 58b al. 5 (ci-dessus), ce paragraphe doit être modifié comme suit : la référence à « la garantie de la gestion des quantités » doit être biffée.	FER
6	Der SGV beantragt die Streichung des Begriffs "Sicherung der Mengensteuerung".	SGV
6	Die Streichung der Mengensteuerung ist ein zentrales Anliegen von	H+

	H+. H+ ist davon überzeugt, dass die Mengensteuerung in den Fallpauschalen nicht zu einer Kostensenkung im Gesundheitswesen führt. Vielmehr ist eine Rationierung die Folge. ... Auswahl des Angebots (Text gestrichen) durch alle betroffenen Kantone gemeinsam.	
6	Den vorstehenden Ausführungen entsprechend ist dieser Absatz anzupassen und der Passus „... und die Sicherung der Mengensteuerung“ zu streichen.	Privatkliniken, SRK
6	Mengensteuerung ist mit einem DRG-System nicht kompatibel. Überflüssige Präzisierungen, da Gestaltungsspielraum der Kantone.	santésuisse

Art. 58c

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
Der Kanton BE schlägt eine Präzisierung von Buchstabe b vor: „b. für die Versorgung der Versicherten in Spitälern zur rehabilitativen und zur psychiatrischen Behandlung: <u>leistungsorientiert, auf Leistungssnektren bezogen</u> oder kapazitätsbezogen.“	BE, LU, NW, SG, UR, GDK
Selbst wenn die Leistungen von Geburtshäusern bis zum Inkrafttreten des revidierten KVG leistungsbezogen abgerechnet werden können, ist es kaum möglich und sinnvoll, Geburtshäuser leistungsbezogen zu planen, zumal deren Leistungsspektrum sehr eng begrenzt ist. Anpassung wie folgt: Die Geburtshäuser sind in Bst. a zu streichen und neu in Bst. c aufzunehmen (kapazitätsbezogene Planung). Art 58c Art der Planung „Die Planung erfolgt: a. für die Versorgung der Versicherten in Spitälern zur Behandlung von akut-somatischen Krankheiten sowie in Geburtshäusern leistungsorientiert; b für die Versorgung der Versicherten in Spitälern zur rehabilitativen und zur psychiatrischen Behandlung: leistungsorientiert, <u>auf Leistungsspektren bezogen</u> oder kapazitätsbezogen; c. für die Versorgung der Versicherten in Pflegeheimen <u>sowie in Geburtshäusern</u> kapazitätsbezogen.“	BL
„... b. pour la couverture des besoins en soins des assurés pour la réadaptation ou le traitement psychiatrique à l'hôpital, la planification est liée aux prestations, à l'éventail des prestations ou aux capacités;...“	NE
Art. 58c definiert die Art der Planung. Diese soll „leistungsorientiert“ und „kapazitätsbezogen“ sein. Diese zwei Begriffe sind unklar und auch nicht nötig. Die Finanzierung, insbesondere die Pauschalen, muss leistungsbezogen sein. Die Planung hingegen sollte schlank sein und sich auf die Setzung von Rahmenbedingungen beschränken. Gemäss Art. 58a legt die Planung im Falle von drohender Unterversorgung die Kapazitäten fest, somit ist sie bereits kapazitätsbezogen. Aus diesen Gründen beantragt economiesuisse, Art. 58c ersatzlos zu streichen.	Economiesuisse
Cet article ouvre la voie à un inacceptable rationnement des soins grâce aux trois catégories de couverture des besoins. Cet article doit être supprimé.	AVIVO
Die Verordnung muss klarstellen, um welche Kapazitäten es sich handelt. Handelt es sich um die Anzahl Betten pro Kanton oder um die Anzahl Bewohner und Bewohnerinnen nach Pflegestufen?	CURAVIVA
Hier handelt es sich um die Prinzipien der Planung, die vor den jetzigen Art. 58a gestellt werden sollten.	H+, SWISS-REHA, VAKA
Auch diese Bestimmung hinterlässt nur offene Fragen: - Was heisst "leistungsorientierte" Planung, Output (welchen, wie dargestellt)? -"Sachgerechte Versorgungskonzepte"? - Welche Logik steckt hinter der Unterscheidung zwischen leistungsorientierter und kapazitätsbezogenen Planung? Art. 58c ist ersatzlos zu streichen.	Helsana
Auch diese Bestimmung hinterlässt nur offene Fragen: Was heisst "leistungsorientierte" Planung? Nicht die Planung muss leistungsorientiert gestaltet werden, sondern die Spitalfinanzierung. Sobald die leistungsorientierte Finanzierung vollständig funktioniert, ist keine Planung mehr notwendig. Welche Logik steckt hinter der Unterscheidung zwischen leistungsorientierter und kapazitätsbezogener Planung? →streichen	santésuisse
La définition des liens de la planification avec les prestations et les capacités est traitée de manière trop simpliste dans un dégradé inacceptable, contraire à la priorité des prestations et de leur qualité pour tous. Cet article crée une discrimination inacceptable entre 3 catégories de couverture de besoins. Une planification liée aux capacités ou aux capacités et aux prestations valide le fait que des assurés ne puissent accéder aux prestations dont ils ont besoin en	SSR/CSA

<p>son de problèmes de capacités. Elle dépasse la rationalisation en créant un rationnement.</p> <p>Il n'est pas admissible de dire aux personnes âgées que, pour elles, la fourniture de prestations ne dépend légalement pas prioritairement de leurs besoins de soins, mais des capacités. L'article 58c devrait être supprimé et remplacé par : „ La planification est liée prioritairement aux prestations; les autorités responsables veillent à y adapter les capacités des établissements adéquats „</p>	
--	--

Art. 58d

Abs. Al.	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
allgemein	Woher soll ein Standortkanton wissen, welche seiner Einrichtungen auf einer Spitalliste eines anderen Kantons sind? In Bezug auf die Finanzierung ergibt sich damit die absurde Situation, dass ein Spital auf irgendeiner Spitalliste sein kann und alle Kantone schulden dann für alle Patienten dieses Spitals den Kantonsanteil. Praktisch führt dieser Artikel zur nicht durchdachten Situation, dass der Standortkanton in seiner Planung die ausserkantonalen Patientenströme zu berücksichtigen hat, obwohl er nicht unbedingt weiss, mit welchen anderen Kantonen seine Spitäler noch in Verhandlung stehen oder Vereinbarungen eingegangen sind.	AG
allgemein	L'article 58d relatif à la coordination intercantonale des planifications est lié à l'introduction du libre choix de l'hôpital. C'est pourquoi il devrait y être précisé qu'il ne s'applique pas aux EMS ni aux maisons de naissance.	VS
allgemein	Gemäss Art. 39 Abs. 2 KVG ist es Aufgabe des Bundes, die Koordination der Planung unter den Kantonen sicherzustellen. Damit er diese Aufgabe wahrnehmen kann, muss auf Verordnungsstufe klar festgelegt werden, was geschieht, wenn einzelne Kantone nicht kooperieren. Art. 58d KVV muss entsprechend ergänzt bzw. konkretisiert werden.	CVP
allgemein	Art. 58d beinhaltet die interkantonale Koordination der Planung. Die Mengensteuerung, wie sie in Abs. 3 vorgesehen ist, lehnt economiesuisse ab, da sie im Widerspruch zu den Zielen der Ordnungsrevision steht. Economiesuisse beantragt deshalb, Art. 58d zu streichen.	Economiesuisse
allgemein	Ce paragraphe doit être supprimé. L'article 58 b al. 6, modifié comme propose, est suffisant.	FER
allgemein	Art. 58 b Bst. 6 macht bereits Aussagen zur gemeinsamen Planung mehrerer Kantone. Der vorliegende Artikel ist ersatzlos zu streichen. Er enthält etliche Begriffe die unklar sind. Zudem darf es nicht Sache des Bundes sein, den Kantonen Vorgaben in Hinblick auf die Koordination gemeinsamer Aufgaben zu machen. Wichtig ist, dass die Anforderungskriterien gemäss Art. 58b eingehalten werden. Da diese Kriterien bei der gemeinsamen Erledigung der Planungsaufgaben nicht ausser Kraft gesetzt werden, wäre es unsinnig, die kooperationswilligen Kantone mit zusätzlichen Auflagen zu behelligen.	SGV
allgemein	La proximité de sa famille, et de ses amis, leur soutien, leur appui est une condition non négligeable de l'amélioration de la santé du patient hospitalisé. Cet aspect doit être pris en compte, même si l'AVIVO considère qu'il est acceptable qu'une coordination et une planification soient organisées dans les régions et les cantons. Une norme doit être maintenue pour le nombre de minutes permettant un accès pour tous à un centre de soins.	AVIVO
	Mit der Ergänzung in Artikel 58a abs. 2 Bst. a., nämlich Bedarfsermitt-	H+, Inselfpi-

ge- mein	lung für die gesamte Kantonsbevölkerung, wird dieser Artikel obsolet.	tal, SWISS- REHA, VAKA
allge- mein	Art. 58 d: ist zu streichen. Der angepasste Abs. 6 von Art. 58 b genügt.	Privatkliniken, SRK
allge- mein	<ul style="list-style-type: none"> - Wie sollen Patientenströme angesichts der zahlreichen Beeinflussungsfaktoren vorhersehbar sein? - Angebotssicherung durch Verträge: sind damit Kapazitätenverträge gemeint? Tarifverträge können es ja nicht sein, da die Bestimmungen des KVG vorsehen, dass die Versicherer und Leistungserbringer Tarifverträge schliessen. - Die Abstimmung der Kantone unter Berücksichtigung der gegenseitigen Interessen ist zum Scheitern verurteilt. Kantone können sich in diesen Fragen ohnehin nicht einigen. - Wann ist eine Versorgungslücke wesentlich? Art. 58d ist ersatzlos zu streichen.	Helsana
allge- mein	<p>Que soient créés des centres de compétence de soins impliquant que les assurés ne puissent pas toujours disposer de soins les concernant dans leur immédiate proximité ou dans leur canton, on peut le comprendre. En priorité pour les soins relevant de la médecine de pointe. Mais cela doit être évité le plus possible. Les patients, âgés particulièrement (mais pas seulement), deviennent vulnérables si , pendant un traitement ou une opération, on les éloigne de leur milieu, et aussi de proches qui auront de la peine à leur rendre visite. Et l'efficience des soins donnés diminue. Les mesures prévues pour gérer au mieux les dites „lacunes essentielles dans l'offre en soins“ (terme à mieux définir dans l'ordonnance) ne doivent pas être un alibi pour ne pas tenir compte des remarques ci-dessus.</p>	SSR/CSA
1	<p>In Absatz 1 ist zu präzisieren, dass die Koordination im Spitalbereich, nicht aber für Pflegeheime oder gar Geburtshäuser koordiniert erfolgen muss, da eine solche Koordination nur administrative Leerläufe bringen würden. Auch beantragt der Kanton mit der gleichen Begründung, dass sich die Koordination auf die wesentlichen Patientenströme beschränkt: „Im Rahmen der Verpflichtung zur interkantonalen Koordination der Planungen <u>im Spitalbereich</u> nach Artikel 39 Absatz 2 des Gesetzes werten die Kantone die nötigen Informationen über die <u>wesentlichen</u> Patientenströme zwischen den Kantonen aus und tauschen diese mit den betroffenen Kantonen aus. Sie nutzen die Optimierungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungserbringung.“</p>	BE, BL, LU, NW, SG, UR, GDK
1	<p>L'al. 1 doit être modifié, en ce sens qu'il doit préciser que la coordination intercantonale des planifications doit s'opérer dans le domaine hospitalier, mais pas pour les EMS ou même les maisons de naissance, ce pour éviter un trop lourd travail et des lenteurs administratives. Pour la même raison, le canton estime que la coordination devrait se limiter aux flux de patients essentiels.</p> <p>«1 Dans le cadre de leur obligation de coordination intercantonale des planifications <u>dans le domaine hospitalier</u>, visée à l'art. 39, al. 2, de la loi, les cantons exploitent les informations pertinentes concernant les flux de patients <u>essentiels</u> entre les cantons et les échangent avec les cantons concernés. Ils utilisent les possibilités d'optimisation en prenant en compte le caractère économique et la qualité de la fourniture des prestations. »</p>	NE
1	Auch Art. 58d hinterlässt viele Fragen: Wie sollen Patientenströme vorhersehbar sein? →streichen	santésuisse
2	Absatz 2 erweist sich als zu detailliert und sollte ersetzt werden durch den nachfolgenden Formulierungsvorschlag. Der Vorschlag setzt als	BE, BL, LU, NW, SG, UR,

	selbstverständlich voraus, dass die Kantone sich gegenseitig informieren: „ <u>Bei wesentlichen Versorgungslücken des innerkantonalen Angebots schliesst der Kanton entsprechende Leistungsverträge mit ausserkantonalen Leistungserbringern ab oder stellt die notwendigen Kapazitäten über die Spitalplanung der voraussichtlich aufnehmenden Standortkantone von Patienten gemäss Art. 41 und 41a des Gesetzes sicher.</u> „	GDK
2	L'al 2 proposé est trop détaillé et peut être réglé de façon plus appropriée conformément à la proposition ci-après qui le remplace. Il va de soi que les cantons s'informent mutuellement. « <u>2En cas de lacunes essentielles de l'offre dans le canton, le canton conclut des contrats de prestations correspondants avec des prestataires hors canton ou garantit les capacités nécessaires par l'intermédiaire de la planification hospitalière des cantons où se situe l'établissement qui accueillera vraisemblablement les patients conformément à l'art 41 et 41a de la loi.</u> »	NE, VS
2	Die von der GDK formulierte Version ist u.E. unverständlich, weshalb der Kanton die Entwurfsversion vorziehen. Inhaltlich bestehen zwischen den beiden Versionen keine Unterschiede.	ZG
2	Wann ist eine Versorgungslücke wesentlich? Angebotssicherung durch Verträge: sind damit Kapazitätenverträge gemeint? Tarifverträge können es ja nicht sein, da die Tarifvertragsbestimmungen des KVG vorsehen, dass die Versicherer und Leistungserbringer Verträge schliessen. Die Abstimmung der Kantone unter Berücksichtigung der gegenseitigen Interessen ist zum Scheitern verurteilt. Kantone können sich in diesen Fragen ohnehin nicht einigen. →streichen	santésuisse
3	Abs. 3: Streichen (Mengensteuerung; Begründung s. Art. 58b Abs. 5 und 6).	AR, BE, BL, LU, NE, NW, SG, UR, GDK
3	Wie sollen Patientenströme vorhersehbar sein? →streichen	santésuisse

Art. 58e

Abs. Al.	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
allgemein	Diese Bestimmungen sind kaum realitätsbezogen. Jeder Standortkanton ist zuständig für die Erteilung einer Betriebsbewilligung der Einrichtungen in seinem Einzugsgebiet. Der Artikel kann dazu führen, dass eine Einrichtung von einem Kanton eine Betriebsbewilligung erhält, von einem anderen jedoch nicht – welche soll denn nun massgebend sein? Die Bestimmung ist zudem im klaren Widerspruch zum Verfassungsartikel über die Zuständigkeit der Kantone für das Gesundheitswesen. Über diesen Verordnungsartikel könnten die Kantone die Souveränität eines anderen Kantons beschränken. Einem Normenkontrollverfahren würde dies wahrscheinlich kaum standhalten.	AG
allgemein	Die explizite Erwähnung, dass für Geburtshäuser keine dauernde ärztliche Betreuung, sondern Massnahmen für den medizinischen Notfall gewährleistet sein müssen, wird begrüsst. Dies entspricht dem Wesen der Geburtshäuser als hebammengeführte Einrichtungen.	Geburtshaus arco Geburtshaus Artemis Geburtshaus Delphys Geburtshaus Engadin Geburtshaus LaVie Geburtshaus Luna Geburtshaus Terra Alta Geburtshaus Villa Oberburg Geburtshaus Zürich Oberland IGGH

allgemein	Die explizite Erwähnung, dass für Geburtshäuser keine dauernde ärztliche Betreuung, sondern Massnahmen für den medizinischen Notfall gewährleistet sein müssen, wird begrüsst. Dies entspricht dem Wesen der Geburtshäuser als hebammengeführte Einrichtungen.	SHV
1	„Die Überprüfung der Dienstleistungs- und Infrastrukturvoraussetzungen nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstaben a–c des Gesetzes erfolgt in der Regel durch den Standortkanton. Nimmt ein Kanton eine ausserkantonale Einrichtung auf seine Liste (Art. 58f) auf, <u>welche nicht auf der Liste des Standortkantones aufgeführt ist</u> , so kann er eine zusätzliche Prüfung vornehmen.“	BL
1	Die Verpflichtung, die Infrastruktur zu prüfen, ist auf den Standortkanton zu beschränken. Entsprechend ist der Absatz 1 zu ergänzen und der Absatz 2 zu streichen.	UR
1	Mit der vorliegenden Verordnungsänderung sollen keine unnötigen Doppelspurigkeiten geschaffen werden. Analog des Cassis-de-Dijon-Prinzip innerhalb der EU sollen Spitäler, die im Heimatkanton anerkannt werden, von den anderen Kantonen ebenfalls anerkannt und nicht ein zweites Mal geprüft werden. Economiesuisse beantragt deshalb, Art 58e folgendermassen zu ändern: „Die Überprüfung der Dienstleistungs- und Infrastrukturvoraussetzungen nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstaben a-c des Gesetzes erfolgt in der Regel durch den Standortkanton. Nimmt ein Kanton eine ausserkantonale Einrichtung auf seine Liste (Art. 58f), die bereits auf der Liste des Standortkantons figuriert, <u>so entfällt eine neuerliche Prüfung.</u> “	Economiesuisse
1	La 2 ^e phrase doit être supprimée. En effet, un examen complémentaire n'est pas justifié lorsqu'un établissement figure déjà sur la liste hospitalière du canton où il se situe. Le principe du «Cassis de Dijon» doit prévaloir.	FER
1	Der zweite Satz von Abs. 1 ist ersatzlos zu streichen. Wenn ein Leistungserbringer die Aufnahme in die Spitalliste eines Kantons geschafft hat, käme es einer Ressourcenverschwendung gleich, wenn ein anderer Kanton, der diesen Leistungserbringer ebenfalls berücksichtigen will, eine zusätzliche Prüfung vornehmen würde. Dem Cassis-de-Dijon-Prinzip ist auch in diesem Bereich nachzukommen.	SGV
1	Im Spitalwesen muss endlich das Cassis-de-Dijon-Prinzip gelten. Das Misstrauen der Kantone gegenüber der Prüfung anderer Kantone aber ist nicht angebracht. Die unsinnigen administrativen Doppelspurigkeiten sind zu vermeiden, Synergien sind zu nutzen. Satz 2: „Nimmt ein Kanton ein ausserkantonales Spital auf seine Liste (Art. 58f) auf, dann anerkennt er die Prüfung des Standortkantons oder führt eine eigene Prüfung durch, falls das Spital nicht auf der Liste des Standortkantons ist.“	H+, SWISS-REHA, VAKA
1	... Nimmt ein Kanton ein ausserkantonales <u>Spital</u> auf seine Liste (Art. 58f) auf, <u>dann anerkennt er die Prüfung des Standortkantons.</u> Keine administrativen Doppelspurigkeiten.	Inselspital
1	Art. 58 e Abs. 1: Der 2. Satz ist dahingehend abzuändern, dass diese neuerliche Prüfung des Leistungserbringers entfällt, wenn sich der Leistungserbringer bereits auf der Spitalliste des Standortkantons befindet. Auch hier muss endlich das Cassis-de-Dijon-Prinzip gelten.	Privatkliniken, SRK
1	Mit dieser Verordnungsänderung sollte die Planung koordiniert und keine zusätzliche Doppelspurigkeit geschaffen werden. „1 Die Überprüfung der Dienstleistungs- und Infrastrukturvoraussetzungen nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstaben a–c des Gesetzes erfolgt in der Regel durch den Standortkanton. Nimmt ein Kanton eine ausserkantonale Einrichtung auf seine Liste (Art. 58f) auf, so kann er eine zusätzliche Prüfung vornehmen. “	santésuisse
2	Absatz 2 kann gestrichen werden, denn er wiederholt nur Inhalte aus Absatz 1.	BE

2	Die Verpflichtung, die Infrastruktur zu prüfen, ist auf den Standortkanton zu beschränken. Die Prüfung der Infrastruktur muss alleine Sache des Standortkantons bleiben, da eine andere Regelung mit dem Territorialprinzip nicht vereinbar wäre. Eine Ausnahme rechtfertigt sich nur dann, wenn ein Kanton eine Einrichtung auf die Liste aufnimmt, welche nicht auf der Liste des Standortkantons figuriert. Nach dieser Präzisierung kann auf Abs. 2 gänzlich verzichtet werden.	BL
2	Die Verpflichtung, die Infrastruktur zu prüfen, ist auf den Standortkanton zu beschränken. Nach dieser Präzisierung kann der Absatz Abs. gestrichen werden.	LU, NW, SG, UR, GDK
2	Le canton est d'accord avec la proposition d'al. 1. Par contre, le canton est d'avis que l'al. 2 doit être supprimé. L'obligation d'examiner l'infrastructure doit être limitée aux cantons dans lesquels se trouve l'établissement. Avec cette précision à l'al. 1, on peut renoncer intégralement à l'al. 2.	NE
2	Die Auflagen gemäss Art. 39 KVG sind korrekt und decken die gesundheitspolizeilichen Überlegungen ab.	H+, Inselspital

Art. 58f

Abs. Al.	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
allgemein	Es handelt sich um ein zentrales Anliegen von H+. Der Artikel 58f ist dann problematisch, wenn er mit der Mengensteuerung verknüpft wird. Hier ist der staatlichen Willkür Tür und Tor geöffnet. Jeder Wettbewerb kann im Keim erstickt werden, wenn nur genehme Spitäler ihr Leistungsspektrum erhalten. Das Leistungsspektrum muss regelmässig angepasst werden, damit medizinische Innovationen der gesamten Bevölkerung zur Verfügung steht.	H+, Inselspital
allgemein	Art. 58f lit b bedingt, dass das Angebot pro Einrichtung bekannt ist, da das auf der Liste aufgeführte Angebot dem Versorgungsbedarf der Kantonseinwohner entsprechen soll.	Helsana
1	Art. 58f beschreibt den Inhalt der kantonalen Angebotslisten. Dieser Inhalt muss angepasst werden, da sich der Kanton bei seiner Planung auf die Zuweisung und Sicherung der Kapazitäten im Falle von drohender Unterversorgung beschränken soll. In diesem Sinne genügt ein gekürzter Abs. 1 dieses Artikels. „Auf den Listen nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e des Gesetzes wird für jede Einrichtung das Leistungsspektrum aufgeführt, für das die Einrichtung die Versorgung sicherstellt.“	Economiesuisse
1	1 Auf den Listen nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e des Gesetzes wird für jede Einrichtung <u>das für die OKP zugelassene</u> Leistungsspektrum aufgeführt, für das die Einrichtung die Versorgung sicherstellt.	santésuisse
2	Mit der vom EDI in Absatz 2 vorgeschlagenen Formulierung wären die Kantone verpflichtet, das gesamte Spitalangebot zu planen und mitzufinanzieren. Dadurch würde der Staat private Initiativen verdrängen. Dies widerspricht nicht nur dem Grundrecht der Wirtschaftsfreiheit, sondern auch dem klaren Willen des Gesetzgebers, neben einem staatlich mitfinanzierten Angebot (Listenspitäler) gestützt auf Art. 49a Abs. 4 RevKVG auch private, nicht vom Staat subventionierte Leistungserbringer (Vertragsspitäler) zuzulassen. Eine vom Bundesgesetzgeber vorgegebene Finanzierungsregelung darf nicht auf dem Verordnungsweg zu Lasten der Kantone abgeändert werden, Dem Vorschlag der GDK zur Modifikation von Art. 58f Abs. 2 kommt deshalb hohe Bedeutung zu.	AR
2	Absatz 2 steht im Widerspruch zur Absicht des Gesetzgebers. Er könn-	BE, BL, NW,

	<p>te die Kantone verpflichten, das gesamte Angebot zu beplanen und mitzufinanzieren. Dadurch würde die öffentliche Hand private Initiativen verdrängen. Dies widerspricht nicht nur dem Grundrecht der Wirtschaftsfreiheit, sondern auch dem klaren Willen des Gesetzgebers, neben einem staatlich mitfinanzierten Angebot auch private Leistungen gemäss Artikel 49a Absatz 4 des revidierten KVG zu ermöglichen. Eine durch den Bundesrat verursachte Zwangsfinanzierung durch die Kantone ist auch staatspolitisch zu vermeiden. Der Regierungsrat beantragt Ihnen daher mit Nachdruck die folgende Änderung von Absatz 2. Falls Sie diese Änderung nicht aufnehmen sollten, beantragt der Kanton, Absatz 2 ganz zu streichen:</p> <p>„Das auf der Liste des Wohnkantons aufgeführte Angebot an Einrichtungen entspricht dem <u>innerhalb des Wohnkantons zu deckenden wesentlichen</u> Versorgungsbedarf für Kantonseinwohnerinnen und Kantonseinwohner <u>abzüglich des durch Vertragsspitäler und ausserkantonale Angebote voraussichtlich abgedeckten Versorgungsbedarfs</u> ermittelten Versorgungsbedarf für die Kantonseinwohnerinnen und Kantonseinwohner. Vorbehalten ist Artikel 58d Absatz 2.“</p>	SH, TG, UR,
2	„L'offre en établissements figurant sur la liste du canton de residence correspond aux besoins <u>essentiels</u> en soins... ”	FR
2	Abs. 2 steht im Widerspruch zur Absicht des Gesetzgebers und könnte die Kantone verpflichten, das gesamte Angebot zu beplanen und mitzufinanzieren. Das ist unbedingt zu vermeiden. Der Kanton beantragt dringend, Absatz 2 ganz zu streichen oder allenfalls die von der GDK vorgeschlagene Formulierung zu übernehmen.	LU
2	<p>Le canton est d'accord avec la proposition d'al. 1.</p> <p>L'al. 2 est en revanche en contradiction avec l'intention du législateur d'admettre, à côté des hôpitaux de liste, des hôpitaux conventionnés et pourrait contraindre les cantons à devoir planifier et cofinancer l'ensemble de l'offre hospitalière. L'Etat supplanterait de cette façon les initiatives privées, ce qui contredit non seulement le principe constitutionnel de la liberté économique, mais aussi la volonté claire du législateur de permettre également, à côté d'une offre cofinancée par l'Etat, des prestations privées conformément à l'art. 49a al. 4 LAMal-r.</p> <p>Le canton vous demande en conséquence d'apporter à l'al. 2 la modification ci-après. Au cas où vous n'intégreriez pas cette modification, Le canton vous demande de supprimer entièrement l'alinéa 2 : „...L'offre en établissements figurant sur la liste du canton de résidence correspond aux besoins en soins <u>essentiels à couvrir dans le canton de résidence pour les habitantes et les habitants du canton, déduction faite du besoin en soins vraisemblablement couvert par des hôpitaux conventionnés et des offres hors canton. déterminés pour les habitants de ce</u>...“</p>	NE
2	<p>Abs. 2 steht im Widerspruch zur Absicht des Gesetzgebers und könnte die Kantone verpflichten, das gesamte Angebot zu beplanen und mitzufinanzieren. „²Das auf der Liste des Wohnkantons aufgeführte Angebot an Einrichtungen entspricht dem <u>innerhalb des Wohnkantons zu deckenden wesentlichen Versorgungsbedarf</u> für Kantonseinwohnerinnen und Kantonseinwohner <u>abzüglich des durch Vertragsspitäler und ausserkantonale Angebote voraussichtlich abgedeckten Versorgungsbedarfs</u> ermittelten Versorgungsbedarf für die Kantonseinwohnerinnen und Kantonseinwohner. ...“ Eventualiter ist Abs. 2 zu streichen.</p>	SG
2	L'article 58f devrait être reformulé comme le propose la CDS afin de tenir compte des contrats passés hors canton pour couvrir les besoins de la population (cf annexe): la liste hospitalière doit correspondre aux besoins essentiels, déduction faite des besoins couverts par des établissements hors canton.	VS

2	<p>Mit der vorgeschlagenen Formulierung wären die Kantone verpflichtet, das gesamte Spitalangebot zu beplanen und mitzufinanzieren. Dadurch würde der Staat private Initiativen verdrängen. Dies widerspricht nicht nur dem Grundrecht der Wirtschaftsfreiheit, sondern auch dem klaren Willen des Gesetzgebers, neben einem staatlich mitfinanzierten Angebot (Listenspitäler) gestützt auf Art. 49a Abs. 4 revKVG auch private, nicht vom Staat subventionierte Leistungserbringer (Vertragsspitäler) zuzulassen; eine vom Bundesgesetzgeber vorgegebene Finanzierungsregelung darf nicht auf dem Verordnungsweg zu Lasten der Kantone abgeändert werden. In Präzisierung des Vorschlags der GDK muss deshalb auch der ausserkantonale zu deckende Versorgungsbedarf der Kantonseinwohnerinnen und -einwohner aus der Spitalliste ersichtlich sein. Damit kann auch der Publizitätsfunktion der Spitalliste Genüge getan werden (Transparenz aller für die Kantonseinwohnerinnen und -einwohner zugelassenen Spitäler mit vollem Tarifschutz). Der Kanton regt deshalb an, Abs. 2 wie folgt zu ändern: „Das auf der Liste des Wohnkantons aufgeführte Angebot an Einrichtungen entspricht dem <u>inner- und ausserhalb des Wohnkantons zu deckenden wesentlichen ermittelten Versorgungsbedarf für die Kantonseinwohnerinnen und -einwohner, abzüglich des durch Vertragsspitäler abgedeckten Versorgungsbedarfs. Vorbehalten ist Artikel 58d Absatz 2.</u>“</p>	ZH
2	<p>Abs. 2 steht im Widerspruch zur Absicht des Gesetzgebers und könnte die Kantone verpflichten, das gesamte Angebot zu beplanen und mitzufinanzieren. Dadurch würde der Staat private Initiativen verdrängen. Dies widerspricht nicht nur dem Grundrecht der Wirtschaftsfreiheit, sondern auch dem klaren Willen des Gesetzgebers, neben einem staatlich mitfinanzierten Angebot auch private Leistungen gemäss Art. 49a Abs. 4 KVG-r zu ermöglichen. Eine durch den Bundesrat verursachte Zwangsfinanzierung durch die Kantone ist auch staatspolitisch völlig unzulässig. Der Kanton beantragt Ihnen daher dringend nachfolgende Änderung von Abs. 2. Falls Sie diese Änderung nicht aufnehmen sollten, beantragt der Kanton, Absatz 2 ganz zu streichen: 2 Das auf der Liste des Wohnkantons aufgeführte Angebot an Einrichtungen entspricht dem <u>innerhalb des Wohnkantons zu deckenden wesentlichen Versorgungsbedarf für Kantonseinwohnerinnen und Kantonseinwohner abzüglich des durch Vertragsspitäler und ausserkantonale Angebote voraussichtlich abgedeckten Versorgungsbedarfs ermittelten Versorgungsbedarf für die Kantonseinwohnerinnen und Kantonseinwohner. Vorbehalten ist Artikel 58d Absatz 2.</u> Eventualiter: Abs. 2 streichen!</p>	GDK
2	<p>In Abs. 2 sollte der Vorbehalt im letzten Satz auf Art. <u>58a</u> Abs. 2 geändert werden.</p>	Economie-suisse
2	<p>Cette disposition doit être modifiée dans le sens que l'offre hospitalière d'un canton doit être suffisante non seulement pour couvrir ses propres besoins, mais également ceux des résidents hors canton, qui bénéficient du libre choix de l'hôpital. Cette mesure permettra aux hôpitaux efficaces et économiques de réaliser un volume de prestations plus important et en même temps, de ne plus devoir recourir aux établissements qui ne répondent pas à ces exigences.</p>	FER
2	<p>Mit den Bestimmungen in Abs. 2 wird die freie Spitalwahl zu stark eingeschränkt. Zudem erachtet SGV es als falsch, wenn bei der Bestimmung des Versorgungsbedarfs lediglich die Kantonseinwohner berücksichtigt werden. Um die freie Spitalwahl gewährleisten zu können, gilt es auch Kapazitäten für ausserkantonale Patienten bereit zu stellen. Einmal mehr weist SGV darauf hin, dass die Kantone zwecks Gewährleistung der Versorgungssicherheit lediglich Mindestmengen zu bestimmen haben. Ansonsten wird der Markt dafür besorgt sein, dass</p>	SGV

	nicht unnötig Überkapazitäten geschaffen werden.	
2	Mit der Streichung von Art. 58d auf Grund des Zusatzes in Art. 58a Abs. 2 Bst. a ist der Verweis auf die Versorgungslücken zu streichen. Die kantonale Planung muss die eine Mindestversorgung für die gesamte Bevölkerung sicherstellen. →streichen oder umformulieren: „Mit den zugewiesenen Leistungen oder Kapazitäten stellt der Kanton den ermittelten Bedarf für die gesamte Kantonsbevölkerung sicher.“ (Rest streichen).	H+, Insspital, Physio-swiss
2	Diese Bestimmung ist dahingehend abzuändern, dass das auf der Spitalliste eines Kantons aufgeführte Angebot an Spitälern einerseits gewährleisten muss, dass für alle Kantonseinwohnerinnen und -einwohner genügend Kapazität zur Verfügung steht und andererseits zusätzlich genügend Kapazität vorhanden ist, dass das Recht auf Spitalwahl-freiheit sowohl durch Kantonseinwohnerinnen und -einwohner als auch durch ausserkantonale Patientinnen und Patienten gewährleistet ist. Nur so wird erreicht, dass kostengünstige und effiziente Leistungser-bringer möglichst viele Behandlungen durchführen können und unwirt-schaftliche Leistungserbringer nicht mehr genutzt werden.	Privatkliniken, SRK
2	Letzter Satz streichen oder umformulieren	SWISSREHA VAKA
2	Diese Art der Planung widerspricht erstens dem Grundsatz der freien Spitalwahl. Daran ändert auch Art. 58d Abs. 2 nichts. Zweitens ist unklar, in welcher Form das Angebot dargestellt werden soll. Drittens ist eine Mengenzuweisung pro Einrichtung nicht zuverlässig möglich, weil Patienten vom Kanton nicht steuerbar sind. Aus diesen Gründen ist auf Mengen- und Kapazitätvorgaben zu verzichten.	Helsana
2 - 4	Art. 58f Abs. 2 - 4 bedingt, dass das Angebot pro Einrichtung bekannt ist, da das auf der Liste aufgeführte Angebot dem Versorgungsbedarf der Kantonseinwohner entsprechen soll. Diese Art der Planung wider-spricht erstens dem Grundsatz der freien Spitalwahl. Daran ändert auch Art. 58d Abs. 2 nichts. Zweitens ist unklar, in welcher Form das Angebot dargestellt werden soll. Drittens ist eine Mengenzuweisung pro Einrichtung nicht zuverlässig möglich, weil Patienten vom Kanton nicht steuerbar sind. Auf diesen Gründen ist auf Mengen- und Kapazität-vorgaben zu verzichten. →streichen	santésuisse
3 und 4	soll ersatzlos gestrichen werden	Economie-suisse
4	La mention de valeurs indicatives de capacités des établissements médico-sociaux pour l'ensemble du canton ne suffit pas (voir remarques pour 58d). D'où la proposition de modification : „des capacités pour l'ensemble du canton et par établissement du canton „	SSR/CSA

Art. 58g

Abs. Al.	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
allgemein	Hier stellt sich die Frage, ob der durch KVG Art. 39 besetzte Begriff des Leistungsauftrags richtig verwendet wurde, oder ob hier nicht besser von einem kurzfristig, auf den Leistungseinkauf bezogenen Leistungs-vertrag gesprochen werden müsste. Nicht geregelt ist auch die Frage, welcher Tarif für einen Kantonsbe-wohner in einem ausser-kantonalen Spital zu Anwendungen gelangen soll. Mit anderen Worten: An welchen innerkantonalen Spitälern be-misst sich der Referenztarif?	AG

	Damit die Bestimmungen der Verordnungen auf den 1.1.09 wirksam werden können, müssten dieses Jahr für die Verhandlungen mit den Krankenversicherern die entsprechenden Daten vorhanden sein. Kann man sich auch als Kanton auf den Standpunkt stellen, dass per 1.1.09 in jedem Fall nur noch maximal 55 % der Investitionen finanziert werden – und falls die Erfordernisse der Verordnung nach einer Analgebuchhaltung nicht erfüllt werden, dann halt gar nichts bezahlt wird?	
allgemein	Grundsätzliche Zustimmung, doch sind im Sinne einer Beschränkung auf das Notwendige und Sinnvolle Änderungen vorzunehmen.	GDK
allgemein	Il est légitime que les mandats de prestations contiennent certaines conditions. Toutefois, la liste de ces conditions devrait être exhaustive et non ouverte, comme le prévoit l’alinéa 1. Dans la liste qui figure à l’alinéa 5, il convient de supprimer l’exigence de « justifications de caractère économique ». Dans une logique de prix, cette justification par les coûts est en effet superflue.	CP
allgemein	Hier besteht die Gefahr, dass zu eng definierte Leistungsaufträge die Leistungserbringer in ein zu starres Korsett zwingen. Besonders neue, innovative Methoden können erst verspätet in den Leistungsaufträgen berücksichtigt werden. Dies würde die Effizienz der Leistungen hemmen. Die Leistungsaufträge müssen offen formuliert sein, damit die Anbieter auf kurzfristige Veränderungen reagieren können. Auch sollen Leistungsaufträge individuell auf die Leistungserbringer abgestimmt werden. In diesem Sinne schlägt economiesuisse eine Kürzung von Abs. 1 vor. Die Qualität der Ausbildung des Personals kann den Leistungserbringern überlassen werden. Diese müssen die Qualitätsmassnahmen gemäss Art. lit. e ergreifen. Lit. c kann deshalb gestrichen werden.	Economiesuisse
allgemein	Die Verordnung muss klarstellen, ob die kantonale Behörde jedem Pflegeheim einzeln einen Leistungsauftrag erteilen muss.	CURAVIVA
allgemein	Voraussetzung für einen Leistungsauftrag ist in jedem Fall, dass die Bestimmungen des eidgenössischen Arbeitsgesetzes und seiner Verordnungen eingehalten und orts- und branchenübliche Löhne bezahlt werden. Begründung: Es gibt Spitäler, die Teil der kantonalen Verwaltung sind und in denen aus diesem Grund das Arbeitsgesetz nur für die Assistenzärztinnen und -ärzte gilt. In diesen Spitälern arbeiten insbesondere die übrigen Spitalärzte immer noch unverantwortlich viel. Es darf nicht sein, dass Spitäler dadurch einen finanziellen Wettbewerbsvorteil erlangen. Ebenfalls muss verhindert werden, dass Transparenz und Wettbewerb zu einer Senkung des Lohnniveaus führen.	VSAO
allgemein	Der Verstärkung des Wettbewerbs muss mit mehr unternehmerischem Spielraum für die Spitäler verbunden sein. Die Spitalleitung muss in der Lage sein, ihr Angebot relativ kurzfristig anzupassen. Aus diesem Grund sollte in den Leistungsaufträgen auf Detailvorgaben verzichtet werden. Je mehr vorgegeben wird, desto mehr schränkt man den in einem wettbewerblich ausgerichteten System notwendigen unternehmerischen Spielraum ein. Helsana erachtet es als hindernd, in den Leistungsaufträgen alle Spezialitäten und Subspezialitäten aufzuführen. Bei den Pflegeheimen ist es nicht sinnvoll, das Leistungsspektrum nach Pflegebedarfsstufen aufzugliedern. Art. 58g Abs. 2 lit. c und Abs. 3 sind ersatzlos zu streichen.	Helsana
1	Dieser Absatz hält fest, dass die Kantone den zugelassenen Einrichtungen Leistungsaufträge erteilen und der Leistungsauftrag Auflagen enthalten kann. Als mögliche Auflagen nennt Absatz 5 unter anderem die Aufnahme pflicht, den Notfalldienst, sowie die Aus- und Weiterbildung von Personal. Dabei stellt sich die Frage, ob und gegebenenfalls wie die Kantone gegen Einrichtungen Massnahmen ergreifen können,	BE

	wenn eine Einrichtung eine solche Auflage nicht einhält. Die vorliegende Revision muss diesen Fragenkomplex zwingend behandeln, um Unsicherheiten in der Zukunft zu vermeiden. Unabhängig zu dieser Frage schlägt der Kanton BE im Sinne einer Beschränkung auf das Notwendige Änderungen vor: (siehe Absätze 2-5).	
1	„Die Kantone erteilen den zugelassenen Einrichtungen Leistungsaufträge. Der Leistungsauftrag kann Auflagen enthalten. Leistungsspektrum und Auflagen sind Bestandteil des Leistungsauftrags. “	Economiesuisse
1	La liste des conditions prévues pour l'attribution de mandats de prestations par les cantons doit absolument être exhaustive.	FER
1	Der Verstärkung des Wettbewerbs muss mit mehr unternehmerischem Spielraum für die Spitäler verbunden sein. Die Spitalleitung muss in der Lage sein, ihr Angebot relativ kurzfristig anzupassen. Aus diesem Grund sollte in den Leistungsaufträgen auf Detailvorgaben verzichtet werden. Je mehr vorgegeben wird, desto mehr schränkt man den in einem wettbewerblich ausgerichteten System notwendigen unternehmerischen Spielraum ein. „Die Kantone erteilen den zugelassenen Einrichtungen Leistungsaufträge. Der Leistungsauftrag kann Auflagen enthalten. Leistungsspektrum und Auflagen sind Bestandteil des Leistungsauftrags.“	santésuisse
2	Im Sinne einer Beschränkung auf das Notwendige und Sinnvolle beantragt der Kanton folgende Änderungen: «2 Das Leistungsspektrum von Spitälern umfasst insbesondere: a. <u>die Bereiche oder Teilbereiche</u> der medizinischen Versorgung; e, weitere Umschreibungen wie die Nachbehandlung sowie die Bezeichnung des Umfanges des Notfalldienstes. Die Buchstaben b. und c. in Absatz 2 sind zu streichen.	BE, BL, LU, NW, SG, UR, GDK
2	l'al. 2 Le canton paraît aller trop dans le détail. Il complique inutilement la tâche des cantons sans apporter quelque chose. «2L'éventail des prestations d'un hôpital se définit <u>notamment</u> en fonction: a. <u>des secteurs ou</u> des sous-secteurs de prise en charge médicale; b. des niveaux de prise en charge; c. des spécialités et sous-spécialités; db. d'autres critères, tels que le traitement qui suit ainsi que l'étendue du service d'urgence.»	NE
2	„Das Leistungsspektrum ... c. die Spezialitäten und Subspezialitäten; “	santésuisse
3 und 4	Absatz 3 und 4 sind zu streichen.	BE, BL, LU, NW, SG, UR, GDK
4	Les règles de gestion de quantités n'ont pas leur place dans les mandats de prestations, pas plus qu'ils n'en ont une dans l'ensemble du dispositif de planification. La tâche du canton devrait être de prévoir seulement des mesures d'urgence, au cas où la demande dépasse les capacités d'un établissement et que malgré l'obligation d'admission celui-ci se voit contraint de refuser des patients.	CP
4	Cette disposition fait référence à la gestion des quantités, qui n'a pas sa place en matière de mandats de prestations. Le rôle de l'Etat doit se limiter à garantir suffisamment de capacités hospitalières.	FER
4	Der SGV beantragt die ersatzlose Streichung von Abs. 4, da er die darin vorgesehene Mengensteuerung ablehnt.	SGV
4	Keine Mengensteuerung. Sie erstickt jeden möglichen Wettbewerb im Keim, widerspricht der Philosophie der Fallpauschalen, und führt nicht zur Kostensenkung im Gesundheitswesen, sondern bedeutet staatliche Rationierung. →streichen	H+, Insspital, physiosuisse, SWISS-REHA, VAKA
4	Hier wird die Mengensteuerung festgeschrieben, die als gesetzwidrig bezeichnet werden muss. Der Absatz ist ersatzlos zu streichen.	Privatkliniken, SRK
4	streichen	santésuisse

4	Neu: Leistungsaufträge sind mit der Auflage verbunden, dass die arbeitsrechtlichen Bestimmungen und die Einhaltung der orts- und branchenüblichen Löhne eingehalten werden. Dies bedeutet, dass die auf einer Spitalliste aufgeführten Institutionen sich entweder an öffentliches Anstellungsrecht halten oder einem GAV unterstellt sind.	Vpod/ssp
5	L'article 58g alinea 5 qui exige que les cantons définissent les instruments pour garantir la gestion des quantités peut sembler être a priori un moyen valable pour éviter une éventuelle demande induite par l'offre. De tels instruments doivent néanmoins pouvoir être mis en place avec suffisamment de flexibilité pour assurer en permanence l'accessibilité effective aux soins sans introduire indirectement un mécanisme de rationnement.	FR
5	l'al 5 fixe un certain nombre de conditions en relation avec les mandats de prestations. Il convient de préciser dans le commentaire que ces conditions peuvent être réglées également dans les contrats de prestations; «45Les conditions visées à l'al. 1 peuvent notamment se rapporter: a. à l'obligation d'admission <u>de toutes les personnes indépendamment de leur couverture d'assurance sous protection tarifaire et sans frais supplémentaires</u> ;... f. <u>à l'obligation de fourniture des données et de transparence</u> ; g. <u>à l'affectation et l'utilisation des ressources</u> ; h. <u>à des dispositions sur la gestion des quantités par l'intermédiaire de règles sur les tarifs ou de limitations des capacités.</u> »	NE
5	4. Art. 58g Abs. 5 Bst. a: Leistungsaufträge Ergänzung der GDK in der Musterstellungnahme in Bst. a streichen. Die Aufnahmespflicht ist im revidierten Art. 41a KVG genügend klar geregelt. Dies Ergänzung der GDK zu Abs. 5 Bst. a ist u.E. nicht nur redundant, sondern auch unverständlich formuliert.	ZG
5	let. f (nouvelle) : « <u>f. au respect des dispositions en matière de droit du travail.</u> »	PS
5	„Auflagen nach Absatz 1 können insbesondere folgende Punkte beinhalten: a. die Aufnahmespflicht; b. den Notfalldienst; c— die Aus- und Weiterbildung von medizinischem therapeutischem und pflegerischem Personal. d. den Ausweis der Wirtschaftlichkeit; e. die Qualitätssicherungsmassnahmen.	Economie-suisse
5	let. c Il convient de formuler ce paragraphe comme suit : « à la formation et au perfectionnement professionnel du personnel ». Les mandats de prestations doivent en effet correspondre à l'article 7 de l'OCP. L'exigence de «justification du caractère économique» doit être biffée car ce critère est déjà examiné lors de l'attribution d'un mandat de prestations. On ne peut dès lors en créer une condition supplémentaire.	FER
5	Die Kantone erteilen den zugelassenen Einrichtungen Leistungsaufträge. Der Leistungsauftrag kann Auflagen enthalten. Eine zwingende Auflage muss die Einhaltung arbeitsrechtlicher Bestimmungen und die Einhaltung orts- und branchenüblicher Löhne sein. Zudem muss bei der Aufnahmespflicht das Versicherungsobligatorium auf jeden Fall gewährleistet sein. Leistungsaufträge sind an diese Verpflichtungen zu binden. Zur Sicherstellung der Qualität, Transparenz und Steuerung müssen die Kantone die Möglichkeit haben auch diesbezügliche Auflagen machen zu können. SGB beantragt deshalb folgende Ergänzungen: Artikel 58g Leistungsaufträge „Auflagen nach Absatz 1 können insbesondere folgende Punkte beinhalten:	SGB

	<p>a. die Aufnahmepflicht <u>aller Personen, unabhängig von ihrem Versicherungsschutz unter Tarifschutz und ohne Zusatzkosten; ...</u></p> <p>f. die Einhaltung arbeitsrechtlicher Bestimmungen;</p> <p>g. die Einhaltung orts- und branchenüblicher Löhne;</p> <p>h. Datenlieferungs- und Transparenzpflichten;</p> <p>i. Zweckbindung und Verwendung von Mitteln;</p> <p>k. Bestimmungen zur Mengensteuerung über Regeln zu den Tarifen oder Beschränkungen der Kapazitäten.“</p>	
5	Bst. d streichen, da der Ausweis der Wirtschaftlichkeit bereits eine Grundvoraussetzung dafür ist, dass überhaupt ein Leistungsauftrag abgeschlossen werden kann.	SGV
5	Die Planungskriterien sollen mit den Bestimmungen zur Leistungserfassung in Art 7 VKL übereinstimmen. „ <u>c. die Aus- und Weiterbildung von Spitalpersonal;</u>	H+, Inselepi- tal, SWISS- REHA, VAKA
5	Bst. c ist wie folgt zu formulieren: „die Aus- und Weiterbildung von Personal“. Die Leistungsaufträge müssen mit den Bestimmungen zur Leistungserfassung in Art. 7 VKL übereinstimmen. Bst. d ist ersatzlos zu streichen. Diese Prüfung der Wirtschaftlichkeit erfolgt bereits bei der Auswahl der Leistungserbringer, mit welchen überhaupt ein Leistungsauftrag abgeschlossen wird. Sie kann daher nicht noch Gegenstand einer Auflage sein.	Privatkliniken, SRK
5	<p>Auflagen nach Absatz 1 können insbesondere folgende Punkte beinhalten:</p> <p>a. die Aufnahmepflicht <u>aller Personen, unabhängig von ihrem Versicherungsschutz,</u> <u>unter Wahrung des Tarifschutzes und ohne Kostenvorschuss und Zusatzkosten.</u></p> <p>f. die Einhaltung arbeitsrechtlicher Bestimmungen</p> <p>g. Einsicht in die Betriebsdaten</p> <p>h. Zweckbindung und Verwendung von Mitteln</p> <p>i. Mengensteuerung über Tarife oder Kapazitätsbeschränkungen</p>	SBK/ASI
5	streichen	santésuisse
6 und 7	Absätze 6 und 7 sind zu streichen (redundant, da gesetzlich hinreichend geregelt).	BE, BL, LU, NE, NW, SG, UR, GDK
6	La précision indiquant que l'obligation pour un hôpital d'admettre des assurés résidant hors canton doit être inscrite dans le mandat de prestation, constitue en réalité une restriction au principe du libre choix de l'hôpital (cf. art. 41 al. 1 bis LAMal).	GE
7	Bei überkantonalen Spitalisten ist ein gemeinsamer Leistungsauftrag angebracht.	H+, Inselepi- tal, SWISS- REHA VAKA

Art. 58h

Abs. Al.	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
	Zustimmung. Der zweite Satz könnte gestrichen werden, da er keinen regulatorischen Mehrwert bringt.	BE, NW, GDK
	Streichen, da unnötig. Eventualiter. beantragt der Kanton, den zweiten Satz zu streichen, da ohne regulatorischen Mehrwert.	BL
	Le canton est d'accord avec cette proposition. La deuxième phrase peut néanmoins être supprimée, car elle n'apporte rien du point de vue réglementaire.	NE

	<p>Eine regelmässige Überprüfung drängt sich wegen des medizinischen Fortschritts auf. Um den Spitälern im Sinne einer Investitionssicherheit eine mittelfristige Planung zu ermöglichen, sind zu kurze Überprüfungsfristen zu vermeiden. Es muss für die Spitäler möglich sein, ihre Investitionen amortisieren zu können. Ein Zeitraum in der Grössenordnung von vier oder fünf Jahren ist ins Auge zu fassen. Eine vierjährige Zeitspanne harmonisierte die Spitalplanung mit der kantonalen Legislaturplanungen.</p> <p>Auf Grund der neuen Rechtslage ist eine Anhörung der betroffenen Spitäler absolut notwendig. „Die Kantone überprüfen ihre Planungen alle fünf Jahre. Die Spitalisten und Leistungsaufträge werden entsprechend angepasst. Die Spitäler werden angehört.“</p>	H+, Insspital, SWISS-REHA, VAKA
	<p>Der Ausdruck „periodisch“ ist zu vage. Die Kantone sollen mit dieser Bestimmung verpflichtet werden, die Entwicklung ihrer Versorgungssicherheit permanent zu verfolgen. Dies würde die Kantone ermuntern, ständig Kostendaten zu sammeln und diese, wie es Art. 9 Abs. 5 der VKL vorsieht, am 30. April den KV zu übermitteln. So können letztere rechtzeitig die Tarife mit den Einrichtungen aushandeln. „Die Kantone überprüfen ihre Versorgungssicherheit permanent. Die Spitalisten und Leistungsaufträge werden aufgrund der Planung angepasst.“</p>	santésuisse

Rechnungsstellung
Facturation

Art. 59

Abs. Al.	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
allgemein	<p>Die Trennung von Grundversicherung und Zusatzversicherung (zwei Rechnungen) und administrativ zwei Firmen ist zwingend. Die Weitergabe von Diagnosen ist problematisch und die Kontrolle der Löschung praktisch unmöglich. Durch den Passus in Absatz 1bis, dass die Diagnosen 30 Tage nach Rechnungskontrolle durch die Versicherer zu löschen sind, sind absichtliche Verzögerungen der Rechnungskontrolle und damit längere Fristen der Verfügbarkeit der Daten möglich. Um dies zu verhindern, sollten die Daten spätestens 30 Tage nach Rechnungsdatum des Leistungserbringers respektive Rechnungseingang beim Versicherer gelöscht werden müssen. Nur so ist eine mögliche Lagerung der Daten der Willkür entzogen.</p>	SZ
allgemein	<p>FRC relève le fait que l'assureur doit effacer dans un délai de 30 jours toutes les données concernant le diagnostic. Cela évitera peut-être la création de banques de données très utiles aux assureurs en vue de conclure des assurances complémentaires, comme par exemple des assurances pertes de gain.</p> <p>FRC relève également l'obligation faite aux assureurs d'établir deux factures distinctes, l'une pour les prestations concernant l'assurance obligatoire des soins (AOS) et l'autre pour les prestations concernant les assurances complémentaires.</p>	FRC
allgemein	<p>Der SGV beantragt die ersatzlose Streichung dieser beiden Bestimmungen. Der Ansicht nach gibt es keine gesetzliche Grundlage, die es erlauben würde, die Versicherer zu zwingen, die diagnosebezogenen Daten binnen 30 Tagen nach erfolgter Rechnungsstellung zu löschen. Zudem glaubt SGV, dass diese Daten für die Versicherer unverzichtbar sind, um die Krankheitsgeschichte eines Patienten sinnvoll nachvollziehen zu können und ein wirkungsvolles Fallmanagement aufzuziehen.</p>	SGV

	Den Datenschutz gilt es auf andere Weise als durch die Löschung der Daten sicherzu stellen. Eine getrennte Rechnungsstellung würde einen unnötigen administrativen Mehraufwand mit entsprechender Kostenfolge nach sich ziehen, was unbedingt zu vermeiden ist.	
allgemein	Absolue nécessité de factures séparées entre prise en charge par l'assurance obligatoire et par les assurances complémentaires.	AVIVO
allgemein	<p>Die Vorgaben des Eidg. Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragten sind zu beachten . Insbesondere das systematische Einfordern von Patientendaten durch die Versicherer ist weder sinnvoll noch zulässig. Bei den besonders heiklen Patientendaten muss sichergestellt werden, dass diese zu keinem anderen Zweck verwendet werden können als dem gesetzlich vorgesehenen.</p> <p>„1 Die Leistungserbringer haben in ihren Rechnungen folgende Angaben zu machen:</p> <p>c. Diagnosen im Rahmen von Absatz 2.</p> <p><u>Die Versicherer dürfen die erhobenen Daten ausschliesslich zur Rechnungskontrolle verwenden.“</u></p> <p>„2 Versicherer und Leistungserbringer können in den Tarifverträgen vereinbaren, welche Angaben und Diagnosen in der Regel nur dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin des Versicherers nach Artikel 57 des Gesetzes bekannt zu geben sind. <u>Diagnosen dürfen von den Versicherern nicht generell und systematisch erhoben werden.</u> Im Übrigen richtet sich die Bekanntgabe der Diagnose nach Artikel 42 Absätze 4 und 5 des Gesetzes. Das Departement kann auf gemeinsamen Antrag der Versicherer und der Leistungserbringer einen gesamtschweizerisch gültigen, einheitlichen Diagnose-Code festlegen.“</p> <p>Es ist eine ungeeignete und veraltete Methode, die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit einzig auf ausufernde Einzel-Rechnungskontrollen der Versicherer abzustellen. Eine unabhängige Kodierkontrolle ist viel zweckmässiger. Diese ist in einem neuen Art. 77a im 4. Kapitel "Kontrolle der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistung" einzufügen. Es sei nur am Rande vermerkt, dass im geltenden Art. 8a KLV bereits an anderer Stelle ein Systemwechsel hin zu gemeinsam vereinbarten Kontrollverfahren und Stichproben vorgenommen worden ist.</p> <p>„Art. 77a <u>Wirtschaftlichkeitskontrolle</u> <u>Die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit erfolgt insbesondere mittels einer unabhängigen Kodierrevision. Die Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer setzen eine entsprechende Kodierrevisionsstelle ein.“</u></p>	FMH
allgemein	Damit der Datenschutz (u.a. Art 84 KVG) wirklich eingehalten werden kann, müssen die Krankenversicherungen sämtliche Prozesse der Datenverarbeitung im Rahmen der Rechnungsüberprüfung offenlegen. Aufsichtsbehörde ist das Bundesamt (Art. 13 KVG). Es muss auch für die Einhaltung der ausgewiesenen Prozesse besorgt sein und gegebenenfalls Zuwiderhandlung ahnden. „Der Versicherer legt die Datenverarbeitungsprozesse der Rechnungsüberprüfung dem Bundesamt offen. Das Bundesamt überwacht deren Einhaltung.“	H+
allgemein	Pulsus vertret die Meinung, die bisherige Lösung sei sachgerechter, indem in einer einzigen Rechnung der ganze Fall gegenüber dem Patienten abgerechnet und dann dieser mit seinen Versicherungen die Ausscheidung vorzunehmen haben wird. Neben diesem gesetzlichen Normalprozedere sind andere privatrechtlich vereinbarte Vorgehensweisen (Zahlstellenvereinbarungen, Abtretungen etc.) zuzulassen. Bei der Prüfung der ganzen Rechnung werden Irrtümer bei der Rechnungsstellung rascher und leichter erkannt. Die getrennten Rechnungen durchlaufen getrennte administrative Wege bei den Versicherern bei der Rechnungskontrolle. Es wird vermehrt zu Rückfragen und zu-	Pulsus

	sätzlichen administrativem Aufwand führen. Die Entscheidung, zulasten welcher Police die Leistung erbracht werden muss, kann nicht beim Leistungserbringer erfolgen. Es ist dies das zentrale Geschäft des Versicherers, zu überprüfen, welche geltendgemachten Leistungen er zu Lasten welcher Police erbringen muss.	
allgemein	senesuisse erachtet es als überflüssig, dass die Leistungserbringer zwei getrennte Rechnungen erstellen müssen, wenn sowohl KVG-pflichtige als auch andere Leistungen erbracht werden (Art. 59 Abs. 3 EKV). Diese Bestimmung ist Ausfluss der ständig zunehmenden Bürokratie und des ständig zunehmenden Administrationsaufwands. Die bisherige Regelung, wonach die Leistungen separat aufgeführt werden, genügt.	senesuisse
1bis	Die Frist muss deutlich über 30 Tage lang sein, da in der Praxis nicht eingehalten werden könnte.	BE
1bis	Die Frist ist zu kurz bemessen.	BL, NW, SG, GDK
1bis	Il semble nécessaire de préciser ici quelle autorité sera charge de contrôler que les données sont bien effacées après 30 jours et par quel procédé, de manière à ce que la confidentialité des données et leur usage exclusif pour le contrôle des factures soient réellement garantis.	GE
1bis	Die Frist ist zu kurz bemessen und muss realistischerweise auf mehr als 30 Tage erweitert werden. Die Vorgabe, Rechnungen 30 Tage nach erfolgter Rechnungskontrolle zu löschen, ist problematisch, da die Leistungserbringer oftmals Teilrechnungen erstellen. Um die Rechnungskontrolle ermöglichen zu können müssen die Rechnungen länger als 30 Tage systemmässig aufgreifbar sein. In Art. 59 Ziff. 3 steht, dass er (d.h. der Versicherer) zwei getrennte Rechnungen erstellt. Korrekt müsste stehen, dass der Leistungserbringer zwei getrennte Rechnungen erstellt. Der Versicherer bezahlt ja die Rechnungen und stellt sie nicht aus. Rechnungstellung: Es genügt vollumfänglich, wenn die Leistungserbringer die Leistungen aus der Grundversicherung und die Leistungen aus der Zusatzversicherung auf der Rechnung getrennt ausweist. Ein "Splitten" der Rechnung in zwei physische Papiere erhöht den administrativen Aufwand unnötig und bringt keinen Zusatznutzen. Rechnungskontrolle: Es ist nicht notwendig, dass die Leistungserbringer den Versicherern sämtliche gewünschten Informationen mit der Rechnungsstellung mitliefern. Im Sinne des Datenschutzes wäre auch denkbar, dass die von den Versicherern erwünschte Kontrolle mittels einer Codierrevision vorgenommen wird.	LU
1bis	Le canton n'est pas opposé à ces propositions, même si elles paraissent empreintes d'une certaine naïveté. En effet, le fait que l'al. 1 prescrive que les assureurs-maladie auront l'obligation d'effacer le diagnostic 30 jours après le contrôle de la facture ne permet pas de garantir qu'après ce délai les assurés apparaîtront comme des êtres tout neufs et sans passé aux yeux de leur assureur.	NE
1bis	"Der Versicherer sorgt dafür, dass den Leistungserbringern durch die Bereitstellung der Daten möglichst wenig Aufwand entsteht. Er muss alle diagnosebezogenen Daten 30 Tage nach erfolgter Rechnungskontrolle und <u>spätestens 6 Monate nach Rechnungsstellung löschen.</u> "	FMH
1bis	Denkbar wäre, dass die Versicherer die diagnosebezogenen Hauptgruppen behalten.	H+, SWISS-REHA, VAKA
1bis	1 bis ... löschen. Er darf die Daten, nur für die Rechnungskontrolle und nicht für andere Zwecke verwenden.	VSAO
1bis	Im Kommentar zu diesen Bestimmungen wird richtigerweise festgehal-	Helsana

ten, dass die Datenweitergabe an die Versicherer unabdingbar ist, weil zur Rechnungskontrolle personenbezogene Daten notwendig sind. Eine solche Bestimmung müsse aber deshalb bestehen, weil es sich um besonders heikle Personendaten handelt, und es müsse sichergestellt werden, dass die Angaben zu keinem anderen Zweck verwendet werden.

Hiezu folgendes:

- Gemäss Art. 42 Abs. 3 KVG muss der Leistungserbringer dem Schuldner eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen. Er muss ihm auch alle Angaben machen, die er

benötigt, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können.

- Gemäss Art. 84 Buchstabe g KVG sind die Krankenversicherer befugt, die Personendaten, einschliesslich besonders schützenswerter Daten und Persönlichkeitsprofile, zu bearbeiten oder bearbeiten zu lassen, die sie benötigen, um die ihnen nach dem KVG übertragenen Aufgaben zu erfüllen. Zu diesen Aufgaben gehören Leistungsentscheide.

- Gemäss Art. 24 ATSG erlischt der Anspruch auf ausstehende Leistungen oder Beiträge fünf Jahre nach dem Ende des Monats, für welchen die Leistung, und fünf Jahre nach dem Ende des Kalenderjahres, für welches der Beitrag geschuldet war.

- Gemäss Art. 962 OR hat der Krankenversicherer bei Geschäftsbüchern, Buchungsbelegen und Geschäftskorrespondenzen einer Aufbewahrungspflicht von 10 Jahren nachzukommen.

- ATSG und OR geben unterschiedliche Zeiträume für die Relevanz der Daten an. Rechnungen sind aber in jedem Fall Buchungsbelege. Daher haben die Krankenversicherer die diagnosebezogenen Daten 10 Jahre lang aufzubewahren!

Der Vorschlag, alle diagnosebezogenen Daten widerspricht diesen Bestimmungen und ist deshalb widerrechtlich.

Im Zusammenhang mit dem Datenschutz ist im übrigen auf den vom Parlament verabschiedeten Artikel 84b KVG zur verweisen. Dem Datenschutz wird bereits mit einer neuen Gesetzesbestimmung Nachachtung verschafft. Eine gesonderte Bestimmung bezogen auf die Rechnungskontrolle ist aus Sicht des Datenschutzes nicht notwendig. Diese Bestimmung ist auch gar nicht umsetzbar. Dies zeigt folgender Beispielkatalog:

-Was sind diagnosebezogene Daten? Sind alle Detaildaten diagnosebezogen? Wenn ein Aidsmedikament aufgeführt ist, so ist dies durchaus diagnosebezogen. Heisst dies die Leistungen müssen gelöscht werden?

-In einer Verordnung kann als Behandlung drinstehen 'entzündungshemmend. Ist dies diagnosebezogen?

Wenn bei einer Prüfung eine Regel anschlägt, dass eine Tarifziffer nicht mit der Diagnose vereinbar ist. Wird diese zusammen mit dem Beleg abgelegt und es entsteht allenfalls darauf basierend eine Kürzung. Die Kürzung muss so begründet werden. Muss nun die Begründung gelöscht werden, weil sie diagnosebezogen sind?

Bei der Ermittlung des DRG ist die Diagnose ein zwingender Input.

Wenn diese gelöscht wird, hat Helsana keine Information mehr darüber wieviele falsche DRGs sie erhalten hat. Es können keinerlei Auswertungen zu den erbrachten Leistungen gemacht werden.

-Müssten die Diagnosen von den (Papier-)Belegen entfernt werden?

Wie steht es dann mit der Revisionstauglichkeit? Woher weiss Helsana, wer was wann gemacht hat?

-Müssen auf allen Papierrechnungen -KOGU, -Verordnungen, auf wel-

	<p>chen Diagnosen draufstehen und gescannt wurden, diese nachträglich entfernt werden? -Was bedeutet erfolgte Rechnungskontrolle? Ist dies nachdem Helsana die Rechnung das erste Mal geprüft haben? -Was passiert, wenn Helsana einen Bericht einholen und weitere Abklärungen machen müssen die länger dauern? Ist dies nachdem Helsana das Geld ausbezahlt haben? Was macht Helsana, wenn danach nochmals etwas geprüft/abgeklärt werden muss? Kurz und gut: Alle Rechnungen von Leistungserbringern müssen in einem Krankenversicherungssystem in irgend einer Form mit einer Krankheit zu tun haben. Sie sind daher immer diagnosebezogen. Die Versicherer müssen ihre Leistungsentscheide begründen. Krankheitsbezogene Informationen sind dazu notwendig. Diese müssen sie 10 Jahre aufbewahren und können nicht gelöscht werden. 1bis ist ersatzlos zu streichen. Begründung: Die Bestimmung ist in der Praxis nicht umsetzbar. Die Bestimmung ist widerrechtlich. Was den Datenschutz betrifft; zielt die Bestimmungen weit über das Ziel hinaus.</p>	
1bis	<p>Die KPT ist nicht einverstanden. Der vorgeschlagene Artikel ist nicht klar genug formuliert, was bei einer allfälligen Umsetzung erhebliche Schwierigkeiten mit sich bringen würde. Sowohl der Begriff der „diagnosebezogenen Daten“ wie auch die „erfolgte Rechnungskontrolle“ werden nicht weiter umschrieben. Das Fehlen einer Definition wirft in diesem Zusammenhang Fragen auf: -Welche Dokumente werden als „diagnosebezogenen Daten“ angesehen? Fallen sämtliche Arztberichte, medizinischen Dossiers sowie auch sämtliche Rechnungen (denn auch gemäss den verrechneten Tarifpositionen sind die Diagnosen nachvollziehbar) darunter? -Was wird unter der „erfolgten Rechnungskontrolle“ verstanden? Sind hier die Daten einer einzelnen Rechnungen gemeint oder aber die von ganzen Fällen, welche sich ja bekanntlich über Jahre hinziehen können)? Im KVG fehlt eine gesetzliche Grundlage für diese Bestimmung. Auf Gesetzesstufe fehlt jegliche Angabe zur Aufbewahrungsdauer von Daten. Vielmehr sind die Krankenversicherer gemäss KVG gehalten, die für den Leistungsentscheid relevanten Daten zu besorgen (Art. 42 Ziff. 4+5 KVG) und diese auch aufzubewahren. Die Krankenversicherer müssen in der Lage sein, Rechnungskontrollen durchzuführen, die Übereinstimmung von Tarifpositionen und Diagnosen zu überprüfen und die Einhaltung von Tarifverträgen zu gewährleisten. Das Löschen der Daten hätte weiter zur Folge, dass die Erarbeitung von Statistiken, welche für die Vorbereitung von bilateralen Vertragsverhandlungen benötigt werden, erheblich erschwert würde. Ein weiterer problematischer Aspekt ergibt sich im Zusammenhang mit den Rückforderungsansprüchen. Art. 25 ATSG verleiht den Krankenversicherern einen Rückforderungsanspruch für unrechtmässig bezogenen Leistungen. Dieser erlischt gemäss Abs. 2 spätestens nach 5 Jahren nach der Entrichtung. Können die Krankenversicherer nach Ablauf der 30-tägigen Frist nicht mehr auf ihre Rechnungen zurückgreifen, werden sie erhebliche Mühe bekunden den Rückforderungsanspruch beweisen zu können. Vorschläge: Gemäss den vorangehenden Ausführungen ist der Art. 59 Abs. 1bis KVV in dem Sinne abzuändern, dass die „diagnosebezogenen Daten“ nicht bereits 30 Tage nach erfolgter Rechnungskontrolle, sondern erst nach Abschluss des Falles zu löschen sind.</p>	KPT

	Eventualiter sei Art. 59 Abs. 1bis KVV zu löschen.	
1bis	<p>Eine solche Bestimmung muss gemäss BAG deshalb bestehen, da es sich um besonders heikle Personendaten handle und da sichergestellt werden müsse, dass die Angaben zu keinem anderen Zweck verwendet werden. santésuisse ist der Auffassung, dass diese Bestimmung dem Gesetz widerspricht. Dies aus folgenden Gründen:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Gemäss Art. 42 Abs. 3 KVG muss der Leistungserbringer dem Schuldner eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen. Er muss ihm auch alle Angaben machen, die er benötigt, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können. -Gemäss Art. 84 Buchstabe g KVG sind die Krankenversicherer befugt, die Personendaten, einschliesslich besonders schützenswerter Daten und Persönlichkeitsprofile, zu bearbeiten oder bearbeiten zu lassen, die sie benötigen, um die ihnen nach dem KVG übertragenen Aufgaben zu erfüllen. Zu diesen Aufgaben gehören Leistungsentscheide. -Gemäss Art. 24 ATSG erlischt der Anspruch auf ausstehende Leistungen oder Beiträge fünf Jahre nach dem Ende des Monats, für welchen die Leistung, und fünf Jahre nach dem Ende des Kalenderjahres, für welches der Beitrag geschuldet war. -Gemäss Art. 962 OR hat der Krankenversicherer bei Geschäftsbüchern, Buchungsbelegen und Geschäftskorrespondenzen einer Aufbewahrungspflicht von 10 Jahren nachzukommen. -ATSG und OR geben unterschiedliche Zeiträume für die ‚Relevanz‘ der Daten an. Rechnungen sind aber in jedem Fall Buchungsbelege. Daher haben die Krankenversicherer die diagnosebezogenen Daten 10 Jahre lang aufzubewahren. Zudem ist Art. 59 Abs. 1bis KVV willkürlich: Warum werden nur die Krankenversicherer zu einer solchen Massnahme verpflichtet, nicht aber beispielsweise die Kantone, welche auf Grund der Mitfinanzierung ebenfalls über personenbezogene Diagnose-Angaben verfügen werden? In diesem Zusammenhang ist auch auf den vom Parlament im Rahmen der Revision des Risikoausgleichs verabschiedeten Art. 84b KVG zur verweisen. Er lautet wie folgt: "Die Versicherer treffen die erforderlichen technischen und organisatorischen Massnahmen zur Sicherstellung des Datenschutzes; sie erstellen insbesondere die gemäss Verordnung zum Bundesgesetz über den Datenschutz notwendigen Bearbeitungsreglemente. Diese werden dem oder der Eidgenössischen Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragten zur Beurteilung vorgelegt und sind öffentlich zugänglich." Dem Datenschutz wird mit dieser neuen Bestimmung ein weiteres Mal klar Nachdruck verschafft. Eine gesonderte Regulierung bezogen auf die Rechnungskontrolle ist daher nicht notwendig. Art. 59 Abs. 1bis KVV ist auch gar nicht umsetzbar. Dies zeigen folgende offenen Fragen: -Was sind diagnosebezogene Daten? Sind alle Detaildaten diagnosebezogen? Wenn ein Aidsmedikament aufgeführt ist, so ist dies durchaus diagnosebezogen. Heisst dies, die Leistungen müssen gelöscht werden? -Leistungskürzungen werden mit der Unvereinbarkeit von Diagnosen und Tarifiziffern begründet. Muss nun die Begründung gelöscht werden, weil sie diagnosebezogen ist? -Wie soll ein internes Kontrollsystem, die Nachvollziehbarkeit und die Auskunftspflicht gewährleistet werden? -Müssten die Diagnosen von den (Papier-)Belegen entfernt werden? Wie steht es mit der Revisionstauglichkeit? Woher wissen die Krankenversicherer, wer was wann gemacht hat? -Müssen Diagnosen auf (gescannten) Rechnungen, Kostengutspra- 	santésuisse

	<p>chen und Verordnungen in Papierform nachträglich entfernt werden? -Was bedeutet „erfolgte Rechnungskontrolle“? Ist dies nachdem die Krankenversicherer die Rechnung das erste Mal geprüft haben? -Was passiert, wenn die Versicherer zur Rechnungskontrolle einen (oder mehrere) Bericht einholen und weitere Abklärungen machen müssen, welche länger dauern? -Wie soll die Rechnungskontrolle nach WZW über einen ganzen Behandlungsprozess möglich sein, wenn wichtige Informationen bereits nach 30 Tagen nicht mehr verfügbar sind, nachträglich aber noch weitere Rechnungen eintreffen, die ein- und denselben medizinischen Fall betreffen? Fazit: Alle Rechnungen von Leistungserbringern müssen in einem Krankenversicherungssystem in irgendeiner Form mit einer Krankheit zu tun haben. Sie sind daher immer diagnosebezogen. Die Versicherer müssen ihre Leistungsentscheide begründen können. Krankheitsbezogene Informationen sind dazu notwendig. Diese müssen sie von Gesetzes wegen 10 Jahre aufbewahren und können vorher nicht gelöscht werden.</p>	
1bis	<p>Der Vorschlag, alle diagnosebezogenen Daten 30 Tage nach Rechnungskontrolle zu löschen, widerspricht dem Gesetz und ist nicht umsetzbar. Alle Rechnungen von Leistungserbringern müssen in irgendeiner Form mit einer Krankheit zu tun haben und sind daher immer diagnosebezogen. Die Versicherer müssen ihre Leistungsentscheide begründen. Krankheitsbezogene Informationen sind dazu notwendig. Diese müssen sie 10 Jahre aufbewahren und können nicht gelöscht werden. Dem Datenschutz wird bereits mit dem neuen Art. 84b KVG Nachachtung verschafft. Eine gesonderte Bestimmung bezogen auf die Rechnungskontrolle ist aus Sicht des Datenschutzes nicht notwendig.</p>	santésuisse
3	Zustimmung.	BL, GDK
3	Le sujet [il] de la phrase mentionnée à l'article 59 alinea 3 doit être précisé, car il n'est pas possible de savoir à quoi se rapporte ce pronom personnel (version française).	FR
3	Afin de garantir la confidentialité des données et leur usage exclusif pour le contrôle des factures, l'article mentionne que la facture relative à l'assurance de base doit être clairement séparée de celle concernant l'assurance complémentaire. Cet article doit-il être compris dans le sens où le diagnostic figure uniquement sur la facture à charge de l'assurance obligatoire des soins? Par ailleurs, le diagnostic doit-il être communiqué systématiquement aux collaborateurs administratifs des assurances maladie alors même que le patient s'y oppose?	GE
3	Au vu de l'organisation actuelle de nombreux assureurs maladie, le fait de savoir que l'assureur devra mettre dans la même enveloppe deux "factures distinctes" (LAMal et LCA) ne garantit en aucune mesure la "séparation des processus administratifs des deux types d'assurance" qui n'est pour le surplus et pas imposée légalement.	NE
3	In Abs. 3 genügt eine gut erkenntliche Trennung von OKP und VVG-Leistungen. Es sollten nicht zwei separate Rechnungen verlangt werden, da der administrative Aufwand dadurch vergrößert wird. Economiesuisse beantragt, Abs. 3 in diesem Sinne zu ändern.	economiesuisse
3	Ce paragraphe doit être biffé. L'établissement de deux factures séparées constitue une charge administrative supplémentaire qui est de nature à renchérir les coûts de la santé.	FER
3	CURAVIVA Schweiz lehnt diesen Absatz ab. Die heutige Lösung, die das Ausstellen einer einzigen Rechnung vorsieht, ist aus Gründen der Transparenz der Lösung mit der Ausstellung von zwei getrennten Rechnungen, wie sie in diesem Abschnitt vorgesehen ist, vorzuziehen.	CURAVIVA
3	Die Trennung in zwei Rechnungen bedeutet zwar einen Mehraufwand.	H+, Inselspital

	<p>Dies um so mehr, als dass die Versicherten inzwischen auch eine Rechnungskopie erhalten müssen. Die Rechnungskopie per se wird von den Versicherten nicht verstanden. Es fehlen der Abzug der Franchise und des Selbstbehalt durch die Versicherer. Dies lässt die Abrechnung für die Versicherten anders aussehen als jene für die Krankenversicherungen. Um Transparenz zwischen den einzelnen zuständigen Kostenträgern zu erhalten, kann es sinnvoll sein, mehrere Rechnungen zu produzieren. Eventuell unterstützt bzw. verbessert dies den Datenschutz, insbesondere bei Selbstzahler- oder Nichtpflichtleistungen.</p>	
3	<p>Art. 59 Abs. 3: Dieser Absatz ist zu streichen. Es wird hier ein administrativer Mehraufwand verlangt, der sich letztlich auf die Kosten niederschlägt und daher das Gesundheitswesen unnötig verteuert.</p>	Privatkliniken, SRK
3	<p>Die Trennung in zwei Rechnungen bedeutet immer einen Mehraufwand. Dies um so mehr als dass die Versicherten inzwischen auch eine Rechnungskopie erhalten müssen. Dem Patientenschutz steht eine negative ökologische Auswirkungen und finanzielle Mehrausgaben gegenüber.</p>	SWISSREHA VAKA
3	<p>Woher soll denn ein Leistungserbringer wissen, was gedeckt ist und was nicht? Wesentlich ist doch gerade, dass diese Unterscheidung den Leistungserbringern nicht bekannt ist und nun vom Versicherer geprüft werden muss.</p> <p>Ein Versicherter hat alle 5 Jahre 180.- für eine Brille zu Gute. Woher weiss denn jetzt der Leistungserbringer, wieviel der OKP in Rechnung gestellt werden kann. Er kann ja nicht wissen, was der Versicherte schon alles die letzten Jahre bezogen hat?</p> <p>Dies gilt auch für alle andern limitierten Leistungen, wie Punktelimitationen auf Medikamenten, limitierte Leistungen im Tarmed (max 3 Mal in 3 Monaten). Leistungen im Zusammenhang mit Unfall und Geburtsgebrechen, etc.</p> <p>Art. 59 .Abs. 3: ist ersatzlos zu streichen.</p> <p>Begründung: Die Bestimmung ist in der Praxis nicht umsetzbar. Der Zweck der Bestimmung ist nicht ersichtlich und wird auch nicht erläutert.</p>	Helsana
3	<p>Es ist unsinnig, zwei getrennte Rechnungen zu verlangen. Auch das einheitliche Rechnungsformular (TARMED) sieht dies nicht so vor. Wichtig ist wohl, dass KVG und VVG-Positionen klar als solche ersichtlich sind. Zwei Rechnungen machen aber keinen Sinn, sind patientenunfreundlich und können die Rechnungskontrolle sogar erschweren (fehlender Überblick, Gefahr von Doppelverrechnung). Ausserdem gehen Kosten senkende Synergieeffekte verloren. Eine Aufsplitterung des ganzen Abrechnungsvorganges in zwei Arbeitsprozesse, wie es im Kommentar zur Verordnung verlangt wird, erhöht den Verwaltungsaufwand enorm. Im Übrigen mangelt es für die Einführung einer solchen administrativen Trennung der Prozesse zwischen der Grund- und Zusatzversicherung an einer genügenden gesetzlichen Grundlage.</p> <p>Zudem kann ein Leistungserbringer oft nicht wissen, was durch die OKP gedeckt ist und was nicht. Beispiel: Ein Versicherter hat alle 5 Jahre 180.- für eine Brille zu Gute. Der Leistungserbringer weiss nicht, wie viel der OKP in Rechnung gestellt werden kann und was der Versicherte in den letzten Jahren schon bezogen hat. Dieses Beispiel gilt auch für alle andern limitierten Leistungen, wie Punktelimitationen auf Medikamenten, limitierte Leistungen im Tarmed (max. 3 Mal in 3 Monaten). Leistungen im Zusammenhang mit Unfall und Geburtsgebrechen, etc. „3 Die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen <u>sind in der Rechnung von anderen Leistungen klar zu unterscheiden.</u>“ [Formulierung gemäß aktuell gültiger Verord-</p>	santésuisse

	<u>nung]</u>	
3	Le CSA approuve pleinement que l'assureur doive „ dresser deux factures séparées pour les personnes prises en charge par l'assurance obligatoire des soins et pour les autres prestations „	SSR/CSA

Leistungsbezogene Tarifierung
Forfaits liés aux prestations

Generell/ En général

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
<p>Die Ständekommission unterstützt mit Nachdruck den Antrag der GDK, in Art. 59c KVV einen zusätzlichen Absatz zur Preisfindung in den Spitälern aufzunehmen. Im Rahmen der parlamentarischen Beratungen wurde zwar festgehalten, dass sich im Zeitablauf die Preise für die Behandlungen und Diagnosen schweizweit angleichen werden. Der KVV-Entwurf gibt aber keinen Aufschluss darüber, mit welchen Mechanismen und auf welchem Niveau eine Angleichung der Preise in den kommenden Jahren erfolgen soll. Diese Situation ist für die Leistungserbringer wie auch die Finanzierer inakzeptabel. Die wesentlichen Eckwerte zur Preisfindung sind deshalb rechtsverbindlich in der Verordnung zu verankern.</p> <p>Vorschlag neuer Artikel: Art. 59f KVV (neu): „Die Kantone können die Ausrichtung des kantonalen Anteils an der stationären Vergütung an die Spitäler im Sinne von Art. 49a Abs. 1 und 3 des Gesetzes über die gegenüber den Versicherern geltenden Regeln hinaus an weitere Auflagen und Bedingungen knüpfen, insbesondere an die Beteiligung der öffentlichen Hand an den Aktivitäten der Spitäler im ambulanten Bereich und bei Zusatzleistungen. Die Auflagen und Bedingungen sind im kantonalen Recht zu verankern.“</p> <p>Kommentar zum neuen Artikel: Die meisten Spitäler erbringen heute nebst der Versorgung der Grundversicherten auf der allgemeinen Abteilung wesentliche Zusatzleistungen insbesondere im ambulanten Bereich sowie auf den Halbprivat- und Privatabteilungen. In diesen Segmenten ist es heute den Spitälern zum Teil möglich, Überdeckungen zu erzielen. In denjenigen Kantonen, die mit staatlichen Betriebs- und Investitionsbeiträgen den Erfolg der Spitäler im ambulanten Bereich und im Zusatzversicherungsgeschäft überhaupt erst möglich machen, müssen die Gewinne von den Investoren (Staat und Gemeinden) auch wieder über Beteiligungen am Ergebnis abgeschöpft werden können. Diese Möglichkeit muss auch in Zukunft erhalten bleiben. Entsprechend sind die Kantone über die KVV explizit zu ermächtigen, bei der Finanzierung der Spitäler weitere, im kantonalen Recht verankerte Kriterien zu berücksichtigen wie insbesondere eine Beteiligung am Erfolg der Aktivitäten im ambulanten Bereich und im Bereich der Zusatzleistungen.</p>	AI
<p>Mit Nachdruck wird der Antrag der GDK unterstützt, in Art. 59c KVV einen zusätzlichen Absatz zur Preisfindung in den Spitälern aufzunehmen. Im Rahmen der parlamentarischen Beratungen wurde zwar festgehalten, dass sich im Zeitablauf die Preise für die Behandlungen und Diagnosen schweizweit angleichen werden. Der KVV-Entwurf gibt aber keinen Aufschluss darüber, mit welchen Mechanismen und auf welchem Niveau eine Angleichung der Preise in den kommenden Jahren erfolgen soll. Diese Situation ist für die Leistungserbringer wie auch die Finanzierer inakzeptabel. Die wesentlichen Eckwerte zur Preisfindung sind deshalb rechtsverbindlich in der Verordnung zu verankern.</p>	AR
<p>Das BAG geht von einer umfassenden Genehmigungskompetenz der Tarifverträge aus. Der Regierungsrat des Kantons Bern beantragt einen Zwischenweg,</p>	BE

<p>welcher sich enger an den Wortlaut des KVG hält. Nur die Genehmigung ausgewählter Modalitäten erlaubt genügende Flexibilität für notwendige Anpassungen.</p> <p>Generell sind die vorgesehenen Vorlaufzeiten für die Genehmigung durch den Bundesrat zu lang bemessen. Der Kanton beantragt Ihnen, einen Vorlauf von 24 statt 30 Monaten vorzusehen.</p> <p>Betreffend einheitliche Strukturen für eine Pauschalierung von nicht akutsomatischen Leistungen ist das Ziel einer Einführung per 1. Januar 2012 nicht realistisch.</p>	
<p>Das BAG geht von einer umfassenden Genehmigungskompetenz der Tarifverträge aus. Die GDK beantragt einen Zwischenweg, welcher sich enger an den Wortlaut des KVG hält. Nur die Genehmigung ausgewählter Modalitäten erlaubt genügende Flexibilität für notwendige Anpassungen.</p> <p>Generell sind die vorgesehenen Vorlaufzeiten für die Genehmigung durch den Bundesrat zu lang bemessen. Der Kanton beantragt Ihnen, einen Vorlauf von 24 statt 30 Monaten vorzusehen.</p> <p>Betreffend einheitliche Strukturen für eine Pauschalierung von nicht akutsomatischen Leistungen ist das Ziel einer Einführung per 1.1.2012 illusorisch.</p> <p>Art. 59c Tarifgestaltung: Der Kanton beantragt Ihnen, einen neuen Absatz 2 zur Preisfindung aufzunehmen. Abs. 2 (neu): Bei der Umsetzung der KVG-Revision ist die zentrale Frage der Preisfindung nach wie vor offen geblieben. Im Rahmen der parlamentarischen Beratungen im Ständerat wurde zwar konkret festgehalten, dass sich im Zeitablauf die Preise für die Behandlungen und Diagnosen schweizweit werden angleichen müssen. Der KW-Entwurf gibt aber keinerlei Aufschluss darüber, mit welchen Mechanismen und auf welchem Niveau eine Angleichung der Preise in den kommenden Jahren erfolgen soll. Diese Situation ist für die Leistungserbringer und Finanzierung inakzeptabel. In einem Rechtsstaat müssen hoheitlich reglementierte Markt- bzw. Versorgungssysteme über transparente Regeln verfügen und die finanziellen Auswirkungen der Regulierung müssen im Voraus und damit planbar bekannt gegeben werden bzw. dürfen nicht wie seinerzeit bei Erlass des KVG im Jahre 1996 der höchst ungewissen Rechtsfindung auf dem jahrelangen Prozessweg überlassen bleiben. Es kann nicht sein, dass ein zur Anwendung kommendes Benchmarking-Modell (al(enfalls in Kombination mit dem Tarifbeschwerdeverfahren) zu einer ungebrochen nach unten drehenden Preisspirale führt. Die wesentlichen Eckwerte zur Preisfindung sind deshalb rechtsverbindlich bereits in der Verordnung zu verankern. Damit soll für die Leistungserbringer und Finanzierer (und letztlich auch die Steuerzahler) Rechtssicherheit gewährleistet und eine reguläre Finanzplanung ermöglicht werden. Daher ist folgender neuer Absatz (2bis) aufzunehmen:</p> <p><u>„2bis Die Betriebsvergleiche müssen auf transparenter Grundlage vergleichbarer Referenzbetriebe erfolgen. Kantonale Preis- und Lohnunterschiede sowie besondere Lasten wie solche aus nicht universitärer Lehre, Aufwendungen für die Weiterbildung und für die Qualitätssicherung sind im Rahmen einer Bandbreite zu berücksichtigen. Das Departement legt periodisch die zulässige Bandbreite der Abweichungen fest.“</u></p> <p>In den Erläuterungen zum neuen Art. 59c Abs. 2bis KVV soll folgender Kommentar aufgenommen werden:</p> <p><u>„Die Betriebsvergleiche müssen auf transparenter Grundlage vergleichbarer Referenzbetriebe erfolgen. Betriebsvergleiche reflektieren nicht nur den Preis. Preisunterschiede können auch auf unterschiedlichen Lasten oder unterschiedlicher Qualität beruhen, deren aussagekräftige Bestimmung komplex ist. Kantonale Preis- und Lohnunterschiede sowie besondere Lasten wie solche aus nicht universitärer Lehre und Aufwendungen für die Weiterbildung und die Qualitätssicherung sind anrechenbare Kosten. Auf diesen Grundlagen legt das Departement eine Bandbreite fest, in welcher sich die Preise bewegen sollen. Die Bandbreite wird periodisch entsprechend den beobachtbaren Streuungen und</u></p>	<p>BL, LU, OW, UR, GDK</p>

<p><u>ihrer Entwicklung angepasst.“</u></p> <p>Bemerkungen zum Abschnitt 12: Tarife Art. 59d - e</p> <p>Genehmigung der Tarifstruktur</p> <p>Die Ausgestaltung von Art. 59 d geht von der Annahme aus, dass Spitalverträge in Zukunft zwingend gesamtschweizerisch ausgehandelt und abgeschlossen werden müssen. Diese Annahme ist unzutreffend. Gemäss Art. 49 KVG können Tarifverträge mit den Spitälern auch weiterhin von den Versicherern auf kantonaler Ebene abgeschlossen werden, womit diese gemäss Art. 46 Abs. 4 KVG der Genehmigung durch die zuständige Kantonsregierung unterliegen. Art. 49 Abs. 1 KVG gibt einzig vor, dass die für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einem Spital zu vereinbarenden Pauschalen leistungsbezogen sein müssen und auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen beruhen müssen.</p> <p>Die vorgesehene Fassung von Art. 59d Abs. 1, wonach die Tarifpartner dem Bundesrat neben der einheitlichen Tarifstruktur auch die Anwendungsmodalitäten des Tarifs zur Genehmigung vorzulegen haben und ihm in diesem Zusammenhang die in den lit. a bis c aufgelisteten Unterlagen einzureichen haben, ist durch Art. 49 KVG nicht abgedeckt. Die Aussage im erläuternden Bericht, dass die Anwendungsmodalitäten als Bestandteil der Tarifstruktur zu betrachten sind, ist als Versuch zu qualifizieren, den Regelungsbereich von Art. 49 KVG auf Verordnungsstufe auszudehnen. Dies gilt ebenso für die gemäss den lit. a bis c von Art. 59d Abs. 1 dem Bundesrat einzureichenden Unterlagen. Auch hierfür findet sich in Art. 49 KVG keine Rechtsgrundlage Ausgehend von Art. 49 KVG sind einzig die gesamtschweizerisch einheitlich zu handhabenden Tarifstrukturen und deren Anpassungen dem Bundesrat zur Genehmigung vorzulegen. Tarifverträge einschliesslich der Tarife sind demgegenüber wie bisher der zuständigen Kantonsregierung zur Genehmigung zu unterbreiten.</p> <p>Einbezug der Investitionen in die Pauschalen</p> <p>Im erläuternden Bericht wird ausgeführt, dass der Bundesrat zuständig ist, das Verfahren festzulegen, nachdem die vor Inkrafttreten der Änderung der Finanzierungsregelung getätigten Investitionen in die Tarifiermittlung einbezogen werden. Diese Festlegung erfolge in der VKL. Die VKL enthält keine Regelung im vorstehenden Sinne.</p> <p>Das Vorgehen hinsichtlich des Einbezugs der Investitionskosten in die leistungsbezogenen Pauschalen ist auch nicht in der VKL sondern in der KVV zu regeln. Es ist in der KW klar zu regeln, welcher prozentuale Zuschlag für die Investitionskosten auf den leistungsbezogenen Pauschalen vorgenommen werden darf und nach welchen Modalitäten bereits getätigte Investitionen zu berücksichtigen sind. Der Kanton vermisst im Verordnungsentwurf eine entsprechende Regelung. Die Regelung ist so auszugestalten, dass bei Einführung der neuen Finanzierungsregelung alle Spitälern im Investitionsbereich über die gleichen Startvoraussetzungen verfügen. Dem unterschiedlichen Investitionsstand der Spitälern ist mittels entsprechender Übergangsbestimmungen Rechnung zu tragen.</p> <p>Mengenausweitungen bei ausserkantonalen Hospitalisationen</p> <p>Gemäss Art. 41 Abs. 1bis KVG kann die versicherte Person für die stationäre Behandlung unter den Spitälern frei wählen, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind. Um eine Mengenausweitung zu verhindern, zahlt der Kanton Graubünden bei den innerkantonalen Spitälern keinen Fallbeitrag, wenn die Behandlung ambulant hätte erfolgen können. Der Kanton vermisst eine entsprechende Regelung für ausserkantonale Hospitalisationen, wonach der Kantonsbeitrag nur geschuldet ist, wenn die ausserkantonale Hospitalisation tatsächlich stationär erfolgen musste.</p>	GR
<p>Le projet de modification de l'OAMal pose le principe d'une compétence d'approbation globale des contrats tarifaires par le Conseil fédéral. Le canton de Neuchâtel, au même titre que la CDS, propose une voie médiane qui s'en tient plus étroitement au texte de la LAMal. D'une manière générale, les périodes de</p>	NE

<p>préparation prévues par le Conseil fédéral sont trop longues. Le canton vous propose de prévoir une période de 24 mois au lieu de 30 mois.</p>	
<p>Das BAG geht von einer umfassenden Genehmigungskompetenz der Tarifverträge aus. Die GDK beantragt einen Zwischenweg, welcher sich enger an den Wortlaut des KVG hält. Nur die Genehmigung ausgewählter Modalitäten erlaubt genügende Flexibilität für notwendige Anpassungen. Generell sind die vorgesehenen Vorlaufzeiten für die Genehmigung durch den Bundesrat zu lang bemessen. Der Kanton beantragt Ihnen, einen Vorlauf von 24 statt 30 Monaten vorzusehen. Betreffend einheitliche Strukturen für eine Pauschalierung von nicht akut-somatischen Leistungen ist das Ziel einer Einführung per 1.1.2012 illusorisch.</p>	NW
<p>-Im Verordnungsentwurf ist eine umfassende Genehmigungskompetenz des Tarifvertrags für leistungsbezogene Pauschalen (einschliesslich weiterer einzureichender Unterlagen) durch den Bundesrat vorgesehen. Vom Bundesrat sind hingegen nur Tarifstrukturen oder gesamtschweizerisch geltende Tarifverträge zu genehmigen. Kantonal vereinbarte Tarifverträge im Sinne von Anschlussverträgen zu gesamtschweizerisch geltenden Tarifverträgen sind weiterhin von der Kantonsregierung zu genehmigen. Um Verwirrung und Rechtsunsicherheit zu vermeiden, sollte klar zwischen Tarifstruktur und Tarifvertrag unterschieden werden. -Bei der Umsetzung der KVG-Revision ist die zentrale Frage der Preisfindung für die leistungsbezogenen Pauschalen offen geblieben. Der KVV-Entwurf enthält keinerlei Angaben dazu, ob und mit welchen Mechanismen und auf welchem Niveau eine Angleichung der Preise erfolgen soll. Die wesentlichen Eckwerte müssen jedoch bereits in der Verordnung rechtsverbindlich verankert werden. Im Rahmen der parlamentarischen Beratungen im Ständerat wurde festgehalten, dass sich im Zeitablauf die Preise für die Behandlungen und Diagnosen schweizweit werden angleichen müssen. Der KVV-Entwurf gibt aber keinerlei Aufschluss darüber, mit welchen Mechanismen und auf welchem Niveau eine Angleichung der Preise in den kommenden Jahren erfolgen soll. Diese Situation ist für die Leistungserbringer und Finanzierung inakzeptabel. In einem Rechtsstaat müssen hoheitlich reglementierte Markt- bzw. Versorgungssysteme über transparente Regeln verfügen und die finanziellen Auswirkungen der Regulierung müssen im Voraus und damit planbar bekanntgegeben werden bzw. dürfen nicht wie seinerzeit bei Erlass des KVG im Jahre 1996 der höchst ungewissen Rechtsfindung auf dem jahrelangen Prozessweg überlassen bleiben. Neuer Vorschlag Art 59 c Abs. 2 bis (neu): <u>Die Betriebsvergleiche müssen auf transparenter Grundlage vergleichbarer Referenzbetriebe erfolgen. Kantonale Preis- und Lohnunterschiede sowie besondere Lasten wie solche aus nicht universitärer Lehre, Aufwendungen für die Weiterbildung und für die Qualitätssicherung sind im Rahmen einer Bandbreite zu berücksichtigen. Das Departement legt periodisch die zulässige Bandbreite der Abweichungen fest.</u></p>	SG
<p>Der Kanton SH unterstützt mit Nachdruck den Antrag der GDK, in Art. 59c KVV einen zusätzlichen Absatz zur Preisfindung in den Spitälern aufzunehmen. Im Rahmen der parlamentarischen Beratungen wurde zwar festgehalten, dass sich im Zeitablauf die Preise für die Behandlungen und Diagnosen schweizweit angleichen werden. Der KVV-Entwurf gibt aber keinen Aufschluss darüber, mit welchen Mechanismen und auf welchem Niveau eine Angleichung der Preise in den kommenden Jahren erfolgen soll. Diese Situation ist für die Leistungserbringer wie auch die Finanzierer inakzeptabel. Die wesentlichen Eckwerte zur Preisfindung sind deshalb rechtsverbindlich in der Verordnung zu verankern.</p>	SH
<p>Aufgrund des enormen Zeitdrucks konnte die GDK zu zwei finanziellen Schlüsselfragen keine Regelungsvorschläge entwickeln. Der Kanton ersucht Sie, die nachfolgenden Anregungen dazu in die Teilrevision der KVV einzuarbeiten. A. Preisbildung Bei der Umsetzung der KVG-Revision ist die zentrale Frage der Preisfindung</p>	TG, ZH

nach wie vor offen. Im Rahmen der parlamentarischen Beratungen im Ständerat wurde zwar festgehalten, dass sich im Zeitablauf die Preise für die Behandlungen und Diagnosen schweizweit angleichen werden. Der KVV-Entwurf gibt aber keinen Aufschluss darüber, mit welchen Mechanismen und auf welchem Niveau eine Angleichung der Preise in den kommenden Jahren erfolgen soll. Diese Situation ist für die Leistungserbringer wie auch die Finanzierer inakzeptabel. Hoheitlich reglementierte Markt- bzw. Versorgungssysteme müssen über transparente Regeln verfügen und die finanziellen Auswirkungen der Regulierung müssen zum Voraus und damit planbar bekanntgegeben werden bzw. dürfen nicht wie seinerzeit bei der Inkraftsetzung des KVG im Jahre 1996 der ungewissen Rechtsfindung auf dem jahrelangen Prozessweg überlassen bleiben. Die wesentlichen Eckwerte zur Preisfindung sind deshalb rechtsverbindlich in der Verordnung zu verankern. Damit soll für die Leistungserbringer und Finanzierer (und letztlich auch die Steuerzahler) Rechtssicherheit gewährleistet und eine reguläre Finanzplanung ermöglicht werden.

Vor diesem Hintergrund schlägt der Kanton vor, einen zusätzlichen Artikel bezüglich Preisfindungsmechanismus wie folgt in der KVV zu verankern:

neu Art. 59f KVV: „¹Das BAG veröffentlicht jährlich pro Spital die Anzahl und das durchschnittliche Fallgewicht der stationären Fälle sowie die schweregradbereinigten Fallkosten mit und ohne Investitionskosten. Für die Berechnungen ist auf die Daten des Bundesamts für Statistik für diejenigen Spitäler abzustützen, die gemäss Art. 59d Abs. 2 mit leistungsbezogenen Pauschalen vom Typus DRG abrechnen.

²Die leistungsbezogenen Pauschalen nach DRG orientieren sich an den schweregradbereinigten Fallkosten des 40. Perzentilwerts des Vor-Vorjahres, gemessen an der Anzahl der stationären, schweregradbereinigten Fälle, wobei die Klassierung der Spitäler nach aufsteigenden Kosten erfolgt. Die so berechneten Pauschalen sind an die bis Ende November des Vorjahres aufgelaufene Teuerung gemäss Landesindex der Konsumentenpreise anzupassen.

³Weisen universitäre Leistungserbringer statistisch signifikant und aus sachlich gerechtfertigten Gründen höhere schweregradbereinigte Fallkosten als nicht-universitäre Spitäler auf, ist für Universitätsspitäler ein höherer Tarif zu vereinbaren oder festzusetzen.“

Mit diesem Vorschlag wird der Fokus auf ein rechnerisch umzusetzendes Regelwerk zur eindeutigen Fixierung der Fallpreise gelegt. Die Preisfestsetzungsbasis auf dem 40. Perzentil der Fallkosten im Kostenvergleich mit allen betroffenen Schweizer Spitäler festzulegen bedeutet, dass der Preis von 40 % aller in den Spitälern behandelten Fälle über und 60 % der Fälle unter den effektiven schweregradbereinigten durchschnittlichen Fallkosten zu liegen kommt. Dieses Benchmark-Modell wird bereits seit mehreren Jahren auf der Basis von AP-DRG im Kanton Zürich zur staatlichen Finanzierung der Akutspitäler eingesetzt. Es erlaubt, Spitäler mit überhöhten Fallkosten zu Kosteneinsparungen zu bewegen, während kostengünstigen Spitälern die Bildung von Überschüssen ermöglicht wird. Ob der Schwellenwert schweizweit auf das 40. Perzentil oder aber allenfalls tiefer oder höher angesetzt wird, ist letztlich eine politische Frage; natürlich mit erheblichen Auswirkungen für die Wirtschaftlichkeit der Spitäler. Beispielsweise wäre es denkbar, in einer Einführungsphase ab 2012 zunächst das 50. Perzentil für zwei Jahre als Referenzniveau vorzugeben und erst ab dem dritten Jahr eine strengere Vorgabe auf Höhe des 40. Perzentils festzulegen. Wesentlich ist jedenfalls, dass das bisherige System unterschiedlichster Subventionierungsmodelle mit teilweise zu hohen Kosten einzelner Spitäler aufgegeben und für die Tariffhöhe schweizweit eine einheitliche realistische Zielgrösse vorgegeben wird.

B. Vorbehalt kantonalen Rechts für die Finanzierung weiterer Spitaltätigkeiten
Die meisten Spitäler erbringen heute nebst der Versorgung der Grundversicherten auf der allgemeinen Abteilung wesentliche Zusatzleistungen insbesondere im ambulanten Bereich sowie auf den Halbprivat- und Privatabteilungen. In die-

<p>sen Segmenten ist es heute vielen Spitälern möglich, Überdeckungen zu erzielen. In denjenigen Kantonen, die mit staatlichen Betriebs- und Investitionsbeiträgen den Erfolg der Spitäler im ambulanten Bereich und im Zusatzversicherungsgeschäft überhaupt erst möglich machen, müssen die Gewinne von den Investoren (Staat und Gemeinden) auch wieder über Beteiligungen am Ergebnis abgeschöpft werden können. Diese Möglichkeit muss auch in Zukunft erhalten bleiben. Entsprechend sind die Kantone über die KVV explizit zu ermächtigen, bei der Finanzierung der Spitäler weitere, im kantonalen Recht verankerte Kriterien zu berücksichtigen wie insbesondere eine Beteiligung am Erfolg der Aktivitäten im ambulanten Bereich und im Bereich der Zusatzleistungen. Der Kanton schlägt folgenden zusätzlichen Artikel in der KVV vor: neu Art. 59g KVV „Die Kantone können die Ausrichtung des kantonalen Anteils an der stationären Vergütung an die Spitäler im Sinne von Art. 49a Absatz 1 und 3 des Gesetzes über die gegenüber den Versicherern geltenden Regeln hinaus an weitere Auflagen und Bedingungen knüpfen, insbesondere an die Beteiligung der öffentlichen Hand an den Aktivitäten der Spitäler im ambulanten und im Bereich der Zusatzleistungen. Die Auflagen und Bedingungen sind im kantonalen Recht zu verankern.</p>	
<p>L'article 59c est également à compléter, de façon à préciser que les comparaisons doivent porter sur des établissements de référence comparables, au regard des différences cantonales de prix et de salaires, ainsi que des charges particulières comme l'enseignement non universitaire, les dépenses pour la formation continue et l'assurance qualité (voir proposition de la CDS). L'article 77 de l'OAMal relatif à la qualité nécessite également des modifications au vu de l'importance que prendront les comparaisons sur la qualité. Le canton soutient la proposition formulée par la CDS qui introduit la question de la mesure de la qualité par les fournisseurs de prestations et les assureurs, en collaboration avec la Confédération et les cantons, qui, en cas de non entente, décident des mesures à prendre.</p>	VS
<p>En ce qui concerne l'intégration des coûts d'investissement dans les forfaits, la diversité des pratiques actuelles en matière de comptabilisation conduit à soutenir la proposition de la CDS d'une période transitoire durant laquelle cette intégration s'effectuerait sur la base de coûts normatifs calculés à partir d'hôpitaux de référence. Cette période transitoire doit permettre de mettre en œuvre de manière uniforme dans tous les hôpitaux suisses les mêmes principes de comptabilité des immobilisations, fondées sur les recommandations émises fin 2007 par H+ Les Hôpitaux de Suisse.</p>	VD
<p>Der Tarifvertrag, den der Bundesrat zu genehmigen hat, besteht aus der Tarifstruktur und den Anwendungsmöglichkeiten des Tarifs - sprich Rahmenvertrag. Alle diese Aspekte gehören zum Tarifvertrag. Der Tarifvertrag lässt sich von der Tarifstruktur begrifflich nicht trennen, denn es handelt sich sowohl bei der Tarifstruktur als auch bei den Anwendungsmodalitäten um Aspekte des Tarifvertrages. Im DRG-System werden die Kantonsregierungen die Baserate genehmigen oder nötigenfalls festlegen. Auch die Baserate ist bloss ein Aspekt des Tarifvertrages. Vor diesem Hintergrund ist die Begrifflichkeit des Entwurfs durchaus korrekt und auch nachvollziehbar.</p>	ZG
<p>77 KVV Qualitätssicherung: Die Gesetzesänderung zu Art. 39 Abs. 3ter und Art. 49 Abs. 8 KVG lassen eine Änderung von Art. 77 KVV als notwendig erscheinen. Insbesondere sind die Zuständigkeiten anzupassen. Damit wird auch dem Bericht der Parlamentarischen Verwaltungskontrolle (PVK) der Geschäftsprüfungskommission des Ständerates entsprochen, welche dem Bund ebenfalls eine grössere Verantwortung in der Qualitätssicherung zuweist. Die GDK unterbreitet Ihnen nachfolgenden Regelungsvorschlag unter dem expliziten Hinweis, dass es sich dabei um die einheitlich und minimal anwendbaren Qualitätsanforderungen geht. Indes soll es den Kantonen unbenommen sein, über den Mindeststandard hin-</p>	GDK

<p>aus weitere Massnahmen vorzusehen, um die Qualität sicherzustellen. Dies ist insbesondere zentral, um weiteren Verzögerungen in der Qualitätssicherung vorzubeugen. Die GDK bittet Sie, neben den nachstehenden Änderungen auch diesen Grundsatz im Kommentar aufzunehmen.</p> <p><u>„1 Zusammen mit dem Bund und den Kantonen erarbeiten die Leistungserbringer und den Versicherern oder deren Verbände erarbeiten Konzepte und Programme über die gesamtschweizerisch anwendbaren Anforderungen an die Qualität der Leistungen, ihre Messung und die Förderung der Qualität. Die Modalitäten der Durchführung (Kontrolle der Erfüllung und Folgen der Nichterfüllung der Qualitätsanforderungen sowie Finanzierung) werden in den Tarifverträgen oder in besonderen Qualitätssicherungsverträgen mit den Versicherern oder deren Verbänden vereinbart. Die Bestimmungen haben den allgemein anerkannten Standards zu entsprechen, unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen.“</u></p> <p><u>2 Können sie sich nicht einigen, beschliesst der Bund zusammen mit den Kantonen über die durchzuführenden Massnahmen zur Ermittlung der medizinischen Ergebnisqualität gemäss Art. 49 Abs. 8 des Gesetzes.</u></p> <p><u>3 Bund und Kantone regeln die Verwendung der Qualitätsindikatoren und -messungen in Funktion ihrer Verlässlichkeit und Aussagekraft. Wird die Qualitätsmessung in Verträgen vereinbart, so sind die Die Vertragsparteien sind verpflichtet, das BAG über die jeweils gültigen Vertragsbestimmungen zu informieren. Das BAG kann über die Durchführung der Qualitätssicherung eine Berichterstattung verlangen.</u></p> <p>3 In den Bereichen, in denen kein Vertrag abgeschlossen werden konnte oder dieser nicht den Anforderungen von Absatz 1 entspricht, erlässt der Bundesrat die erforderlichen Bestimmungen. Er hört zuvor die interessierten Organisationen an.</p> <p>4 Das Departement setzt nach Anhören der zuständigen Kommission die Massnahmen nach Artikel 58 Absatz 3 des Gesetzes fest.“</p>	
<p>Le PS vous demande d'introduire un nouvel alinéa à l'actuel article 59c OAMal concernant la tarification, en vue d'harmoniser les prix pour les traitements et les diagnostics au plan suisse, comme cela a été demandé lors des débats parlementaires au Conseil des Etats. Il s'agira notamment de définir les mécanismes et les critères à mettre en oeuvre pour combler ainsi une lacune dans le domaine de la fixation des prix et assurer la sécurité du droit.</p>	PS
<p>Bei der Umsetzung der KVG-Revision ist die zentrale Frage der Preisfindung offen geblieben. Der vorliegende Vernehmlassungsentwurf gibt keinen Aufschluss darüber, mit welchen Mechanismen und auf welchem Niveau eine Angleichung der Preise in den kommenden Jahren erfolgen soll. Diese Situation ist für die Leistungserbringer und Finanzierung inakzeptabel. In einem Rechtsstaat müssen hoheitlich reglementierte Markt- und bzw. Versorgungssysteme über transparente Regeln verfügen und die finanziellen Auswirkungen der Regulierung müssen im Voraus und damit planbar bekannt gegeben werden. Es kann nicht sein, dass ein zur Anwendung kommendes Benchmarking-Modell (allenfalls in Kombination mit dem Tarifbeschwerdeverfahren) zu einer ungebrochen nach unten drehenden Preisspirale führt, Löhne drückt und arbeitsrechtliche Bestimmungen verletzt. Die wesentlichen Eckwerte zur Preisfindung sind deshalb rechtsverbindlich bereits in der Verordnung zu verankern. Wichtig ist auch, dass im Rahmen der Tarifgestaltung nur gleiche Leistungen untereinander verglichen werden (z.B. Physiotherapie mit Physiotherapie und nicht Physiotherapie mit Diabetesberatung).</p> <p>Der SGB stellt deshalb folgenden Antrag: Der Verordnungsentwurf ist mit folgenden Bestimmungen zu ergänzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Tarifwerte sind so festzulegen, dass die orts- und branchenüblichen Löhne sowie die arbeitsrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden können. - Die Betriebsvergleiche müssen auf transparenter Grundlage vergleichbarer Referenzbetriebe erfolgen. Kantonale Preis- und Lohnunterschiede sowie be- 	SGB

<p>sondere Lasten wie solche aus nicht universitärer Lehre, Aufwendungen für die Aus- und Weiterbildung und für die Qualitätssicherung sind zu berücksichtigen. Orts- und branchenübliche Löhne sowie arbeitsrechtliche Bestimmungen müssen eingehalten werden können. Sie müssen transparent ausgewiesen werden, ebenso der Umfang der kantonalen Subventionen.</p> <p>- Es ist festzulegen und sicherzustellen, dass im Rahmen der Tarifgestaltung nur gleiche Leistungen untereinander verglichen werden (z.B. Physiotherapie mit Physiotherapie und nicht Physiotherapie mit Diabetesberatung).</p> <p>Zudem beantragt SGB eine Ergänzung der Erläuterungen mit folgendem Kommentar: Betriebsvergleiche müssen auf transparenter Grundlage vergleichbarer Referenzbetriebe erfolgen. Betriebsvergleiche reflektieren nicht nur den Preis. Preisunterschiede können auch auf unterschiedlichen Lasten oder unterschiedlicher Qualität beruhen, deren aussagekräftige Bestimmung komplex ist. Kantonalen Preis- und Lohnunterschiede sowie besondere Lasten wie solche aus nicht universitärer Lehre und Aufwendungen für die Aus- und Weiterbildung und die Qualitätssicherung sind anrechenbare Kosten. Orts- und branchenübliche Löhne sowie arbeitsrechtliche Bestimmungen müssen eingehalten werden können. Sie müssen transparent ausgewiesen werden, ebenso der Umfang der kantonalen Subventionen.</p> <p>Qualitätssicherung</p> <p>Gemäss Artikel 39 Absatz 2ter KVG erlässt der Bund einheitliche Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit. In Artikel 49 Absatz 8 KVG ordnet der Bundesrat schweizweit und in Zusammenarbeit mit den Kantonen Betriebsvergleiche zwischen Spitälern an, insbesondere zu Kosten und medizinischer Ergebnisqualität. SGB ist klar der Ansicht, dass der Qualität hohe Bedeutung zukommen muss.</p> <p>Der SGB benutzt die Gelegenheit darauf hinzuweisen, dass der Bericht der Parlamentarischen Verwaltungskontrolle (PVK) der Geschäftsprüfungskommission des Ständerates dem Bund eine grössere Verantwortung in der Qualitätssicherung zuweist. Wichtig ist im Zusammenhang der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagement auch, dass die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten wie auch die Zufriedenheit des Personals ins Qualitätsmanagement einfließen. Der Bund sollte für beide Befragungen Frageraster für alle festlegen. Weder der grössere Stellwert der Qualität noch die grössere Verantwortung des Bundes sind bei der vorliegenden Verordnungsänderung berücksichtigt worden. Auch fehlen Bestimmungen betreffend Einbezug der Patientinnen und Patienten sowie des Personals ins Qualitätsmanagement.</p> <p>Der SGB beantragt eine Überarbeitung von Artikel 77 KVV (Qualitätssicherung) im Sinne der oben gemachten Ausführungen.</p>	
<p>L'AVIVO tient à faire observer qu'elle était et continue à être totalement opposée au système de financement hospitalier selon les « forfaits par cas liés aux prestations ». L'opposition concerne aussi bien le fond de ce système que la standardisation des cas qu'il implique forcement.</p> <p>Or, une décision a été prise maintenant. C'est pourquoi l'AVIVO souhaite que des contrôles de qualité tiennent compte non pas de moyennes mais d'analyses plus fines permettant de garantir, par des « prestations appropriées », une qualité de soins pour tous les patients, quel que soit leur âge et leurs moyens financiers.</p> <p>Il devrait aussi y avoir des statistiques claires et sincères sur les ré hospitalisations et sur leurs causes.</p> <p>Selon l'AVIVO, il est vain de vouloir établir, en technocrates, des catégories de cas, de patients, de traitements, de situation, etc. vu la diversité des humains et la complexité des pathologies.</p>	AVIVO
<p>Für FASMED ist es von zentraler Bedeutung, dass beabsichtigte Änderungen bei der Spitalfinanzierung die heute hohe Qualität der medizinischen Leistungserbringung im stationären Bereich nicht beeinträchtigen, sondern im Gegenteil auszubauen helfen. Die Einführung von Swiss DRG darf nicht als Kostensen-</p>	FASMED

<p>kungsprogramm ohne Rücksicht auf Nutzenüberlegungen interpretiert werden. FASMED hofft, dass die Aussage „Mit den neuen Instrumenten der Leistungsfinanzierung und der freien Spitalwahl sollen die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und der Qualitätswettbewerb gefördert werden.“ tatsächlich bei der Umsetzung von SwissDRG auch als Leitlinie dienen wird.</p> <p>FASMED ist sich bewusst, dass er seine Anliegen in erster Linie in den Prozess der Ausarbeitung der Tarifverträge gemäss Art. 49 KVG einbringen muss, auch wenn die Branche leider in der SwissDRG AG nicht vertreten ist. FASMED hofft aber trotzdem, dass dort die Anliegen für eine zweckmässige Abbildung der MedTech-Produkte im System SwissDRG angemessen werden berücksichtigt werden.</p> <p>Der FASMED begrüsst die Tatsache, dass den Tarifpartnern innerhalb des bestehenden gesetzlichen Rahmens, der unter anderem durch Artikel 59c KVV definiert ist, bei der Ausgestaltung der Pauschalen für die stationäre Behandlung ein beträchtlicher Handlungsspielraum offen steht.</p>	
<p>Das KVG verlangt in Art. 43 Abs. 4 eine „betriebswirtschaftliche Bemessung“ der Tarife. Eine Nichtdeckung der Kosten, wie sie Art. 59c Abs. 1 lit. a und b favorisiert, widerspricht dieser Anforderung klar.</p> <p>Art. 59c Tarifgestaltung</p> <p>„Die Genehmigungsbehörde im Sinne von Artikel 46 Absatz 4 des Gesetzes prüft, ob der Tarifvertrag namentlich folgenden Grundsätzen entspricht:</p> <p>a. Der Tarif <u>muss</u> die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken.</p> <p>b. Der Tarif <u>muss</u> die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken.“</p> <p>Die in der SwissDRG AG zusammengeschlossenen Partner sind sich einig, dass die Anpassungen des Systems an die sich laufend ändernden Bedingungen und Entwicklungen im Gesundheitswesen in einem 1-Jahreszyklus erfolgen müssen. Dies nach dem bewährten Beispiel des deutschen G-DRG, auf welchem das SwissDRG-Fallpauschalensystem aufbaut. Die Erfahrungen in Deutschland bestätigen die Wichtigkeit möglichst kurzer Anpassungsfristen. Ein aufwändiges monatelanges Genehmigungsverfahren durch den Bundesrat ist deshalb weder sinnvoll noch praktikabel. Der Bundesrat muss sich - wie dies Art. 49 Abs. 2 des rev. KVG ausdrücklich vorgibt! - auf die Genehmigung der Tarifstrukturen beschränken. Idealerweise würde sich der Bundesrat nach der Genehmigung der ersten Tarifstruktur sogar nur noch mit den in der SwissDRG AG umstrittenen Anpassungen (nicht einstimmiger Entscheid im Verwaltungsrat) beschäftigen.</p>	FMH
<p>Die Einführungsfristen der akutsomatischen Fallpauschalen sind zu kurz. Eine Inbetriebnahme dieses Tarifs vor dem 1. Januar 2012 ist nicht sachdienlich. Mit dem Zeitplan der Verordnung werden befristete Übergangsregeln notwendig. Providurien wird H+ nicht unterstützen.</p> <p>Art 59f (neu): Die Referenztaxenthematik verlagert sich in die obligatorische Versicherung OKP. Es ist deshalb für alle betroffenen Leistungserbringer zwingend, dass je Kanton eine Referenztaxe jährlich rechtzeitig festgelegt wird. Alles andere führt zu administrativen Umtrieben, welche die Spitäler zwingt enorme administrative Einheiten aufzubauen. Diese wären dann – noch weitgehender als heute - mit ständigen Erhebungen und Abklärungen der Referenztaxen beschäftigt. Die Spitäler müssen die Referenztaxen jeweils im Herbst ins elektronische Abrechnungssystem einbauen, so dass diese ein Teil der Verrechnungssystematik sein können. <u>„Für die Verrechnung der stationären Behandlung ausserhalb des Wohnkantons legt der Kanton gemäss Art. 41 Abs. 1bis des Gesetzes im Sinne einer Referenztaxe den Tarif fest, der in einem seiner Listenspitäler gilt. Die Festlegung erfolgt jährlich 6 Monate vor Beginn des Kalenderjahres.“</u></p> <p>Art 59g (neu): Es ist einfacher, wenn die Kantone einheitliche Regelungen mit allen Versicherern haben und diese den Spitalern mitteilen, als wenn die Spitäler regelmässig sich bei den Kantonen und Versicherern erkundigen müssen,</p>	H+

<p>welche Vereinbarungen getroffen wurden. „<u>Vereinbaren Kanton und Versicherer gemäss Art. 49a, Abs. 3 KVG, dass der Kanton seinen Anteil dem Versicherer leistet, so haben alle Versicherer dieser Vereinbarung beizutreten. Der Kanton informiert die Spitäler.</u></p>	
<p>Neue Medikamente tragen insbesondere im stationären Bereich wesentliches zu einer qualitativ hoch stehenden Gesundheitsversorgung bei. Innovationen können zudem zu Kosteneinsparungen führen, indem sie beispielsweise das erwünschte Behandlungsergebnis durch Reduktion der Pflegebedürftigkeit effizienter erreichen als bisherige Behandlungsmethoden oder indem sie die Produktivität an der Arbeitsstelle bewahren oder gar steigern. Im Hinblick auf die demographische Herausforderung wird die Bedeutung medizinisch-therapeutischer Neuerungen für eine qualitativ hoch stehende und kosteneffiziente Versorgung der ganzen Bevölkerung zunehmen. Dem raschen Zugang zur Innovation im Rahmen der Grundversicherung kommt deshalb grosse Bedeutung zu und es muss vermieden werden, dass die Einführung des Fallpauschalen-Systems zu einer verzögerten Aufnahme der Innovation im stationären Bereich führt. Die Folge wären Rationierung, Zweiklassenmedizin und schlechtere Behandlungsergebnisse.</p> <p>Bereits im Jahr 2005 hat die Eidgenössische Kommission für Grundsatzfragen der Krankenversicherung (EGK) darauf hingewiesen, dass Fallpauschalen Rationierungsentscheide auslösen können, wenn keine Auffangnetze zur Finanzierung von sehr teuren medizinischen Leistungen eingeplant werden. Ohne Korrektur werden in einem Fallpauschalensystem vom Typ DRG Innovationen mit einer systembedingten Zeitverzögerung von bis zu drei Jahren abgebildet. Man spricht dabei von einer strukturellen Innovationslücke. Deutschland hat zur Überbrückung der Innovationslücke beispielsweise die Möglichkeit für Zusatzentgelte geschaffen. Auf Antrag hin können für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB), die noch nicht sachgerecht abgerechnet werden können, krankenhausindividuelle Entgelte vereinbart werden. Der pharmazeutischen Industrie wird ein Anhörungs- und ein Antragsrecht gesetzlich eingeräumt.</p> <p>Art. 43 Abs. 6 KVG verlangt, dass die Vertragspartner und die zuständigen Behörden darauf zu achten haben, dass eine qualitativ hoch stehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung der gesamten Bevölkerung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird. Gemäss Art. 49 Abs.1 revKVG und gemäss geltendem Recht (Art. 49 Abs. 2 KVG) besteht die Möglichkeit, dass besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen von der Pauschale getrennt in Rechnung gestellt werden. Wie die genannten gesetzlichen Vorgaben im Hinblick auf den Zugang zur Innovation bei der Einführung eines Fallpauschalensystems umgesetzt werden, bleibt im Verordnungsentwurf unklar. Im Weiteren schliesst sich interpharma der Stellungnahme der SGCI an.</p>	<p>interpharma</p>
<p>Grundsätzliches betreffend Physiotherapie im Hinblick auf DRG's: Zu den positiven Auswirkungen der DRG's gehören unter anderem verkürzte Verweildauern, mehr Transparenz in der Leistungserbringung und eine leistungsbezogene Abgeltung. Als negative Effekte können eine übermässige Reduktion der Verweildauer, eine Risikoselektion, eine Reduktion medizinischer Leistungen oder die Verschiebung von Leistungen in vor- oder nachgelagerte Institutionen genannt werden. Die Spitäler werden eine Senkung der Aufenthaltsdauern bei gleich bleibender Qualität anstreben; dies erfordert vermehrte Patienten- und Prozessorientierung der gesamten Klinikabläufe. Strukturelle Veränderungen haben zur Folge, dass sich auch die Physiotherapie entsprechend anpassen muss, sei es bei der Patientenbehandlung, in der interdisziplinären Patientenbehandlung, in der interdisziplinären Zusammenarbeit oder bei ihren administrativen Aufgaben.</p> <p>Die DRG basieren hauptsächlich auf der medizinischen Diagnose. Problematisch ist der Umgang mit multimorbiden Patienten, die nicht unter einer bestimmten abrechenbaren Einzelerkrankung leiden. Deshalb wurden die so ge-</p>	<p>physiosuisse</p>

<p>nannten Nebendiagnosen eingeführt, die durch Kombination mit der Hauptdiagnose eine finanzielle Berücksichtigung des Schweregrades der Krankheit ermöglichen sollen. Gerade die multimorbiden Patienten benötigen oft eine besonders intensive Physiotherapie mit frührehabilitativen Massnahmen, was sich jedoch anhand der medizinischen Diagnosen und Nebendiagnosen nicht zeigen lässt. Das Deutsche Sozialgesetzbuch schreibt vor, dass frührehabilitative Massnahmen noch während der Akutbehandlung zur Anwendung kommen sollen, um eine Behinderung oder eine spätere Pflegebedürftigkeit zu verhindern. Dementsprechend können diese Interventionen in Deutschland abgerechnet werden. In der Schweiz ist mit der Einführung der Swiss – DRG jedoch nichts in dieser Art geplant. Dies kann sich als Nachteil für die Physiotherapie erweisen, da sie als integraler Bestandteil der stationären Behandlung gilt und deshalb nicht separat vergütet wird.</p> <p>Die Funktionsfähigkeit bildet den Mittelpunkt des physiotherapeutischen Handelns, und mit der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (World Health Organisation WHO, International Classification of Functioning, Disability and Health ICF, Geneva: WHO, 2001) steht zwar eine Klassifikation zur Verfügung, die jedoch bei der Bildung der DRG nicht angewendet wird. Im Rahmen eines internationalen Forschungsprogramms und unter Mitwirkung von Physiotherapeuten wurden sogenannte ICF Core Sets für den Akutkontext entwickelt. ICF Core Sets stellen kurze und praktikable Listen von ICF– Kategorien dar, welche die häufigsten Patientenprobleme und darauf bezogene Umweltfaktoren für bestimmte Gesundheitsprobleme beschreiben. Sie bilden die Patientenperspektive umfassend ab. Die berufsspezifische Perspektive ist damit noch nicht definiert.</p> <p>Der physiotherapeutische Aufwand im Akutkrankenhaus variiert stark und er lässt sich nur in geringem Umfang durch die medizinische Diagnose erklären. Im Rahmen der Einführung der Swiss – DRG in den Schweizer Akutkrankenhäusern ist anzustreben, die ICF–Klassifikation mit den operationalisierten ICF–Kategorien in die Leistungserfassung der Physiotherapie zu integrieren. Damit kann der geforderten Transparenz in der Leistungserbringung nachgekommen werden.</p> <p>Flexiblere Tarifierungen: Das vorgesehene umfassende Genehmigungsverfahren mit der ausführlichen Genehmigungspflicht des Bundesrates erschwert die Arbeit der Tarifpartner mit einer regelmässigen Überprüfung und Anpassung der Tarife. Dies zeigt sich bereits heute als sehr schwieriger Prozess.</p>	
<p>Einführung von einheitlichen Tarifstrukturen: Der Bundesrat strebt ein einheitliches, vollständig von ihm kontrolliertes Vergütungssystem an, welches für die Rechtsverbindlichkeit nicht nur die Einigung zwischen den Vertragspartnern, sondern auch der konstitutiven Genehmigung des Bundesrates bedarf.</p> <p>Damit wird nicht weniger als das bisherige, die unterschiedlichen Bedürfnisse wie auch Umstände und Kostenstrukturen berücksichtigende Vertragswerk zwischen Versicherern und Leistungserbringern durch eine vereinheitlichte, gesamtschweizerisch und vom Bundesrat verordneten Struktur ersetzt. Die Verträge zwischen Versicherern und Leistungserbringern werden zur Farce. Dies lehnt Pulsus ab.</p> <p>Vermeidung von falschen Anreizen: Einerseits wird von den Leistungserbringern ökonomisches Verhalten verlangt, andererseits wird ihnen bereits heute unterschoben, die vom Bundesrat angestrebten und verlangten Fallpauschalen zu ihren Gunsten auszunützen. Es liegt in der Natur der Sache, dass derjenige Leistungserbringer, der unabhängig von der zu erbringenden Leistung mit einer Pauschale abgegolten wird, sich ökonomisch verhalten und danach trachten wird, pro pauschalierem Fall möglichst wenig Leistungen erbringen zu müssen. Dies mag mit Bezug auf die Kosten-</p>	Pulsus

<p>senkung erwünscht sein, mit Bezug auf die Qualität der medizinischen Versorgung sind solche Anreize bei den Leistungserbringern im höchsten Masse kontraproduktiv und somit unerwünscht. Im Hinblick auf die in den Vernehmlassungsunterlagen angesprochene Problematik der „zu frühen“ Entlassung aus dem stationären Bereich ist anzuführen, dass der Druck der betriebswirtschaftlichen Leitung von Spitälern auf ihre Ärzte, die pauschaliert abgerechneten Patienten möglichst bald wieder zu entlassen, enorm zunehmen wird. Bei einer tatsächlich leistungsbezogenen Vergütung (wozu Tagespauschalen im weitesten Sinne noch zählen können) dürfte man wohl damit rechnen, dass im Zweifelsfall der Patient nicht entlassen wird. In der Fallpauschale wird man damit rechnen müssen, dass im Zweifelsfall der Patient entlassen wird, um ihn - sofern später notwendig - ein zweites Mal zu hospitalisieren.</p> <p>Wie der Bundesrat (bzw. irgend ein Bundesamt) in der Lage sein soll, diese Entscheidungen zu kontrollieren, wird in den Vernehmlassungsunterlagen nicht dargelegt. Eine solche kompetente Kontrolle durch den Bund ist ausgeschlossen. Die Entscheidung, in welchem Zeitpunkt ein Patient aus dem Spital entlassen werden soll, muss eine medizinische Entscheidung bleiben. Zudem ist eine solche Entscheidung nie schematisch möglich; es sind zu viele „weiche“ Parameter dafür einzubeziehen. Deshalb sind solche Entscheidungen nie am Schreibtisch bei der Kontrollinstanz sachgerecht kontrollierbar. Die vorgesehene Lösung ist eine Vergrösserung des Einflusses der Ökonomie unter Inkaufnahme des Qualitätsverlustes in der medizinischen Versorgung.</p> <p>Leistungsbezogene Pauschalen vom Typ DRG: Die Absicht des Bundesrates, den heute bestehenden Handlungsspielraum bei der Vereinbarung von Pauschalen für die stationäre Behandlung in dem Sinne einzuschränken, dass nur noch Fallpauschalen, die angeblich leistungsbezogen sein sowie auf einheitlichen nationalen Strukturen beruhen müssen, ist abzulehnen. Mit dem gesuchten Bezug zwischen der Pauschale und der tatsächlich erbrachten Leistung wird letztlich der Grundsatz der Pauschalierung aufgegeben. Schliesslich wird das Ganze dort enden, dass weder die konkret erbrachten Leistungen, noch eine auf Durchschnittswerten beruhende Pauschalierung massgebend sein werden, sondern die „Kodierung des Falles“. Die Frage, ob die Kodierung richtig ist, wäre dann Gegenstand der Überprüfung. Wenn nun eine Institution in der Handhabung der Tarife Vorteile für sich wahrnehmen will, kann sie dies im Besonderen mit der Kodierung. Sind die Weichen einmal gestellt, erfolgt die Pauschalvergütung ohne Kontrolle, ob sich der Fall auch so entwickelt hat, wie er zu Beginn kodiert worden ist.</p>	
<p>Artikel 59c Tarifgestaltung Der SBK stellt deshalb folgenden Antrag: Der Verordnungsentwurf ist mit folgenden Bestimmungen zu ergänzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Tarifwerte sind so festzulegen, dass die orts- und branchenüblichen Löhne sowie die arbeitsrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden können. - Die Betriebsvergleiche müssen auf transparenter Grundlage vergleichbarer Referenzbetriebe erfolgen. Kantonale Preis- und Lohnunterschiede sowie besondere Lasten wie solche aus nicht universitärer Lehre, Aufwendungen für die Aus- und Weiterbildung und für die Qualitätssicherung sind im Rahmen einer Bandbreite zu berücksichtigen. Orts- und branchenübliche Löhne sowie arbeitsrechtliche Bestimmungen müssen eingehalten werden können. Sie müssen transparent ausgewiesen werden, ebenso der Umfang der kantonalen Subventionen. - Es ist festzulegen und sicherzustellen, dass im Rahmen der Tarifgestaltung nur gleiche Leistungen untereinander verglichen werden (z.B. Physiotherapie mit Physiotherapie und nicht Physiotherapie mit Diabetesberatung). <p>Zudem beantragt SBK eine Ergänzung der Erläuterungen mit folgendem Kommentar: Betriebsvergleiche müssen auf transparenter Grundlage vergleichbarer Referenzbetriebe erfolgen.</p>	SBK/ASI

<p>renzbetriebe erfolgen. Betriebsvergleiche reflektieren nicht nur den Preis. Preisunterschiede können auch auf unterschiedlichen Lasten oder unterschiedlicher Qualität beruhen, deren aussagekräftige Bestimmung komplex ist. Kantonale Preis- und Lohnunterschiede sowie besondere Lasten wie solche aus nicht universitärer Lehre und Aufwendungen für die Aus- und Weiterbildung und die Qualitätssicherung sind anrechenbare Kosten. Orts- und branchenübliche Löhne sowie arbeitsrechtliche Bestimmungen müssen eingehalten werden können. Sie müssen transparent ausgewiesen werden, ebenso der Umfang der kantonalen Subventionen.</p>	
<p>Die Unternehmen, deren Arzneimittel oder Medizinprodukte von der OKP vergütet werden, sind vom Wechsel zum System der DRG und von der Einführung der mit dieser Gesetzesänderung geregelten leistungsbezogenen Fallpauschalen im stationären Bereich betroffen. Die Bemerkungen beschränken sich entsprechend auf den KVV-Entwurf.</p> <p>Vorab stellt sich die generelle Frage, ob Arzneimittel in die Fallpauschalen nach künftigem DRG-System einzubeziehen sind.</p> <p>Frage, ob Arzneimittel in die Fallpauschalen einzubeziehen sind: Weder die gesetzliche Grundlage (insbesondere Art. 49 revKVG) noch die vorliegend zu beurteilenden Ausführungsvorschriften dazu legen fest, ob die Kosten im stationären Bereich angewandeter Arzneimittel in die Fallpauschalen des künftigen DRG-Systems einbezogen werden oder nicht. Diese Frage wurde weder im Gesetzesentwurf noch in der Botschaft des Bundesrates vom 15. September 2004 geklärt. Auch die Wortprotokolle der parlamentarischen Beratungen dazu enthalten keine entsprechenden Hinweise. Bereits unter geltendem Recht (Art. 49 Abs. 2 geltendes KVG) ist es möglich, besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen von der (Tages-)Pauschale auszunehmen.</p> <p>Die Gesetzesänderung vom 21. Dezember 2007 ändert nichts am bereits heute geltenden gesetzlichen Grundsatz, wonach eine qualitativ hoch stehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht werden muss (Art. 43 Abs. 6 KVG).</p> <p>Dem Einbezug von Arzneimittelkosten in die Fallpauschalen kann nur zugestimmt werden, wenn die Vorgabe von Art. 43 Abs. 6 KVG im DRG-System beim Zugang zu neuen, innovativen Arzneimitteln eingehalten wird. Ist dies hingegen nicht möglich, ist eine Ausnahme der Arzneimittelkosten vom System der Fallpauschalen geboten.</p> <p>Rahmenbedingungen, falls Arzneimittel in die Fallpauschalen einbezogen werden sollen: Sollten unter der vorstehenden Prämisse die Arzneimittelkosten im stationären Bereich in die Fallpauschalen eingerechnet werden, sind die folgenden Grundsätze zu berücksichtigen und in den Ausführungsvorschriften festzuhalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keine Verzögerung beim Einsatz neuer Arzneimittel im stationären Bereich: Arzneimittel spielen im stationären Bereich eine entscheidende Rolle. Neue Arzneimitteltherapien tragen zum medizinischen Fortschritt bei und werden häufig zuerst in Spitälern angewendet. Gerade in Leistungsbereichen wie z.B. der Infektiologie (HIV) oder Onkologie wird die Bedeutung therapeutischer Neuerungen noch zunehmen. Auf ihre rasche Verfügbarkeit im stationären Bereich kommt es daher wesentlich an. Sie darf durch die Einführung des Fallpauschalen-Systems keinesfalls gefährdet oder verzögert werden, insbesondere wenn sie bereits in der Eidgenössischen Arzneimittelkommission (EAK) auf ihre Wirtschaftlichkeit hin positiv beurteilt worden sind. Vielmehr ist durch die vorliegend zu beurteilenden Ausführungsvorschriften ein sofortiger Zugang zu neuen, innovativen Arzneimitteln sicherzustellen. <p>Das Problem der Verfügbarkeit und damit der Refinanzierung stellt sich insbesondere bei medizinisch-therapeutischen Innovationen wie neuen Arzneimitteln. Der DRG-Logik folgend müssen medizinische Therapien erst umfänglich in der</p>	<p>SGCI</p>

Praxis eingesetzt werden, damit sie als „medizinische Behandlungswirklichkeit“ dokumentiert werden können. Ihre Abbildung im Fallpauschalensystem weist deshalb eine Zeitverzögerung von bis zu drei Jahren auf. Das DRG-System kennzeichnet somit eine strukturelle „Innovationslücke“.

Zum Vergleich: Zur Überbrückung dieser „Innovationslücke“ hat Deutschland in § 6 Abs. 2 KHEntG1 richtigerweise die Möglichkeit geschaffen, dass für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB), die noch nicht sachgerecht abgerechnet werden können, krankenhausindividuelle Entgelte vereinbart werden können. So kann im Rahmen des sogenannten „NUB-Verfahrens“ auf Antrag – und bei positivem Prüfbescheid des Insituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)– ein Krankenhaus mit Krankenkassen bilateral ein „NUB-Entgelt“ vereinbaren, welches zusätzlich zum Budget eines Krankenhauses finanziert wird.

Die Forderung nach der Schliessung der „Innovationslücke“ deckt sich auch mit Art. 43 Abs. 6 KVG, wonach die Vertragspartner und die zuständigen Behörden darauf zu achten haben, dass eine qualitativ hoch stehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung der gesamten Bevölkerung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird. Zu enge Entscheidungsspielräume, aber auch systembedingte Prozesse können dagegen ungewollt zu Rationierung führen.

in einem ähnlichen Sinn hat auch die EGK im Jahr 2005 auf diese Problematik unter dem Stichwort „Fallpauschale“ hingewiesen: Ein zu knappes oder starres Budget oder ein Budget, das auf zu tiefer organisatorischer Ebene angesetzt ist, kann im Einzelfall allerdings individuelle Rationierungsentscheide auslösen.“ Sie fordert demnach: Deshalb sollten Auffangnetze zur Finanzierung von sehr teuren medizinischen Leistungen geplant werden (z.B. Rückversicherung, Fonds für teure Einzelfälle). Wenn Arzneimittel in die Fallpauschalen einbezogen werden, bilden sie darin – neben den weiteren Leistungen – einen separaten Leistungs- und Kostenblock. Dabei gilt sicherzustellen, dass es innerhalb einer Fallpauschale nicht zu horizontalen Verschiebungen der Kostenanteile zu Lasten der Arzneimittel kommt. Zweckfremde Quersubventionierungen erschweren den Einsatz innovativer Arzneimittel.

Keine doppelte Prüfung der Wirtschaftlichkeit:

Es gilt sicherzustellen, dass die betreffenden Arzneimittel bei ihrer Zulassung zur Vergütung im Rahmen von Fallpauschalen nicht einer systemwidrigen und verzögernden doppelten Wirtschaftlichkeitsprüfung unterzogen werden.

- Anhörungs- und Antragsrecht der pharmazeutischen Industrie:

Die Unternehmen der pharmazeutischen Industrie sind als Lieferanten der in die Fallgruppen im künftigen DRG-System einzubeziehenden Arzneimittel unmittelbar betroffen. Der Entscheid zur Festlegung der Strukturen des DRG-Systems obliegt den Tarifpartnern (der SwissDRG AG bzw. dem von ihr eingesetzten Case Mix Office, CM0). Das Gesetz sieht keine Berücksichtigung weiterer Interessengruppen vor. Dies obliegt den Tarifpartnern bzw. Vertragsparteien (Art. 49 revKVG). Die vorliegend zu beurteilenden Verordnungsentwürfe enthalten ebenfalls keine entsprechenden Bestimmungen.

Dies widerspricht der Tatsache, dass die pharmazeutische Industrie mit zwei Vertretern in der EAK vertreten ist und dort Gelegenheit hat, sich zur Aufnahme von Medikamenten in die SL zu äussern. Für diese Ungleichbehandlung im ambulanten und im stationären Bereich gibt es keinen sachlichen Grund,

Zum Vergleich: In Deutschland räumt das Gesetz der pharmazeutischen Industrie ein entsprechendes Anhörungs- und Antragsrecht ein.

An einschlägigen Weiterbildungsveranstaltungen bestätigen die Verbände der Tarifpartner ein Anhörungs- und Antragsrecht informell. Aus Gründen der Rechtssicherheit ist dieses Recht daher in der KVV zu verankern.

- Transparente Prozesse und klare Beurteilungskriterien:

Die Verordnungsentwürfe enthalten keine Ausführungsvorschriften zur Frage, nach welchem Verfahren die Organisation die Tarifstrukturen festzulegen hat

<p>und welche Beurteilungskriterien dafür gelten sollen. Dem Kommentar ist zu entnehmen, dass den Tarifpartnern „innerhalb des bestehenden gesetzlichen Rahmens ... bei der Erfüllung ihrer Aufgabe ein beträchtlicher Handlungsspielraum offen steht“.</p> <p>Eine derart offene Regelung birgt die Gefahr von intransparenz und Willkür. Unterlassen es die Tarifpartner, Prozesse und Beurteilungskriterien zu definieren und zu kommunizieren, werden rasche und effiziente Verfahren und damit der zeitgerechte Einsatz von Arzneimitteln im Spital erschwert oder verunmöglicht. Die Tarifpartner sind daher in der Verordnung zu verpflichten, Standard Operating Procedures (SOP) bekannt zu geben, welche die Entscheid- und Beurteilungskriterien transparent ausweisen. Als Vorbild hierzu kann das Handbuch betreffend die SL des BAG dienen.</p> <p>- Flexible Regelung für jene Leistungen, die im DRG-System nicht korrekt berücksichtigt werden können:</p> <p>Nach Art. 49 Abs. 2 revKVG können die Tarifpartner vereinbaren, "dass besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen nicht in der Pauschale enthalten sind, sondern getrennt in Rechnung gestellt werden." Der Kommentar zum KVV-Entwurf hält dazu fest, der Bundesrat könne "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". Unverständlich ist daher, weshalb im Verordnungsentwurf von dieser Möglichkeit kein Gebrauch gemacht wird und dies nicht explizit erwähnt ist.</p> <p>Neue, nutzbringende Behandlungsmethoden und –mittel, die in der bisherigen DRG-Struktur noch nicht berücksichtigt sind, finden daher möglicherweise keine Abgeltung, da aufgrund der retrospektiven Festlegung der Pauschalen eine solche nicht vorgesehen ist und daher kein Anreiz besteht, diese einzusetzen. Diese Gefahr besteht insbesondere, weil der Nutzen bisweilen erst ausserhalb des Spitals respektive nach dem Spitalaufenthalt 'und damit bei anderen Kostenträgern anfällt (z.B. Taggeldversicherungen). Sehen die Tarifpartner für den Einsatz dieser Therapien keine flexiblen Regelungen vor, so widerspricht dies dem Sinn und Zweck von Art. 43 Abs. 6 KVG. Die Möglichkeit flexibler Lösungen ist daher in der Verordnung ausdrücklich vorzusehen. Als Beispiel verweisen SGCI nochmals auf § 6 des deutschen Krankenhausentgeltgesetzes³ (D-KHEntgG).</p> <p>• Qualität und Effizienz der Leistungen:</p> <p>Im Verordnungsentwurf wird der Effizienzbegriff nicht konsequent verwendet und in Art. 59d Abs. 1 Bst. c werden Prognosen über das Leistungsvolumen und die Kostenentwicklung ungeachtet der Ergebnisqualität gefordert. Der gesetzlich festgelegte Grundsatz der Effizienz, cf.h. der wirtschaftliche Einsatz der Mittel zur Erzielung der notwendigen Qualität darf im Verordnungstext nicht ausgehebelt werden.</p>	
<p>Es ist bekannt, dass in einem System der Entschädigung mittels leistungsbezogener Pauschalen multimorbide Patientengruppen und Angehörige von Randgruppen, welche höhere Kosten verursachen, oft mit dem Hinweis auf Kapazitätsengpässe vom Zugang zu gewissen Leistungen ausgeschlossen oder allenfalls von Leistungserbringern zu früh wieder entlassen werden, was zum sogenannten „Drehtüren-Effekt“ und mithin zu einer verstärkten Stigmatisierung solcher Patientengruppen führt. Gerade Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund oder aus sozialen Randgruppen benötigen nicht nur eine sprachliche Unterstützung, sondern meist auch eine komplexere Beratung und Betreuung, was sie zu überdurchschnittlich teuren „Kostenfaktoren“ und damit zu unerwünschten Patienten stempelt. Dies ist bereits heute eine der Ursachen für Diskriminierung und Rassismus im Gesundheitswesen.</p> <p>Das SRK fordert deshalb, dass ein künftig zur Anwendung gelangendes System der DRG entsprechenden Mehraufwendungen für besonders betreuungsbedürftige Patientengruppen Rechnung trägt und nicht dazu führt, dass in der Gesellschaft schlecht integrierte Menschen beim Zugang oder bei der eigentlichen</p>	<p>SRK</p>

Gesundheitsversorgung benachteiligt werden.	
<p>Ungünstig erscheint die Terminologie in Art. 59d KVV. Zwischen Tarifstruktur und Tarifverträgen ist strikte zu trennen. Dem Bundesrat ist gemäss Art. 49 Abs. 2 KVG die Tarifstruktur zur Genehmigung vorzulegen, die Tarifverträge sind hingegen durch die Kantonsregierungen zu genehmigen. Der Verweis auf Art. 46 Abs. 4 KVG ist deshalb nicht korrekt. Auch das Kodierhandbuch, das Konzept zur Kodierrevision und die Höhe des zur Finanzierung des CMO erhobenen Fallzuschlags brauchen nicht vom Bundesrat genehmigt zu werden. Der laufende Unterhalt der Tarifstruktur muss ohne vorherige Genehmigung durch den Bundesrat möglich sein, ansonsten wird das neue Tarifsysteem zu unflexibel. SwissDRG schlägt stattdessen eine Informationspflicht vor.</p> <p>Des Weiteren erachtet swissDRG eine Einführung einheitlicher Tarifstrukturen für eine leistungsbezogene Abgeltung im nicht akuten somatischen Bereich per 1.1.2012 als zu ambitiös. Es bräuchte eine zeitliche Staffelung.</p>	swissDRG
<p>Mit der ausführlichen Genehmigungspflicht des Bundesrates bei Einführung und bei Anpassung von Tarifen fokussiert die Verordnung auf Details. Das vorgesehene umfassende Genehmigungsverfahren erschwert die Arbeit der Tarifpartner und eine regelmässige Überprüfung und Anpassung der Tarife.</p>	SWISSREHA VAKA
<p>Einbezug der Arzneimittelkosten in die Fallpauschalen?</p> <p>Der Einbezug der Arzneimittelkosten in die Fallpauschalen ist weder in der gesetzlichen Grundlage, insbesondere in Art. 49 revKVG, noch in den im Entwurf vorgelegten Ausführungsvorschriften explizit geregelt. In Art. 49 revKVG wird in Absatz 1 festgehalten. „Die Vertragsparteien können vereinbaren, dass besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen nicht in der Pauschale enthalten sind, sondern getrennt in Rechnung gestellt werden.“ Im Sinn dieser Bestimmung erscheint es zweckmässig und sinnvoll, Arzneimittel von der Fallpauschale auszunehmen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Arzneimittel machen nur 4% der gesamten stationären Spitalkosten aus. Der Einbezug der Arzneimittel in die Fallpauschalen würde durch die anspruchsvollen und langwierigen Zulassungsverfahren einen sehr hohen administrativen Aufwand verursachen, der in keinem sinnvollen Verhältnis zum Nutzen stünde. 2. In allen Ländern, in denen die Vergütung der Arzneimittel mit Positivlisten – wie die Spezialitätenliste in der Schweiz – geregelt wird, sind diese in den Pauschalen nicht eingeschlossen. Deutschland, wo die Arzneimittel in die Fallpauschalen einbezogen werden, kennt keine solche Positivliste. 3. Werden Arzneimittel von der Fallpauschale ausgenommen, so dürfte dies zur erwünschten Kostentransparenz beitragen und der Gefahr allfälliger Quersubventionierungen mit Mitteln aus dem Arzneimittelbereich entgegenwirken. Sollte der kosten- und wettbewerbsrelevante Entscheid über den Einbezug der Arzneimittel in die Fallpauschalen tatsächlich der SwissDRG AG und den Tarifpartnern überlassen werden, erachtet vips es als unabdingbar, in den vorliegenden Verordnungen, wie nachfolgend ausgeführt, klare Bedingungen damit zu verknüpfen. Bedingungen für einen allfälligen Einbezug der Arzneimittel in die Fallpauschalen Innovative Arzneimittel tragen erheblich zur Reduktion der Gesundheitskosten im Spital bei. Sollte von SwissDRG AG und den Tarifpartnern ein Einbezug der Arzneimittel in die Fallpauschalen vorgesehen werden, muss sichergestellt werden, dass dadurch kein verzögerter oder erschwerter Zugang zu innovativen Arzneimittel im stationären Bereich entsteht. Ein Innovationsstau würde dem Ziel von DRG, die Wirtschaftlichkeit der Leistungen zu fördern, abträglich sein. In Übereinstimmung mit der Stellungnahme der SGCI erachtet vips deshalb folgende Regelungen in den Verordnungen für unabdingbar: <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Vorgabe von Art. 43 Abs. 6 KVG muss im DRG-System beim Zugang von neuen, innovativen Arzneimitteln eingehalten werden. 2. Das System darf keine Verzögerung beim Einsatz innovativer Arzneimittel 	vips

<p>verursachen. Entsprechend sind dafür erforderliche Prozesse festzulegen und zu implementieren.</p> <p>3. Bei einer Zulassung zur Vergütung im Rahmen von Fallpauschalen dürfen die Arzneimittel nicht einer systemwidrigen und verzögerten doppelten Wirtschaftlichkeitsüberprüfung unterzogen werden.</p> <p>4. Der Pharmaindustrie muss im DRG-System ein Anhörungs- und Antragsrecht eingeräumt werden.</p> <p>5. Die Prozesse zur Vergütung im Rahmen von Fallpauschalen müssen klar definiert, strukturiert und transparent gemacht werden. Soweit sich Entscheide der SwissDRG AG und der Tarifpartner auf die Pharmaindustrie auswirken, ist dieser ein angemessener Rechtsschutz zu gewährleisten.</p> <p>Entsprechend müssen die vorliegenden Entwürfe der Verordnungen erweitert werden. Die dazu erforderlichen Anträge sind in der Stellungnahme der SGCI aufgeführt.</p>	
<p>In Art. KVG 49 Abs. 2 wird festgehalten: "Die Vertragsparteien können vereinbaren, dass besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen nicht in der Pauschale enthalten sind, sondern getrennt in Rechnung gestellt werden." Somit müssen Zusatzentgelte für aufwendige Therapien, aufwändige diagnostische Leistungen resp. Diagnosen (und entsprechende teure diagnostische Reagentien (Antikörper)), Intensivmedizin, Kinderkliniken, teure Medikamente, Implantate, Notfall usw. nach wie vor möglich sein. Wichtig ist auch, dass Innovationen durch SwissDRG nicht gebremst werden.</p> <p>Rasche Prüfung der Tarifstruktur durch den Bundesrat: Dies hätte zur Folge, dass der Tarifvertrag inkl. Tarifstruktur SwissDRG bereits Mitte 2009 vorliegen müsste. In Art. 59d Entw.KVV steht nicht, wie lange der Bundesrat für die Genehmigung brauchen darf.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Damit SwissDRG ein möglichst leistungsgerechtes System wird, muss dieses regelmässig angepasst werden. Auch VLSS befürwortet übereinstimmend einen jährlichen Zyklus. Wie in Deutschland soll jedes Jahr eine angepasste Version erscheinen. Angesichts der sich rasant entwickelnden Medizin ist es unumgänglich, dass die Tarifstruktur jährlich angepasst wird. -Um einen jährlichen Zyklus bewerkstelligen zu können, ist es notwendig, dass die Prüfung und Genehmigung der Tarifstruktur-Anpassungen durch den Bundesrat rasch, d.h. innerhalb max. zweier Monate erfolgt. - Auch die erstmalige Prüfung der Tarifstruktur durch den Bundesrat soll innert nützlicher Frist erfolgen. Die Frist für die Einreichung des ersten Gesuchs der Tarifstruktur und des Tarifvertrags soll max. 6 Monate vor dem 31. Dezember 2011 sein. - Der Bundesrat soll sich auf die Tarifstruktur beschränken (sinnvollerweise würde er sich sogar auf die im CMO umstrittenen Fragen beschränken...). Eine Genehmigungspflicht auch für die Anwendungsmodalitäten ist KVG-widrig und verzögert den Genehmigungsprozess zusätzlich. 	VLSS
<p>Begleitforschung</p> <p>Der VSAO hat bereits in seiner Vernehmlassung zur Vorlage Spitalfinanzierung darauf hingewiesen, dass beim Übergang zur Leistungsfinanzierung die Gefahr besteht, dass die Qualität der medizinischen Versorgung beeinträchtigt wird. Er hat deshalb gefordert, dass die Umstellungsphase wissenschaftlich begleitet wird. Diese Begleitforschung haltet VSAO nach wie vor für zwingend notwendig, damit die neu gesetzten Anreize nicht unerwünschte Auswirkungen haben. Die Risiken sind unter anderem: Übermässige Verringerung der Aufenthaltsdauer, Auslagerung in vor- und nachstationäre Bereiche, vermehrte Rehospitalisationen, Reduktion der Leistungen, erhöhte Risikoselektion, Konzentration auf lukrative Fälle und Fachgebiete. Um solche Entwicklungen rechtzeitig festzustellen und zu verhindern, braucht es die Begleit- oder Versorgungsforschung, die so rasch als möglich in die Wege geleitet werden muss. Der VSAO beantragt, dass die Begleitforschung in der KVV explizit verankert wird und dass die Aufgabe</p>	VSAO

der Organisation gemäss Art. 49 Abs. 2 rev. KVG übertragen und entsprechend mit einem Fallzuschlag finanziert wird.

- Gewährleistung der Versorgungsqualität und der therapeutischen Freiheit
Die wichtigsten gesundheits- und versorgungspolitischen Risiken, die mit der leistungsbezogenen Finanzierung verbunden sind, werden in Ziff. 1 dargelegt. Weitere kommen hinzu. Für den VSAO ist es ein zentrales Anliegen, dass diese Risiken nicht eintreten. Die Versorgungsqualität darf mit der neuen Finanzierung nicht schlechter werden und die therapeutische Freiheit muss gewährleistet bleiben. Dies muss bei der Versorgungsplanung und beim Erteilen der Leistungsaufträge berücksichtigt und kontrolliert werden. Der Bund trägt für die Qualitätssicherung auf Grund von Art. 39 Abs. 2ter KVG sowie dem Bericht der PVK der Geschäftsprüfungskommission des Ständerates eine hohe Verantwortung, die im Verordnungsentwurf kaum Niederschlag findet. VSAO beantragt deshalb, die KVV entsprechend zu ergänzen.

- Arbeitsbedingungen

Die Qualität der medizinischen Versorgung in den Spitälern hängt weitgehend vom Personal ab. Es braucht deshalb genügend qualifiziertes Personal, das unter guten Arbeitsbedingungen arbeiten kann. Kostendruck und Wettbewerb dürfen keinesfalls zu Lasten des Personals ausgetragen werden. Es ist aus diesem Grund unerlässlich, dass Zahl und Qualifikation der Arbeitnehmenden einerseits und die Einhaltung der arbeitsrechtlichen Bestimmungen andererseits bei der Planung, bei den Leistungsaufträgen und bei der Prüfung von Qualität und Wirtschaftlichkeit berücksichtigt werden. Ein Spital, das die Bestimmungen des Arbeitsgesetzes nicht einhält, darf keine Vorteile daraus ziehen. Fallpauschalen müssen zudem so bemessen werden, dass die arbeitsrechtlichen Bestimmungen überhaupt eingehalten werden können. Das Arbeitsgesetz wird heute in den Spitälern zum Teil noch massiv verletzt, vor allem im ärztlichen Bereich. Es besteht die Gefahr, dass bei der Bemessung der DRG's vom status quo ausgegangen wird und der Kostendruck dazu führt, dass Missbräuche weiter bestehen oder gar zunehmen. Weiter muss bei der Planung, der Vergabe von Leistungsaufträgen und der Prüfung von Qualität und Wirtschaftlichkeit die Einhaltung von orts- und branchenüblichen Löhnen gewährleistet sein.

- Tarifgestaltung

In der parlamentarischen Beratung wurde festgehalten, dass sich die Preise schweizweit werden angleichen müssen. In den Ausführungen zu Art. 59d wird denn auch ausgeführt, dass es in der ganzen Schweiz einheitliche Regeln brauche, damit gesamtschweizerische Spitalvergleiche durchgeführt werden könnten. Es fällt auf, dass der Verordnungsentwurf keine derartigen Regeln enthält. In einem Rechtsstaat müssen aber für hoheitlich reglementierte Systeme transparente Regeln existieren. Es darf nicht sein, dass das vorgesehene Benchmarking-Modell zu einer ungebrochen nach unten drehenden Preisspirale führt, weil letztlich Äpfel mit Birnen verglichen werden. Die Betriebsvergleiche müssen deshalb auf transparenter Grundlage erfolgen. Besondere Leistungen, besondere Verhältnisse und kantonale oder regionale Preis- und Lohnunterschiede müssen berücksichtigt werden. VSAO beantragen, dass Art. 59c entsprechend ergänzt wird.

-Datenschutz

Der Datenschutz und das Arztgeheimnis müssen unbedingt gewährleistet sein. Das bedeutet, dass sensible Patientendaten nicht generell an die Versicherer weiter gegeben werden dürfen und müssen. Der Leitfaden des Eidgenössischen Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragten ist zu befolgen. In der KVV ist weiter festzuschreiben, dass die Versicherer die Daten, welche sie in begründeten Einzelfällen einholen, nur für die Rechnungskontrolle und nicht für andere Zwecke verwendet werden dürfen.

-Abgeltung von Innovationen

Es ist wichtig, dass Innovationen rasch in die Tarifstruktur integriert werden. Dazu braucht es ein rasches und effizientes Sonderverfahren. Es muss insbe-

<p>sondere sichergestellt werden, dass Verzögerungen bei der Integration von Innovationen, die aus medizinischen Gründen bereits angewendet werden, nicht auf Kosten der Patienten oder der Leistungserbringer gehen.</p> <p>-Jährliche Anpassung der Tarifstruktur</p> <p>Damit Swiss DRG ein möglichst leistungsgerechtes System wird, muss es regelmässig angepasst werden. Wie in Deutschland soll jedes Jahr eine angepasste Version erscheinen. Dies ist in Anbetracht der sich rasch entwickelnden Medizin unumgänglich. Um einen jährlichen Zyklus zu gewährleisten, muss die Prüfung und Genehmigung der Tarifstruktur-Anpassungen durch den Bundesrat rasch erfolgen. VSAO schlägt eine Frist von maximal zwei Monaten vor.</p> <p>1 Die Genehmigungsbehörde im Sinne von Artikel 46 Absatz 4 des Gesetzes prüft, ob der Tarifvertrag namentlich folgenden Grundsätzen entspricht:</p> <p>a. Der Tarif <u>muss</u> die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken.</p> <p>b. Der Tarif <u>muss</u> die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken.</p>	
<p>Mit der Einführung einer national einheitlichen Tarifstruktur für stationäre Spitalbehandlungen bringt die KVG-Revision eine entscheidende Neuerung mit sich. Die vorgeschlagenen Regelungen betreffend Einführungsmodalitäten erachtet <i>santésuisse</i> grösstenteils als zweckmässig. Auf folgende Punkte muss jedoch besonders geachtet werden:</p> <p>-Wortwahl: Um Falschinterpretationen zu vermeiden, sollte nicht von „Tarifvertrag“ die Rede sein, sondern von der „Tarifstruktur und deren Anwendungsmodalitäten“ (bspw. Art. 59d Abs. 1 KVV). Eine Differenzierung drängt sich auch deshalb auf, weil die Tarifstruktur gem. Art. 49 Abs. 2 KVG nicht in den Tarifverträgen gem. Art. 46 KVG geregelt wird.</p> <p>-Genehmigungsgesuch an den Bundesrat (Art. 59 Abs. 1c KVV): Anstelle von unsicheren Prognosen sollte das Augenmerk auf ein wirksames Kostenmonitoring gerichtet werden. Prognosen unterliegen zu stark politischen Gesichtspunkten, ein Kostenmonitoring macht demgegenüber die realen Entwicklungen sichtbar und stellt eine bessere Basis für notwendige Massnahmen dar.</p> <p>-Referenzspitäler (Art. 59 Abs. 2 KVV): Das Gesetz geht nicht von Referenzspitälern aus, sondern von einer grundsätzlichen Pflicht zur Datenbereitstellung durch die Spitäler. Referenzspitäler dürfen deshalb nicht verordnet werden, wohl aber – sofern dem Bundesrat beantragt – genehmigt werden.</p> <p>-Übergangsbestimmungen: Die in Absatz 3 erwähnten „Massnahmen zur Kostenkontrolle und –steuerung“ basieren u.E. auf einem falschen Verständnis der Tarifbildung im stationären Bereich und stehen diametral dem Sinn eines DRG-Systems entgegen. Die Formulierung im Entwurf muss unbedingt angepasst werden, um keine ungewollten Folgen zu provozieren (bspw. Globalbudgets). Die Vorgabe der kostenneutralen Einführung gemäss Art. 59c KVV wird dadurch nicht tangiert. Die Einführung von SwissDRG bringt nicht nur eine neue Tarifstruktur, sondern auch sehr wesentliche Änderungen bei der Bemessung der Kostenbasis mit sich. Lehre & Forschung und vor allem der Miteinbezug der Investitionen stellen massive Zusatzbelastungen für die OKP dar. Es müssen die Verordnungen die dadurch entstehenden Unsicherheiten und Handlungsspielräume besser abgrenzen um erstens die Kostenfolgen für die OKP zu begrenzen und zweitens die Vergleichbarkeit der Preise zu gewährleisten. Die unterbreiteten Entwürfe verfehlen diese Ziele eindeutig: Bei Forschung und Lehre entsprechen sie nicht dem Willen des Gesetzgebers (Art. 7 VKL) und bei der Bemessung der Investitionen (Art. 8 VKL) lassen sie eindeutig zuviel Kosten treibenden Spielraum zu. Aus der Optik der Kosten- und Leistungserfassung und somit der VKL mag dies zwar kein Problem darstellen, aus Sicht des KVG als Ganzes – welches ja die soziale Krankenversicherung regelt – fehlt jedoch eine adäquate Regelung für diese bedeutsamen Neuerungen. <i>santésuisse</i> ist durchaus der Ansicht, dass das BAG hier eine Verantwortung wahrnehmen soll und sich nicht auf eine saubere Einführung der Tarifstruktur und die Differenzierung in der Kosten- und Leistungserfassung beschränken darf. Die Vorschläge</p>	<p><i>santésuisse</i></p>

<p>entnehmen Sie bitte direkt den „Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen“, insbesondere zu Art. 7 ff. VKL</p>	
<p>Le CSA se doit de rappeler qu'il a toujours été opposé à ce système de rémunération des prestations hospitalières. Pour une raison simple concernant notamment et fortement les personnes âgées, et fondée sur de multiples observations sur le terrain. En effet, l'application privilégiée du critère d'économicité, qui existe déjà, augmenterait encore. La définition et l'application de ces forfaits conduirait encore plus qu'actuellement à un rejet trop hâtif des personnes âgées des établissements de soins aigus et de réadaptation. Elles sont alors renvoyées trop tôt à des conditions difficiles. Les soins et aides à domicile, quand ils sont organisés et malgré toute la bonne volonté des intervenants, ne suffisent alors souvent pas à ces personnes pour retrouver leurs forces, physiques et psychiques, afin de gérer les activités, même les plus simples, de leur vie quotidienne. Elles sont alors souvent victimes de réhospitalisations ou/et conduites trop précocément à la dépendance et à l'entrée dans un établissement médico-social.</p> <p>En bref, on ne peut identifier totalement les prestations issues de diagnostics analogues faits pour un sportif d'élite ou une personne âgée !</p> <p>Le CSA demande que la définition et l'application des forfaits par cas liés aux prestations tiennent explicitement compte, non seulement de l'économicité des prestations, mais aussi de leur qualité, et même de leur qualité pour tous, personnes âgées comprises. Ainsi les forfaits par cas seront liés à des prestations vraiment „<i>appropriées</i>“, comme le veut la loi.</p> <p>Que l'Autorité fédérale veuille mettre en place un système tarifaire des prestations hospitalières le plus précis possible, qu'elle veuille disposer de données solides pour fonder ses décisions, quoi de plus normal. Mais il faut éviter le risque d'un technocratisme scientifique et monolithique, oubliant trop les composantes relevant de la diversité de l'humain, et de l'humanisme. Il faut tenir compte de cette dimension dans l'application des forfaits par cas liés aux prestations de qualité pour tous.</p>	<p>SSR/CSA</p>
<p>Mit diesen beiden Artikeln wird zu stark reguliert. Die erste Tarifstruktur von leistungsbezogenen Fallpauschalen mit den Anwendungsmodalitäten soll dem Bundesrat zur Genehmigung vorgelegt werden; jedoch sollte der bei TARMED begangene Fehler, dass jede Tarifstruktur- oder Tarifvertragsänderung dem Bundesrat vorgelegt werden muss, unbedingt vermieden werden, damit das System handhabbar bleibt und Änderungen innert nützlicher Frist umgesetzt werden können. Die Weiterentwicklung der Tarifstruktur und Anpassungen bei den Modalitäten sollten vielmehr einer unabhängigen Instanz übergeben werden (beispielsweise dem Casemix-Office von SwissDRG oder einer analogen Instanz).</p>	<p>Stadt ZH, SSV</p>

Zur Zeit ist das einzige national bedeutsame DRG-basierte Abrechnungssystem das APDRG 5.1. Es findet erst in einer Minderheit von Spitälern Anwendung. Der Verein SwissDRG ist daran, ein neues System zu erarbeiten, das bei der Umsetzung der neuen KVG-Bestimmungen schweizweit einheitlich angewandt werden soll. DRG-Systeme legen die Strukturen fest, jedoch nicht die Beitragshöhe. Diese wird zwischen den Kassen und den Spitälern ausgehandelt. Die Beitragshöhe wird dabei über die so genannte Baserate festgelegt, eine Art normierte Durchschnitts-Pauschale. Falls sich Kassen und Spitäler nicht einigen können, legen die Kantonsregierungen die Sätze fest. Der Preisüberwacher (PUE) muss dabei von den Kantonen zur Stellungnahme eingeladen werden. Entscheidet die Kantonsregierung in Abweichung von den Empfehlungen des PUE, muss sie dies begründen. Rekursinstanz ist das Bundesverwaltungsgericht.

Weder das Gesetz noch die bisherigen Vorarbeiten für das Benchmarking berücksichtigen die Kostenunterschiede, die entstehen durch

- die Einhaltung arbeitsrechtlicher und vertraglicher Bestimmungen (Arbeitsgesetz, regionale Personalregelungen, GAV); dabei ist insbesondere zu unterstreichen, dass nicht alle Spitäler den Bestimmungen des Arbeitsgesetzes im gleichen Umfang unterworfen sind.

- die Einhaltung der orts- und branchenüblichen Löhne.

Dies hat zur Folge, dass das Kriterium der Wirtschaftlichkeit verzerrt wird. Spitäler und Kliniken können "Wirtschaftlichkeit" am schnellsten und am einfachsten dadurch erreichen, dass sie die Löhne senken, weil der Lohnanteil an den operativen Kosten in Spitälern und Kliniken bei rund 70% liegt. Orts- und branchenübliche Löhne können nicht mehr eingehalten werden, wenn bei Kostenvergleichen die unterschiedlichen Lohnniveaus nicht berücksichtigt werden. Ebenso wird so die Versuchung geschaffen, vertragliche und arbeitsrechtliche Bestimmungen zu unterlaufen. Einrichtungen, die nicht dem Arbeitsgesetz unterstellt sind, erzielen daraus ungebührliche Vorteile. Über den Mechanismus des Benchmarking würde ein solcher Druck auf Löhne und Arbeitsbedingungen wirksam und rasch generalisiert, wenn sich die Tariffestsetzung an den kostengünstigsten Spitälern zu orientieren hat.

Der Gesetzgeber wollte mit dem Kriterium der "Wirtschaftlichkeit" für effiziente Strukturen und Abläufe und für einen optimalen Mitteleinsatz sorgen. In keinem Moment der Beratungen der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung wurde die Absicht bekundet, es sei Druck auf die Löhne und die Arbeitsbedingungen des Spital- und Klinikpersonals auszuüben.

Gestaltungsräume der Politik und der Sozialpartner erhalten

Die Festlegung der Löhne im Gesundheitswesen ist ein Prozess, der von der Politik, von den Sozialpartnern und von den Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt bestimmt wird. Gesellschaftspolitische Kriterien müssen umgesetzt werden können, etwa das Postulat der gleichen Löhne für gleichwertige Arbeit. Ebenso müssen regionale Unterschiede in den Lebenshaltungskosten und im Lohnniveau Berücksichtigung finden. Sind die Leistungserbringer privatrechtlich organisiert, muss zudem für Gewerkschaften ein Spielraum bestehen, Verbesserungen bei den Löhnen und den Arbeitsbedingungen auszuhandeln. Einhellig postuliert die juristische Lehre und Rechtsprechung, dass Arbeitgeber – damit auch Spitäler – verpflichtet sind, auf Verhandlungen über Gesamtarbeitsverträge einzutreten, wenn diese von legitimierten Gewerkschaften verlangt werden. Dem Staat ist es verboten, durch seine Nachfragemacht die Kündigung von bestehenden GAV via Tariffestsetzung zu veranlassen. Damit würde er den sozialen Frieden gefährden, eine derartige Aktion müsste faktisch als Kampfmassnahme gegen die Arbeitnehmenden verstanden werden. Bei öffentlich-rechtlicher Anstellung muss die Politik Einfluss auf die Festsetzung der Löhne und die Gestaltung der Arbeitsbedingungen nehmen können. Die Mechanismen der Tariffestsetzung dürfen diese Ansprüche, Freiheiten und Einflussmöglichkeiten nicht

Vpod/ssp

<p>ausser Kraft setzen.</p> <p>Die Gesetzgebung zur Tarifierung im Gesundheitsbereich hat sich diesbezüglich an den gängigen Submissionsordnungen zu orientieren. Treten Bund, Kantone und Gemeinden als Auftraggeber auf, müssen sie bei der Auswahl der Auftragnehmer dafür sorgen, dass sie die orts- und branchenüblichen Löhne und Anstellungsbedingungen keinem Veränderungsdruck aussetzen. Dies muss sinngemäss auch für die stationäre Gesundheitsversorgung gelten.</p> <p>Leistungsaufträge an Spitäler gelten zwar nicht als Submissionen im engeren Sinne. Die für Submissionen geltenden Grundsätze sind aber auch im Rahmen von Leistungsaufträgen einzuhalten. Insbesondere ist es dem Staate verboten, mit seiner Nachfragemacht die branchenüblichen Lohn- und Arbeitsbedingungen unter Druck zu setzen. Dieser Grundsatz findet sich in den kantonalen Submissionsgesetzen.</p> <p>Analog zum Submissionsverfahren muss auch im Rahmen von staatlichen Leistungsaufträgen im Bereich Gesundheitsversorgung sichergestellt werden, dass orts- und branchenübliche Bestimmungen eingehalten werden. Hier ist beispielsweise im Kanton Bern sogar gesetzlich eine Einhaltung der gesamtarbeitsvertraglichen Bestimmungen direkt vorgeschrieben (Berner Spitalgesetz).</p> <p>Analog sind auch die Aargauer Kantonsspitäler gesetzlich zum Abschluss eines GAV verpflichtet worden. Bei dem im öffentlichen Besitz befindlichen Spitäler ist der Eigner der Staat, der zur Einhaltung des Gleichbehandlungsgrundsatzes gesetzlich verpflichtet ist.</p>	
--	--

Art. 59d

Abs. Al.	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
allgemein	<p>Die Tarifverträge sind, soweit sie nicht gesamtschweizerisch gelten sollen, durch die Kantonsregierungen zu genehmigen. Der Bundesrat genehmigt die Tarifstrukturen (Artikel 49 Absatz 2 letzter Satz des revidierten KVG). Nach Artikel 46 Absatz 4 KVG genehmigt er überdies Tarifverträge, welche gesamtschweizerisch gelten sollen. Der Begriff "Tarifstruktur" ist klar vom Begriff "Tarifvertrag" zu unterscheiden. Letzterer beinhaltet, basierend auf der Tarifstruktur, die verhandelten Tarife. Eine andere Interpretation des BAG wäre geeignet, Verwirrung und Rechtsunsicherheit zu stiften.</p> <p>Bst. b: Qualität ist nicht im Rahmen der Einführung von SwissDRG zu gewährleisten, sondern über Art. 77 KVV auf Verordnungsebene zu regeln.</p> <p>Bst. c: Prognosen sind ohnehin sehr schwierig; eine gar auf den OKP-Bereich sowie auf vor- und nachgelagerte Bereiche beschränkte Prognose ist unmöglich und deshalb nicht sinnvoll.</p>	BE, BL, NW, UR, GDK
allgemein	<p>Art. 59d Abs. 1 KVV sieht vor, dass die Tarifpartner dem Bundesrat den Tarifvertrag, welcher die einheitliche Tarifstruktur und die Anwendungsmodalitäten des Tarifs enthält, zur Genehmigung vorlegen müssen. Gemäss Abs. 3 desselben Artikels müssen die Tarifpartner namentlich bei Anpassungen der Tarifstruktur oder der Anwendungsmöglichkeiten des Tarifs den Tarifvertrag dem Bundesrat erneut zur Genehmigung vorlegen.</p> <p>Diese Regelung vermag in der vorliegenden Fassung nicht aufzuzeigen, ob sich die statuierte Genehmigungspflicht durch den Bundesrat lediglich auf das Grundsystem der Tarifaufgestaltung (analog der</p>	BS

	TARMED-Rahmenverträge) erstreckt oder inwiefern davon auch allfällige weitere Vereinbarungen mit Auswirkungen für die Kantone bzw. kantonale Vereinbarungen über die Höhe einzelner Tarife oder Fallpauschalen erfasst werden sollen. Es stellt sich die Frage, inwiefern mit dieser Regelung die Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen in der Genehmigung von Tarifgeschäften gemäss Art. 46 Abs. 4 KVG nicht eine Einschränkung zulasten der Kantone bzw. eine Ausweitung zugunsten des Bundes erfährt. Den Erläuterungen sind diesbezüglich keine Informationen zu entnehmen. Diese Unsicherheit sollte deshalb in den Erläuterungen, besser jedoch auf Verordnungsebene, beseitigt werden.	
allgemein	L'article 59d rappelle le principe de la loi sur l'assurance maladie quant à l'approbation par le Conseil fédéral des conventions tarifaires ayant une portée nationale. L'alinéa 1 let. c dudit article mériterait quelques précisions quant aux données effectives devant être remises au Conseil fédéral par les partenaires tarifaires, étant notamment précisé en page 11 paragraphe 4 du document « Teneur des modifications et commentaires » que ces prévisions doivent être clairement distinguées de la notion de neutralité des coûts. Il en est de même de l'alinéa 4 de l'article 59d OAMal dont le texte devrait être plus explicite. Enfin, des précisions devraient être amenées s'agissant de certains termes comme "justification de la qualité" (art. 58b al. 3 let.c), « qualité de la fourniture des prestations (art. 58b alinéa 2 let.a) voire même de certains alinéas comme l'alinéa 1 lettre c de l'article 59d, relativement aux données effectives devant être remises au Conseil fédéral par les partenaires tarifaires.	GE
allgemein	L'article 59d OAMal devrait préciser que la nouvelle structure tarifaire doit prendre en compte de manière adéquate les prestations spécifiques aux soins tertiaires. Les prestations tertiaires sont en effet hautement spécialisées, concernent des cas particulièrement lourds et nécessitent la mise à disposition de personnels et d'équipements spécialisés. Cet article devrait également mentionner que les différents types d'hôpitaux doivent être représentés de manière adéquate au sein des hôpitaux de référence.	VD
allgemein	Mit den Ergänzungen der GDK in Abs. 1 (Vorspann) und in Abs. 3 ist der Kanton nicht einverstanden. Der Kanton befürwortet diesbezüglich die Version gemäss Verordnungsentwurf. Hingegen befürwortet der Kanton die Streichungen gemäss GDK-Stellungnahme in Abs. 1 Bat. b und c.	ZG
allgemein	Die Tatsache, dass gemäss Art. 59 d der Tarifvertrag, der dem Bundesrat vorzulegen ist, neben der Tarifstruktur auch die Anwendungsmodalitäten des Tarifs enthalten muss, erachtet FASMED als richtig. FASMED hofft, dass der Bundesrat bei der Genehmigung des Tarifvertrages der Auflage von Art. 59 d, Abs. 1, lit. b die nötige Bedeutung beimisst.	FASMED
allgemein	Im Kommentar steht : „Die Festlegung der Kodierungsrichtlinien wird mit dem BFS koordiniert; ...“ Diese Abweichung von der heutigen Praxis - heute werden die Kodierungsrichtlinien vom BFS erstellt - ist wohl aus Kapazitätsgründen grundsätzlich zu begrüßen. Allein mit den notwendigen Anpassungen in der Klassifikation CHOP steht ein erheblicher Mehraufwand an. Es ist aber sicherzustellen, dass die Kodierrichtlinien von den Partnern gemeinsam erarbeitet werden. Hierfür bietet sich das CMO geradezu an. Dies ist mit einem neuen Abs. 5 in Art. 59d festzuhalten. „Art. 59d Leistungsbezogene Pauschalen <u>Die Organisation gemäss Art. 49 Abs. 2 KVG sorgt für die Erstellung der Kodierrichtlinien.</u> “	FMH, VLSS

allgemein	<p>Die gewählte Formulierung, die für gewisse Bereiche auch eine Tarifrö-sung basierend auf leistungsbezogenen, schweizweit einheitlichen Pauschalen ausserhalb des DRG-Klassifikationssystems zulässt, wird unterstützt.</p> <p>Sollte für die Geburtshäuser auch die DRG-Klassifizierung als Tarifsyste-m gewählt werden, so muss sichergestellt werden, dass diese den Umständen der Geburtshäuser angepasst wird und beispielsweise anhand von Referenzgeburtshäusern anstelle von Referenzspitälern entwickelt wird.</p> <p>Zudem gilt es bei der Entwicklung der DRG-basierten Tarifstruktur für die stationären Leistungen die speziellen Umstände der Geburt zu berücksichtigen. Geburten sind keine medizinischen Interventionen wie beispielsweise Operationen und stellen deshalb an ein Tarifsyste-m basierend auf DRGs besondere Herausforderungen. Die Geburtshäu-ser/der SHV unterstützen aus diesem Grund mit Nachdruck Art 59 Abs 1 lit b. Dabei gilt es insbesondere Folgendes zu beachten: Im Kom-mentar wird ausgeführt, dass die Tarifpartner Instrumente und Mecha-nismen präsentieren müssen, die potenzielle negative Auswirkungen eines Fallpauschalen-Systemes vermeiden. Die Geburtshäuser/der SHV machen darauf aufmerksam, dass es im Fall Geburten nicht nur im die in den Kommentaren erwähnte „medizinisch nicht angezeigte Verkürzung der Aufenthaltsdauer“ geht, sondern auch um die medizi-nisch nicht angezeigte Verkürzung der Geburtsdauer. Geburten sind sehr individuelle Prozesse, deren Dauer enorm variieren kann. Aus medizinischer Sicht ist eine Geburt ohne unnötige medizinische Inter-ventionen anzustreben. Eine lange Dauer der Geburt bei gutem Zu-stand der Mutter und des Kindes soll per se kein Grund sein für eine medizinische Intervention. Dies ist aber nur gewährleistet, wenn die Entschädigung für eine komplikationslose, vaginale Geburt auch bei langen Geburten kostendeckend ist. Muss eine Risikogeburt (mit Medi-kamenten, Zangen- oder Vakuumgeburt oder ein Kaiserschnitt) defi-niert werden, nur um mittels dieser Intervention eine neue, die Kosten der langen Geburtsdauer deckende DRG zu erreichen, so ist dies so-wohl medizinisch als auch ökonomisch unerwünscht.</p> <p>Eine kostendeckende Entschädigung einer lange andauernden Geburt muss auch ohne medizinische Interventionen möglich sein. Sei dies durch eine separate DRG für überdurchschnittlich lange Geburten (oh-ne medizinische Zusatzindikation), durch allfällige Zusatzentgelte, die auf Grund der Geburtsberichte der Hebammen in Anspruch genommen werden können oder eine andere Lösung. Die Geburtshäuser/der SHV fordern vom Bundesrat, die ihm vorgelegten Tarifsyste-me auf diese Frage hin zu prüfen.</p>	Geburtshaus arco Geburtshaus Artemis Geburtshaus Delphys Geburtshaus Engadin Geburtshaus LaVie Geburtshaus Luna Geburtshaus Terra Alta Geburtshaus Villa Ober-burg Geburtshaus Zürich Ober-land IGGH SHV
allgemein	<p>Art. 46 Abs. 4 KVG spricht vom Tarifvertrag und Art. 49 Abs. 2 KVG von der Tarifstruktur. Weitere Elemente sind im Gesetz nicht festgehal-ten, namentlich nicht die „Anwendungsmodalitäten“ und auch keine „Kernelemente“. Die Spitäler sind sich bewusst, dass gewisse Doku-mente zusätzlich zur Tarifstruktur notwendig sind. Diese aber global als „Anwendungsmodalitäten“ oder „Kernelemente“ zu umschreiben und einzufordern, geht zu weit und erhöht nur den administrativen Aufwand.</p> <p>Art 59d Abs. 5 (neu): Anstatt nur Instrumente zur Qualitätsgewährleis-tung vorzuschreiben, sollte die gesamte Einführung der DRG über-wacht und evaluiert werden. Im weiteren ist dies auch für die Durchfüh-rung wichtig. So können neue Fehlanreize frühzeitig erkannt und behoben werden. „Das Bundesamt evaluiert zusammen mit den Tarifpart-nern und Kantonen die Einführung und Durchführung der Fallpauschalen.“</p>	H+, Inselfspi-tal, SWISS-REHA, VAKA H+

allgemein	<p>Bei einer Überarbeitung von Art. 59d revKVV, die interpharma als notwendig erachtet, sollten folgende Eckwerte beachtet werden:</p> <p>- Falls im stationären Bereich angewendete Medikamente der SL innerhalb der Fallpauschale abgerechnet werden sollten, ist es zu vermeiden, dass eine zusätzliche Wirtschaftlichkeitsprüfung für die Integration in das DRG-System durchgeführt wird. Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit prüft das BAG bei der Behandlung von Gesuchen um Aufnahme in die SL nach Konsultation der EAK. Eine systemwidrige, verzögernde, doppelte Wirtschaftlichkeitsprüfung lehnt interpharma entschieden ab.</p> <p>- Falls neu zugelassene, nicht in die SL aufgenommene Medikamente im stationären Bereich zur Anwendung kommen und sie innerhalb des Fallpauschalensystems vergütet werden sollen, ist die systembedingte Innovationslücke zu schliessen. In welchem Verfahren und nach welchen Beurteilungskriterien solche Regelungen zustande kommen, muss für die Antragsteller vorhersehbar sein. Die erforderliche Transparenz und Rechtssicherheit ist sicherzustellen. Den Verbänden der Pharmaindustrie, die in der SwissDRG AG nicht vertreten sind, ist ein explizites Anhörungs- und Antragsrecht hinsichtlich der in die Fallpauschale aufzunehmenden Medikamentenkosten einzuräumen.</p> <p>- Im Verordnungsentwurf wird der Effizienzbegriff nicht konsequent verwendet. In Art. 59d Abs. 1 Lit. c werden Prognosen über das Leistungsvolumen und die Kostenentwicklung ungeachtet der Ergebnisqualität gefordert. Der gesetzlich festgelegte Grundsatz der Effizienz, d.h. der wirtschaftliche Einsatz der Mittel zur Erzielung der notwendigen Qualität, darf im Verordnungstext nicht ausgehebelt werden. Buchstabe b ist in dem Sinn zu ergänzen, dass das Effizienzprinzip als wichtiges gesetzliches Erfordernis – wie in Art. 58b Abs. 3 Bst. a revKVV – ebenfalls in Art. 59d revKVV gehalten wird.</p>	interpharma
allgemein	<p>Es ist grösstes Augenmerk auf verbindliche Codierungsrichtlinien zu legen. Die bisherigen Erfahrungen von Spitälern, die bereits nach AP-DRG abgerechnet haben, lassen den Schluss zu, dass es im Bereiche der Codierungsmöglichkeiten gewisse Grauzonen gibt. Diese Grauzonen müssen durch ein Codierungshandbuch mit aller Klarheit eliminiert werden.</p>	SGIM
allgemein	<p>...der revidierten Krankenversicherungs-Verordnung regelt die <i>leistungsbezogenen Pauschalen</i>. Bei der Ausarbeitung der neuen Tarifstruktur soll die Mitarbeit der Berufsverbände ausdrücklich in der Verordnung festgehalten werden.</p>	SVDE
allgemein	<p>C'est un article central de cette modification qui fixe la procédure pour la demande d'approbation d'un tel tarif basé sur ces forfaits. Un modèle de calcul des forfaits basé sur une classification des patients de type DRG n'y est donné que comme exemple de modèle de rémunération utilisable par les partenaires tarifaires.</p> <p>Remarques :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. al. 1, c : Demander „ les prévisions sur les effets de l'application du tarif sur le volume des prestations, ainsi que sur les coûts de l'assurance obligatoire des soins „ peut faire pression sur les partenaires au point de les faire aboutir à une pratique volontariste de rationnement disproportionné et contraire à la qualité des soins pour tous. 2. Le CAS ne peut en effet pas faire autrement que de se préoccuper des effets pervers pour la qualité des soins, et même contre-productifs sur le plan de l'efficience et de l'économicité, dus à l'application des forfaits par cas. 3. Ce serait une erreur de penser que ce sont là les seuls domaines de soins où a lieu cette absence de lien valable entre la prestation 	SSR/CSA

	<p>et la rémunération par système DRG, et même par forfait par cas lié aux prestations.</p> <p>4. En prescrivant que le lien du forfait avec la prestation „ doit permettre une différenciation du tarif selon la nature et l'intensité de la prestation „, l'alinéa 4 répond quelque peu aux remarques critiques que le CSA formule ci-dessus sur les forfaits liés aux prestations. C'est en effet reconnaître la grande faiblesse du système prévu due à une standardisation des forfaits et des prestations ne tenant pas assez compte de la diversité des cas. Le CSA veut croire que cet alinéa 4 et les commentaires qui l'accompagnent marquent une volonté du Département de l'intérieur de considérer les difficultés profondes dues aux forfaits par cas liés aux prestations, plutôt qu'un alibi pour mieux les faire accepter.</p>	
allgemein	<p>5 (neue) Bei der Festlegung der Tarifwerte ist darauf zu achten, dass die orts- und branchenüblichen Löhne eingehalten werden können.</p>	Vpod/ssp
1	<p>Bst. b: Qualität ist nicht im Rahmen der Einführung von SwissDRG zu gewährleisten, sondern über Art. 77 KW auf Verordnungsebene zu regeln.</p> <p>Bst. c: Prognosen sind ohnehin sehr schwierig; eine gar auf den OKP-Bereich sowie auf vor- und nachgelagerte Bereiche beschränkte Prognose ist unmöglich und deshalb nicht sinnvoll.</p> <p>„¹ Die Tarifpartner müssen dem Bundesrat des Tarifvertrags die Tarifstruktur, welcher die einheitliche Tarifstruktur und auch die Anwendungsmodalitäten des Tarifs enthält, nach den Artikeln 46 Absatz 4 und Artikel 49 Absatz 2 des Gesetzes zur Genehmigung vorlegen. Zusammen mit dem Gesuch um Genehmigung müssen Unterlagen eingereicht werden, namentlich über: ... b. Instrumente und Mechanismen zur Gewährleistung der Qualität der Leistungen im Rahmen der Tarifanwendung; c. Prognosen über die Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten der obligatorischen Ktankenpflegeversicherung für sämtliche nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes geregelten Bereiche, sowie für die vor- und nachgelagerten Bereiche.“</p>	BE, BL, NW, SG, UR, GDK
1	<p>Kantonal vereinbarte Tarifverträge sind durch die Kantonsregierungen zu genehmigen. Der Bundesrat genehmigt die Tarifstrukturen (Art 49 Abs. 2 letzter Satz). Nach Art. 46 Abs. 4 KVG genehmigt er überdies Tarifverträge, welche gesamtschweizerisch gelten sollen. Der Begriff "Tarifstruktur" muss deshalb klar vom Begriff "Tarifvertrag" unterschieden werden. Letzterer beinhaltet, basierend auf der Tarifstruktur, die verhandelten Tarife.</p> <p>Bst. b ist zu streichen: Qualität ist nicht im Rahmen der Einführung von SwissDRG zu gewährleisten, sondern über Art. 77 KVV auf Verordnungsebene zu regeln.</p> <p>Bst. c: Prognosen sind ohnehin sehr schwierig; eine gar auf den OKP-Bereich sowie auf vor- und nachgelagerte Bereiche beschränkte Prognose ist unmöglich und deshalb nicht sinnvoll.</p>	LU
1	<p>Le canton est d'avis que la proposition n'est pas adéquate car elle ne fait pas correctement la différence entre la notion de «structure tarifaire» et celle de «convention tarifaire». Si les forfaits liés aux prestations sont conclus au niveau cantonal, les conventions tarifaires y relatives doivent être approuvées par les gouvernements cantonaux. Le Conseil fédéral approuve quant à lui les structures tarifaires (art. 49 al. 2, dernière phrase LAMal) de même que les conventions tarifaires qui doivent s'appliquer dans toute la Suisse (art. 46 al. 4 LAMal). En clair, la convention tarifaire comprend les tarifs négociés sur la base de la structure tarifaire. Let. b: la qualité ne doit pas être garantie dans le ca-</p>	NE

	enthält, nach den Artikeln 46 Absatz 4 und 49 Absatz 2 des Gesetzes zur Genehmigung vorlegen. Zusammen mit dem Gesuch um Genehmigung müssen zur <i>Information</i> Unterlagen eingereicht werden, namentlich über: <i>d. Zusatzentgelte</i>	
1	<p>Bst b: Jeder Tarif setzt Anreize und Fehlanreize. Fehlanreize der SwissDRG müssen vermieden werden. Insbesondere dann, wenn sie die Qualität der Spitalbehandlung vermindern. Die Fehlanreize sind aber nicht a priori zu erkennen, weil sie erst beim Gebrauch der DRG's entdeckt werden. Deswegen sind Instrumente und Mechanismen dagegen bei Einreichen zur Genehmigung Wunschdenken. Wahrscheinlich meint „negative Anreize“ auf Seite 10 Kommentar KVV Fehlanreize. Negative Anreize wollen eine Folge unterdrücken, indem dafür etwas gegeben werden muss, z.B. eine Steuer. Fehlanreize sind nicht gewollte Anreize mit unerwünschten Folgen. Der Vorwurf, dass DRG bloody exits fördern, ist genauso unbewiesen, wie die Behauptung, dass heute Patientinnen und Patienten auf Grund der Tagespauschalen zu lange im Spital verbleiben. Festzustellen ist hingegen, dass die Aufenthaltsdauer seit Jahren kontinuierlich abnimmt, DRG hin oder her, und dies sowohl in der Schweiz als auch im Ausland. Ausserdem schicken Akutspitäler Patientinnen und Patienten heute frühzeitig in die Rehabilitation. Bedeutet dies nun eine Qualitätseinbusse oder -steigerung? Handelt es sich systematisch um bloody exits oder hilft die Frührehabilitation dem Genesen mehr als ein längerer Aufenthalt im Akutspital? Die externe Kontrolle über mögliche bloody exits durch die Hausärzte und durch die Patientinnen und Patienten ist sehr gross. Der Imageschaden für das Spital wäre beim Eintreten erheblich. Es liegt also im Interesse der Spitäler bloody exits zu vermeiden. Die Abrechnung mittels DRG impliziert gewisse Qualitätssicherungsmaßnahmen, zum Beispiel die Berücksichtigung der Rehospitalisation in der Falldefinition. Dies führt zu einem neuen, ökonomischen Anreiz der Spitäler, ungeplante Rehospitalisierungen zu vermeiden. Ein übergeordnetes Konzept zur Überprüfung der Auswirkungen von DRGs auf die Gesamtversorgung erachtet H+ als weit wichtiger (siehe unten Art. 59a Abs. 5 neu). →streichen</p> <p>Bst c: Die Schlussfolgerungen aus Prognosen sind beschränkt, und es gibt keinen Hinweis, dass Prognosen sich bewahrheiten. Deshalb soll auf Prognosen verzichtet werden, auch wenn sie machbar sind.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sind solche Prognosen überhaupt sinnvoll? - Wie genau sind solche Prognosen, wenn die Preisänderungen auf Grund von medizinischen Innovationen gar nicht berücksichtigt werden können? - Was ist das Ziel von solchen Prognosen? - Wer ist wirklich an Prognosen interessiert? Was gewinnen die Tarifpartner durch solche Prognosen? Die Vertragspartner können die Prognosen bei den Verhandlungen heranziehen; in Verordnungen gehören diese nicht. →streichen. 	H+
1	<p>Zu b: Streichen</p> <p>Der oft vorgebrachte Vorwurf, dass DRG bloody exits fördern, ist genauso unbewiesen, wie die Behauptung, dass heute eine ungesunde Überarztung auf Grund der Tagespauschalen stattfindet. Festzustellen ist hingegen, dass die Aufenthaltsdauer seit Jahren kontinuierlich abnimmt.</p> <p>Die Abrechnung mittels DRG impliziert gewisse Qualitätssicherungsmaßnahmen, zum Beispiel die Berücksichtigung der „echten“ Rehospitalisation in der Falldefinition. Das Inselspital weiss aus eigener Erfahrung, dass die Rehospitalisierungsrate sich unter DRG nicht verändert</p>	Inselspital

	<p>hat. Ein übergeordnetes Konzept zur Überprüfung der Auswirkungen von DRGs auf die Gesamtversorgung erachtet das Inselspital als weit wichtiger (insbesondere mit Blick auf die kant Planungen). Zu c: Streichen Das Inselspital schliesst sich hier den kritischen Fragen von H+ explizit an.</p>	
1	<p>Bst. b: Dieser Absatz sollte gestrichen werden. Die Auswirkungen der DRG's sind nicht abschliessend geklärt. Unabhängig vom Abrechnungssystem nimmt die Aufenthaltsdauer seit Jahren ab. Patienten werden früher in die Rehabilitation geschickt mit entsprechenden Mehrbelastungen in den Rehabilitationsabteilungen. Die Einflüsse auf die Qualität durch dieses Verhalten sind nicht abschliessend geklärt. Ein umfassendes Konzept zur Prüfung der Auswirkungen der Swiss DRG's betrachtet physiosuisse als dringend notwendig.</p>	physiosuisse
1	<p>Bst. b ist zu streichen. Die Spitäler haben eine gute Qualität ihrer Leistungen zu gewährleisten. Dies ist ein Auswahlkriterium für die Aufnahme auf die Spitalliste. Diese Qualität haben sie sicherzustellen, ohne dass im Rahmen der Tarifierung noch Instrumente und Mechanismen zu vereinbaren sind. Wichtig ist, dass ein korrekter Preis gewährleistet ist und nicht wegen ungenügender Preise eine qualitativ schlechte Leistung vorprogrammiert ist. Wenn schon etwas zu gewährleisten ist, dann sind es faire Preise, die eine Sicherstellung einer guten Qualität ermöglichen. Bst. c ist zu streichen. Solche Prognosen sind unnötig und es ist auch absolut unklar, was das Ziel solcher Prognosen sein soll. Neu sollen nun leistungsgerechte Preise bezahlt werden. Dies ist ein richtiger Entscheid des Parlamentes, welcher endlich zu mehr Transparenz führt. Diese leistungsgerechten Preise basieren auf betriebswirtschaftlichen Grundsätzen. Auch dies ist vom Gesetzgeber festgelegt worden. Somit spielen Prognosen über die Auswirkungen dieser Tarifänderung letztlich überhaupt keine Rolle. Diese Tarifänderung ist nun zu vollziehen. Die einzige Auswirkung von solchen Prognosen könnte nämlich nur darin bestehen, dass sie zu politischen Preisen führt, wie das bereits bei TARMED der Fall war. Dies ist gesetzwidrig und nun nicht zu wiederholen.</p>	Privatkliniken
1	<p>Buchstabe b in dem Sinn zu ergänzen, dass das Effizienzprinzip ist als wichtiges gesetzliches Erfordernis — wie in Art. 58b Abs. 3 Bst. a revKVV — ebenfalls in Art. 59d revKVV festgehalten wird.</p>	SGCI
1	<p>Art. 59 d Abs. 1: Solche Prognosen sind aufwändig und verteuern das Gesundheitswesen erheblich.</p>	SRK
1	<p>Zu b: Streichen Fehlanreize der SwissDRG müssen vermieden werden. Insbesondere dann, wenn sie die Qualität der Spitalbehandlung vermindern. Fehlanreize sind aber nicht apriori zu erkennen. Viele werden erst nach einiger Zeit der DRG-Anwendung entdeckt werden können. Deswegen sind Instrumente und Mechanismen bei Einreichen zur Genehmigung nicht möglich. Der DRG-Tarif impliziert gewisse Qualitätssicherungsmaßnahmen, zum Beispiel die Berücksichtigung der Rehospitalisation in der Falldefinition. Dies führt zu einem neuen Anreiz der Spitäler Rehospitalisierungen zu vermeiden. Ein übergeordnetes Konzept zur Überprüfung der Auswirkungen von DRGs auf die Gesamtversorgung erachten SWISSREHA und VAKA als weit wichtiger. Zu c: Streichen Schlussfolgerungen aus Prognosemodellen sind beschränkt und mit gewissen Ungenauigkeiten behaftet. Deshalb soll auf Prognosen ver-</p>	SWISSREHA VAKA

	zichtet werden, auch wenn sie machbar wären.	
1	<p>Schlechte Wortwahl: Die einheitliche Tarifstruktur und deren Anwendungsmodalitäten dürfen nicht mit den Tarifverträgen gem. Art. 46 KVG verwechselt werden. Folglich ist auch der Verweis auf Art. 46 Abs. 4 zu streichen. Die Terminologie muss hier und an allen übrigen relevanten Stellen angepasst werden. "1 Die Tarifpartner müssen dem Bundesrat den Tarifvertrag, welcher die einheitliche Tarifstruktur und die deren Anwendungsmodalitäten des Tarifs enthält, nach den <u>Artikeln 46 Absatz 4 und Art. 49 Absatz 2</u> des Gesetzes zur Genehmigung vorlegen. Zusammen mit dem Gesuch um Genehmigung müssen Unterlagen eingereicht werden, namentlich über:"</p> <p>"c. Prognosen über die Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten Instrumente zur Überwachung der Entwicklung von Mengen und Kosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für sämtliche nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes geregelten Bereiche („Kostenmonitoring“), sowie für die vor- und nachgelagerten Bereiche."</p> <p>Solche (gemeinsamen) Prognosen sind unrealistisch. Wichtiger als unsichere Prognosen sind Massnahmen zur Verhinderung von Fehlanreizen, insbesondere zur künstlichen Fallgenerierung oder zur Verrechnung von Zusatzentgelten. Diese fallen aber entweder in die Tarifstruktur selber oder sind Bestandteil der Anwendungsmodalitäten gemäss Ziff. 1. Zweckmässig ist hingegen die Errichtung eines „Kostenmonitorings“, welches die Entwicklung von Kosten und Mengen sichtbar machen soll. Die „vor- und nachgelagerten Bereiche“ sind an dieser Stelle auszunehmen, weil eine klare Abgrenzung nicht möglich ist und sie nicht unter die leistungsbezogenen Pauschalen fallen.</p>	santésuisse
2	<p>Abs. 2: Anpassung der Tarifstruktur. Das Kodierungshandbuch und das Konzept zur Kodierrevision müssen nicht vom Bundesrat verabschiedet werden.</p> <p>"2 Im Falle eines auf einem Patienten-Klassifikationssystem vom Typus DRG (Diagnosis Re/ated Groups) basierenden leistungsbezogenen Vergütungsmodells muss der Tarifvertrag zusätzlich das Kodierungshandbuch sowie ein Konzept zur Kodierrevision enthalten. Dem Gesuch um Genehmigung müssen ergänzende Unterlagen über die Kriterien zur Bestimmung der zur Ermittlung der Tarifstruktur beigezogenen Referenzspitäler <u>und über die Kodierung</u> beigelegt werden."</p>	BE, BL, LU, NW, SG, GDK
2	<p>Le canton estime estimons que cette proposition doit être modifiée. En effet, le canton est d'avis que le manuel de codage et le concept de révision du codage ne doivent pas être approuvés par le Conseil fédéral car ils ne font pas partie intégrante de la structure tarifaire.</p> <p>"2 Dans le cas d'un modèle de rémunération lié aux prestations basé sur un système de classification des patients de type DRG (Diagnosis Related Groups), la convention tarifaire comprend en outre le manuel de codage, ainsi qu'un concept pour la révision du codage. La demande d'approbation doit être accompagnée de des documents supplémentaires sur les critères pour le choix des hôpitaux de référence retenus pour la détermination de la structure tarifaire <u>et sur le codage doivent être joints.</u>"</p>	NE
2	<p>Eine doppelte Rechnungskontrolle ist unnötig und vergrössert den administrativen Aufwand. Ein Konzept zur Kodierrevision ist nur dann sinnvoll, wenn der Versicherer im Rahmen der Rechnungsprüfung die Kodierung nicht rückverfolgen kann. Der Leistungserbringer wird ansonsten mit einer Kodierrevision zusätzlich administrativ belastet.</p>	economiesuisse
2	<p>Das Einfordern einer Kodierungsrevision erachtet SGV als übertrieben. Ob richtig kodiert wurde, gilt es im Rahmen der ordentlichen Rechnungskontrolle zu überprüfen.</p>	SGV

2	Im Falle eines auf einem Patienten-Klassifikationssystem vom Typus DRG (Diagnosis Related Groups) basierenden leistungsbezogenen Vergütungsmodells muss der Tarifvertrag zusätzlich das Kodierungshandbuch sowie ein Konzept zur Kodier-revision enthalten. Dem Gesuch um Genehmigung müssen ergänzende Unterlagen über die Kriterien zur Bestimmung der zur Ermittlung der Tarifstruktur beigezogenen Referenzspitäler beigelegt werden.	FMH
2	Ob die Tarifpartner sich überhaupt auf eine Kodierrevision einigen werden, ist unklar. Wenn bis anhin eine unsystematische Einzelrechnungskontrolle durch die Versicherer stattfindet, ist eine Kodierrevision überflüssig (teure Doppelspurigkeit). Die Kriterien zur Bestimmung der Referenzspitäler sind Teil der Berechnungsgrundlagen und -methode nach Abs. 1 Bst. a. Sie haben jedoch mit der Kodierung nichts zu tun. Je grösser die Grundgesamtheit, desto besser die Datenbasis. ... zusätzlich das Kodierungshandbuch (Text gestrichen) enthalten. (Rest streichen).	H+, Inselspital
2	Art. 59 d Abs. 2: Ein Konzept zur Kodierrevision darf vom Verordnungsgeber nicht gefordert werden. Das Gesetz schreibt vor, dass eine Rechnungskontrolle erfolgen soll. Dies ist unbestritten. Ob richtig kodiert worden ist, ist letztlich eine Frage, die die Richtigkeit der Rechnung betrifft und daher im Rahmen der Rechnungskontrolle geprüft werden kann. Es kann nun nicht sein, dass periodische Kodierrevisionen vorgeschrieben werden, ohne dass gleichzeitig die Rechnungskontrolle eingeschränkt wird. Sonst wird den Leistungserbringern wiederum nur zusätzlicher Aufwand verursacht, der sich letztlich vertuernd auf die Gesundheitskosten auswirkt.	Privatkliniken
2	Art. 59 d Abs. 2: In einem Konzept zur Kodierrevision muss sichergestellt sein, dass Patientinnen und Patienten aus sozialen Randgruppen oder mit Verständigungsproblemen nicht benachteiligt werden, und dass für eine optimale medizinische Behandlung und Pflege erforderliche Mehraufwendungen im Klassifikationssystem berücksichtigt sind. Sonst wird den Leistungserbringern wiederum nur zusätzlicher Aufwand verursacht, der sich letztlich vertuernd auf die Gesundheitskosten auswirkt.	SRK
2	...zusätzlich das Kodierungshandbuch sowie ein Konzept zur Kodierrevision enthalten. (Rest streichen) Die Kriterien zur Bestimmung der Referenzspitäler sind Teil der Berechnungsgrundlagen und -methode nach Abs. 1 Bst. a. Sie haben aber mit der Kodierung nichts gemeinsam.	SWISSREHA VAKA
2	Für die Ärzteschaft ist es zentral, dass sie bei Themen wie Qualität, Kodierung, Datenschutz, usw. einbezogen wird. Im KVV wird in diesem Zusammenhang regelmässig von „Tarifpartnern“ gesprochen (vgl. z.B. Art. 59d Abs. 2). Im Kommentar heisst es z.B.: "...müssen die Tarifpartner dem Genehmigungsgesuch einen gemeinsamen Vorschlag mit Instrumenten und Mechanismen beilegen, die dafür sorgen, dass im Rahmen der Tarifierstellung die Qualität gewährleistet bleibt." (vgl. S.11/14 oben). Im Entwurf KVV ist deshalb bei den die Ärzteschaft betreffenden Themen darauf zu achten, dass die FMH einbezogen werden muss. So ist im Einzelfall der Begriff „Tarifpartner“ z.B. durch „die Organisation gemäss Art. 49 Abs. 2 rev.KVG“ zu ersetzen oder durch „mit den Verbänden der Leistungserbringern“ zu ergänzen.	VLSS
2	Das Gesetz spricht nicht von Referenzspitälern. Als Grundsatz gilt gem. Art. 49 Abs. 2 KVG: „Die Spitäler haben der Organisation die dazu notwendigen Kosten- und Leistungsdaten abzuliefern“. Mit anderen Worten: ALLE Spitäler müssen ihre Daten liefern! Es muss der Organisation frei stehen, eine Auswahl zu treffen und das entsprechende Vor-	santésuisse

	gehen zu beantragen, nicht jedoch soll dies verordnet werden. „...muss <u>die einheitliche Tarifstruktur zusätzlich mit dem Kodierungshandbuch sowie einem Konzept zur Kodierrevision</u> enthalten ergänzt sein. <u>Dem Gesuch um Genehmigung müssen ergänzende Unterlagen über die Kriterien zur Bestimmung der zur Ermittlung der Tarifstruktur beigezogenen Referenzspitäler beigelegt werden.</u> “	
3	Der laufende Unterhalt der Tarifstruktur (einzelne Positionen) und leichte Anpassungen der Anwendungsmodalitäten sollten ohne vorherige Genehmigung durch den Bundesrat möglich sein. Der Bundesrat soll sich verpflichten, innerhalb von 4 Monaten zu entscheiden. “ ³ Werden namentlich die Tarifstruktur oder die Anwendungsmodalitäten des Tarifs <u>wesentlich</u> angepasst, so müssen die Tarifpartner dem Bundesrat <u>den Tarifvertrag die Tarifstruktur</u> erneut zur Genehmigung vorlegen. <u>Dieser entscheidet innert 4 Monaten.</u> “	BE, BL, NW, SG, UR, GDK
3	Abs. 3: Der laufende Unterhalt der Tarifstruktur (einzelne Positionen) und leichte Anpassungen der Anwendungsmodalitäten sollten ohne vorherige Genehmigung durch den Bundesrat möglich sein. Der Bundesrat soll sich verpflichten, innerhalb von 4 Monaten zu entscheiden.	LU
3	Le canton est d'avis que cette proposition va trop loin. Le canton estime en effet que l'entretien courant de la structure tarifaire (positions uniques) et de légères adaptations des modalités d'utilisation devraient être possibles sans approbation préalable du Conseil fédéral. Cela étant, en cas d'adaptation importante de la structure tarifaire, le canton estime qu'il faut imposer un délai d'ordre de 4 mois au Conseil fédéral pour statuer, ceci par analogie au délai dont il disposait lorsqu'il agissait comme autorité supérieure de recours en vertu de l'art. 53 LAMal. “En cas d'adaptation <u>importante</u> notamment de la structure tarifaire ou des modalités d'application du tarif, les partenaires tarifaires soumettent à nouveau la <u>convention structure tarifaire</u> au Conseil fédéral pour approbation. <u>Celui-ci statue dans les 4 mois.</u> “	NE
3	Die Pflicht zur Genehmigung von Änderungen der Tarifstruktur und der Anwendungsmodalitäten beim Bundesrat muss reduziert werden, da die Formulierung im Entwurf einen viel zu schwerfälligen Prozess bedeutet. Nur wenn es sich um wesentliche Änderungen handelt, macht eine neuerliche Genehmigung durch den Bundesrat Sinn. Andernfalls verhindert er unnötigerweise rasche Verbesserungen. Deshalb sollte Art. 59d Abs. 3 wie folgt umformuliert werden: “ <u>Bei einer grundlegenden Änderung namentlich der Tarifstruktur oder der Anwendungsmodalitäten</u> müssen die Tarifpartner dem Bundesrat den Tarifvertrag erneut zur Genehmigung vorlegen.“	Economie-suisse
3	L'obligation de soumettre une modification de la structure tarifaire et des modalités d'application du tarif à l'approbation du Conseil fédéral ne doit s'appliquer qu'aux modifications importantes. Dans le cas contraire, la procédure serait trop lourde et empêcherait des adaptations rapides.	FER
3	Der SGV beantragt, dass die erneute Genehmigung nur dann zu erfolgen hat, wenn es sich um <u>wesentliche</u> Anpassungen an der Tarifstruktur oder an den Anwendungsmodalitäten handelt.	SGV
3	“ <u>Wird namentlich die Tarifstruktur oder die Anwendungsmodalitäten des Tarifs</u> angepasst, so müssen die Tarifpartner dem Bundesrat <u>den Tarifvertrag diese</u> erneut zur Genehmigung vorlegen, <u>soweit sie in der Organisation nach Art. 49 Abs. 2 des Gesetzes umstritten war. Der Bundesrat entscheidet innerhalb von 1 Monat nach Einreichung des Gesuchs. Unbestrittene Anpassungen der Tarifstruktur werden dem Bundesrat zur Kenntnis gebracht.</u> “	FMH
3	H+ warnt eindringlich vor einer staatlichen Genehmigungspflicht jeder Anpassung im Tarif. Gegen diese Pflicht sprechen vier Gründe:	H+

	<p>1. Der Bundesrat muss sich regelmässig mit medizinische Details befassen, die mit der strategischen Ausrichtung des KVGs nicht verbunden sind.</p> <p>2. Die Tarifpartner und Kantone haben sich vorher geeinigt.</p> <p>3. Die medizinische Entwicklungen und Anpassungen werden gehemmt, wenn der Tarif sie nicht rasch berücksichtigt.</p> <p>4. Die Entscheide der Tarifpartner würden so nur zeitlich behindert. vgl. den derzeitigen Stillstand beim Tarif TARMED.</p> <p>Die Änderungen der Umsetzungsebene sollten der professionellen Organisation respektive den Tarifpartnern überlassen bleiben, analog zur DRG-Tarif-Selbstverwaltung in Deutschland. <u>“Bedeutende Änderungen in der Tarifstruktur und dem Tarifvertrag müssen die Tarifpartner dem Bundesrat zur Genehmigung vorlegen.”</u></p>	
3	<p><u>Bedeutende Änderungen in der Tarifstruktur und dem Tarifvertrag müssen die Tarifpartner dem Bundesrat zur Genehmigung vorlegen.</u></p> <p>Das Inselhospital schliesst sich der Haltung von H+ an. Jede zusätzliche Genehmigungspflicht hemmt die (med.) Entwicklung und Anpassung eines Tarifs. Vgl. den derzeitigen Stillstand im Zusammenhang mit dem TARMED.</p> <p>Die Änderungen der Umsetzungsebene sollten der professionellen Organisation respektive den Tarifpartnern überlassen bleiben, analog zur DRG-Tarif-Selbstverwaltung in Deutschland (Marktelement).</p>	Inselhospital
3	<p>Diese Pflicht zur Genehmigung von Änderungen der Tarifstruktur und der Anwendungsmodalitäten sind dem Bundesrat nur zur Genehmigung einzureichen, wenn es sich um wesentliche Änderungen handelt. Andernfalls ist der Mechanismus viel zu schwerfällig. Er verhindert unnötigerweise rasche Verbesserungen.</p>	Privatkliniken, SRK
3	<p><u>Bedeutende Änderungen in der Tarifstruktur und dem Tarifvertrag müssen die Tarifpartner dem Bundesrat zur Genehmigung vorlegen.</u></p> <p>SWISS REHA/VAKA lehnen eine Genehmigungspflicht jeder Anpassung im Tarif ab. Die Entscheide der Tarifpartner werden sonst nur zeitlich behindert. Die Änderungen der Umsetzungsebene sollten der Organisation respektive den Tarifpartnern überlassen bleiben, analog zur DRG-Tarif-Selbstverwaltung in Deutschland.</p>	SWISSREHA, VAKA
3	<p>Absatz 3 reduziert die Flexibilität der Vertragspartner massiv, da jede auch noch so kleine Änderung einer Genehmigung durch den BR bedarf. Den Tarifpartnern muss zumindest die Möglichkeit offen gelassen werden, mit der Beantragung der DRGTarifstruktur und deren Anwendungsmodalitäten eine Liste mit nicht genehmigungspflichtigen Sachverhalten / Änderungen zu unterbreiten.”³ Werden namentlich die Tarifstruktur oder die Anwendungsmodalitäten des Tarifs angepasst, so müssen die Tarifpartner dem Bundesrat den Tarifvertrag <u>diese</u> erneut zur Genehmigung vorlegen <u>vorgelegt werden.</u>”</p>	santésuisse
4	<p>Abs. 4: Die Differenzierung der Tarife nach Art und Intensität der Behandlung ist im akut-somatischen Bereich sinnvoll, kann aber evt. in der Psychiatrie und Rehabilitation nicht erfüllt werden.</p> <p>“⁴ Der Bezug zur Leistung, der nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes herzustellen ist, muss <u>im Falle eines Patienten-Klassifikationssystems vom Typus DRG</u> eine Differenzierung des Tarifes nach Art und Intensität der Leistung erlauben.”</p>	BE, BL, NW, SG, UR, GDK
4	<p>Abs. 4: Die Differenzierung der Tarife nach Art und Intensität der Behandlung ist im akut-somatischen Bereich sinnvoll, kann aber evt. in der Psychiatrie und Rehabilitation nicht erfüllt werden.</p>	LU
4	<p>La différenciation des tarifs en fonction de la nature et de l'intensité de la prestation est pertinente dans le domaine somatique aigu. Elle paraît toutefois pour le moins prématurée pour la psychiatrie et la réhabilitation.</p>	NE

	“4 Le lien à établir avec la prestation au sens de l’art. 49, al. 1, de la loi, doit permettre, <u>dans le cas d’un système de classification des patients de type DRG</u> , une différenciation du tarif selon la nature et l’intensité de la prestation.”	
--	---	--

Art. 59e

Abs. Al.	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
allgemein	Die Genehmigung des Fallbeitrags durch den Bundesrat ist durch das Gesetz nicht vorgesehen. Vorschlag: Informationspflicht mit Tätigkeitsbericht.	BL, LU, NW, GDK
allgemein	Les délais concernant la mise sur pied de l'organisation au sens de l'article 49 alinéa 2 LAMal, ainsi que la détermination de la contribution par cas (art. 49 al. 2 LAMal également) paraissent trop courts pour permettre d'une part d'instituer conjointement entre cantons et partenaires tarifaires une Organisation efficace et efficiente, d'autre part, de fixer une contribution qui couvrirait les coûts par cas facturé. Il est en outre capital que les tarifs soient approuvés par les gouvernements cantonaux (art. 46 al.4 LAMal) et que seule la structure tarifaire et les modalités d'application du tarif (convention-cadre) soient soumises au Conseil fédéral pour approbation□	GE
allgemein	L’approbation de la contribution par cas par le Conseil fédéral n’est pas prévue par la loi. On pourrait toutefois imaginer une obligation des partenaires tarifaires d’informer le Conseil fédéral dans un rapport d’activités. Sur cette base le canton propose de supprimer les al. 1 et 2 du projet et de les remplacer par les dispositions suivantes, l'al. 3 restant identique.	NE
allgemein	Art. 59 e Abs. 3 (neu): „Für die Aufteilung der Finanzierung des Fallbeitrags gilt Artikel 49a Absatz 1 und 2 des Gesetzes sinngemäss.“	SG
allgemein	Befürworten die Version gemäss Verordnungsentwurf. Der Fallbeitrag bildet einen Aspekt des Tarifvertrages, der für die ganze Schweiz gelten soll. Dieser Beitrag sollte von einer politischen Behörde genehmigt werden.	ZG
allgemein	Die Tätigkeiten der SwissDRG AG können gemäss Art. 49 Abs. 2 rev. KVG durch einen kostendeckenden Beitrag pro abgerechnetem Fall finanziert werden. Es scheint naheliegend, dass alle in der SwissDRG AG vertretenen Partner nicht nur in die Tätigkeiten, sondern auch bei deren Finanzierung involviert werden müssen.	FMH
allgemein	Der Bundesrat will eine Organisation gründen und damit beauftragen, die Tarifstrukturen zu erarbeiten, anzupassen und zu pflegen. Dabei will sich der Bundesrat auf Art. 49 Abs. 2 KVG stützen, der aber keine gesetzliche Grundlage für das Aufstellen und Betreiben einer zum obigen Zwecke bestimmten Organisation darstellen kann. Art. 49 Abs. 2 KVG ermöglicht im Wesentlichen die Vereinbarung von über die Pauschalen hinausgehenden Leistungen für besondere diagnostische und therapeutische Leistungen, die nicht in der Pauschale enthalten sind, sondern getrennt fakturiert werden können. Die Schaffung einer Organisation zur Tarifüberwachung wird Kosten verursachen, die letztlich zu den Gesundheitskosten zählen werden, ohne dass ein entsprechender Mehrwert für die Patienten und Versicherten resultieren wird. Die vorgeschlagene Finanzierung einer solchen Organisation lehnt Pulsus ab. Einerseits ist nicht akzeptierbar, dass im Ergebnis die Leis-	Pulsus

	<p>tungserbringer über einen „Fallbeitrag“ ihre eigene Kontrolle finanzieren müssen. Gemäss den Vorstellungen des Bundesrates sollen die Leistungserbringer in diesem Zusammenhang einerseits ohne Kompensation einen zusätzlichen, vom Bundesrat verordneten Aufwand zu tragen haben. Andererseits ist die Absicht, dass sämtliche Leistungserbringer als Mitglieder in einer solchen Organisation verpflichtet werden sollen, letztlich eine „Zwangsmitgliedschaft“ oder mindestens die Verpflichtung zu einer Zwangsabgabe. Der vorgeschlagene Weg beweist ein weiteres Mal, dass der Bundesrat offensichtlich zum Ziel hat, in der Schweiz konsequent und schrittweise jede Freiheit im Gesundheitswesen abzuschaffen und durch eine vom Bund beherrschte Staatsmedizin zu ersetzen.</p>	
allgemein	<p>Art. 43 Abs. 6 verlangt von den Vertragspartnern, darauf zu achten, dass eine qualitativ hoch stehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird. Beim Einbezug von Arzneimitteln in die Fallpauschalen muss dieser Grundsatz erfüllt sein.</p> <p>Diese Vorgabe kann nur eingehalten werden, wenn neue und innovative Therapien ohne Verzögerung zum Einsatz kommen können. Zu diesem Zweck sind entsprechend flexible Regelungen im Sinn von Art. 49 Abs. 1 revKVG nötig, die eine Abgeltung der betreffenden Leistungen ausserhalb der Fallpauschalen ermöglichen.</p> <p>Arzneimittel sollen auch unter der künftigen Regelung bei ihrer Zulassung zur Vergütung durch die DKP nur einer einmaligen Wirtschaftlichkeitsprüfung unterzogen werden</p> <p>Den Verbänden der pharmazeutischen Industrie ist gegenüber den Tarifpartnern bzw. der einzusetzenden Organisation ein Anhörungs- und Antragsrecht hinsichtlich der in eine Fallpauschale aufzunehmenden Arzneimittelkosten einzuräumen.</p> <p>In welchem Verfahren und nach welchen Beurteilungskriterien die Fallpauschalen zustande kommen, muss für die die Antragsteller vorhersehbar sein. Die erforderliche Transparenz und Rechtssicherheit ist durch die Pflicht zur Veröffentlichung von SOP sicherzustellen.</p>	SGCI
1	<p>Die Genehmigung des Fallbeitrags durch den Bundesrat ist durch das Gesetz nicht vorgesehen. <u>„Soll ein Fallbeitrag nach Artikel 49 Absatz 2 des Gesetzes erhoben werden, informieren die Tarifpartner den Bundesrat über den entsprechenden Betrag zusammen mit dem Tätigkeitsprofil der Organisation und einem Budget.“</u></p>	BE, BL, NW, SG, GDK
1	<p>« <u>1En cas de prélèvement d'une contribution par cas, conformément à l'art. 49, al. 2, de la loi, les partenaires tarifaires informent le Conseil fédéral du montant correspondant conjointement au profil d'activité de l'organisation et à un budget.</u> »</p>	NE
1	<p>„Soll ein Fallbeitrag nach Artikel 49 Absatz 2 des Gesetzes erhoben werden, so müssen die <u>Tarifpartner in der Organisation nach Art. 49 Abs. 2 des Gesetzes eingebundenen Partner</u> dem Bundesrat den entsprechenden Betrag zur Genehmigung unterbreiten. Dem Gesuch ist ein Tätigkeitsbericht der Organisation und ein Budget beizulegen, mit denen die Notwendigkeit des beantragten Betrags begründet wird.“</p>	FMH
1	<p>Dem ersten Gesuch kann logischerweise noch kein Tätigkeitsbericht beigelegt werden. Er ist deshalb hier zu streichen. Für die weiteren Jahre, siehe H+ Vorschlag zu Absatz 2, hingegen ist ein Tätigkeits- oder Aktivitätsbericht sinnvoll. Es stellt sich die Frage, wer das Inkasso vornimmt, die Spitäler oder die Versicherer. Zwar liegt der „Fall“ bei den Spitälern, aber am Schluss zahlen die Versicherer und die Versicherten. Anstatt die Spitäler als Durchlauferhitzer zu benutzen, können die Versicherer das Geld direkt weitergeben. „... Dem Gesuch ist (streichen) ein Budget beizulegen, ...“</p>	H+

1	Die Aushandlung des Betrags kann den Tarifparteien überlassen werden, eine zusätzliche Kontrolle durch den Bund ist nicht nötig. „1 Soll ein Fallbeitrag nach Artikel 49 Absatz 2 des Gesetzes erhoben werden, so müssen die Tarifpartner dem Bundesrat den entsprechenden Betrag zur Genehmigung unterbreiten. Dem Gesuch ist ein Tätigkeitsbericht der Organisation und ein Budget beizulegen, mit denen die Notwendigkeit des beantragten Betrags begründet wird.	santésuisse
2	„Die Regelung nach Absatz 1 gilt sinngemäss für Anpassungen des Fallbeitrags. Die relevanten Unterlagen sind ein Tätigkeitsbericht und eine Jahresrechnung der Organisation“	BE, BL, NW, SG, GDK
2	„La réglementation conformément à l’art. 49 al. 1 est applicable par analogie aux adaptations de la contribution par cas. Les documents pertinents sont un rapport d’activité et les comptes de l’organisation d’une année. »	NE
2	Wird der Fallbeitrag angepasst, so müssen die <u>Tarifpartner in der Organisation nach Art. 49 Abs. 2 des Gesetzes eingebundenen Partner</u> dem Bundesrat den Fallbeitrag erneut zur Genehmigung unterbreiten.	FMH
2	Ein Aktivitätsbericht sollte jährlich dem zuständigen Bundesamt unterbreitet werden. So wird die Kontrolle durch den Staat gewahrt. „... zur Genehmigung unterbreiten. Die Organisation legt dem Bundesamt jährlich ihren Aktivitätsbericht vor.“	H+, SWISSREHA, VAKA
2	Eine Reduktion des Fallbeitrags sollte nicht beantragt werden müssen. „Wird der Fallbeitrag <u>erhöht</u> , so müssen...“	santésuisse

Übergangsbestimmungen Dispositions transitoires

Abs. Al.	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
1 und 2	Zustimmung.	GDK
2	Ist nicht nachvollziehbar und wird entschieden zurückzuweisen. Art. 49 Abs. 2 rev. KVG spricht von der Einsetzung einer Organisation. Die Formulierung ist ebenso klar wie logisch. Eine Verzettlung der Kompetenzen bei der Pflege der einheitlichen Tarifstruktur ist unnötig und wäre gelinde gesagt wenig wünschenswert. Abs.2 ist ersatzlos zu streichen.	FMH
3	Analoge Anmerkung wie zu Art. 59d Abs. 1: Der Bundesrat genehmigt die Tarifstrukturen (Art 49 Abs. 2 letzter Satz). Der Termin vom 30. Juni 2009 ist für den akut-somatischen Bereich zu früh, für alle anderen Bereiche illusorisch. „3 Das erste Gesuch um Genehmigung <u>des Tarifvortrags der Tarifstruktur</u> nach Artikel 59d <u>für den akut-somatischen Bereich</u> muss dem Bundesrat spätestens am 30. Juni <u>31. Dezember 2009</u> vorgelegt werden. Der Tarifvortrag <u>Die Tarifstruktur</u> muss (zusätzlich zur einheitlichen Struktur und zu den Anwendungsmodalitäten des Tarifs) einen gemeinsamen Vorschlag der Tarifpartner über die zur Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen erforderlichen Begleitmassnahmen enthalten, namentlich Massnahmen zur Kostenkontrolle und -steuerung.“	BE, BL, LU, NW, SG, UR, GDK
3	Concernant l’alinéa 3 des dispositions transitoires, le canton est d’avis que <u>le delai du 30 juin 2009</u> proposé pour le dépôt de la demande d’approbation tarifaire au Conseil fédéral est convenable et fournit suffisamment de temps (30 mois) aux fournisseurs de prestations pour	FR

	réaliser les travaux d'introduction des nouvelles modalités tarifaires jusqu'au 1er janvier 2012.	
3	Le canton renvoie à ses observations relatives à l'art. 59d al. 1. Le délai au 30 juin 2009 est trop rapproché pour le domaine somatique aigu et en tous les cas illusoire pour tous les autres domaines (psychiatrie, réadaptation). « 3La première demande d'approbation de la <u>convention structure</u> tarifaire visée à l'art. 59d <u>pour le domaine somatique aigu</u> doit être adressée au Conseil fédéral au plus tard le 30 juin <u>31 décembre 2009</u> . La convention <u>structure</u> tarifaire comprend, outre la structure tarifaire uniforme et les modalités d'application du tarif, une proposition commune des partenaires tarifaires sur les mesures d'accompagnement nécessaires à l'introduction des forfaits liés aux prestations, notamment sur les mesures concernant le contrôle et le pilotage des coûts. »	NE
3	Les dispositions transitoires prévues pour l'introduction des forfaits liés aux prestations, à savoir l'entrée en activité de l'organisation prévue et la première demande d'approbation de la convention tarifaire au plus tard le 30 juin 2009, sont irréalistes. Ce délai doit être repoussé au 31 décembre 2009.	VS
3	Befürworten die Version gemäss Verordnungsentwurf. Diese Anpassungen ergeben sich aus den Änderungsanträgen mit Bezug auf die Begrifflichkeit betreffend Tarifvertrag und die Genehmigung des Fallbeitrages durch den Bundesrat.	ZG
3	Die Übergangsbestimmungen in Abs. 3 sehen einen engen Zeitplan vor. Dieser Zeitplan ist unrealistisch und sollte angepasst werden. Zu streichen ist ferner die Forderung nach Begleitmassnahmen zur Kostensteuerung. Kostensteuerungen greifen schädlich in den Markt ein.	Economie-suisse
3	L'échéance prévue est irréaliste et doit être revue. Les mesures d'accompagnement nécessaires au pilotage des coûts doivent être supprimées. Les prix, donc les coûts de la santé ne doivent plus être	FER
3	Pilotés erlangten Begleitmassnahmen lehnt SGV ab. Massgebend für die über die OKP abzurechnenden Leistungen ist der Grundleistungskatalog. Zwecks Eindämmung des Kostenwachstums gilt es gegebenenfalls diesen Grundleistungskatalog anzupassen. Den vorgeschlagenen Zeitplan erachtet SGV als eher unrealistisch, weshalb entsprechende Anpassungen wohl unvermeidbar sind.	SGV
3	Das erste Gesuch um Genehmigung des Tarifvertrags nach Artikel 59d muss dem Bundesrat spätestens am <u>30. Juni 2011</u> vorgelegt werden. Der Tarifvertrag muss (zusätzlich zur einheitlichen Tarifstruktur und zu den Anwendungsmodalitäten des Tarifs) einen gemeinsamen Vorschlag der Tarifpartner über die zur Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen erforderlichen Begleitmassnahmen enthalten, namentlich Massnahmen zur Kostenkontrolle und -steuerung.	FMH
3	Die heutigen Mitglieder des Vereins SwissDRG sowie die Aktionäre des zukünftigen Case-mix Office werden am 30. Juni 2009 nicht in der Lage sein, einen kompletten Tarifvertrag zu unterbreiten. Sinnvoller ist daher eine gestaffelte Genehmigung. Die Gründe hierfür sind: a) Die Umsetzung der Fallpauschalen ist heute noch gar nicht geklärt. Werden die einzelnen Spitäler dem Vertrag SwissDRG (heute Einführungsvertrag) beitreten? Oder wird die Benutzung der Tarifstruktur anders geregelt? Von einem Tarifvertrag kann erst gesprochen werden, wenn der Preis der Leistung geregelt ist. Wird z.B. der Basisfallpreis pro Spital ausgehandelt und festgelegt, müssten sehr viele Einzelverträge zur Genehmigung unterbreitet werden. Dies ist gemäss heutiger Praxis Sache der kantonalen Behörden. b) Die Partner benötigen mehr Zeit, um technischen Anforderungen zu erfüllen. Die Ba-	H+, Inselspital

	<p>sis der Tarifstruktur, der grouper, besteht noch nicht. Die medizinischen Kataloge der Diagnosen und Prozeduren sind bisher nicht angepasst. Hier ist ein Entscheid des BfS ausstehend. c) Das Vorlegen des gesamten Tarifvertrages zur Genehmigung an den Bundesrat am 1. Juni 2009 ist zeitlich unmöglich. Die Einführung kann in Fristen berechnet werden: z.B. Genehmigung durch den Bundesrat = 6 Monate; vollständige Helvetisierung und Einsatzbereitschaft des groupers = 1 Jahr; medizinische Datensammlung um die Kostengewichte zu berechnen = 1 Jahr; Berechnung der Kostengewichte = 6 Monate; Anpassungen der Kosten- und Leistungserfassung sowie Rechnungsstellung in den Spitälern und bei den Versicherern = 6 Monate; Bemessung der Leistungsangebote und Kostenstrukturen in den Spitälern = 1 Jahr; Verhandlungen der Tarifpartner und Kantone = 1 Jahr. Eine Steuerung der Kosten und Leistungen, wie sie im letzten Satz gefordert wird, ist im stationären Bereich gesetzlich nicht vorgesehen. Weder werden medizinische noch finanzielle Höchstvorgaben gemacht. Beide hätten auch nur zum Ziel eine staatliche Rationierung durchzuführen. <u>„Das erste Gesuch um Genehmigung des Tarifvertrages nach Artikel 59d berücksichtigt folgende Termine:</u></p> <p><u>- für die Kataloge für Diagnosen und Prozeduren spätestens bis am 1. August 2008,</u></p> <p><u>- für den Katalog der Diagnose bezogenen Gruppen spätestens bis am 1. Juli 2011,</u></p> <p><u>- die Kostengewichte spätestens bis am 1. Juli 2010.“</u></p>	
3	<p>Dieser Zeitplan ist unrealistisch. Er ist zu überarbeiten. Zu streichen ist die Forderung nach Begleitmassnahmen zur Kostensteuerung. Die Preise ergeben sich und damit die Kosten des Gesundheitswesens zwingend aus den gesetzlichen Vorgaben. Sie können und dürfen deshalb nicht mehr gesteuert werden. Ein solches Vorgehen wäre klar gesetzwidrig und würde letztlich zu einer Rationierung führen.</p>	Privatkliniken
3	<p>"Das erste Gesuch um Genehmigung des Tarifvertrages muss dem Bundesrat spätestens am 30. Juni 2009 vorgelegt werden." Das ist unmöglich. Zu diesem Zeitpunkt können die Tarifverträge noch nicht vorliegen.</p>	Helsana
3	<p>Das erste Gesuch um Genehmigung <u>der einheitlichen Tarifstruktur und deren Anwendungsmodalitäten des Tarifvertrags</u> nach Artikel 59d muss dem Bundesrat spätestens am 30. Juni 2009 vorgelegt werden. Der Tarifvertrag muss (Zusätzlich zur einheitlichen Tarifstruktur und zu den Anwendungsmodalitäten des Tarifs) <u>ist</u> einen gemeinsamen Vorschlag der Tarifpartner über die zur Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen erforderlichen Begleitmassnahmen enthalten. <u>einzu-reichen</u>, namentlich Massnahmen <u>zum Kostenmonitoring</u>.</p> <p>a) „Kosten = Preis x Menge“ □ Massnahmen zur Kostenkontrolle und -steuerung führen entweder direkt zu einer Mengensteuerung (was niemals Sache der DRG-Tarifstruktur oder der Tarifverträge ist) oder verhindern ein tarifrelevantes Benchmarking, was diametral der gesetzlichen Vorgabe und dem Sinn eines DRG-Systems entgegen steht. Sicherzustellen ist lediglich ein kostenneutraler Übergang von den bisherigen ins neue Tarifsysteem, was bereits in Art. 59c KVV hinreichend geregelt ist. Massnahmen zur Kostenkontrolle und -steuerung schiessen über das Ziel hinaus. Vermutlich basiert diese Formulierung auch auf Erfahrungen aus TARMED. Eine Übertragung der TARMED-Konzepte auf DRG ist jedoch nicht statthaft, weil die Tarife im akutstationären Bereich bereits auf tatsächlichen Betriebskosten der Leistungserbringer basieren. Eine Kostensteuerung auf Ebene der Tarife (nur eine solche kann gemeint sein) darf somit keinesfalls verordnet werden und widerspricht Art. 59c Abs. 1 lit.a KVV. b) Darüber hinaus kann auf</p>	santésuisse

	bereits erfolgreich durchgeführte Systemwechsel auf APDRG verwiesen werden. Dort wurden jeweils – im Interesse aller Tarifvertragspartner – eine Schattenrechnung sowie allfällige Ausgleichszahlungen vereinbart. Es ist absehbar, dass ein vergleichbares Verfahren für SwissDRG zur Anwendung gelangen wird.	
3	Das Vorliegen eines DRG-Vertrages bis 30.6.2009 ist unrealistisch, da erst Mitte 2008 eine erste Testversion von SwissDRG vorliegen dürfte. Eine erste brauchbare Version ist frühestens Mitte 2009 zu erwarten; erst nach Analyse der Ergebnisse einer solchen Version können vertragliche Modalitäten überhaupt definitiv fixiert werden. Das heisst, mit einem definitiven Vertrag ist frühestens Ende 2010/Anfang 2011 zu rechnen.	Stadt ZH
4	Absatz 4 sollte entsprechend zu Artikel 59e folgendermassen angepasst werden: „Die Tarifpartner müssen dem <u>den</u> Bundesrat <u>über</u> den Betrag des Fallbeitrags nach Artikel 59e spätestens zusammen mit dem ersten Genehmigungsgesuch nach Absatz 3 <u>informieren</u> . zur Genehmigung vorlegen . Anmerkung zum Kommentar: Im Kommentar wird richtigerweise festgestellt, dass die Einführung der neuen Finanzierungsregelung auf den 31.12.2011 abgeschlossen sein muss. Es wird festgestellt, dass aufgrund von Abs. 4 der Übergangsbestimmungen zur KVG-Revision Spitalfinanzierung bis dann die heutige Finanzierungsregelung gilt.	BE, BL, NW. SG, UR, GDK
4	Pour ce qui est de l'al. 4, nos remarques sont analogues à celles relatives à l'art. 59e. «4Les partenaires tarifaires soumettent au <u>informent</u> le Conseil fédéral pour approbation <u>le</u> du montant de la contribution par cas visée à l'art. 59e, au plus tard lors de la première demande d'approbation selon l'al. 3.»	NE
4	Befürworten die Version gemäss Verordnungsentwurf. Diese Anpassungen ergeben sich aus den Änderungsanträgen mit Bezug auf die Begrifflichkeit betreffend Tarifvertrag und die Genehmigung des Fallbeitrages durch den Bundesrat.	ZG
4	„Die Tarifpartner <u>in der Organisation nach Art. 49 Abs. 2 des Gesetzes eingebundenen Partner</u> müssen dem Bundesrat den Betrag des Fallbeitrags nach Artikel 59e spätestens zusammen mit dem ersten Genehmigungsgesuch nach Absatz 3 zur Genehmigung vorlegen.“	FMH
5	Abs. 5: Neu zur Einführung der revidierten Bestimmung zur Qualitätssicherung (Art. 77): „ <u>5 Bis zur Umsetzung von Art. 77 können die Kantone in Erfüllung der Anforderungen nach Art. 39 Abs. 2ter des Gesetzes die Qualität nach den verfügbaren Kriterien beurteilen.</u> “	BE, BL, NW, SG, UR, GDK

gesetzt oder nicht umsetzbar sind (fehlende Datenaufbewahrungspflicht). Auch deshalb erachtet der Kanton eine Kalkulation der Norminvestitionskosten als angezeigt. Zu diesem Zweck ist es notwendig, ein Projekt des BAG und der GDK zusammen mit den Leistungserbringern und den Versicherern zu initiieren.

4. Das Parlament hat den Bundesrat beauftragt, das Verfahren zu bestimmen, nach dem die vor Inkrafttreten der Gesetzesänderung getätigten Investitionen in die Tarifberechnung einbezogen werden. Dazu sind die Ausführungen von Nationalrätin Humbel-Näf vom 22. März 2007 relevant, bei denen der Kanton die relevanten Passagen kursiv hervorheben:

"Ich bitte Sie, bei Artikel 49 Absätze 2 und 3 der Kommissionsmehrheit zu folgen. Es ist eine Frage des Konzepts. Die Kommissionsmehrheit will, dass Investitionen in den Fallpauschalen einberechnet sind und dass Kostenvergleiche auf der Grundlage der Vollkosten angestellt werden können. Dass es keine einfache Sache ist, die Investitionskosten zu kapitalisieren, das weiss der Kanton. Deshalb hat der Bundesrat den Auftrag, hiezu Bestimmungen zu erlassen. Ich möchte Sie aber darauf hinweisen, dass das heute in Privatkliniken auf den Spitalisten schon der Fall ist. Privatkliniken, die auf den kantonalen Spitalisten figurieren, verrechnen ihre vollen Kosten inklusive Investitionen zulasten der Krankenversicherer; das muss also heute schon bezahlt werden. Es ist deshalb eine Frage der Systemgerechtigkeit, dass alle Patienten in den Spitälern, die auf den Spitalisten aufgeführt sind, gleiche Bedingungen haben und gleichermaßen von der öffentlichen Hand, von den Kantonen und von den Versicherern mitfinanziert werden."

Aus diesen Ausführungen von Nationalrätin Humbel-Näf geht hervor, dass es nicht um eine unterschiedliche Berücksichtigung je nach Stand der Anlagen geht, wie dies aus der in den Vernehmlassungsunterlagen vorliegenden Übergangsbestimmung geschlossen werden könnte, sondern um eine Kapitalisierung der Investitionskosten. Aus unternehmerischer Sicht kann diese Kapitalisierung nicht auf dem jeweiligen Zeitwert bzw. Buchwert erfolgen, sondern muss auf dem indexierten Anschaffungs- oder dem Wiederbeschaffungswert basieren. Nur dieses Vorgehen ermöglicht eine Investitionspolitik auf Basis der vollständig kapitalisierten Investitionskosten.

5. In der VKL sollte zudem festgehalten werden, so dass nur der Investitionskostenanteil berücksichtigt wird, welcher für stationäre Leistungen zulasten des KVG anrechenbar ist.

6. Die Firma Keller Unternehmensberatung hat festgestellt, dass der Stand der Anlagebuchhaltungen höchst unterschiedlich ist und diese nicht vergleichbar sind. Es ist zu bezweifeln, dass bis zur Einführung der neuen Finanzierungsregelung in allen Spitälern und Kliniken einheitliche und vergleichbare Anlagebuchhaltungen vorliegen, die als Basis für die Vergütung der Investitionskosten herangezogen werden können. Auch dieser Umstand spricht für die vorgeschlagene Kalkulation von Norminvestitionskosten.

Gemeinwirtschaftliche Leistungen:

Aufnahmepflichten der Spitäler werden in den Erläuterungen als gemeinwirtschaftliche Leistungen aufgeführt. Sie sind aber als solche nicht unter Artikel 49 Absatz 3 des revidierten KVG erwähnt, sondern wurden im Lauf der Beratung an dieser Stelle gestrichen. Deshalb dürfen sie auch im Kommentar zur VKL nicht als gemeinwirtschaftliche Leistungen erwähnt werden. Die Aufnahmepflicht soll jedoch Teil des kantonalen Leistungsauftrags sein und ist richtigerweise in der KVV geregelt.

Lehre und Forschung:

Der Kanton ist mit dem Passus in den Erläuterungen einverstanden, wonach die universitäre Lehre mit dem eidgenössischen Diplom endet. Bei der Weiterbildung handelt es sich somit nicht um universitäre Lehre.

Hingegen ist der Kanton mit der in Erläuterungen enthaltenen Auslegung des

<p>gesetzgeberischen Willens nicht einverstanden. Sie legt den falschen Schluss nahe, dass die Kosten für nicht universitäre Lehre aus den anrechenbaren Kosten ausgeschieden werden müssten. Darüber hinaus könnte folgende Passage in Ziffer III (Kommentar zu Artikel 7) zu Missverständnissen und Streitigkeiten führen:</p> <p>"Die Kosten für die spitalinterne Weiterbildung des nicht akademischen Personals sind in der Kostenrechnung ebenfalls zu erfassen. Je nach Art der Weiterbildung sind diese letzten Kosten für den Betrieb des Spitals erforderlich und können in die leistungsbezogenen Pauschalen einfließen."</p> <p>Es kann immer behauptet werden, dass es für den Spitalbetrieb nicht erforderlich sei, Personal weiterzubilden. Auf Basis dieses Kommentars könnten jegliche Kosten aus der Weiterbildung als nicht anrechenbar bestritten werden. Aus dem Wortlaut des Gesetzes selber ergibt sich jedoch:</p> <p>Betriebskosten aus Lehre und Forschung sind gemäss Artikel 49 Absatz 1 des geltenden KVG nicht anrechenbar. Gemäss revidiertem KVG sind nur noch universitäre Lehre und Forschung nicht anrechenbar (Artikel 49 Absatz 3 des revidierten KVG). Daraus ergibt sich, dass nach dem Willen des Gesetzgebers die Betriebskosten für die nicht-universitäre Lehre neu anrechenbare Kosten sind. Zur Begründung des weiterhin bestehenden Ausschluss universitärer Lehre hat die Kommissionssprecherin, Frau Ständerätin Christiane Brunner, im Ständerat am 8. März 2006 ausgeführt, dass es darum gehe, die Vergleichbarkeit der Kosten und Leistungen zu garantieren:</p> <p>"Quant à la recherche et à la formation universitaire, elles sont déjà maintenant souvent comptabilisées séparément et personne ne semble contester le fait que ces domaines ne doivent pas entrer dans le calcul du forfait lié aux prestations. C'est pourquoi, par 9 voix contre 2, la commission vous propose d'exclure ces prestations d'intérêt général du calcul du coût du tarif hospitalier, de telle manière à ce que les comparaisons puissent être effectuées avec des prestations comparables."</p> <p>Die im Kommentar zur VKL-Änderung nahegelegte Schlussfolgerung, dass es deshalb genauso der Wille des Gesetzgebers sei, die nicht universitäre Lehre von der Anrechenbarkeit auszuschliessen und die Abgeltung der Kosten für die Weiterbildung von einem betrieblichen Bedarf abhängig zu machen, ist aus drei Gründen unzulässig:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. In den Materialien findet sich kein solcher Hinweis. Der Kanton kann sich nicht vorstellen, dass das Parlament immer von universitärer Lehre gesprochen hätte, wenn auch die nicht universitäre Lehre und Weiterbildung gemeint gewesen wäre. 2. Wenn während der Debatte, wie in den Erläuterungen festgehalten, erwähnt wurde, dass die Kosten der nicht universitären Aus- und Weiterbildung Sache der Spitäler und Schulen sei und die Kosten wie in anderen Bereichen üblich in die Kosten der betroffenen Spitäler einfließen sollten, so heisst dies gerade, dass diese Kosten anrechenbar sein sollen. Der Ausdruck "Einfließen in die Kosten" muss daher zwingend bedeuten, dass diese Kosten über das KVG abgerechnet werden können. 3. Die nicht universitäre Ausbildung gereicht den Spitälern nur dann zum Wettbewerbsnachteil, wenn die entsprechenden Kosten nicht anrechenbar sind. Gemäss VKL müssen die Vollkosten die Aus- und Weiterbildung separat ausweisen (direkte und indirekte Kosten), Der Betriebsvergleich muss auf den relevanten und vergleichbaren Kosten basieren. Weitere Kostenkomponenten können ohne Weiteres zugeschlagen werden. <p>Der Regierungsrat beantragt Ihnen, in den Erläuterungen auf die verwirrende Auslegung des gesetzgeberischen Willens zu verzichten. Darüber hinaus ist eine entsprechende Klärung im dargelegten Sinn notwendig,</p>	
<p>Le commentaire relatif à l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements medico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP) doit être modifié de sorte qu'il ne subsiste aucun</p>	<p>FR</p>

<p>doute sur le fait que les coûts relatifs à l'enseignement non universitaire et à la formation continue du personnel académique et non académique soient considérés comme des coûts pris en considération dans les tarifs à charge de l'AOS et donc cofinancés par les assureurs et les pouvoirs publics. En effet, il n'est pas non plus concevable que, pour ces éléments, la Confédération introduise une équivoque par la voie d'un message concernant une ordonnance, alors que le législateur n'a pas remis en cause cet élément ni au cours des débats aux chambres fédérales, ni lors de la décision finale du 21 décembre 2007 de l'Assemblée fédérale.</p> <p>La loi prévoit qu'à l'avenir les frais d'investissement seront également inclus dans les tarifs hospitaliers. Il est donc important que des normes et des principes clairs soient fixés pour réglementer de manière appropriée ce domaine. Or, l'ordonnance proposée ne contient pas ces éléments essentiels à la mise en œuvre de cette modification de la loi. Le canton est d'avis que les dispositions doivent être suffisamment détaillées pour garantir la comparabilité entre les hôpitaux et requise dans la prise en charge de ces frais par l'AOS. Le canton relève également l'importance de pouvoir imputer les investissements consentis avant l'entrée en vigueur de la révision de la LAMal dans les forfaits remboursés par l'AOS.</p>	
<p>Sowohl in der Psychiatrie als auch im Rehabilitationsbereich bestehen in verschiedenen Kantonen Tageskliniken, die in Bezug auf die medizinischen und therapeutischen Leistungen den stationären (und nicht den ambulanten) Angeboten gleichzusetzen sind und sich lediglich durch eine reduzierte Beanspruchung der Hotellerie resp. durch einen reduzierten pflegerischen Aufwand über den gesamten Tag (inkl. Übernachtung) von diesen unterscheiden. Der Ausbau derartiger Angebote wäre aus medizinischer, sozialer und wirtschaftlicher Sicht gleichermaßen sinnvoll (Substitution stationärer Angebote), wird heute aber durch die unklare versicherungsrechtliche Zuordnung stark behindert. Diese Angebote sollten künftig – analog zur in Deutschland längst etablierten Praxis – dem stationären Bereich zugeordnet werden. Damit würde die Möglichkeit geschaffen, derartige Angebote nach den für stationäre Leistungen üblichen Grundsätzen abzurechnen (Pauschaltarife, anteilige Finanzierung durch die Versicherer und die Kantone nach dem für stationäre Behandlungen geltenden Schlüssel). Der Kanton beantragt daher, in Art. 5 VKL den 2. Satz zu streichen und Art. 3 stattdessen wie folgt zu ergänzen: <u>lit. f: „in der Tagesklinik eines Spitals für befristete Rehabilitationsbehandlungen im Rahmen strukturierter Programme.“</u></p>	GL
<p>Der Kanton GR lehnt den Revisionsentwurf in der vorgelegten Fassung entschieden ab. Anlass zu ablehnender Haltung geben die vorgesehene Regelung der anrechenbaren Kosten für Lehre und Forschung sowie der Ausgestaltung der Anlagebuchhaltung. Die vorgesehene Regelung der anrechenbaren Kosten für Lehre und Forschung steht in Widerspruch zum Gesetz. Die vorgesehene Regelung der Ausgestaltung der Anlagebuchhaltung ist so offen formuliert, dass eine einheitliche Berücksichtigung der Investitionskosten in den Fallpauschalen nicht gewährleistet ist. Der Kanton ersucht entsprechend, die Vorlage umfassend zu überarbeiten und anschliessend zum überarbeiteten Entwurf eine erneute Vernehmlassung durchzuführen.</p>	GR
<p>Une objection essentielle concerne le commentaire général sur l'OCP qui suppose la non imputabilité de l'enseignement non universitaire et de la formation continue du personnel académique et non académique, de même que le commentaire sur l'art. 7 OCP-r qui fait dépendre la rémunération d'une nécessité au niveau de l'exploitation de l'hôpital.</p> <p>Le canton prie, en conséquence, de ne pas remettre en question dans le commentaire la prise en compte de l'enseignement non universitaire.</p> <p>Un autre point de critique essentielle concerne la réglementation prévue sur les frais d'investissement. Ainsi, manque toujours des normes claires réglant l'évaluation, les principes applicables et la prise en compte. Il est en outre à</p>	JU

<p>craindre en particulier lors de l'introduction de la modification de l'ordonnance que la transparence ne soit pas garantie et que, d'un hôpital à l'autre, les frais imputables soient soit trop élevés, soit trop bas. Le canton vous demande de prévoir un calcul standard des frais d'investissement afin qu'il soit possible de remédier à ce manque.</p>	
<p>Le canton a avant tout une objection à formuler concernant, d'une part, le commentaire général y relatif qui paraît prévoir la non imputabilité de l'enseignement non universitaire et de la formation continue du personnel académique et non académique et, d'autre part, celui plus spécifique sur l'art. 7 OCP révisé qui subordonne la rémunération de l'enseignement et de la formation continue dont il est fait état ci-avant à une nécessité au niveau de l'exploitation de l'hôpital. Dans le premier cas, il paraît ressortir du texte de la LAMal révisée et des interventions faites au Parlement que l'enseignement non universitaire et la formation continue font désormais partie des coûts imputables; en tous les cas, le canton n'a trouvé dans les délibérations des Chambres fédérales aucune indication qui aille dans le sens contraire. Dans le second cas, il semble vain et stérile de devoir discuter chaque fois de la nécessité économique pour l'hôpital de l'enseignement et de la formation continue suivis pour justifier la prise en compte des coûts correspondants. Dans un souci de sécurité juridique et pour éviter d'inutiles confusions, le canton vous demande dès lors de ne pas remettre en question, dans le commentaire relatif à l'OCP, la prise en compte de l'enseignement non universitaire et de la formation continue du personnel académique et non académique.</p> <p>Une autre réserve concerne la réglementation prévue sur les frais d'investissement. Le canton considère en effet que des normes claires réglant la prise en compte de ces derniers font toujours défaut. Le canton craint par ailleurs qu'au moment de l'introduction de la modification de l'ordonnance précitée, la transparence ne soit pas garantie et que, d'un hôpital à l'autre, les frais imputables soient tantôt trop élevés, tantôt trop bas. Le canton vous demande de prévoir un calcul standard des frais d'investissement afin qu'il soit possible de remédier à ce manque.</p> <p>Le canton renvoie à la prise de position et aux propositions de modification avant tout d'ordre technique émises au sujet de ce projet par la CDS dans le cadre de la présente consultation.</p>	NE
<p>Der Kanton OW unterstützt in allen Punkten die vom Vorstand der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK) am 14. März 2008 verabschiedete Stellungnahme zu den vorliegenden Verordnungsänderungen.</p>	OW
<p>Die vorgesehene Anpassung der VKL lehnt der Kanton aus folgenden Gründen ab:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Gemäss erläuterndem Bericht des EDI ist auch die Aufnahmepflicht der Spitäler als gemeinwirtschaftliche Leistung zu betrachten. Diese Aussage steht im klaren Widerspruch zu Art. 49 Abs. 3 KVG, wonach nur die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regional-politischen Gründen sowie die Forschung und universitäre Lehre als gemeinwirtschaftliche Leistungen zu betrachten sind, die vollumfänglich von der öffentlichen Hand zu vergüten sind. -In der VKL wird nicht nur die universitäre Lehre definiert, sie enthält auch Ausführungen über die nichtuniversitäre Lehre und die nachuniversitäre Lehre. Im erläuternden Bericht des EDI wird zudem die Schlussfolgerung dargelegt, dass es dem Willen des Gesetzgebers entspreche, nicht nur die universitäre Lehre von der Anrechenbarkeit auszuschliessen. Es handelt sich dabei um eine verwirrende und nach Ansicht der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren nicht zulässige Interpretation von Art. 49 Abs. 3 KVG. -Die Bestimmungen zur Anlagebuchhaltung sind zu wenig präzise, um eine einheitliche Ermittlung der Anlagenutzungskosten und die Vergleichbarkeit der Anlagenutzungskosten zu gewährleisten. Auf Verordnungsstufe müssen nicht 	SG

<p>nur die Anforderungen an die Anlage-buchhaltung, sondern auch die Anrechenbarkeit der Aufwendungen im Rahmen der Tarif-berechnung festgelegt werden. Die VKL soll sich deshalb eng an die detaillierten Empfehlungen von H+ zur Anlagebuchhaltung (gemäss REKOLE) anlehnen.</p> <p>-In der VKL (und insbesondere in der Übergangsbestimmung) ist sicherzustellen, dass auch bei Spitälern, die als Betriebsgesellschaften ausgestaltet sind (d.h. die Immobilien sind nicht in der Bilanz der Spitäler enthalten), die vollständig kapitalisierten Investitionskosten bzw. Mietkosten in gleicher Höhe in die Ermittlung der leistungsbezogenen Fallpauschalen einfließen. Dies gilt auch für die Investitionen, die vor der Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen getätigt worden sind.</p> <p>-Die Übergangsbestimmung sollte zudem die Möglichkeit beinhalten, beim Übergang zu leistungsbezogenen Pauschalen eine Kalkulation von Norminvestitionskosten auf Basis geeigneter Referenzbetriebe vorzunehmen. Erstens sind zu Beginn höchst unterschiedliche Berechnungen der Anlagenutzungskosten zu erwarten und zweitens sind verschiedene tarifrelevante Fragen noch offen.</p>	
<p>In Bezug auf die definitorische Abgrenzung zwischen stationärer und ambulanter Behandlung wurde im Rahmen der Vernehmlassungs-Bereinigung ein spezieller Aspekt bemerkt, der aus Termingründen nicht mehr in die GDK-Stellungnahme eingebracht werden konnte, der eine sorgfältige Prüfung mit Blick auf das längerfristige Entwicklungspotenzial innovativer Therapiekonzepte aber gleichwohl verdient:</p> <p>Art. 3 / Art. 5: stationäre / ambulante Behandlung</p> <p>In fortschrittlichen Psychiatrie- und Rehabilitationskliniken sowie auch in einzelnen Akutspitälern bestehen Tageskliniken mit rehabilitativem Leistungsauftrag, die in Bezug auf die medizinischen und therapeutischen Leistungen den stationären Angeboten gleichzusetzen sind und sich lediglich durch eine reduzierte Beanspruchung der Hotellerie von diesen unterscheiden. Der Ausbau derartiger Angebote wäre medizinisch, sozial und wirtschaftlich gleichermaßen sinnvoll (Substitution stationärer Behandlungen), wird heute aber durch die unklare versicherungsrechtliche Zuordnung stark behindert. Diese Angebote sollten künftig - analog zur in Deutschland längst etablierten Praxis - dem stationären Bereich zugeordnet werden. Damit würde die Möglichkeit geschaffen, derartige Angebote nach den für stationäre Leistungen üblichen Grundsätzen abzurechnen (Pauschaltarife, anteilige Finanzierung durch die Versicherer und die Kantone nach dem für stationäre Behandlungen geltenden Schlüssel). Der Kanton beantragt daher, in Art. 5 den 2. Satz zu streichen und Art. 3 stattdessen wie folgt zu ergänzen:</p> <p>„f. in der Tagesklinik eines Spitals für befristete Rehabilitationsbehandlungen im Rahmen strukturierter Programme.“</p> <p>In den übrigen in der VKL geregelten Belangen, insbesondere betreffend die Investitionskosten und die Kosten für Lehre und Forschung, schliesst der Kanton sich der Stellungnahme der GDK vorbehaltlos und mit Nachdruck an.</p>	SH
<p>Ein weiterer wesentlicher Einwand betrifft den allgemeinen Kommentar zur VKL, welcher die Nicht-Anrechenbarkeit der nicht universitären Lehre und der Weiterbildung des akademischen und nicht akademischen Personals unterstellt bzw. den Kommentar zu Art. 7 VKL-r, welcher die Abgeltung von einer Betriebsnotwendigkeit abhängig macht. Es wäre müssig, jeweils über deren Betriebsnotwendigkeit diskutieren zu müssen, um die Anrechenbarkeit der entsprechenden Kosten zu belegen. Aus Kantons SO Sicht ergibt sich aus dem Wortlaut des Gesetzesartikels sowie den Ausführungen im Parlament klar, dass die nicht universitäre Lehre und die Weiterbildung neu anrechenbare Kosten sind. Der Kommentar schafft daher unnötig Verwirrung und Rechtsunsicherheit. Der Kanton bittet Sie daher, die Anrechenbarkeit der nicht universitären Lehre im Kommentar nicht in Frage zu stellen.</p> <p>Ein weiterer Punkt wesentlicher Kritik betrifft die vorgesehene Regelung zu den Investitionskosten. So fehlen weiterhin klare Normen, welche die Ermittlung, die</p>	SO

<p>anwendbaren Grundsätze und die Anrechenbarkeit regeln. Insbesondere bei Einführung der Verordnungsänderung ist überdies zu befürchten, dass die Transparenz nicht gewährleistet ist und von Spital zu Spital sowohl zu viel als auch zu wenig anrechenbare Investitionskosten angerechnet werden.</p>	
<p>Formation et recherche Le canton est en parfait accord avec la position de la CDS s'agissant des coûts de recherche et de formation universitaire (article 7). Les frais d'exploitation de la formation et de la recherche universitaire ne font pas partie des coûts imputables, alors que ceux liés à la formation non universitaire doivent y être intégrés.</p> <p>Urgences L'article 49, al. 3 de la LAMai révisée indique que les prestations d'intérêt général ne sont pas comprises dans les coûts imputables. Ces prestations comprennent en particulier le maintien de capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale, ainsi que la recherche et la formation universitaire. Il n'exclut donc pas que les urgences soient, du moins partiellement, considérées comme des prestations d'intérêt général. Lors des débats parlementaires, il avait été dit que les urgences ne constitueraient pas des prestations d'intérêt général. Il conviendrait que l'OCP clarifie ce point en indiquant clairement que les urgences font partie des coûts imputables.</p> <p>Investissements Concernant la comptabilisation des investissements (articles 8 et 10a), la CDS propose de s'inspirer des recommandations de H+. Celles-ci devront être claires et précises et surtout simples à appliquer par les établissements hospitaliers. Le canton est également d'accord avec la CDS sur le fait que, compte tenu des questions de nature tarifaire encore ouvertes, les directives de H+ doivent être examinées par un expert quant à leur compatibilité avec les recommandations techniques sur la présentation des comptes de SwissGAAP FER. Par ailleurs, le canton du Valais se montre favorable à une limite financière fixée à fr. 10'000.- au-delà de laquelle un objet doit être affecté dans la classe des investissements.</p>	VS
<p>Le législateur a clairement prévu que seuls les coûts de la formation universitaire devaient être à la charge des cantons. En revanche, les coûts de la formation non universitaire font partie des coûts imputables des hôpitaux et doivent donc être cofinancés par les assureurs-maladie et les cantons. Autrement dit, les cantons doivent assumer seuls le financement de la formation théorique et pratique des étudiants des professions médicales universitaires jusqu'à l'obtention du diplôme fédéral (art. 7 al. 1 OCP). En revanche, il appartient aux cantons et aux assureurs-maladie de co-financer la formation de base et la formation post graduée ou continue du personnel soignant et des autres professions hospitalières (art. 7 al. 2 OCP), ainsi que la formation post-graduée ou continue de tous les membres du personnel médical universitaire (art. 7 al. 3 OCP).</p>	VD
<p>Investitionen: 1) Auf Verordnungsstufe sollten nicht nur die Anforderungen an die Anlagebuchhaltung beschrieben, sondern auch die Anrechenbarkeit der Aufwendungen im Rahmen der Tarifberechnungen festgelegt werden. Als anrechenbare Anlagekosten gelten Abschreibungen und kalkulatorische Zinsen für das gebundene Anlagevermögen. Dieser Grundsatz sollte in der KVV festgehalten werden. 2) Die vorgeschlagenen Regelungen sind zwar dicht, doch lassen sie wesentliche Fragen offen, so etwa die Höhe der kalkulatorischen Zinsen, Bewertung der Anlagen und das Abschreibungsverfahren, so dass die Vergleichbarkeit der Investitionskosten nicht gewährleistet ist. Auch sind nicht alle vorgeschlagenen Bestimmungen umsetzbar oder sinnvoll (z.B. Anschaffungs- und Wiederbeschaffungswert für jede Anlage, Anlagekategorien nach Amortisationsdauer statt nach Art der Anlage). 3) Die GDK spricht sich deshalb dafür aus, die VKL an die Empfehlungen von</p>	GDK

H+ mit den entsprechenden Kategorien und Regeln anzulehnen. Jedoch sind die Empfehlungen von H+ nicht in allen Fällen für tarifliche Zwecke anwendbar. Insbesondere sind unter anderen folgende Vorbehalte anzubringen und im Rahmen der unten vorgeschlagenen Norminvestitionskostenkalkulation zu korrigieren:

- Gemäss Rekole sind die Abschreibungssätze entsprechend dem Vorsichtsprinzip hoch (kurze Abschreibungsdauer), und Abschreibungen unter null vorgesehen. Dies würde zu einer zu hohen Vergütung führen.
- Die Bewertung des Grundstücks zwecks Abgeltung der Kapitalkosten mittels kalkulatorischen Zinsen könnte aufgrund von Bewertungsschwierigkeiten zu einer ungerechtfertigt hohen Abgeltung führen und ist für tarifliche Zwecke vertieft zu prüfen.
- In den Empfehlungen zur Anlagebuchhaltung fehlt die Regelung zur Umlage auf die Kostenträger und damit die separate Ausscheidung der Investitionskosten für stationäre Leistungen, welche zulasten des KVG erbracht werden. Angesichts der offenen tarifrelevanten Fragen regt die GDK an, die Richtlinien von H+ noch von einem Experten auf ihre Kompatibilität mit den Fachempfehlungen zur Rechnungslegung von SwissGAAP FER zu beurteilen sind.

4) Wenn alle Investitionen anrechenbar sind, befürchtet die GDK sowohl zu hohe als auch zu tiefe Abgeltungen über das KVG:

- a) zu hohe Abgeltungen, wenn jede beliebige Investition als Kosten zulasten des KVG geltend gemacht werden kann.
- b) zu tiefe Abgeltungen, wenn die Abschreibungen per 1.1.2012 nicht vollständig ermittelt werden können, weil entsprechende Empfehlungen nicht umgesetzt oder nicht umsetzbar sind (fehlende Datenaufbewahrungspflicht).

Auch deshalb erachtet die GDK eine Kalkulation der Norminvestitionskosten als angezeigt. Zu diesem Zweck ist es notwendig, ein Projekt von BAG und GDK zusammen mit den Leistungserbringern und den Versicherern zu initiieren.

5) Die GDK stimmt mit dem BAG überein, dass Miet- und Abzahlungsgeschäfte als Betriebskosten zu erfassen und daher nicht Teil der Anlagebuchhaltung sind. Werden diese Kosten jedoch nicht mehr als Investitions-, sondern als Anlagenutzungskosten verbucht, sollte sichergestellt sein, dass im Rahmen von Betriebsvergleichen die Betriebskosten keine Anlagenutzungskosten enthalten und diese zusammen mit den Investitionen betrachtet werden, damit die Vergleichbarkeit gewährleistet ist.

6) Das Parlament hat den Bundesrat beauftragt, das Verfahren zu bestimmen, nach dem die vor Inkrafttreten der Gesetzesänderung getätigten Investitionen in die Tarifberechnung einbezogen werden.

Dazu sind die Ausführungen von NR Humbel-Näf vom 22.3.2007 relevant (Hervorhebungen GDK): Humbel Näf Ruth (C, AG), für die Kommission: "Ich bitte Sie, bei Artikel 49 Absätze 2 und 3 der Kommissionsmehrheit zu folgen. Es ist eine Frage des Konzepts. Die Kommissionsmehrheit will, dass Investitionen in den Fallpauschalen einberechnet sind und dass Kostenvergleiche auf der Grundlage der Vollkosten angestellt werden können. Dass es keine einfache Sache ist, die Investitionskosten zu kapitalisieren, das weiss die GDK. Deshalb hat der Bundesrat den Auftrag, hiezu Bestimmungen zu erlassen. Ich möchte Sie aber darauf hinweisen, dass das heute in Privatkliniken auf den Spitallisten schon der Fall ist. Privatkliniken, die auf den kantonalen Spitallisten figurieren, verrechnen ihre vollen Kosten inklusive Investitionen zulasten der Krankenversicherer; das muss also heute schon bezahlt werden. Es ist deshalb eine Frage der Systemgerechtigkeit, dass alle Patienten in den Spitälern, die auf den Spitallisten aufgeführt sind, gleiche Bedingungen haben und gleichermassen von der öffentlichen Hand, von den Kantonen und von den Versicherern mitfinanziert werden."

Es geht also nicht um eine unterschiedliche Berücksichtigung je nach Stand der Anlagen, wie dies aus der Übergangsbestimmung geschlossen werden könnte, sondern um eine Kapitalisierung der Investitionskosten. Aus unternehmerischer

Sicht kann diese Kapitalisierung nicht auf dem jeweiligen Zeitwert bzw. Buchwert erfolgen, sondern muss auf dem indexierten Anschaffungs- oder dem Wiederbeschaffungswert basieren. Nur dieses Vorgehen ermöglicht eine Investitionspolitik auf Basis der vollständig kapitalisierten Investitionskosten.

7) In der VKL sollte auch festgehalten werden, so dass nur der Investitionskostenanteil berücksichtigt wird, welcher für stationäre Leistungen zulasten des KVG anrechenbar ist.

8) Die Firma Keller Unternehmensberatung hat festgestellt, dass der Stand der Anlagebuchhaltungen höchst unterschiedlich ist und diese nicht vergleichbar sind. Es ist zu bezweifeln, dass bis zur Einführung der neuen Finanzierungsregelung in allen Spitälern und Kliniken einheitliche und vergleichbare Anlagebuchhaltungen vorliegen, die als Basis für die Vergütung der Investitionskosten herangezogen werden können. Auch dieser Umstand spricht für die unter 4) vorgeschlagene Kalkulation von Norminvestitionskosten.

Die GDK beantragt Ihnen somit, die Bestimmungen zur VKL eng an die Empfehlungen von H+ zur Anlagebuchhaltung im Spital, welche Bestandteil von REKOLE sind, anzulehnen bzw. explizit auf diese zu verweisen.

Während des Übergangs zur neuen Regelung sind höchst unterschiedliche Ausweise über die Investitionskosten zu erwarten.

Um eine realistische Bewertung der Investitionskosten zu ermöglichen, haltet die GDK zumindest während der Einführungsphase eine Kalkulation von Norminvestitionskosten auf Basis geeigneter Referenzbetriebe für unabdingbar.

ad 4. Gemeinwirtschaftliche Leistungen:

Aufnahmepflichten der Spitäler werden in den Erläuterungen als gemeinwirtschaftliche Leistungen aufgeführt. Sie sind aber als solche nicht unter Art. 49 Abs. 3 KVG-r erwähnt, sondern wurden im Lauf der Beratung an dieser Stelle gestrichen. Deshalb dürfen sie auch im Kommentar zur VKL nicht als gemeinwirtschaftliche Leistungen erwähnt werden. Die Aufnahmepflicht soll jedoch Teil des kantonalen Leistungsauftrags sein und ist richtigerweise in der KVV geregelt.

ad 5. Lehre und Forschung

Die GDK ist mit dem Passus in den Erläuterungen einverstanden, wonach die universitäre Lehre mit dem eidgenössischen Diplom endet. Bei der Weiterbildung handelt es sich somit nicht um universitäre Lehre.

Hingegen ist die GDK mit den Erläuterungen und der darin enthaltenen Interpretation des Willens des Gesetzgebers nicht einverstanden. Diese Interpretation legt den irrigen Schluss nahe, dass die Kosten für nicht universitäre Lehre aus den anrechenbaren Kosten ausgeschieden werden müssten. Darüber hinaus öffnet folgender Satz in Ziffer III (Kommentar zu Art. 7) Tür und Tor für Missverständnisse und Streitigkeiten: "Je nach Art der Weiterbildung sind diese letzten Kosten für den Betrieb des Spitals erforderlich und können die leistungsbezogenen Pauschalen einfließen." Natürlich kann immer behauptet werden, dass es für den Spitalbetrieb nicht erforderlich sei, Personal weiterzubilden. Auf Basis dieses Kommentars könnten jegliche Kosten aus der Weiterbildung als nicht anrechenbar bestritten werden.

Aus dem Wortlaut des Gesetzes selber ergibt sich jedoch folgende Sicht:

- Heute sind Betriebskosten aus Lehre und Forschung gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG nicht anrechenbar.
- Gemäss revidiertem KVG sind nur noch universitäre Lehre und Forschung nicht anrechenbar (Art. 49 Abs. 3 KVG-r).
- Daraus folgt ex contrario, dass die Betriebskosten für die nicht-universitäre Lehre neu anrechenbare Kosten sind.

Zur Motivation für den weiterhin bestehenden Ausschluss universitärer Lehre hat die Kommissionssprecherin im Ständerat am 8.3.06 erklärt, dass es darum gehe, die Vergleichbarkeit der Kosten und Leistungen zu garantieren:

Brunner Christiane (S, GE), pour la commission: (...) "Quant à la recherche et à la formation universitaire, elles sont déjà maintenant souvent comptabilisées

<p>séparément et personne ne semble contester le fait que ces domaines ne doivent pas entrer dans le calcul du forfait lié aux prestations. C'est pourquoi, par 9 voix contre 2, la commission vous propose d'exclure ces prestations d'intérêt général du calcul du coût du tarif hospitalier, de telle manière à ce que les comparaisons puissent être effectuées avec des prestations comparables."</p> <p>Die im Kommentar zur VKL-Änderung nahegelegte Schlussfolgerung, dass es deshalb genauso der Wille des Gesetzgebers sei, die nicht universitäre Lehre von der Anrechenbarkeit auszuschliessen und Abgeltung der Vollkosten für die Weiterbildung von einem betrieblichen Bedarf abhängig zu machen, ist u.E. aus drei Gründen nicht zulässig:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. In den Materialien hat die GDK keinen solchen Hinweis gefunden. Die GDK kann sich nicht vorstellen, dass das Parlament immer von universitärer Lehre gesprochen haben sollte, wenn genauso die nicht universitäre Lehre und Weiterbildung gemeint gewesen sein sollte. 2. Wenn während der Debatte, wie in den Erläuterungen festgehalten, erwähnt wurde, dass die Kosten der nicht universitären Aus- und Weiterbildung Sache der Spitäler und Schulen sei und die Kosten wie in anderen Bereichen üblich in die Kosten der betroffenen Spitäler einfliessen sollten, dann heisst dies gerade, dass diese Kosten anrechenbar sein sollen. Daher ist es zwingend, dass das "Einfliessen in die Kosten" bedeutet, dass diese über das KVG abgerechnet werden können. 3. Die nicht-universitäre Ausbildung gereicht den Spitälern nur dann zum Wettbewerbsnachteil, wenn die entsprechenden Kosten nicht anrechenbar sind. Gemäss VKL müssen die Vollkosten die Aus- und Weiterbildung separat ausgewiesen werden (direkte und indirekte Kosten). Der Betriebsvergleich muss auf den relevanten und vergleichbaren Vollkosten basieren. Weitere Kostenkomponenten können ohne Weiteres zugeschlagen werden. <p>Die GDK bittet Sie, auf die verwirrende und nicht zulässige Interpretation des Willens des Gesetzgebers in den Erläuterungen zu verzichten. Darüber hinaus ist eine entsprechende Klärung in oben genanntem Sinn vorzunehmen.</p>	
<p>Kosten der nicht universitären Lehre und Weiterbildung:</p> <p>Ein weiterer wesentlicher Einwand betrifft Ihren Kommentar zur VKL, welcher die Nicht-Anrechenbarkeit der nicht universitären Lehre und der Weiterbildung des akademischen und nicht akademischen Personals unterstellt bzw. den Kommentar zu Art. 7 VKL-r, welcher die Abgeltung von einer Betriebsnotwendigkeit abhängig macht. Aus FDK Sicht ergibt sich aus dem Wortlaut des Gesetzesartikels sowie den Ausführungen im Parlament klar, dass die nichtuniversitären Lehre und der Weiterbildung des akademischen und nicht akademischen Personals unterstellt bzw. den Kommentar zu Art. 7 VKL-r, welcher die Abgeltung von einer Betriebsnotwendigkeit abhängig macht. Aus der Sicht der FDK ergibt sich aus dem Wortlaut des Gesetzesartikels sowie den Ausführungen im Parlament klar, dass die nicht universitäre Lehre und die Weiterbildung abrechenbare Kosten sind.</p> <p>Investitionskosten/Anlagebuchhaltung :</p> <p>Ein weiterer Punkt der Kritik betrifft die vorgesehenen Regelungen zu den Investitionskosten. So fehlen klare Normen, welche die Ermittlung, die anwendbaren Grundsätze und die Anrechenbarkeit regeln. Dies betrifft vorab Sachfragen im Zusammenhang mit der Anlagebuchhaltung, insbesondere die zu berücksichtigenden Bilanzwerte, die Abschreibungsdauer, die kalkulatorischen Zinssätze usw. Die FDK als die für das öffentliche Rechnungswesen zuständige Fachkonferenz, die im Übrigen zu den einschlägigen Fragen Handbücher herausgegeben hat, ist gerne bereit. Ihnen in diesen Fragen allenfalls beratend zur Seite zu stehen.</p>	FDK
<p>Bei der VKL ist die Abgrenzung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung misslungen. Hier werden Anreize geschaffen, die Zahl stationärer Patienten</p>	FDP

ten zu erhöhen. Die Abgrenzung ist zu überarbeiten.	
Formation et recherche Conformément au nouvel article 49, al. 3, let. b, LAMal, le remboursement des prestations ne comprendra plus les frais consentis par les hôpitaux pour la recherche et la formation universitaire. En revanche, les coûts supportés par l'hôpital pour la formation postgrade des médecins jusqu'à l'obtention de titre postgrade fédéral, pour la formation postgrade du reste du personnel médical universitaire, ainsi que pour la formation du personnel soignant, médico-technique et médico-thérapeutique et pour la formation dans les autres professions hospitalières doivent être inclus dans le calcul des coûts. Cela doit également être le cas des coûts de la formation continue effectuée à l'hôpital par le personnel non universitaire. Or il est écrit dans le commentaire relatif à l'article 7 « suivant la nature de la formation continue, les coûts peuvent être nécessaires pour l'exploitation de l'hôpital et peuvent donc être pris en compte dans les forfaits liés aux prestations ».	PS
Le nouveau régime de financement hospitalier prévoit que les investissements rentrent désormais dans le calcul des forfaits liés aux prestations. Il en découle une modification importante de l'OCP qui fixe les règles applicables notamment en matière de comptabilité analytique. Les nouveaux articles 8 à 10b relatifs aux investissements le canton semblent suffisants pour assurer une égalité de traitement entre hôpitaux publics et privés dans la saisie des investissements et leur prise en compte dans la comptabilité.	CP
economiesuisse kritisiert die Definition der Langzeitbehandlung, weil sie die Spitäler benachteiligen kann. Bei der Finanzierung der Weiterbildung sollte kein Unterschied innerhalb des Personals gemacht werden. Ferner schlägt economiesuisse eine Limitierung der Belastung für die Grundversicherung vor.	economiesuisse
Der Revision kann zugestimmt werden. Wichtig wird sein, dass die Kriterien so ausgewählt werden, dass verbindliche Vergleiche zwischen Spitälern, Heimen und Spitex möglich werden - auch aus volkswirtschaftlicher Sicht. Auch sind die Spitex-Leistungen inklusive Wegpauschalen nach effektivem Aufwand (Vollkostenrechnung) zu begleichen, was heute leider immer noch nicht der Fall ist.	ASPS
ASPV kann sich den Verordnungsentwürfen, die in Ausführung der Revision des KVG am 21. Dezember 2007 von den Räten verabschiedet wurden, vollumfänglich anschliessen.	ASPV
L'AVIVO n'est pas favorable. Aux forfaits par cas liés aux prestations. A l'inclusion des coûts des investissements dans les forfaits hospitaliers, terrible inégalité de traitement. Discrimination concernant le remboursement des soins de longue durée.	AVIVO
Unklare Ausbildungsfinanzierung: Die eidgenössischen Räte haben die Berufsbildung aus den nicht anrechenbaren Kosten gestrichen. Diese Leistungen sind also neu in den Tarifen zu vergüten. Art 11: Kann gestrichen werden. Die Pflegeheime sollen denselben Bedingungen wie die Spitäler unterliegen. Siehe Kommentar zu Art. 10.	H+
Zu Art 11: Streichen	Inselspital
Die Gemeinwirtschaftlichen Leistungen müssen weiter präzisiert werden: -Hinweise auf gesetzliche Grundlagen -klare Definition der Begriffe fehlen (z.B. Bereitschaft, Aus-, Fort- und Weiterbildung u.a.) -Hinweise auf Finanzierung (durch wen?) Dies gilt sowohl für den Bereich der Aufnahmepflicht als auch für den Bereich Lehre und Forschung. Nach wie vor erbringen z.B. die Zentralspitäler zur Sicherstellung der Versorgung erhebliche Leistungen im Bereich Aus-, Fort- und Weiterbildung, die von den Universitätsspitalern nicht wahrgenommen werden können (Pflegepersonal, Medizinisch Therapeutisches Personal, Medizintechnisches Personal, Assistenzärzte bis zur FMH u.a.). Bessere Einbindung ist erforderlich.	Kantonsspital Aarau

<p>Übergangsfristen per 1.1.2009: zu kurz, da Konsequenzen noch nicht sichtbar (Kosten und Tarife)</p>	
<p>Lehre und Forschung – nicht universitäre Aus- und Weiterbildung Gemäss Artikel 49 Absatz 3 der Teilrevision Spitalfinanzierung dürfen die Vergütung der stationären Behandlung, einschliesslich Aufenthalt in einem Spital oder einem Geburtshaus, keine Kostenanteile für Forschung und universitäre Lehre beinhalten. Für die Vergütung vereinbaren die Vertragsparteien Fallpauschalen.</p>	<p>SBK/ASI</p>
<p>Geburtshäuser :</p> <p>Die generelle Anerkennung von Geburtshäusern als Leistungserbringer kommt einer Erweiterung der Leistungen gleich, die sich nicht rechtfertigen lässt. Zum einen bieten die zurzeit existierenden öffentlichen und privaten Spitäler ausreichende Versorgungssicherheit im Bezug auf Geburten. Zum andern besteht ein Widerspruch zur sonst überall geforderten Wirtschaftlichkeit, wenn solche Geburtshäuser verpflichtet werden, ihre Standards an diejenigen der spitalgestützten Geburtshilfe anpassen zu müssen.</p> <p>Der SBV lehnt die Anerkennung der Geburtshäuser als Leistungserbringer ab, soweit und sofern ihre Anerkennung mit der Auflage der spitalgestützten Geburtshilfe verbunden ist. Ein solches Vorgehen wäre lediglich kostentreibend.</p> <p>Begriff „teilstationär“:</p> <p>Es erscheint zutreffend, die „teilstationäre Behandlung“ begrifflich aufzuheben. Zu hinterfragen ist hingegen die Formulierung von Art. 3 lit a. wonach Aufenthalte von mindestens 24 Std, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird, als stationär gelten.</p> <p>Kosten für Lehre und Forschung:</p> <p>Der SBV teilt die Auffassung, wonach die Kosten für die Ausbildung der universitären Medizinalpersonen ebenso wie die Kosten für die Forschung nicht zulasten der OKP gelten sollen. Hingegen sind nicht-universitäre Ausbildungskosten (Lehrlinge) Kosten eines Spitals, ebenso die kontinuierliche Fortbildung des gesamten Spitalpersonals. Der SBV beantragt daher, normativ klarzustellen, dass nicht-universitäre Aus- und Fortbildungskosten als normale Kosten in der Spitalrechnung zuzulassen sind.</p> <p>Kostenermittlung und Leistungserfassung:</p> <p>Während die Erfassung dieser Daten für den Bereich der OKP vertretbar und akzeptabel erscheint, lehnt der SBV die Verpflichtung des Leistungserbringers, die nicht zulasten der OKP erbrachten Leistungen (separat) auszuweisen, entschieden ab. Hierbei handelt es sich nämlich um Elemente eines privatrechtlich normierten Rechtsverhältnisses, das lediglich den Leistungserbringer und den Patienten (als Auftraggeber) betrifft.</p>	<p>SBV</p>
<p>Die SGIM ist einverstanden, dass der Begriff „teilstationär“ nicht mehr verwendet wird. Die SGIM möchte aber mit Nachdruck darauf hinweisen, dass sämtliche ambulanten Leistungen im Spital mit entsprechender Benutzung der Infrastruktur und allenfalls eines Bettes gemäss TarMed kostendeckend abgerechnet werden können.</p> <p>Lehre und Forschung:</p> <p>Der Aufwand der Spitäler für die Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte hat in den letzten Jahren beispielsweise als Folge der Reduktion der Arbeitszeit und zusätzlichen Auflagen der FMH respektive der Kommission für Weiter- und Fortbildung zugenommen. Diese Leistungen werden alleine durch die Spitäler getragen. Die SGIM erachtet es als zwingend notwendig, dass die Kosten der Weiterbildung mit Einführung von DRG explizit ausgewiesen und vergütet werden. Die SGIM ist nicht einverstanden, dass eine separate Finanzierung nur für die Forschung und universitäre Lehre gelten soll. Auch wenn darauf hingewiesen wird, dass in der aktuellen Verordnung die Finanzierung nicht abschliessend geregelt ist, so müsste diese im Rahmen der Revision erfolgen. Zusätzlich</p>	<p>SGIM</p>

<p>sollten die Kosten für die Aus- und Weiterbildung von Medizinalpersonen der Spitäler, die im Leistungsauftrag vorgegeben sind, gesondert erfasst und geregelt werden, um mit Einführung der DRG gleich lange Spiesse zu jenen zu erreichen, die keine explizite Weiterbildung für Assistentinnen und Assistenten respektive anderes Medizinalpersonal durchführen. In diesem Sinne muss Artikel 7 auf Satz 1 neu geregelt werden.</p>	
<p>Aus- und Weiterbildung des übrigen nicht universitären Personals Das SRK ist über einen Leistungsvertrag mit dem Bundesamt für Berufsbildung und Technologie (BBT) nach Art. 75 Abs. 4 der Berufsbildungsverordnung vom 19. November 2003 (BBV, SR 412.101) zuständig für die Anerkennung und Qualitätssicherung der schweizerischen Bildungsgänge und die Titelumwandlungen im Bereich der nicht-universitären Gesundheitsberufe, bis zum Inkrafttreten der massgebenden eidgenössischen Bildungserlasse. Insbesondere betrifft dies die im wesentlichen spitalbasierten Aus- und Weiterbildungen (Pflegeassistentenz, Pflegefachfrau Niveau I und II, Operationstechnik, medizinisch-technische Radiologie, Geburtshilfe, aber auch Ergotherapie, Ernährungsberatung und Physiotherapie).</p> <p>Das SRK befürchtet, dass in der Finanzierung der Aus- und Weiterbildung des nicht universitären Personals aus Finanzknappheit der Spital-Trägerschaften (resp. der Kantone) Kürzungen oder sogar Streichungen möglich werden. Beunruhigt ist das SRK auch durch den Passus „die Finanzierungsfrage ist indessen noch nicht abschliessend geregelt“, der eine (evt. langdauernde) Unsicherheit befürchten lässt.</p> <p>Die VKL ist in verschiedenen Punkten nicht praktikabel. Sie löst Kosten- und Statistikverzerrungen aus.</p> <p><i>Antrag</i> Die VKL ist unter Einbezug der Institutionen gemäss Art. 3 neu zu überarbeiten</p>	<p>SRK</p>
<p>Zu Art 11:Streichen Kann gestrichen werden. Die Pflegeheime sollen denselben Bedingungen wie die Spitäler unterliegen. Siehe Art. 10.</p>	<p>SWISSREHA VAKA</p>
<p>Einerseits wird die Weiterbildung als Kostenanfall in den Spitälern definiert, andererseits wird offenbar die Sicht der Krankenkassen einfach übernommen, wonach berufliche Fortbildung keine Sache der Krankenversicherer sei. Dies gilt es zu kritisieren.</p> <p>Die Weiterbildung von Aerzten zu ausgezeichneten Fachärzten irgendwelcher Disziplinen ist ein Interesse der Krankenanstalten, ein Interesse der öffentlichen Hand einerseits, um im Netzwerk der frei praktizierenden Aerzte eine hohe Qualität zu erzielen; sie ist aber auch durchaus im Interesse der Versicherer, denen rationelle, kostengünstige und qualitativ hochstehende und damit vermutlich auch komplikationsarme Diagnosewege und Behandlungen ein Anliegen sein müssen. Es kann damit nicht angehen, dass sich die Versicherer aus diesem Sektor in aller Stille durch die Hintertüre wegschleichen.</p> <p>VLSS unterstützt die Sichtweise mit Nachdruck, dass vermieden werden muss, dass Spitäler, die sich mit Weiterbildung beschäftigen, finanziell benachteiligt werden gegenüber den Instituten, die sich nicht um die Weiterbildung des Nachwuchses kümmern.</p>	<p>VLSS</p>
<p>Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte Der VSAO erachtet es als richtig, dass die Kosten der Weiterbildung bis zum Erwerb des eidgenössischen Facharztstitels nicht ausgeschieden werden. Dies aus folgenden Gründen: VSAO bestreitet nicht, dass den Spitälern durch die nachuniversitäre Weiterbildung Kosten entstehen. Allerdings wird gerne vergessen, dass die Spitäler dank der Assistenzärztinnen und -ärzte auch Erträge erzielen und Kosten einsparen. So braucht es zum Beispiel in jedem Fall bei einer Operation einen assistierenden Arzt, nur wäre der teurer, wenn es nicht ein Assistenzarzt wäre. Weiter würde niemand ausser den Assistenzärztinnen und -ärzten die vielen Nacht- und Wochenendeinsätze zu einem so günstigen Preis leisten. Hinzu kommt, dass die Assistenzärztinnen und -ärzte einen Teil ihrer</p>	<p>VSAO</p>

<p>Weiterbildung selber finanzieren, weil ihre Sollarbeitszeit 50 Stunden beträgt und sie dadurch 8 Stunden pro Woche mehr arbeiten müssen als das übrige Spitalpersonal. Solange also unklar ist, wie viel die nachuniversitäre Lehre kostet und wie die Kosten und Erträge überhaupt ermittelt werden können, ist die vorgeschlagene Lösung richtig. Allerdings macht die Aufforderung, dass die Kosten des Spitals für die Weiterbildung der Ärzte bis zum Facharztstitel in der Kostenrechnung zu erfassen seien, unter diesen Umständen keinen Sinn. Die Erfassung wäre nämlich nur korrekt, wenn auch die Erträge und die Beiträge der Weiterzubildenden selber berücksichtigt würden. Der VSAO unterstützt dezidiert die Haltung des BAG, dass bei einer definitiven Lösung kein Wettbewerbsnachteil für Spitäler entstehen darf, die sich im Bereich der Aus- und Weiterbildung engagieren. Die Abgeltung der Aus- und Weiterbildung darf also nicht einfach Teil der Fallpauschale werden, die unabhängig davon bezahlt wird, ob Weiterbildungsleistungen erbracht werden oder nicht. Allerdings gehören diese Aufwendungen zu den anrechenbaren Kosten eines Spitals, die dual finanziert werden müssen.</p>	
<p>Was VKL betrifft, schliesst Helsana sich der Stellungnahme von santésuisse an.</p> <p>- <u>semi-hospitalier</u> Le CSA approuve la suppression de ce terme obsolète - <u>maisons de naissance</u> Le CSA trouve cohérent d'appliquer aux maisons de naissance les mêmes règles que pour les hôpitaux - <u>citations de l'article 49 LAMal</u> Plusieurs modifications sont dues à des reformulations et des renumérotations de certains de ses alinéas lors de la modification du 27.12.07 de la LAMal Plusieurs points apparaissant dans ce projet et importants pour le CSA ont déjà fait, ou vont faire, l'objet de décisions du Parlement contraires aux vues du CSA:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. forfaits par cas liés aux prestations 2. inclusion des coûts des investissements dans les forfaits hospitaliers; 3. discrimination péjorant le financement des soins de longue durée en regard de celui des soins hospitaliers. 	<p>Helsana SSR/CSA</p>
<p>Die Streichung des Begriffes teilstationär ist zu begrüssen, da es sich um einen Nachvollzug des Gesetzes an die Praxis handelt. Auf die in Art. 3 geplante Neudefinition des Begriffes stationär ist jedoch zu verzichten. Eine Anpassung dieses Begriffes sollte nicht einfach ohne Datenhintergrund via Verordnung eingeführt werden, sondern mit der Entwicklung der notwendigen Definitionen im Rahmen der Entwicklung der leistungsbezogenen Fallpauschalen einhergehen. Zudem würde die im Entwurf vorgeschlagene Änderung Umsetzungsprobleme mit sich bringen, da ein Fall nach 24 Stunden nicht mehr automatisch stationär wird, weil zusätzlich separat die Kriterien Bett und Nacht erfüllt sein müssten. In einzelnen Fällen ist es jedoch möglich, dass das Kriterium Bett um Mitternacht nicht erfüllt ist. Um Umsetzungsprobleme zu vermeiden und auch um auf dem Verordnungsweg einer besseren Definition im Rahmen von leistungsbezogenen Fallpauschalen nicht vorzugreifen, sollte der letzte Teilsatz von Art. 3 lit. a gestrichen werden.</p>	<p>Stadt ZH, SSV</p>

Art. 1

Abs. Al.	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
2	Einverstanden mit Vorbehalt bezüglich des Einbezugs der Geburtshäuser. Zwar erscheint es logisch, die Geburtshäuser der VKL zu unterstellen, jedoch sei die Frage erlaubt, ob in diesen oft kleinen Einrichtungen die erforderliche Fachkompetenz zur Umsetzung dieser Regelungen vorhanden ist. Die Folge der Nichterfüllung der VKL wären wohl Abzüge bei den Tarifen, was einige Geburtshäuser in ihrer Existenz gefährden könnte. Es sollte daher geprüft werden, ob für die Geburtshäuser	BL

	grosszügigere (Ausnahme)regelungen geschaffen werden könnten, anstatt diese vollumfänglich den Spitälern gleichzustellen,	
2	einverstanden	GDK

Art. 2

Abs. Al.	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
1	Der Kanton Bern beantragt die folgenden redaktionellen Anpassungen: „... c. die Bestimmung der Leistungen und der Kosten <u>im Geburtshaus zulasten</u> der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Geburtshaus ; g. die Ausscheidung der nicht zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbrachten <u>Kosten und Leistungen.</u> “	BE, BL, LU, NW, GDK
1	Es werden wiederum Tendenzen zur reinen Planwirtschaft erkennbar. Zulässig sind die Bestimmungen, dass Leistungen und Kosten, die der OKP zu belasten sind, klar bestimmt und ausgewiesen werden. Wenn diese Kosten noch eine Unterscheidung zwischen Kosten und Leistungen im Rahmen der stationären, ambulanten und Langzeitbehandlung benötigt, ist ein solches Vorgehen noch vertretbar. Hingegen sind die Leistungserbringer nicht zu verpflichten, ihre nicht zulasten der OKP erbrachten Leistungen separat auszuweisen. Die Grundlage für den Leistungserbringer ist der privatrechtliche Auftrag zwischen seinem Patienten und ihm. Die Rechnungsstellung hat an den Patienten zu erfolgen und dessen Versicherungssituation darf dem Leistungserbringer keinen zusätzlichen Abrechnungsaufwand erbringen. Somit ist die vorgeschlagene Bestimmung in Art. 2 Abs. 1 lit g) VKL ersatzlos zu streichen.	PULSUS

Art. 3

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
Die Umsetzung dieses Artikels hat gezeigt, dass zahlreiche Fälle unter die Bestimmungen von Art. 3 Bst. b fallen. Ebenso verursachen die Bst. c und e unangebrachte Mehrkosten, indem bei Fällen unter Ost. c die doppelte Fallpauschale geschuldet wird und bei Bst. e in der Regel nach der Diagnose abgerechnet wird (d.h. die volle Pauschale ist geschuldet). Dies, obwohl in beiden Fällen für das zuweisende Haus bzw. das Haus, in welches der Tote gebracht wurde, in keiner Art zu vergleichende Aufwände wie die ordentliche Behandlung es fordern würde, hatte. Für Fälle, welche unter die Buchstaben a und b fallen sollten Kurzliegertaxen vereinbart werden.	AG
Zwischen den Artikeln 3 und 5 fehlt die nötige Kohärenz. Gemäss Artikel 5 gelten wiederholte Aufenthalte in Tages- oder Nachtkliniken als ambulante Behandlungen. Gemäss Artikel 3 Buchstabe b gelten als stationäre Behandlungen Aufenthalte im Spital und im Geburtshaus von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird. Da bei Aufenthalten in Nachtkliniken ein Bett belegt wird, sind diese Aufenthalte gemäss Artikel 3 Buchstabe b stationär, gemäss Artikel 5 aber ambulant. Es fragt sich, welche Bestimmung nun betreffend Nachtkliniken vorgeht. Unabhängig zu dieser fehlenden Kohärenz zwischen Artikel 3 und 5 ist Artikel 3 zu vereinfachen: Bei einer Aufenthaltsdauer von mindestens 24 Stunden erübrigt sich der Zusatz betreffend Bettenbenützung. Zudem fällt die Regelung für Aufenthalte im Pflegeheim ausser Betracht, weil niemand für eine so kurze Dauer in ein Pflegeheim eintritt. Dementsprechend kann Buchstabe a folgen-	BE

<p>dermassen formuliert werden: „Als stationäre Behandlung nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes gelten Aufenthalte: im Spital, im Geburtshaus und im Pflegeheim von mindestens 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird;</p> <p>Auf Grund der besonderen Bedeutung für die Versorgung und auf Grund der konzeptionellen Nähe zur stationären Behandlung ist sodann mit geeigneten Formulierungen in den Artikeln 3 und 5 dafür zu sorgen, dass sowohl die Aufenthalte in psychiatrischen Tageskliniken als auch die Aufenthalte in psychiatrischen Nachtkliniken als stationäre Behandlungen gelten.</p> <p>Zudem ist vorzusehen, dass im akut-stationären Bereich die Organisation nach Artikel 49 Absatz 2 des revidierten KVG, d.h. das Case Mix Office, eine detailliertere Falldefinition festlegen kann als jene in Artikel 3. Die in der VKL aufzunehmende Bestimmung könnte lauten: <u>„Die Organisation nach Artikel 49 Absatz 2 des Gesetzes kann für die akut-stationäre Versorgung eine Falldefinition festlegen, welche im Rahmen der massgeblichen Tarifverträge anwendbar ist.“</u></p>	
<p>Die Regelung ist zu vereinfachen. Bei einer Aufenthaltsdauer von mindestens 24 Stunden braucht es nicht noch den Zusatz betreffend Bettenbenützung. Die Regelung ist auch nicht im Pflegeheim anwendbar. „... a. im Spital, im Geburtshaus und im Pflegeheim von mindestens 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird;... “</p> <p>Art. 3bis (neu) Falldefinition: Des Weiteren ist vorzusehen, dass im akut-stationären Bereich die Organisation nach Art. 49 Abs. 2 des Gesetzes, d.h. das Case Mix Office, ergänzend zu Art. 3 eine detailliertere Falldefinition vornehmen kann.</p> <p><u>„3bis Die Organisation nach Art. 49 Abs. 2 des Gesetzes kann für die akutstationäre Versorgung eine Falldefinition vornehmen, welche im Rahmen der massgeblichen Tarifverträge anwendbar ist.“</u></p>	BL, NW, SG; GDK
<p>Die Regelung ist zu vereinfachen. Bei einer Aufenthaltsdauer von mindestens 24 Stunden braucht es nicht noch den Zusatz betreffend Bettenbenützung. Die Regelung ist zudem nicht im Pflegeheim anwendbar.</p> <p>In der Psychiatrie und im Rehabilitationsbereich bestehen Tageskliniken, die in Bezug auf die medizinischen und therapeutische Leistungen den stationären Angeboten gleichzusetzen sind und sich lediglich durch eine reduzierte Beanspruchung der Hotellerie von diesen unterscheiden. Der Ausbau derartiger Angebote wäre medizinisch, sozial und wirtschaftlich gleichermassen sinnvoll (Substitution stationärer Behandlungen), wird heute aber durch die unklare versicherungsrechtliche Zuordnung stark behindert. Diese Angebote sollten künftig-analog zur in Deutschland längst etablierten Praxis - dem stationären Bereich zugeordnet werden. Damit würde die Möglichkeit geschaffen, derartige Angebote nach den für stationäre Leistungen üblichen Grundsätzen abzurechnen (Pauschaltarife, anteilige Finanzierung durch die Versicherer und die Kantone nach dem für stationäre Behandlungen geltenden Schlüssel). Der Kanton beantragt daher, in Art. 5 den „2. Satz zu streichen und Art. 3 entsprechend zu ergänzen:</p> <p>Als stationäre Behandlung nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes gelten Aufenthalte:</p> <p>a. im Spital, im Geburtshaus und im Pflegeheim von mindestens 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird;... “</p> <p>Art. 3bis (neu) Falldefinition: Es ist vorzusehen, dass im akut-stationären Bereich die Organisation nach Art. 49 Abs. 2 des Gesetzes, d.h. das Case Mix Office, ergänzend zu Art. 3 eine detailliertere Falldefinition vornehmen kann.</p> <p><u>„3bis Die Organisation nach Art. 49 Abs. 2 des Gesetzes kann für die akutstationäre Versorgung eine Falldefinition vornehmen, welche im Rahmen der massgeblichen Tarifverträge anwendbar ist.“</u></p>	LU
<p>Tages- und Nachtpatienten von Akut-Tageskliniken von Psychiatrischen Kliniken sind ebenfalls dem stationären Bereich zuzurechnen. Die entsprechenden</p>	TG

<p>Patienten werden im Anschluss an stationäre Aufenthalte noch im Rahmen des stationären Settings in Tageskliniken stufenweise auf den Alltag vorbereitet. Sie halten sich dabei regelmässig (und in immer grösseren Abständen) während mehr als 7 Stunden in psychiatrischen Einrichtungen auf und nehmen dort am stationären Alltag teil. Diese in der Psychiatrie sehr wichtigen Angebote könnten nicht mehr aufrechterhalten werden, wenn sie nur nach den heute gültigen ambulanten Tarifen verrechnet werden könnten. Der Kanton beantragt daher, Art. 3 wie folgt zu ergänzen und Art. 5 zu streichen. <u>„f. in Tages- / Nachtkliniken von in der Regel mehr als sieben Stunden bei wiederholten Aufenthalten.“</u></p>	
<p>Bei einer Aufenthaltsdauer von mindestens 24 Stunden braucht es nicht noch den Zusatz betreffend Bettenbenützung. Die Regelung ist auch nicht im Pflegeheim anwendbar. Sie ist daher wie folgt zu vereinfachen: „... a. im Spital, im Geburtshaus und im Pflegeheim von mindestens 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird;...“</p> <p>Artikel 3 und Artikel 5 Stationäre/Ambulante Behandlung</p> <p>In der Psychiatrie sowie im Rehabilitationsbereich bestehen Tageskliniken, die in Bezug auf die medizinischen und therapeutischen Leistungen den stationären Angeboten gleichzusetzen sind und sich lediglich durch eine reduzierte Beanspruchung der Hotellerie von diesen unterscheiden. Der Ausbau derartiger Angebote wäre medizinisch, sozial und wirtschaftlich gleichermaßen sinnvoll (Substitution stationärer Behandlungen), wird heute aber durch die unklare versicherungsrechtliche Zuordnung stark behindert. Diese Angebote sollten künftig - analog zur in Deutschland längst etablierten Praxis - dem stationären Bereich zugeordnet werden. Damit würde die Möglichkeit geschaffen, derartige Angebote nach den für stationäre Leistungen üblichen Grundsätzen abzurechnen (Pauschaltarife, anteilige Finanzierung durch die Versicherer und die Kantone nach dem für stationäre Behandlungen geltenden Schlüssel). Der Kanton beantragt daher, in Artikel 5 den 2. Satz zu streichen und stattdessen Artikel 3 wie folgt zu ergänzen: <u>„f. in der Tagesklinik eines Spitals für befristete Psychiatrie- und Rehabilitationsbehandlungen im Rahmen strukturierter Programme.“</u></p> <p>Artikel 3b's (neu) Faldefinition</p> <p>Des Weiteren ist vorzusehen, dass im akut-stationären Bereich die Organisation nach Artikel 49 Absatz 2 des Gesetzes, d.h. das Case Mix Office, ergänzend zu Artikel 3 eine detailliertere Faldefinition vornehmen kann. <u>„3b's Die Organisation nach Artikel 49 Absatz 2 des Gesetzes kann für die akut-stationäre Versorgung eine Faldefinition vornehmen, welche im Rahmen der massgeblichen Tarifverträge anwendbar ist.“</u></p>	UR
<p>Gemäss Bst. b hängt die Unterscheidung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung davon ab, ob während einer Nacht ein Bett belegt wird. Diese Unterscheidung ist nicht sachgerecht. Patienten, die spät abends eingeliefert und frühmorgens wieder entlassen werden, könnten gemäss dieser Unterscheidung zu einem anderen Tarif abgerechnet werden als Patienten, die frühmorgens ein Spital aufsuchen und dieses erst spät abends verlassen. SGV beantragt deshalb, dass die Nacht als mitzuberückichtigendes Kriterium weggelassen wird und die Abgrenzung zwischen ambulant und stationär vielmehr davon abhängig gemacht wird, während wie vielen Stunden ein Patient die stationäre Infrastruktur eines Spitals in Anspruch nehmen musste.</p>	SGV
<p>Es kommt regelmässig vor, dass Notfallpatienten in der Klinik diejenigen Ressourcen beanspruchen, die typischerweise für stationäre Patienten benötigt werden (erheblicher Pflegeaufwand, Sauerstoffapplikation, Inhalationen, ausgedehnte Laboranalysen, Intravenös-Therapien, etc.). Ein solcher Fall kann nicht sachgerecht als ambulanter Fall abgerechnet werden, weil im TARMED hier schlicht die nötigen Positionen fehlen. Vom Aufwand und vom Charakter der Behandlung sind diese Fälle viel mehr den stationären Behandlungen zuzuordnen. Art. 3 VKL ist deshalb zu ergänzen.</p> <p>„Als stationäre Behandlung nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes gelten Aufenthalte:</p>	FMH

<p><u>b bis . in Notfallstationen und Tageskliniken bei denen während mind. 6 Stunden ein Bett belegt wird:</u></p>	
<p>Zu a. Das massgebende Kriterium, die Übernachtung mit Bettenbenützung führt bei den Spitälern zu Fehlinterpretationen. In Ausnahmefällen, insbesondere bei einer Geburt kann es vorkommen, dass die Patientin länger als 24 Stunden behandelt wird, ohne ein Bett (weil sie zwischendurch wieder zu Hause sind), sehr wohl aber den Gebärsaal zu benutzen.</p> <p>Zu b. Der Tarif bei einem Aufenthalt im Spital oder Geburtshaus unter 24 Stunden soll an den Aufenthalt um 24:00 Uhr gebunden sein (Mitternachtszensus). Dann ist davon auszugehen, dass die Patientin oder der Patient nicht mehr nach Hause geschickt wird oder wie bei der Geburt, bei der die Spitalinfrastruktur benutzt wird. In der Nacht werden sonst keine Patientinnen und Patienten nach Hause entlassen.</p> <p>Zu c. Im Falle einer Überweisung von einem Spital in ein anderes Spital rechnen beide Spitälern je einen stationären Fall ab. Dies entspricht der heutigen Praxis. Eine Umstellung wäre mit erheblichen Mehrkosten verbunden. Das CMO hat einen entsprechenden Auftrag eine Fallgruppe Überweisungen zu erarbeiten. „a. ... von mindestens 24 Stunden (Rest streichen); b. ... von weniger als 24, bei denen die Patientin oder der Patient sich um Mitternacht im Spital oder Geburtshaus aufhält; c. ...“</p>	H+
<p>Als stationäre Behandlung nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes gelten Aufenthalte:</p> <p><u>a) im Spital, im Geburtshaus und im Pflegeheim bei denen in mindestens einer Nacht über Mitternacht ein Bett bzw. Spitalbett belegt wird.</u></p> <p><u>b) bei Todesfällen.</u></p> <p>a) und b) (alt) kann man zusammenlegen, weil „von mindestens 24 Stunden“ und „von weniger als 24 Stunden“ alles abdecken. Die 24-Stunden-Grenze hat keinen Sinn mehr. Der Begriff „Bett“ ist im Spitalzusammenhang unklar und ist exakt zu definieren. Spitalbett (ist nicht gleich Notfallliege). Der Begriff „über Nacht“ ist ebenfalls unklar und muss zwingend exakt definiert werden => über Mitternacht?</p> <p>c) (alt) und d) (Vorschlag) müssen aufgehoben werden.</p> <p>Begründung: Diese Regelung führt dazu, dass ambulante Aufenthalte (z.B. bei Überweisung in ein Spital im Wohnkanton, wenn die Aufnahmepflicht im Standortkanton nicht gegeben ist) im überweisenden Spital stossenderweise eine Verrechnung mit stationären Pauschalen nach sich zieht. Dies wiederum wird oft von den Heimatkantonen nicht anerkannt. In der heutigen Zeit mit der grossen Mobilität macht eine solche Regelung keinen Sinn mehr. Die Definitionen der Fallarten sind ohne diese Regelung ausreichend, da in jedem Spital nach der Regelung a) und Art. 5 beurteilt werden kann, welche Fallart gilt und wie abgerechnet werden muss.</p>	Inselspital
<p>Definition der stationären Behandlung bereitet nach wie vor Probleme. Insbesondere die Regelung, dass ein Aufenthalt von weniger als 24 h, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird, als stationär gilt, ist administrativ schwierig zu erfassen.</p> <p>Auch die Überweisung in ein anderes Spital ist unzureichend geregelt. Was passiert, wenn der Patient in das überweisende Spital zurückverlegt wird? Wer bezahlt die Rechnung des Aufenthaltes in das verlegende Spital (i.d.R. Zentrumsspital). Wer übernimmt die Transportkosten (hin und retour)? Wiederholte Aufenthalte in einer Tages- oder Nachtambulanz gelten als ambulante Leistungen. Wohin gehört die Schlafdiagnostik? Hier braucht es eine Auflistung der entsprechenden Möglichkeiten.</p>	Kantonsspital Aarau
<p>Mit der Gesetzesrevision wird eine der drei Behandlungsarten, nämlich die teilstationäre Behandlung gestrichen. Es genügt nun nicht, einfach diese Umschreibung aus der VKL zu entfernen. Wenn man den Begriff stationär unverändert beibehält, ergeben sich nämlich Lösungen, die absolut unsachlich sind</p>	Privatkliniken

<p>und von niemandem verstanden werden. Folgende Beispiele machen dies deutlich.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ein Patient liegt während 5 Stunden über Mitternacht zur Ueberwachung im Spital und gilt als stationärer Patient. - Ein Patient tritt um 01.00 h ins Spital, kommt auf die Intensivpflegestation und kann nach intensiver Ueberwachung/Betreuung um 22.00 h entlassen werden. Dieser Patient gilt als ambulant. - Ein Patient wird um 07.00 h operiert und geht um 17.00 h nach Hause. Dieser Patient gilt als ambulant. - Ein Patient tritt um 17.00 h für dieselbe Operation wie oben ein und wird um 08.00 h entlassen. Dieser Patient gilt nun als stationärer Patient. TARMED als ambulanter Tarif bildet die Leistungen für einen Kurzaufenthalt, bei welchem die Benützung der Spitalinfrastruktur unumgänglich ist, nicht richtig ab. Spitäler werden deshalb finanziell bestraft, wenn sie nur nach TARMED abrechnen können. Um diese unhaltbare Situation zu beheben, ist der Begriff der stationären Behandlung neu zu umschreiben. Nur so können die Leistungen kostendeckend erbracht werden und nur so werden Anreize vermieden, die Patienten wieder länger im Spital zu lassen. Privatkliniken schlagen daher vor, Patienten als stationäre zu bezeichnen, wenn sie für eine Behandlung während mehr als 6, ev. 8 Stunden auf der stationären Infrastruktur eines Spitals (IPS, Pflegeabteilung, OPS usw.) basieren müssen. 	
<p>Die Definition des stationären Patienten ist absurd, da damit eine tarifliche und statistische Verzerrung erfolgt. Beispiel:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ein Patient liegt während 5 Stunden über Mitternacht zur Ueberwachung im Spital und gilt als stationärer Patient. -Ein Patient tritt um 01.00 h ins Spital, kommt auf die Intensivpflegestation und kann nach intensiver Ueberwachung/Betreuung um 22.00 h entlassen werden. Dieser Patient gilt als ambulant. -Ein Patient wird um 07.00 h operiert und geht um 17.00 h nach Hause. Dieser Patient gilt als ambulant. -Ein Patient tritt um 17.00 h für dieselbe Operation wie oben ein und wird um 08.00 h entlassen. Dieser Patient gilt nun als stationärer Patient. <p>Da der Tarmed als ambulanter Tarif die Leistungen eines teilstationären Aufenthaltes überhaupt nicht abbildet, werden diejenigen Spitäler finanziell bestraft, welche Patienten nicht übernachten lassen. Mit der vorgesehenen Regelung ist eine statistische und leistungsmässige Verzerrung vorprogrammiert.</p> <p><i>Antrag für Aenderung lit. a / b</i></p> <p>Patienten, die für eine Behandlung während mehr als 8 Stunden auf der stationären Infrastruktur eines Spitals basieren müssen (IPS / Pflegeabteilung / OPS usw.), gelten als stationäre Patienten.</p>	SRK
<p>Die Erwähnung der Pflegeheime an dieser Stelle ist falsch, da sich Art. 3 VKL auf die stationäre Behandlung im Spital (bzw. auf Art. 49 KVG, Tarifverträge mit Spitälern) bezieht. „a. im Spital und im Geburtshaus und im Pflegeheim von mindestens 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird;“ Die Definition der Benutzung eines Bettes über Nacht als stationär fördert den Anreiz, je nach Tarif die ambulante Untersuchung am späteren Nachmittag vorzunehmen, damit sich die medizinische Überwachung in die Nacht zieht. Bsp. Herzkatheter, welche i.d.R. ambulant abgerechnet werden können. „b. im Spital und im Geburtshaus von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird;“</p> <p>Wenn ein Spital eine Überweisung in ein anderes Spital vornimmt, muss die Behandlung auch im neuen Spital als stationär gelten. Dies geht aus der Bestimmung nicht hervor, muss aber in diesem Sinne gelten. „c. im Spital bei Überweisung in ein anderes Spital <u>sofern die gesamte Verweildauer zusammen mindestens 24 Stunden beträgt, bei denen während der Nacht ein Bett belegt wird.</u> d. im Geburtshaus bei Überweisung in ein Spital; <u>sofern die gesamte Verweildauer zusammen</u></p>	santésuisse

<u>mindestens 24 Stunden beträgt, bei denen während der Nacht ein Bett belegt wird.“</u>	
--	--

Art. 4

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
einverstanden	GDK
Die klare Abgrenzung des ambulanten und stationären Bereichs muss durch eine griffige Definition gewährleistet werden. Es gilt zu prüfen, ob sich die vorliegende Definition von ambulant und stationär in der Praxis bewähren dürfte.	VLSS

Art. 5

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
Hier stellt der Kanton einen klaren Widerspruch zu Art. 3 fest. Wieso gilt eine Nachtambulanz als ambulant? Ein Patient einer „Nachtambulanz“ erfüllt klar die Kriterien von Art. 3 Bst. b. Entweder sind also die Nachtambulanzen als Begriff zu streichen oder Art. 3 Bst. b ist obsolet. Der Kanton empfiehlt die Streichung von Art. 3 Bst. b.	AG
einverstanden	GDK
Diese Bestimmung ist zu begrüßen, da damit Behandlungen von Tages- oder Nachtpatienten klar als ambulante Behandlungen gelten.	santésuisse

Art. 6

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
einverstanden	GDK
Wenn jemand wegen zu geringer Pflegeheimkapazitäten im Spital bleiben muss, darf dies nicht als Langzeitbehandlung gelten. Deshalb darf in diesem Fall nicht der Tarif gemäss Art. 50 KVG zur Anwendung gelangen. Wenn zu geringe Pflegeheimkapazitäten zur Verfügung stehen, haben dies nicht die Spitäler zu verantworten. Es gibt daher keinen Grund, den Spitälern deshalb finanzielle Nachteile aufzubürden.	Economie-suisse, Privatkliniken, SRK
Le fait qu'un patient reste hospitalisé en raison d'un manque de place dans un établissement médico-social ne doit pas être considéré comme un traitement de longue durée. Dans cette hypothèse, il ne convient pas d'appliquer le tarif fixe selon l'article 50 de la LAMal. Le manque de places en EMS ne doit pas être supporté financièrement par les hôpitaux,	FER
Ist ein Patient aufgrund mangelnder Pflegeheimkapazitäten gezwungen, länger als medizinisch erforderlich in einem Spital zu bleiben, darf das Spital hierfür nicht durch die Anwendung eines ungünstigeren Tarifs bestraft werden.	SGV
Abs. 2 (neu): Wenn zu geringe Pflegeheimkapazitäten zur Verfügung stehen, ist das nicht durch die Spitäler zu verantworten. Die Spitäler dürfen nicht für eine Unterversorgung bestraft werden, für die sie nicht verantwortlich sind. Eine jederzeit genügende Pflegeheimkapazität setzt eine regelmässige Überkapazität an Pflegeheimplätzen voraus. <u>„Nicht als Langzeitbehandlungen nach den Artikeln 49 Absatz 3 und 50 des Gesetzes gelten Aufenthalte im Spital gemäss Absatz 1, wenn eine Verlegung aus anderen Gründen nicht möglich ist.“</u>	H+
Langzeitbehandlungen müssen im KSA korrekt umgesetzt werden (klare Definition und Information). Es ist davon auszugehen, dass durch eine strikte Umsetzung die	Kantonsspital Aarau

Aufenthaltsdauer leicht gesenkt werden kann. Problematisch ist jedoch, dass zu wenig Pflegeheimkapazitäten zur Verfügung stehen und der Patient deshalb im KSA bleiben muss. Die Finanzierung der „Wartezeit“ muss geregelt werden.	
Abs 2 neu: Nicht als Langzeitbehandlungen nach den Artikeln 49 Absatz 3 und 50 des Gesetzes gelten Aufenthalte im Spital gemäss Absatz 1, wenn eine Verlegung aus anderen Gründen nicht möglich ist. Wenn zu geringe Pflegeheimkapazitäten zur Verfügung stehen, ist das nicht durch die Spitäler zu verantworten; eine jederzeit genügende Pflegeheimkapazität setzt eine regelmässige Überkapazität an Pflegeheimplätzen voraus.	SWISSREHA VAKA
Die Definition in Art. 6 VKL wird zwar bis auf die kleine Anpassung des Verweises auf Art. 49 Abs. 4 KVG (bisher auf Abs. 3) beibehalten, es stellt sich aber die Frage, ob im Rahmen der Verordnungsrevision nicht eine klarere Formulierung eingefügt werden könnte. Insbesondere scheint in der aktuellen Definition nicht berücksichtigt, dass ein chronisch kranker Patient durchaus eine Behandlung im Spital oder in einer Rehabilitationsklinik für längere Zeit als gewöhnlich benötigen könnte.	VLSS
Aufgrund von Platzmangel in Rehabilitationskliniken oder Pflegeheimen kann es zu Verzögerungen bei der Verlegung aus dem Spital kommen. Mangelnde Kapazitäten im nach gelagerten Teil der Behandlungskette dürfen finanziell nicht zu Lasten der Akutspitäler gehen. Hier muss eine andere Lösung gefunden werden.	Stadt ZH

Art. 7

Abs. Al.	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
	Die Differenzierung zwischen den Absätzen 1, 2 und 3 mag zwar kostenrechnerisch einen gewissen Sinn ergeben, die Frage ist jedoch, ob das an dieser Stelle sinnvoll ist, oder nicht besser in die REKOLE verschoben wird. Zudem finanziert der Bund die Universitäten massgeblich mit. Wieso also die Kantone die Kosten für die universitäre Lehre und Forschung in den Spitälern alleine tragen sollen, bleibt unklar. Sicher ist: Die Ausführungen im Verordnungstext sind falsch. Nicht geregelt ist die Frage der Voraussetzungen zur Erbringung universitärer Lehre und Forschung. Darf da jeder nach Gutdünken behaupten, dies zu tun oder gibt es hier eine Regelung (bspw. muss eine Vereinbarung mit einer Universität vorhanden sein)?	AG
	Im allgemeinen Teil des Kommentars zur VKL werden die Kosten der nicht universitären Lehre und die Kosten der Weiterbildung des akademischen und nicht akademischen Personals als nicht anrechenbare Kosten erachtet. Dementsprechend wird die Abgeltung dieser Kosten von einer Betriebsnotwendigkeit abhängig macht (vgl. Kommentar zu Artikel 7 VKL). Es wäre müssig, jeweils über deren Betriebsnotwendigkeit diskutieren zu müssen, um die Anrechenbarkeit der entsprechenden Kosten zu belegen. Auch finden sich in den Beratungen des Parlaments keinerlei Hinweise, die den generellen Ausschluss oder die beschränkte Anrechenbarkeit belegen würden. Aus Kantons BE Sicht ergibt sich aus dem Wortlaut von Artikel 49 Absatz 3 KVG sowie den Ausführungen im Parlament klar, dass die nicht universitäre Lehre und die Weiterbildung neu anrechenbare Kosten sind. Der Kommentar schafft daher unnötig Verwirrung und Rechtsunsicherheit. Die Anrechenbarkeit der nicht universitären Lehre darf im Kommentar nicht in Frage gestellt werden. In der VKL sind auf Basis von Artikel 49 Absatz 3 Buchstabe b des revidierten KVG nur noch die Kosten für Forschung und universitäre Lehre zu regeln. Der Randtitel sowie Absatz 5 sind entsprechend anzupassen, und die Absätze 2 und 3, welche die nicht universitäre Lehre	BE

	<p>betreffen, sind zu streichen.</p> <p>Hingegen erweist sich Absatz 1 vor dem Hintergrund der bestehenden Differenzen bei der Beurteilung der Kosten für die universitäre Lehre als zu wenig griffig. Wie in Ziffer 5 des Kommentars zur VKL seitens des Bundes ausgeführt, werden zur Ermittlung der anrechenbaren Kosten für Lehre und Forschung Pauschalabzüge verwendet, weil die Spitäler die Kosten nicht ausweisen können. In Ergänzung zu Absatz 1 sollte die VKL daher präzisieren, welche Kosten des Spitals (oder welche Anteile davon) genau zu den Aufwendungen für die theoretische und praktische Ausbildung der Studierenden der universitären Medizinberufe gehören.</p>	
	<p>Kosten <u>für Forschung und universitäre Lehre und Forschung</u>: In der VKL sind auf Basis der neuen Gesetzesgrundlage nach Art. 49 Abs. 3 Bst. b KVG nur noch die Kosten für Forschung und universitäre Lehre zu regeln. Der Titel (oben) ist entsprechend anzupassen und die Absätze 2 und 3 zu streichen.</p>	BL, NW, SG, UR, GDK
	<p>Les notions relatives aux coûts de formation et de recherche, mentionnées à l'article 7 OCP, devront être précisées dans le cadre des discussions qui se déroulent au niveau fédéral à ce sujet.</p>	GE
	<p>Die Absicht, neben den Kosten der universitären Lehre weitere Aus- und Weiterbildungskosten den nicht anrechenbaren Kosten zu unterstellen, steht im Widerspruch zu Art. 49 Abs. 3 lit. b KVG. In dieser Bestimmung werden die gemeinwirtschaftlichen Leistungen im Aus- und Weiterbildungsbereich auf die universitäre Lehre eingegrenzt. Dem zu Folge ist in der VKL einzig zu definieren, was universitäre Lehre ist. Die Absätze Art. 2 und 3 sind entsprechend zu streichen.</p> <p>Im erläuternden Bericht wird im Kapitel 4. Gemeinwirtschaftliche Leistungen ausgeführt, dass die Aufnahmepflicht der Spitäler zu den gemeinwirtschaftlichen Leistungen zählt. Diese Aussage steht ebenfalls im klaren Widerspruch zu Art. 49 Abs. 3.</p>	GR
	<p>In der VKL sind auf Basis der neuen Gesetzesgrundlage nach Art. 49 Abs. 3 Bst. b KVG-r nur noch die Kosten für Forschung und universitäre Lehre zu regeln. Der Titel ist entsprechend anzupassen und die Absätze 2 und 3 zu streichen. Absatz 5 ist entsprechend anzupassen.</p>	LU
	<p>Die Umschreibung der im Spital erbrachten Leistungen der nicht universitären Lehre in Abs. 2 ist zu eng. Sie sollte ausgedehnt werden auf jegliche theoretische und praktische Aus- und Weiterbildung von Personal, welches im Spital angestellt ist, auch wenn dieses nicht eine pflegerische Tätigkeit oder einen andern Spitalberuf ausübt. Die Entschädigung der Spitäler hat nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen zu erfolgen. Somit sind alle Kostenfaktoren in die Preisgestaltung einzubeziehen, soweit sie durch das Gesetz nicht explizit ausgeschlossen sind. Die Definition in Abs. 2 ist entsprechend zu erweitern auf die Aus- und Weiterbildung jeglichen Personals im nicht universitären Bereich. Allerdings ist eine vollständige Abwälzung jeglicher Weiterbildung auf die Grundversicherung zu vermeiden. Dies würden die Zwangsausgaben der Haushalte, welche die obligatorischen Krankenversicherungsprämien darstellen, unnötig erweitern. Im Rahmen der Tarifverhandlungen sollen sich die Vertragspartner auf eine Pauschale für die Weiterbildungskosten einigen, welche zu Lasten der Grundversicherung geht. Art. 7 ist in diesem Sinne zu ergänzen.</p>	Economie-suisse
	<p>La description des prestations fournies au titre de la formation non universitaire est trop étroite et doit être étendue à toute formation théorique et pratique du personnel soignant et non soignant.</p> <p>La rémunération des prestations des hôpitaux doit être effectuée selon des règles valables en économie d'entreprise. Ainsi, tous les facteurs</p>	FER7

	<p>de coûts doivent être inclus dans la fixation du prix, sauf si la loi ne l'exclut expressément, ce qui West pas le cas en l'espèce.</p> <p>La définition de l'alinéa 2 doit des lors être élargie à la formation initiale et continue de l'ensemble du personnel non universitaire.</p>	
	<p>Lehre und Forschung – nicht universitäre Aus- und Weiterbildung</p> <p>Gemäss Artikel 49 Absatz 3 der Teilrevision Spitalfinanzierung, dürfen die Vergütung der stationären Behandlung, einschliesslich Aufenthalt in einem Spital oder einem Geburtshaus, keine Kostenanteile für Forschung und universitäre Lehre beinhalten. Für die Vergütung vereinbaren die Vertragsparteien Fallpauschalen.</p> <p>Den detaillierten Erläuterungen zu Artikel 7 kann SGB nicht zustimmen. Die darin enthaltene Interpretation des Willens des Gesetzgebers legt den Schluss nahe, dass die Kosten für nicht universitäre Aus- und Weiterbildung aus den anrechenbaren Kosten ausgeschieden werden müssten. In den Erläuterungen steht zudem folgender Satz: „Je nach Art der Weiterbildung sind diese letzten Kosten (Gemeint sind die Kosten für nicht universitäre Lehre und Weiterbildung) für den Betrieb des Spitals erforderlich und können in die leistungsbezogenen Pauschalen einfliessen“. Diese Kann-Formulierung öffnet Tür und Tor zu Willkür, Missverständnisse und Streitigkeiten sind damit vorprogrammiert. Mit dieser Unklarheit wird eine Unterversorgung und ein Qualitätsabbau beim nicht universitären Personal in Kauf genommen, der nicht akzeptiert werden kann und auch nicht dem Sinn der getroffenen Regelung in Artikel 49 Absatz 3, Teilrevision Spitalfinanzierung, entsprechen dürfte. Die Aus- und Weiterbildung ist in verschiedener Hinsicht wichtig und sollte deshalb von allen Spitälern auf der Spitalliste wahrgenommen werden. Gemäss Artikel 58g Absatz 5 haben die Kantone die Möglichkeit im Zusammenhang mit Leistungsaufträgen auch Auflagen zu Aus- und Weiterbildung von medizinischem, therapeutischem und pflegerischem Personal zu machen. Zudem ist im Tarifverfahren sicherzustellen, dass Spitäler mit Aus- und Weiterbildung gegenüber Spitälern ohne oder nur mit geringer Aus- und Weiterbildung nicht diskriminiert werden.</p> <p>Der SGB beantragt, die detaillierten Erläuterungen zu Artikel 7 sinngemäss wie folgt zu präzisieren und zu ergänzen: Nicht universitäre Aus- und Weiterbildung gehören zu den anrechenbaren Kosten eines Spitals, die dual finanziert werden. Die Abgeltung darf aber nicht einfach Teil der Fallpauschale werden, die unabhängig davon bezahlt wird, ob Weiterbildungsleistungen erbracht werden oder nicht. Auf keinen Fall dürfen Spitäler mit Aus- und Weiterbildung gegenüber Spitälern ohne oder nur mit geringer Aus- und Weiterbildung im Rahmen der Tarifverhandlung diskriminiert werden.</p>	SGB
	<p>Cet article ne peut être cohérent qu'à condition que la Confédération ne se désengage pas financièrement dans le domaine de la recherche.</p>	AVIVO
	<p>Im Kommentar zu den Änderungen der VKL zu Art. 7 wird davon gesprochen, dass „im Bezug auf die künftige Finanzierung der universitären und nicht universitären Lehr und Forschung Unklarheiten bestehen“. Um Missverständnisse zu vermeiden soll an dieser Stelle klar festgehalten werden, dass durch die Änderung von Art. 49 Abs. 3 lit. b KVG die nichtuniversitäre Lehre den anrechenbaren Kosten zugerechnet worden ist.</p>	FMH
	<p>Künftig gelten die Kosten für universitäre Lehre und Forschung als nicht anrechenbare Kosten im OKP-Tarif. Für die übrige berufliche Aus- und Weiterbildung entfällt das KVG keine explizite Bestimmung. H+ geht davon aus, dass mit Ausnanahme der Kosten für die univertäre Lehre sämtliche Kosten für betriebliche und überbetriebliche Aus- und Weiterbildungsleistungen anrechenbar und tarifrelevant sind.</p>	H+

	<p>Die Voraussetzung für die Anrechenbarkeit im KVG-Tarif ist, dass das Spital entsprechende Bildungsleistungen erbringt, bzw. überbetriebliche Leistungen mitfinanziert. Das heisst, dass die Abs. 2 und 3 als anrechenbare Betriebskosten zu betrachten sind, sofern diese Kosten für das Spital anfallen Die Frage der Finanzierung dieser Kosten ist unmissverständlich und verbindlich zu regeln. H+ ist der Auffassung, dass die Finanzierung durch Fallpauschalen und die übrigen Tarife sicher gestellt wird.</p> <p>Art 7 Abs 2. Redaktionell: „übrige Spitalberufe“ durch „übrige Berufe“ ersetzen.</p> <p>Art 7 Abs 3: Bst b: Redaktionell: das Wort akademisch durchweg durch universitär ersetzen. „b. die Weiterbildung des übrigen medizinischen universitären Personals.“</p> <p>Art 7 Abs 4: Die Vergütungen durch die Kantone oder Dritte für die Forschung sind ausweisbar und müssen deshalb abgezogen werden. Andere Abzüge, insbesondere Pauschalen, sollen in Zukunft nicht mehr möglich sein. A contrario gilt: all jene Kosten, die nicht separat finanziert sind, sollen angerechnet werden können. streichen oder „... <u>Deren expliziten Kosten sind im Sinne des Artikel 49 Absatz 3 des Gesetzes nicht in den Preisen für Leistungen anrechenbar.</u>“</p>	
	<p>Abs. 3 Bst.b. die Weiterbildung des übrigen <u>medizinischen universitären Personals</u></p> <p>Das Wort akademisch sollte durchweg durch universitär ersetzt werden.</p> <p>Abs. 4:... <u>Deren expliziten Kosten sind im Sinne des Art. 49 Abs. 3 des Gesetzes nicht in den Preisen für Leistungen anrechenbar.</u></p> <p>Die Vergütungen durch die Kantone oder Dritte für die Forschung sind ausweisbar und müssen deshalb abgezogen werden. Andere Abzüge, sollen in Zukunft nicht mehr möglich sein.</p>	Inselspital
	<p>Art. 7 Abs. 2: Die Umschreibung der im Spital erbrachten Leistungen der nicht universitären Lehre ist zu eng. Sie ist auszudehnen auf jegliche theoretische und praktische Aus- und Weiterbildung von Personal, welches im Spital angestellt ist, auch wenn dieses nicht eine pflegerische Tätigkeit oder einen andern Spitalberuf ausübt. Die Entschädigung der Spitäler hat nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen zu erfolgen. Somit sind alle Kostenfaktoren in die Preisgestaltung einzubeziehen, soweit sie durch das Gesetz nicht explizit ausgeschlossen sind. Aus dem Gesetz ergibt sich nun für einen Ausschluss, wie er in dieser Bestimmung vorgenommen wird, keinerlei Grundlage. Eine solche Beschränkung macht auch sachlich keinen Sinn. Sie ist arbiträr. Die Definition in Abs. 2 ist daher entsprechend zu erweitern auf die Aus- und Weiterbildung jeglichen Personals im nicht universitären Bereich.</p>	Privatkliniken
	<p>Pulsus stimmt zu, dass die Kosten für die Ausbildung der universitären Medizinalpersonen bis zum Regelabschluss von der Vergütung zulasten der OKP ausgeschlossen bleiben müssen.</p> <p>Es ist richtig, dass die Kosten für Lehre und Forschung nicht in die Tarifiermittlung bzw. Vergütung zulasten der OKP einbezogen werden soll. Hingegen sieht Pulsus im Einzelfall grosse Schwierigkeiten der Kostenabgrenzung. Nachdem die Finanzierungsfrage von Lehre und Forschung nicht abschliessend geregelt werden soll, erübrigen sich hier weitere Bemerkungen.</p> <p>Nicht universitäre Ausbildungskosten und Kosten für Weiterbildung: Soweit Spitäler etc. Lehrlinge ausbilden und soweit sie ihr angestammtes gesamten Personal (mit und ohne universitäre Grundausbildung) einer Weiterausbildung unterziehen oder solche Weiterausbildungen</p>	PULSUS

	<p>anbieten, sind dies Kosten des Spitals. Spitäler müssen sich den Anforderungen und Entwicklungen stellen, dazu ist die kontinuierliche Ausbildung von Lehrlingen wie auch die kontinuierliche Weiterausbildung des gesamten Personals in allen Bereichen eine unverzichtbare Notwendigkeit. Spitäler, die keine Weiterausbildung für ihr Personal vorsehen, erfüllen die Qualitätsvorschriften nicht.</p> <p>Spitäler, die diese Weiterausbildung im Haus selber organisieren und anbieten, sollen deshalb diese Kosten in die gesamten für die Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung heranzuziehenden Kosten einfließen lassen. Spitäler, die keine eigene Weiterausbildung betreiben, werden gezwungen sein, ihr Personal bei anderen Institutionen weiter auszubilden.</p> <p>Diese dafür anfallenden Kosten sind deshalb von den Weiterausbildungen anbietenden Institutionen kostendeckend weiter zu fakturieren. Diese Aufwendungen sind dann beim zahlenden Spital ebenfalls als entsprechende Kosten in die gesamte Kostenstruktur einzubeziehen. Hier ergibt sich auch eine Wettbewerbssituation, indem kleinere Spitäler nur beschränkte Weiterausbildungen anbieten können und werden, weil diese wahrscheinlich im Alleingang zu teuer sind oder die Qualitätserfordernisse nicht erfüllen. Andererseits werden die grossen Spitäler zueinander in Konkurrenz treten, was wiederum verhindern wird, dass diese Weiterausbildungskosten ausufern.</p> <p>Grundsätzlich sind nicht universitäre Ausbildungskosten und Weiterbildungskosten als normale Kosten in die Spitalrechnung einzubeziehen und entsprechend auch als Leistungen aus den Grundversicherungen zu decken wie andere Kostenfaktoren.</p>	
	<p>Mit den Erläuterungen zu Artikel 7 ist SBK nicht einverstanden: „Je nach Art der Weiterbildung sind diese letzten Kosten¹ für den Betrieb des Spitals erforderlich und können in die leistungsbezogenen Pauschalen einfließen“. Diese Kann-Formulierung öffnet Tür und Tor zu Willkür; Missverständnisse und Streitigkeiten sind damit vorprogrammiert.</p> <p>Mit dieser Unklarheit wird ein Qualitätsabbau beim nicht universitären Personal in Kauf genommen, der nicht akzeptiert werden kann und auch nicht dem Sinn der getroffenen Regelung in Artikel 49 Absatz 3, Teilrevision Spitalfinanzierung, entsprechen dürfte.</p> <p>Die Aus- und Weiterbildung ist in verschiedener Hinsicht wichtig und sollte deshalb von allen Spitalern wahrgenommen werden. Gemäss Artikel 58g Absatz 5 haben die Kantone die Möglichkeit, im Zusammenhang mit Leistungsaufträgen auch Auflagen zu Aus- und Weiterbildung von medizinischem, therapeutischem und pflegerischem Personal zu machen. Zudem ist im Tarifverfahren sicherzustellen, dass Spitäler mit Aus- und Weiterbildung gegenüber Spitalern ohne oder nur mit geringer Aus- und Weiterbildung nicht diskriminiert werden.</p> <p>SBK beantragt, die Erläuterungen zu Artikel 7 wie folgt zu präzisieren und zu ergänzen:</p> <p><i>Nicht universitäre Aus- und Weiterbildung gehören zu den anrechenbaren Kosten eines Spitals, die dual finanziert werden, soweit die Finanzierung nicht anderweitig geregelt ist. Die Abgeltung darf aber nicht einfach Teil der Fallpauschale werden, die unabhängig davon bezahlt wird, ob Weiterbildungsleistungen erbracht werden oder nicht. Auf keinen Fall dürfen Spitäler mit Aus- und Weiterbildung gegenüber Spitalern ohne oder nur mit geringer Aus- und Weiterbildung im Rahmen der Tarifverhandlung diskriminiert werden.</i></p>	SBK/ASI
	Art. 7.1 – 7.3 sind ersatzlos zu streichen.	SRK
	Künftig sollen nur die Kosten für universitäre Lehre und Forschung als nicht anrechenbare Kosten im KVG-Tarif gelten, während die übrige beruf-	SWISSREHA VAKA

	<p>liche Aus- und Weiterbildung tarifrelevant wird. Die Voraussetzung für die Anrechenbarkeit im KVG-Tarif ist, dass das Spital entsprechende Bildungskosten hat. Das heisst, dass die Absätze 2 und 3 als anrechenbare Betriebskosten zu betrachten sind, sofern diese Kosten im Spital anfallen. Fallen die Bildungskosten in einer Schule an (die als eigenständiger Betrieb geführt werden muss), ist das Spital davon nicht betroffen und die Ausbildung nicht in den Preisen anrechenbar. Die Berufsbildungen an Berufsschulen werden nicht in die Preise der KVG-Leistungen eingerechnet. Die Überbetrieblichen Kurse der Berufsbildung Sekundärstufe zwei hingegen schon. Diese Tatsache muss im Kommentar zur Verordnung besser erläutert werden.</p> <p>Absatz 3 Bst .b. die Weiterbildung des übrigen medizinischen <u>universitären Personals</u></p> <p>Das Wort akademisch sollte durchweg durch universitär ersetzt werden.</p> <p>Absatz 4: ... <u>Deren expliziten Kosten sind im Sinne des Art. 49 Abs. 3 des Gesetzes nicht in den Preisen für Leistungen anrechenbar.</u></p> <p>Die Vergütungen durch die Kantone oder Dritte für die Forschung sind ausweisbar und müssen deshalb abgezogen werden. Andere Abzüge, insbesondere Pauschalen sollen in Zukunft nicht mehr möglich sein. A contrario gilt: all jene Kosten, die nicht ausweisbar sind, sollen angerechnet werden können.</p>	
	<p>„1 Als Kosten...bis zum Erwerb des eidgenössischen Diploms <u>wie auch die Weiterbildung der Ärzte bis zum Erwerb des eidgenössischen Weiterbildungstitels und die Weiterbildung des übrigen medizinischen akademischen Personals.</u>“</p> <p>Es ist nicht klar, weshalb in der Verordnung der Begriff der „nachuniversitären Lehre“ definiert werden soll, obwohl der Begriff im Gesetzestext nicht existiert. Der Verordnungstext sollte vielmehr Klarheit darüber schaffen, was die Meinung des Gesetzgebers in der parlamentarischen Debatte war, nämlich „dass die Aus- und Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte sowie des übrigen akademischen Personals grundsätzlich nicht Sache der OKP sei.“ (Entwurf zu den Erläuterungen zur VKL, S. 3, 7.11.2007, BAG). Die unklare Formulierung im Gesetzestext (Art. 49 Abs. 3 KVG, „... dazu gehören insbesondere...“) muss in der Verordnung im Sinne des Gesetzgebers präzisiert werden.</p> <p>Die Formulierung im VO-Entwurf bewirkt ausserdem, dass die Gesamtkosten der Grund- und Weiterbildung des Pflege-, des medizinisch-technischen und des medizinisch-therapeutischen Personals von der OKP getragen werden müssen und zu festen Bestandteilen der Pauschalen werden. Diese Situation wird zu einer Kostensteigerung in der OKP führen (Ausmass unbekannt), um so mehr als heute zahlreiche Ausbildungen des Pflegepersonals (Krankenschwestern, Physio- und Ergotherapeuten,...) mit einem Bachelor oder Master abschliessen (Universitätsniveau).</p>	santésuisse
	<p>Le CSA doit faire part de sa crainte d'un trop grand désengagement de la Confédération face à la recherche universitaire et post-universitaire, cette dernière d'ailleurs très souvent liée à la formation post-universitaire, dans le domaine de la santé, des personnes âgées notamment.</p>	SSR/CSA
	<p>Gemäss Kommentar dürfen die Kosten für Lehre und Forschung nicht in die Tarifiermittlung einfließen. Es stellt sich dann aber die Frage, wo diese Kosten berücksichtigt werden. Die Finanzierungsfrage ist zurzeit noch nicht abschliessend geregelt; für Ausbildungsspitäler ist diese aber von Bedeutung.</p>	Stadt ZH
5	<p>Als Kosten für <u>Forschung und universitäre Lehre</u> und <u>Forschung</u> gelten auch indirekte Kosten sowie Aufwendungen, die durch von Dritten finanzierte Lehr- und Forschungstätigkeiten verursacht werden.</p>	BL, NW, SG, GDK

Art. 8

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
<p>Art. 8 – 10: Die Begrifflichkeiten in Art. 8 werden mit Sicherheit zu Streitigkeiten führen. So kann es mit diesem Verordnungstext durchaus passieren, dass Krankenversicherer und Kantone unterschiedliche Auffassungen darüber haben, welche Mobilien, Immobilien und sonstigen Anlagen zur Erfüllung des Leistungsauftrags nach Art. 39 notwendig sind. Der in den Konzepten von H+ verwendete Ausdruck der „gebundenen Investitionen“ ist ebenso wenig tauglich. Jemand muss entscheiden, welche Investitionen für die Erfüllung des Leistungsauftrags notwendig sind und gegenüber den Krankenversicherern und den Kantonen angerechnet werden können. Der Kanton beantragt, dass dies die Kantone sind.</p> <p>Zusätzlichen Regelungsbedarf ortet der Kanton im Bereich der Anlagebuchhaltung. In der Anlagebuchhaltung dürfen bekanntlich nur Objekte geführt werden, welche im Eigentum des Spitals sind. Das Problem ist, dass be/den meisten Kantonsspitalern die Kantone Eigentümer der Bauten und Anlagen sind und nicht die Spitäler. Das vorgeschlagene Konzept würde also dazu führen, dass die ganzen Investitionen in Kantonalen Spitalern nicht in den Tarifen berücksichtigt werden können. Dies muss unbedingt geändert werden. Ebenso stellt der Kanton fest, dass für das Anlagenleasing, Miete, etc. keine Regelungen bestehen. Nicht geregelt sind auch die Abgrenzungen zwischen stationär und ambulant. Es darf angenommen werden, dass die Investitionen in den ambulanten Tarifen und den Zusatzversicherungen weiterhin eingerechnet werden (zu 100 % bei den ambulanten Tarifen bzw. 50 % bei den Zusatzversicherungen).</p>	AG
<p>Einverstanden mit der Aktivierungsgrenze bei 10000 CHF. Ergänzung gemäss heutiger Regelung. Die Berücksichtigung von Miet- und Abzahlungsgeschäften ist Voraussetzung dafür, dass die Vergleichbarkeit der Anlagekostengewährleistet ist. Zumindest sollte in der KLV gewährleistet sein, dass diese Aufwendungen separat ausgewiesen werden.</p> <p>„Als Investitionen im Sinne von Artikel 49 Absatz 7 des Gesetzes gelten Mobilien, Immobilien und sonstige Anlagen, die zur Erfüllung des Leistungsauftrages nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e des Gesetzes notwendig sind und einen Anschaffungswert von mehr als 10 000 Franken haben. Dazu gehören neben den Kaufgeschäften sämtliche Miet- und Abzahlungsgeschäfte, welche als Anlagenutzungskosten separat ausgewiesen werden.“</p>	BL, NW, SG, UR, GDK
<p>Il y a lieu de préciser si la limite d'activation des investissements fixée à Fr. 10'000 se rapporte à un objet en particulier (coût unitaire) ou à un groupe d'objet (coût de la dépense globale). En effet, l'achat groupe de plusieurs objets identiques pourrait ainsi fausser la notion d'investissements (exemple : achat de 50 lampes au coût unitaire de Fr. 500.-- = Fr. 25000.--).</p>	FR
<p>Le canton de Genève est favorable à la suppression de la notion de semi-hospitalisation ainsi qu'à la fixation de la valeur d'achat à CHF 10000.- pour les investissements.</p>	GE
<p>Die geplante Erhöhung von CHF 3'000 auf CHF 10'000 widerspricht mehreren Grundsätzen, so z.B. der Stetigkeit und im erweiterten Sinne auch des Bruttoprinzips. Je höher die Aktivierungsgrenze, desto höher sind auch die jährlichen Schwankungen in der Kostenrechnung. Aktivierte Objekte belasten die Kostenrechnung über die gesamte Lebensdauer mit einem gleich bleibenden Abschreibungsbetrag. Anlagen, die direkt über die Erfolgsrechnung abgebucht werden, belasten die Erfolgsrechnung nur einmal. Je höher die Grenze, desto schwieriger werden auch Betriebsvergleiche. Würde die Grenze von CHF 3'000</p>	LU

<p>auf CHF 10'000 angehoben, dann müsste eine Übergangsregelung definiert werden, was mit denjenigen Anlagegüter, die vor dem Stichtag angekauft wurden und weniger als CHF 10'000 gekostet haben.</p> <p>Die Berücksichtigung von Miet- und Abzahlungsgeschäften ist Voraussetzung dafür, dass die Vergleichbarkeit der Anlagekostengewährleistet ist. Zumindest sollte in der KLV gewährleistet sein, dass diese Aufwendungen separat ausgewiesen werden.</p> <p>„Als Investitionen im Sinne von Artikel 49 Absatz 7 des Gesetzes gelten Mobilien, Immobilien und sonstige Anlagen, die zur Erfüllung des Leistungsauftrages nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e des Gesetzes notwendig sind und einen Anschaffungswert von mehr als 40000 3 000 Franken haben. <u>Dazu gehören neben den Kaufgeschäften sämtliche Mief- und Abzahlungsgeschäfte, welche als Anlagenutzungskosten separat ausgewiesen werden.</u></p>	
<p>Insbesondere kleinere Pflegeheime tätigen viele Investitionen unter Fr. 10 000.-. Diese würden somit nicht in der Anlagebuchhaltung erscheinen. Die Anlagebuchhaltung erfüllt nebst Ermittlungen der Abschreibungen/Zinsen auch weitere Zwecke wie Festlegung der Versicherungssummen und Fortschreiben der Wiederbeschaffungswerte (Refinanzierungsbedarf). Werden nun alle Investitionen unter Fr. 10 000.- nicht in der Anlagebuchhaltung erfasst, fehlen wichtige Informationen über den Wiederbeschaffungswert und die Versicherungssumme.</p>	SZ
<p>Die Grenze des Anschaffungswertes von Investitionen muss für die Pflegeheime auf maximal 5000 Franken festgelegt werden; die vorgesehene Grenze von 10 000 Franken ist für sie zu hoch.</p>	CURAVIVA
<p>Die Anhebung von CHF 3'000 auf CHF 10'000 ist eine Verbesserung für die Spitäler. Eine erhebliche Verbesserung ist die, wenn dieser Schwellenwert auf CHF 20'000 angehoben wird. CHF 10'000 war in der 80er und 90er Jahre in diesem Sinne zutreffend! Aus Sicht der Finanzierung spielt es richtigerweise keine Rolle mehr, da alle Kosten der Anlagenutzung auf die Kostenträger umzulegen sind.</p>	H+, Inselspital, SWISSREHA
<p>Es stellt sich die Frage, ob bereits Anschaffungen von mehr als CHF 10'000.00 in die Anlagebuchhaltung aufgenommen und somit als „Investition“ zu qualifizieren sind. Pulsus könnte sich vorstellen, dass Anschaffungen im Einzelfall von weniger als CHF 50'000.00 direkt der Ertragsrechnung als Aufwand belastet werden können und nur Anschaffungen von CHF 50'000.00 und mehr als „Investition“ bezeichnet werden und in die Anlagebuchhaltung aufgenommen werden müssen.</p>	PULSUS
<p>Die Definition von CHF10 000.– ist willkürlich. Sie trägt den nicht gewinnorientierten privaten Institutionen überhaupt nicht Rechnung, da diese Investitionen ja nicht mehr zur Berechnung der Kosten einfließen dürfen. Art. 8 ist ersatzlos zu streichen.</p>	SRK
<p>1 Als Investitionen im Sinne von Artikel 49 Absatz 7 des Gesetzes gelten Mobilien, Immobilien und sonstige Anlagen <u>mit einem Anschaffungswert von mehr als 10'000 Franken sowie neben diesen Kaufgeschäften sämtliche Miet- und Abzahlungsgeschäfte</u>, die zur Erfüllung des Leistungsauftrages nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e des Gesetzes notwendig sind. und einen Anschaffungswert von mehr als 10 000 Franken haben.</p> <p>Damit eine saubere Unterscheidung der engeren Betriebskosten einerseits und der Anlagenutzungskosten andererseits vorgenommen werden kann, soll der bisher in der VKL erwähnte Satz betreffend die Miet- und Abzahlungsgeschäfte nicht gestrichen werden. Siehe ausserdem Vorschlag für Art. 10, neuer Absatz 4.</p> <p>santésuisse ist der Ansicht, dass bezüglich Behandlung der Investitionskosten erstens Klarheit und zweitens Rechtssicherheit zu schaffen ist. Der Vorentwurf trägt der Problematik viel zu wenig Rechnung und kann im Hinblick auf den zu erwartenden Kostenschub für die OKP als fahrlässig bezeichnet werden. Festzuhalten sind folgende Eckwerte:</p>	santésuisse

<p>-Basis für die Abschreibungen ist der Anschaffungswert -Abschreibungen müssen linear erfolgen -Für die Nutzungsdauer ist auf die Lebensdauer der Anlage abzustellen -Abschreibungen unter den Restwert Null sind nicht erlaubt. -Die Verzinsung muss geregelt werden. -Miet- und Abzahlungsgeschäfte (bspw. Sale-and- Lease-Back!) dürfen nicht teurer als die Kaufvariante sein. Der Vorschlag von santésuisse für die Verzinsung enthält die WACC-Methode. Der für die Branche geltende Zinssatz muss dazu noch ermittelt werden, die Verzinsung erfolgt auf den Restwerten. Denkbar wäre aber auch eine Verzinsung der vollen Anschaffungswerte zum halben Zinssatz, was aber eine rudimentärere Variante darstellt. Wichtig bei dieser Variante: die Anschaffungswerte zum Zeitpunkt des Systemwechsels entsprechen den Restwerten aus der Anlagebuchhaltung (vgl. Übergangsbestimmungen).</p> <p><u>2 Die maximalen jährlichen kalkulatorischen Abschreibungen basieren auf linearer Abschreibung vom Anschaffungswert der Anlage über die Lebensdauer der Anlage. Abschreibungen unter den Restwert Null sind nicht erlaubt.</u></p> <p><u>3 Für die jährliche Verzinsung gilt:</u> <u>a. Die Verzinsung erstreckt sich nur über die Restwerte der betriebsnotwendigen Sachanlagen.</u> <u>b. Der Zinssatz für die betriebsnotwendigen Sachanlagen wird auf Basis des durchschnittlichen Kapitalkostensatzes gemäss WACC-Methode (Weighted average cost of capital) festgelegt. Er entspricht der durchschnittlichen Rendite von Bundesobligationen mit einer Laufzeit von 10 Jahren während der letzten 60 Monate plus Zuschlag.</u></p> <p><u>4 Die Benutzung von Sachanlagen auf Basis von Miet- und Abzahlungsgeschäften darf nicht teurer zu stehen kommen als der Kauf der Sachanlage und den damit verbundenen Anlagenutzungskosten gemäss Absatz 2 und 3.</u></p>	
---	--

Art. 9

Abs. Al.	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
1	einverstanden	GDK
1	Die Definition des Leistungsbezugs ist unklar. Ist der Leistungsbezug die einzelne Leistung oder die Gesamtleistung zum Beispiel einer DRG-Behandlung? <i>Antrag:</i> Der Leistungsbezug ist zu definieren.	SRK

Art. 10

Abs. Al.	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
allgemein	In Abs. 3 ist zu präzisieren, inwiefern die Grundsätze zur Anlagebuchhaltung im Spital von H+, welche Bestandteil von REKOLE sind, verbindliche Grundlage für die Ermittlung der Kosten für die Anlagenutzen sind. Ohne diese klare Empfehlung sind die Anlagebuchhaltungen nicht vergleichbar und für die Ermittlung der anrechenbaren Investitionskosten nicht nutzbar. Dennoch wird es auf dieser Basis manueller Anpassungen bedürfen, um Korrekturen für tarifliche Zwecke vorzunehmen. Dies erfolgt im Rahmen der vorgeschlagenen Norminvestitionskostenrechnung.	BE, BL, NW, GDK

allgemein	Die Pflegeheime sollen denselben Bedingungen wie die Spitäler unterliegen. „Anforderungen an Spitäler, Geburtshäuser und <u>Pflegeheime</u> “	H+, Insepspital, SWISS-REHA, VAKA
allgemein	<p>Während bisher als Grundlage für die Finanzbuchhaltung einfach die Nomenklatur des Kontenrahmens von H+ (unveränderte Ausgabe 1999) Geltung hatte, soll neu das Departement „die gültige Version“ festlegen. Es wäre sachgerechter, wenn in der Verordnung festgehalten würde, dass als Grundlage für die Finanzbuchhaltung der stationären Institutionen die Nomenklatur des jeweiligen Kontenrahmens von H+ gelten soll. Damit wird die Sach- und Fachkompetenz von H+ genutzt. Eine Einflussnahme des Departementes ist in jeder Hinsicht unnötig, wird zu Differenzen und damit zu (unnötigem) Mehraufwand führen.</p> <p>Schliesslich ist anzustreben, dass in den Anlagebuchhaltungen wirtschaftlich gerechtfertigte Abschreibungssätze zugrunde gelegt werden, wie dies in der Privatwirtschaft ebenfalls der Fall ist. Es stellt sich deshalb die Frage, ob man hier separat legislieren muss, oder ob man nicht auf sicher bestehende Richtlinien der eidgenössischen Steuerverwaltung über die Zulässigkeit von Abschreibungen verweisen kann. Es dürften in diesem Bereich (Ausgestaltung der Finanzbuchhaltung, Abschreibungsnotwendigkeiten und Möglichkeiten, etc.) beim eidgenössischen Finanzdepartement grössere Erfahrung und Kompetenz verfügbar sein als im eidgenössischen Departement des Innern bzw. beim Bundesamt für Gesundheit.</p>	PULSUS
1	„Die Spitäler und die Geburtshäuser müssen eine Finanzbuchhaltung führen. Grundlage ist die Nomenklatur des Kontenrahmens von H+ Die Spitäler der Schweiz. Das Departement legt die gültige Version fest <u>und sieht eine Einführungsfrist von zwei Jahren vor.</u> “	BE, BL, LU, NW, SG, UR, GDK
1	Die Geburtshäuser sind selbstverständlich bereit, die Finanzbuchhaltung im Sinne einer Vereinheitlichung anzupassen. Die Nomenklatur des Kontenrahmens von H+ basiert jedoch auf den Bedürfnissen der Spitäler und ist für die Geburtshäuser überdimensioniert und nicht geeignet. Der SHV fordert deshalb, dass für die Finanzbuchhaltung der Geburtshäuser eine der Grösse und dem beschränkten Arbeitsfeld der Geburtshäuser angepasste Regelung gefunden wird. Diese Regelung kann auf den Eckwerten des Kontenrahmens von H+ basieren, muss jedoch spezifisch für Geburtshäuser angepasst werden.	Geburtshaus arco Geburtshaus Artemis Geburtshaus Delphys Geburtshaus Engadin Geburtshaus LaVie Geburtshaus Luna Geburtshaus Terra Alta Geburtshaus Villa Oberburg Geburtshaus Zürich Oberland IGGH
1	Die Pflegeheime sollen denselben Bedingungen wie die Spitäler unterliegen. „Die Spitäler, Geburtshäuser und <u>Pflegeheime</u> müssen eine Finanzbuchhaltung führen. ...“	H+, Insepspital, SWISS-REHA, VAKA
1	Die Geburtshäuser sind selbstverständlich bereit, die Finanzbuchhaltung im Sinne einer Vereinheitlichung anzupassen. Die Nomenklatur des Kontenrahmens von H+ basiert jedoch auf den Bedürfnissen der Spitäler und ist für die Geburtshäuser überdimensioniert und nicht geeignet. Der SHV fordert deshalb, dass für die Finanzbuchhaltung der Geburtshäuser eine der Grösse und dem beschränkten Arbeitsfeld der Geburtshäuser angepasste Regelung gefunden wird. Diese Regelung kann auf den Eckwerten des Kontenrahmens von H+ basieren, muss jedoch spezifisch für Geburtshäuser angepasst werden.	SHV
1	Der im Rahmen von REKOLE gemäss H+ neu geltende Kontenrahmen H+ ist gegenüber des Kontenrahmens von 1999 bedeutend weniger detailliert und erschwert in mancher Hinsicht die Ermittlung der zu Lasten der OKP relevanten Kosten (z.B. Problematik Arzthonorare HP/ P für Belegärzte, etc.). „1 Die Spitäler und die Geburtshäuser müssen	santésuisse

	<p>eine Finanzbuchhaltung führen. Grundlage ist die Nomenklatur des Kontenrahmens von H+. <u>Das Departement legt unter Anhörung der Versicherer die gültige Version und den Detaillierungsgrad fest.</u>“</p> <p>„3 Zur Ermittlung der Kosten für die Anlagenutzung müssen die Spitäler und Geburtshäuser eine Anlagebuchhaltung führen. <u>Diese muss den Kostenträgern offen gelegt werden.</u>“</p> <p>Gerade weil die Anlagenutzungskosten künftig auch von der OKP zu tragen sind, ist es künftig notwendig zu wissen, welche Kosten pro Leistung entstanden sind (Unterscheidung zwischen Engeren Betriebskosten und Anlagenutzungskosten).</p> <p>„4 <u>Es ist eine zweistufige Kosten- und Leistungsrechnung zu führen, in der die engeren Betriebskosten und die Kosten für Anlagenutzung für die verschiedenen Leistungen getrennt ermittelt werden.</u>“</p>	
3	<p>In Abs. 3 ist zu präzisieren, inwiefern die Grundsätze zur Anlagebuchhaltung im Spital von H+, welche Bestandteil von REKOLE bilden, verbindliche Grundlage für die Ermittlung der Kosten für die Anlagenutzung sind.</p> <p>„Zur Ermittlung der Kosten für die Anlagenutzung müssen die Spitäler und Geburtshäuser eine Anlagebuchhaltung führen. <u>Grundlage sind die Empfehlungen von H+ Die Spitäler der Schweiz zur den Grundsätzen zur Anlagebuchhaltung im Spital. Das Departement legt die gültige Version fest und sieht eine Einführungsfrist von zwei Jahren vor.</u>“</p>	BE, BL, NW, LU, NW, SG, UR, GDK

Art. 10a

Abs. Al.	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
	Dieser Artikel ist zuwenig präzise und lässt den Spitälern einen zu grossen Spielraum bei der Ausgestaltung der Anlagebuchhaltung. So kann z.B. die vorgesehene Nutzungsdauer bei demselben Gerät je nach Spital sehr unterschiedlich sein. In der Verordnung ist zwingend zu definieren, welche Anlagen und Anlageziele von dauernder, langfristiger, mittelfristiger oder kurzfristiger Natur sind.	AR
	Die Anlagekategorien sollten mit den Empfehlungen von H+ Die Spitäler der Schweiz übereinstimmen. In diesem Sinne ist es sinnvoll, auf Artikel 10a zu verzichten.	BE, BL, LU, NW, SG, UR, GDK
	Dieser Artikel ist zu wenig präzise und lässt den Spitälern einen zu grossen Spielraum bei der Ausgestaltung der Anlagebuchhaltung. So kann z. B. die vorgesehene Nutzungsdauer bei demselben Gerät je nach Spital sehr unterschiedlich sein. In der Verordnung ist unbedingt zu definieren, welche Anlagen und Anlageziele von dauernder, langfristiger, mittelfristiger beziehungsweise kurzfristiger Natur sind. Die vorgesehene Nutzungsdauer in Jahren ist ein subjektives Kriterium und damit als Zuordnungskriterium nicht geeignet. Die Verordnung muss eine einheitliche Zuordnung sicherstellen, da sich die Zuordnung auf die Pauschalen auswirkt.	GR
	Dieser Artikel definiert die Nutzungsdauer von "kurzfristigen Anlagen und Anlageteilen" mit 3 - 15 Jahren. Somit besteht hier eine gewisse Flexibilität zur Definition der Abschreibedauer (in der Empfehlung von H+ REKOLE mit 8 Jahren definiert). Die Berücksichtigung der Empfehlungen, die H+ im Rahmen der Erläuterungen zum betrieblichen Rechnungswesen im Spital abgegeben hat, begrüsst FASMED ausdrücklich.	FASMED
	Die Anlagebuchhaltung mit den notwendigen Vorgaben liegt mit REKOLE vor. Damit eine schweizerisch einheitliche Kalkulationsmethode angestrebt wird, ist es wichtig die Anlagekategorien abschliessend zu halten. Eine Erweiterung im Sinne einer Verfeinerung ist denkbar, muss	H+, Inselspital, SWISS-REHA, VAKA

	<p>aber nach genauen Vorschriften erfolgen, damit die betrieblichen Kalkulationen dadurch nicht tangiert werden. <u>„Die Anlagebuchhaltung ist nach den Anlagekategorien gegliedert in:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Immobilien Sachanlagen (bebautes und unbebautes Land sowie Baurechte, Spitalgebäude und andere Gebäude, Bauprovisorien)</u> - <u>Installationen (allgemeine Betriebsinstallationen, Anlagespezifische Installationen)</u> - <u>Mobile Sachanlagen (Mobiliar und Einrichtungen, Büromaschinen und Kommunikationssysteme, Fahrzeuge, Werkzeuge und Geräte (Betrieb))</u> - <u>Medizintechnische Anlage (Apparate, Geräte und Instrumente (inkl. Anschaffungssoftware), Software- Upgrades)</u> - <u>Informatikanlagen (Hardware, Software)</u> <p><u>Weitere Unterteilungen können nach Massgabe der Nutzungsdauer der Anlagen erfolgen.“</u></p>	
	<p>La classification des investissements en catégories et selon leur durée d'utilisation, ainsi que la description des données devant figurer dans la comptabilité des investissements, sont des améliorations certaines de l'OCP.</p>	SSR/CSA
	<p>Bei dieser Thematik sind mehrere Ebenen zu beachten: Auf einer ersten Ebene sind für den Einbezug der Investitionsfinanzierung ab 1.1.2012 in die Tarifierung gemäss KVG während einer Übergangszeit Übergangslösungen notwendig, welche für laufende und bereits genehmigte Investitionsvorhaben die Finanzierung sicherstellen. Auf einer zweiten Ebene sind für alle Listenspitäler einheitliche Genehmigungsrichtlinien für künftige Investitionsfinanzierungen zu definieren, damit nicht schon auf dieser Ebene kompetitive Vor- bzw. Nachteile entstehen. Auf einer dritten Ebene braucht es faire Bewertungsrichtlinien für Grundstücke und Gebäude. Ein gesamtschweizerisches Benchmarking bei unterschiedlich bewerteten Immobilien in den einzelnen Kantonen (und Gemeinden) ist nicht sachgerecht.</p>	Stadt ZH

Art. 10b

Abs. Al.	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
	<p>Es genügt nicht, dass die Abschreibungsmodalitäten transparent ausgewiesen werden. Um die Kosten der Anlagenutzung einheitlich zu ermitteln, müssen die Vorgaben bezüglich Anlagebuchhaltung einheitlich sein, Eine unterschiedliche Handhabung der Vorgaben führt zu unterschiedlichen Fallpauschalen.</p> <p>Um einen aussagekräftigen Benchmark zwischen den Spitälern zu ermöglichen, sind folgende Bereiche in der VKL zu regeln:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Definition der anrechenbaren Investitionskosten, deren Abschreibungsregeln und die zu unterstellende Verzinsung des Anlagekapitals; -Definition der Berechnungsgrundlagen, Abschreibungsregeln und Verzinsung für getätigte Investitionen (Bilanzwerte). 	AR
	<p>Zu Bst. c und d: Die kumulative Anforderung, den Anschaffungswert und den VViederbeschaffungswert auszuweisen, ist nicht sinnvoll bzw. unmöglich. Eine Anlehnung an die Empfehlungen von H+ scheint sinnvoll. Gemäss H+ gilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wiederbeschaffungswert = Brandversicherungswert für Gebäude und allgemeine Betriebsinstallationen, mit dem Produzenten- und Importpreisindex indexierter Anschaffungswert für anlagespezifische Installationen - Anschaffungswert für alle übrigen Anlagekategorien. 	BE, BL, LU, NW, UR, GDK

	<p>Im Rahmen der unten beantragten Norminvestitionskostenrechnung wäre allenfalls noch zu prüfen, ob der Brandversicherungswert genügend aktuell, eine Indexierung anlagespezifischer Installationen sinnvoll und deren Anschaffungswerte verfügbar sind.</p> <p>Zu Bst. e.: Es ist die jährliche Abschreibung als Basis für die anrechenbaren Investitionskosten zu verlangen.</p> <p>Zu Bst. f: Wenn auf die Empfehlungen von H+ abgestellt wird, erfolgt jede Abschreibung linear.</p> <p>Zu Bst. g: Der kalkulatorische Zinsfuss sollte für alle Spitäler gleich hoch gesetzt werden, da das KVG keine Kreditrisikozuschläge der Banken finanzieren sollte. Der Bundesrat sollte eine einheitliche Referenzgrösse, jedoch keinen über die Zeit fixen Satz, festlegen. H+ empfiehlt den durchschnittlichen Hypothekarzinssatz des abgelaufenen Jahres für Althypotheken im 1. Rang der Kantonalbanken, wie sie im Monatsheft der SNB publiziert werden. Dies ist der tiefste Wert, der in Betracht kommen kann. Damit ist Bst. g zugunsten eines neuen Absatzes zu streichen.</p> <p>„... c. den Anschaffungswert oder den Wiederbeschaffungswert; d. den Wiederbeschaffungswert; e. die <u>jährliche Abschreibung als Basis für die zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu berücksichtigenden Investitionskosten für stationäre Leistungen</u>; f. <u>den Stand des betriebsnotwendigen Anlagevermögen im Sinne der Betriebsbuchhaltung die Abschreibungsmodalitäten, falls die Abschreibung nicht linear vom Anschaffungswert erfolgt</u>; g. <u>den kalkulatorischen Zinsfuss.</u>“</p> <p>Vorschlag neuer Absatz: <u>„Das Departement legt Anfang Jahr den kalkulatorischen Zinssatz fest, der für die Dauer des ganzen Kalenderjahres anwendbar ist.“</u></p>	
	<p>Es genügt nicht, dass die Abschreibungsmodalitäten transparent ausgewiesen werden. Um die Kosten der Anlagenutzung einheitlich zu ermitteln, müssen die Vorgaben bezüglich Anlagebuchhaltung einheitlich sein. Eine unterschiedliche Handhabung der Vorgaben führt zu unterschiedlichen Fallpauschalen.</p> <p>Um einen aussagekräftigen Benchmark zwischen den Spitätern zu ermöglichen, sind folgende Bereiche in der VKL zu regeln:</p> <p>Definition der anrechenbaren Investitionskosten, deren Abschreibungsregeln und die zu unterstellende Verzinsung des Anlagekapitals;</p> <p>Definition der Berechnungsgrundlagen, Abschreibungsregeln und Verzinsung für getätigte Investitionen (Bilanzwerte).</p> <p>Der Kanton GR regt in diesem Zusammenhang an zu prüfen, ob und inwieweit die von H+ Die Spitäler der Schweiz im Dezember 2007 zur Anlagebuchhaltung im Spital herausgegebenen Empfehlungen den Spitätern verbindlich vorgegeben werden können.</p> <p>Im erläuternden Bericht zur Änderung der KW wird ausgeführt, dass das Verfahren, nach dem die vor dem Inkrafttreten der Änderung der Finanzierungsregelung getätigten Investitionen in die Tarifiermittlung einbezogen werden, in der VKL geregelt wird. Im erläuternden Bericht zur Änderung der VKL wird einzig dazu ausgeführt, dass für die Ermittlung der Nutzungskosten der beim Übergang zu den leistungsbezogenen Pauschalen noch nicht vollständig abgeschriebenen Investitionen dieselben Regelungen gelten sollten, welche auf Grund der VKL auch in Bezug auf die neu getätigten Investitionen Gültigkeit haben.</p>	GR
	<p>„... c. den Anschaffungswert oder den Wiederbeschaffungswert; d. den Wiederbeschaffungswert; e. die <u>jährliche Abschreibung als Basis für die zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu berücksichtigenden Investitionskosten für stationäre Leistungen</u>; f. <u>den Stand des betriebsnotwendigen Anlagevermögen im Sinne der Betriebsbuchhaltung die Abschreibungsmodalitäten, falls die Abschreibung nicht linear</u></p>	SG

	vom Anschaffungswert erfolgt; g. den kalkulatorischen Zinsfuss.“ Vorschlag neuer Absatz: „ <u>Das Departement legt Anfang Jahr den kalkulatorischen Zinssatz fest, der für die Dauer des ganzen Kalenderjahres anwendbar ist.</u> “	
	<p>•Investimenti (in particolare OCP art. 10b, lett. g. tasso d'interesse calcolatorio): il Cantone teme che un'applicazione generalizzata del tasso d'interesse calcolatorio sul capitale investito o, in via subordinata, sul valore della sostanza fissa al suo valore d'acquisto o al valore di rimpiazzo, comporti un onere molto gravoso. A titolo di esempio nel 2006, il Cantone TI ha versato all'Ente Ospedaliero Cantonale (EOC) fr. 22.9 milioni di ammortamenti e fr. 3.0 milioni di interessi passivi. Se applicassimo la regola del tasso unificato per i costi d'investimento, prendendo ad esempio la proposta della CDS di un tasso del 12% calcolato sul valore di acquisto dei soli immobili dell'EOC (fr. 545.3 milioni), otteniamo un onere complessivo di fr. 65.4 milioni, il 55% del quale causa un onere a carico del Cantone di fr. 36.0 milioni, ossia circa 10 milioni supplementari per il solo EOC, senza considerare il mobilio e le attrezzature e il finanziamento delle strutture private. Appoggia la proposta della CDS di prevedere delle norme transitorie e in particolare di testare attraverso un gruppo di ospedali di riferimento, scelti di comune accordo con il Cantone, la pertinenza del tasso stabilito comunque a riflettere sulla possibilità di sostituire il tasso d'interesse calcolatorio con l'ammontare degli interessi passivi effettivamente pagati e a prevedere una regola che tenga in considerazione i sussidi all'investimento e ai costi d'investimento già versati dal Cantone.</p>	TI
	<p>Zu Bst. c Anschaffungswerte und Wiederbeschaffungswerte sind beide Abschreibungsbasen. Daher reicht die Bezeichnung Abschreibungsbasis.</p> <p>Zu Bst. d Abschreibungsverläufe: eine lineare Abschreibung vom Anschaffungswert hat denselben Stellenwert wie eine lineare, progressive oder degressive Abschreibung vom Wiederbeschaffungswert. Es sollten daher alle Abschreibungsverläufe umschrieben werden.</p> <p>In der Kosten- und Leistungsrechnung ist die Bewertung der objektiven jährlichen Abnutzung einer Anlage massgebend, nicht der Buchwert (auch Restwert genannt), der aber in der Finanzbuchhaltung wichtig ist.</p> <p>Zu Bst. f Es ist nicht sinnvoll, pro Anlage den „kalkulatorischen Zinsfluss“ zu berechnen. Die Ermittlung der kalkulatorischen Zinsen werden auf dem gesamten betriebsnotwendigen Anlage- (und Umlaufs) vermögen berechnet. Bei der Ermittlung der Kalkulationsbasis des Anlagevermögens ist zu unterscheiden zwischen abnutzbarem und nicht-abnutzbarem Anlagevermögen. <u>„Die Anlagebuchhaltung enthält für jede Anlage mindestens die Angaben über:</u></p> <p><u>a. die Inbetriebnahme (Monat/Jahr)</u></p> <p><u>b. die normative Nutzungsdauer in Jahren</u></p> <p><u>c. die Abschreibungsbasis, namentlich Anschaffungs- und Wiederbeschaffungswert</u></p> <p><u>d. die Abschreibungsverläufe</u></p> <p><u>e. der Buchwert.“</u></p>	H+, Inselspital, SWISS-REHA, VAKA
	Dieser Artikel ist ersatzlos zu streichen, da mit Art. 10 a definiert. Im Weiteren ist ein Wiederbeschaffungswert definieren zu wollen, völlig unmöglich, da zum Teil der technische Fortschritt, die Teuerung, die Materialkosten usw. nicht abgeschätzt werden können. Solche Zahlen sind frei manipulierbar und sind der Transparenz nicht dienlich.	SRK
	Streichen des Wiederbeschaffungswerts und der Möglichkeit zur nicht-linearen Abschreibung.	santésuisse

	<p>Die Anlagebuchhaltung muss für jede Anlage mindestens die Angaben enthalten über:</p> <p>a. das Anschaffungsjahr;</p> <p>b. <u>die Lebensdauer</u> in Jahren;</p> <p>c. den Anschaffungswert;</p> <p>d. <u>den Buchwert am Anfang des Jahres</u></p> <p>e. <u>den Abschreibungssatz</u></p> <p>f. <u>die jährliche Abschreibungen</u></p> <p>g. <u>den Buchwert am Ende des Jahres</u></p> <p>h. <u>den kalkulatorischen Zinssatz</u></p> <p>i. <u>die jährlichen kalkulatorischen Zinsen</u></p> <p>j. <u>die jährlichen Investitionskosten</u></p>	
--	---	--

Art. 12

Abs. Al.	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
1	einverstanden	GDK
1	<p>Die Führung einer Leistungsstatistik zum Beispiel nach Taxpunkten ist nicht möglich, da es in der Schweiz für den stationären Bereich kein anerkanntes taxpunktebezogenes System mehr gibt. Der Tarmed kann als ambulanter Tarif nicht für den stationären Bereich herangezogen werden.</p> <p>Antrag: Eine Leistungserfassung nach einem Taxpunktsystem erfolgt nach einem festzulegenden, einheitlichen und anerkannten Erfassungssystem, das auch der stationären Behandlung Rechnung trägt. Zudem publizieren sie Wartelisten, welche den Kantonen zur Ermittlung des Leistungsbedarfes dient.</p>	SRK

Art. 13

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
einverstanden	GDK
Art. 13 und 14: Dies ist bereits in einer anderen Verordnung des Bundes geregelt und kann demzufolge hier ersatzlos gestrichen werden.	H+, SWISS-REHA, VAKA, Privatkliniken
Nomenklatur für die stationären Behandlungen/Fälle muss analog dem TAR-MED definiert und umgesetzt werden. Dies ist eine Voraussetzung für eine Vollerfassung. Bisher sprach man nur von der Codierung.	Kantonsspital Aarau

Art. 15

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
einverstanden	GDK
Die vorgeschlagenen Bestimmungen gehen über das Einsichtsrecht gemäss Art. 49 KVG hinaus. Der SGV beantragt ein restriktiveres, gesetzeskonformes Einsichtsrecht.	SGV
Die Umschreibung der Einsichtnahme geht sowohl hinsichtlich des Umfangs als auch hinsichtlich der berechtigten Stellen zu weit und verletzt das KVG. In Art. 49 ist einerseits vorgesehen, dass die Vertragsparteien und die Kantonsregierung die Unterlagen einsehen können, soweit dies die Kosten und die Leis-	Privatkliniken

<p>tung der Spitäler betrifft und dies für die Tariffestlegung nötig ist. Andererseits sind die für Betriebsvergleiche nötigen Unterlagen zu liefern, wenn solche von den Kantonsregierungen oder wenn nötig vom Bundesrat angeordnet werden, aber auch hier nur im Rahmen von Tarifstreitigkeiten. Kein Einsichtsrecht nach dieser Bestimmung besteht für andere Zwecke und für Bundesbehörden. Art. 15 ist deshalb wesentlich restriktiver zu formulieren.</p>	
<p>Ist das terminlich überhaupt möglich (1.Mai)?</p>	<p>Kantonsspital Aarau</p>
<p>Eine Einsichtnahme in die Unterlagen eines Leistungserbringers durch Bundesstellen oder Tarifpartner muss kategorisch abgelehnt werden. Es kann nicht sein, dass Dritte in die Finanzunterlagen eines Betriebes (insbesondere eines Privatunternehmens) Einsicht nehmen können. Antrag Die Betriebe gemäss Art. 3 sind verpflichtet, die Bestimmungen einzuhalten. Die zuständigen Bundesstellen können einen Bericht der Kontrollstelle der Betriebe verlangen, der Auskunft über die diesen Bestimmungen entsprechende Rechnungslegung bestätigt.</p>	<p>SRK</p>

**Übergangsbestimmung
Disposition transitoire**

<p>Abs. Al.</p>	<p>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions</p>	<p>Verfasser Auteurs</p>
	<p>Die vom Bundesrat vorgeschlagene Übergangsbestimmung erfüllt den Auftrag des Gesetzgebers gemäss Übergangsbestimmung Absatz 2 Buchstabe b des revidierten KVG nicht. Sie enthält keinen regulatorischen Mehrwert, und das vom Bundesrat vorgeschlagene Abstellen auf die aktuelle Bewertung zum jeweiligen Zeitwert ist zudem falsch. Der Regierungsrat beantragt, diese Bestimmung durch den nachfolgenden Vorschlag zur Norminvestitionskostenrechnung zu ersetzen, wobei während der Einführung Leitplanken für die zu berücksichtigenden Investitionskosten über die Ermittlung der Norminvestitionskosten aufzustellen sind:</p> <p>¹ Das Departement des Innern (Departement) ermittelt anhand von Referenzbetrieben die Norminvestitionskosten, welche als Richtwerte den Tarifverhandlungen unterlegt werden. Es bezieht dazu die Kantone, die Leistungserbringer und die Versicherer ein.</p> <p>² Für akut-somatische Spitäler, akut-somatische Universitätsspitäler, Geriatrie-Spitäler, psychiatrische Kliniken und Rehabilitationskliniken werden die Norminvestitionskosten je gesondert berechnet. Die Norminvestitionskosten werden als Zuschlagsatz auf den Betriebskosten ohne Anlagenutzungskosten für stationäre Leistungen nach dem Gesetz berechnet.</p> <p>³ Die Kalkulation der Norminvestitionskosten kann einen Innovationszuschlag oder -abschlag enthalten.</p> <p>⁴ Liegen die Resultate der Norminvestitionskostenrechnung nicht rechtzeitig vor, legt der Bundesrat spätestens Ende 2010 die befristet anwendbaren Zuschlagsätze fest.</p> <p>⁵ Als Referenzspitäler kommen Spitäler in Frage, welche gemäss Art. 39 Abs. 1 Buchstabe e auf der Spitalliste aufgeführt sind. Die Kantone, die Spitäler und die Versicherer werden bei der Auswahl der Referenzspitäler angehört.</p> <p>⁶ Weisen die Anlagebuchhaltungen nach 4 Jahren nach erstmaliger Anwendung der Finanzierungsregelung nach Art. 49a KVG weiterhin grosse Unterschiede auf, wird die Kalkulation der Norminvestitionskosten regelmässig mindestens alle 4 Jahre wiederholt. Das Departement</p>	<p>BE</p>

	<p>bestimmt, wann keine weitere Wiederholung mehr notwendig ist.“ Die Regelung in Absatz 4 ist wichtig um zu gewährleisten, dass im Zeitpunkt der Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen ein Wert von zum Beispiel von 12 Prozent angewendet werden kann. Wenn die Investitionskosten aufgrund fehlender Grundlagen im Zeitpunkt der Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen nicht abgegolten werden, besteht die Gefahr einer Finanzierungslücke und eines Investitionsstaus. Dieser Gefahr kann mit Absatz 4 vorgebeugt werden. Zum Inkrafttreten der Bestimmungen der VKL: Es ist eine Übergangsfrist bis am 31. Dezember 2011 festzulegen, innert welcher die Anlagebuchhaltungen anzupassen sind.</p>	
	<p>Die vorgeschlagene Bestimmung erfüllt den Auftrag des Gesetzgebers gemäss Übergangsbestimmung Abs. 2 Bst. b nicht (Begründung s. Punkt 2.1). Sie enthält keinen regulatorischen Mehrwert, während insbesondere der Hinweis auf die aktuelle Bewertung zum jeweiligen Zeitpunkt falsch und unbedingt zu streichen ist. Die Bestimmung wird durch den nachfolgenden Vorschlag zur Norminvestitionskostenrechnung ersetzt. „Die vor dem Übergang zur Vergütung der Spitäler mittels leistungsbezogenen Pauschalen getätigten Investitionen können in die Kostenermittlung einbezogen werden, wenn im Zeitpunkt des Übergangs die Anlage aufgrund einer aktuellen Bewertung in der Anlagebuchhaltung des Spitals erfasst ist.“ Während der Einführung sind unbedingt die Leitplanken für die zu berücksichtigenden Investitionskosten über die Ermittlung der Norminvestitionskosten aufzustellen. Dazu unterbreitet die GDK Ihnen folgenden Antrag auf Ergänzung der Übergangsbestimmung: Regelungsvorschlag zu den Übergangsbestimmungen: 1 Das Departement des Innern (Departement) ermittelt anhand von Referenzbetrieben die Norminvestitionskosten, welche als Richtwerte den Tarifverhandlungen unterlegt werden. Es bezieht dazu die Kantone, die Leistungserbringer und die Versicherer ein. 2 Für akut-somatische Spitäler, akut-somatische Universitätsspitäler, Geriatrie-Spitäler, psychiatrische Kliniken und Rehabilitationskliniken werden die Norminvestitionskosten je gesondert berechnet. Die Norminvestitionskosten werden als Zuschlagsatz auf den Betriebskosten ohne Anlagennutzungskosten für stationäre Leistungen nach dem Gesetz berechnet. 3 Die Kalkulation der Norminvestitionskosten kann einen Innovationszuschlag oder -abschlag enthalten. 4 Liegen die Resultate der Norminvestitionskostenrechnung nicht rechtzeitig vor, legt der Bundesrat spätestens Ende 2010 die befristeten anwendbaren Zuschlagsätze fest. 5 Als Referenzspitäler kommen Spitäler in Frage, welche gemäss Art. 39 Abs. 1 Bst. e auf der Spitalliste aufgeführt sind. Die Kantone, die Spitäler und die Versicherer werden bei der Auswahl der Referenzspitäler angehört. 6 Weisen die Anlagebuchhaltungen nach 4 Jahren nach erstmaliger Anwendung der Finanzierungsregelung nach Art. 49a KVG weiterhin grosse Unterschiede auf, wird die Kalkulation der Norminvestitionskosten regelmässig mindestens alle 4 Jahre wiederholt. Das Departement bestimmt, wann keine weitere Wiederholung mehr notwendig ist. Zu Abs. 4: Diese Regelung ist wichtig, damit bei Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen sicher ein Wert, z.B. von 12% angewendet werden kann. Wenn die Investitionskosten aufgrund fehlender Grundlagen bei Einführung nicht abgegolten werden, besteht die Gefahr einer Finanzierungslücke und eines Investitionsstaus. Dieser Gefahr kann so vorgebeugt werden.</p>	<p>BL, NW, SG, UR, GDK</p>

	Zum Inkrafttreten: Es braucht eine Übergangsfrist für die Anpassung der Anlagebuchhaltungen. „Diese Änderung tritt am 1. Januar 2009 in Kraft.“ <u>„Die Bestimmungen zu Art. 8 bis 10b müssen bis 1.1.2012 erfüllt sein.“</u>	
	Les dispositions transitoires concernant les investissements effectués avant le passage à la rémunération des hôpitaux au moyen de forfaits par prestations doivent être revues. Elles doivent prévoir la prise en compte des investissements antérieurs selon un calcul standard déterminé par le Département fédéral de l'intérieur. Les cantons, les fournisseurs de soins et les assureurs doivent être associés à la détermination de ce calcul.	FR
	Die vorgeschlagene Bestimmung erfüllt den Auftrag des Gesetzgebers gemäss Übergangsbestimmung Abs. 2 Bst. b nicht. Sie enthält keinen regulatorischen Mehrwert, während insbesondere der Hinweis auf die aktuelle Bewertung zum jeweiligen Zeitwert falsch und unbedingt zu streichen ist.	LU
	Unklar ist, wie Investitionskosten abgrenzt werden sollen, wenn die Investition am Laufen ist.	H+
	Die Bewertung ist zu präzisieren (Gleiche Abschreibungsregeln wie in Vorschlag zu Art. 10b), andern falls wird ein massiver Interpretations- und Handlungsspielraum eröffnet. Dadurch besteht die latente Gefahr, dass die bestehenden Anlagen zu einem überhöhten Wert in die Tariffberechnungen einfließen und zu einem signifikanten und ungerechtfertigten Kostenschub für die OKP führen. Keinesfalls dürfen die „Schweizerischen Grundsätze zur Anlagebuchhaltung im Spital“ von H+ als Basis für die Bewertungen verordnet werden. Santésuisse ist mit diesen Grundsätzen nicht einverstanden und erkennt darin tendenziell kostensteigerndes Potenzial. „Die vor dem Übergang zur Vergütung der Spitäler mittels leistungsbezogenen Pauschalen getätigten Investitionen können in die Kostenermittlung einbezogen werden, wenn im Zeitpunkt des Übergangs die Anlage aufgrund einer aktuellen, <u>vorsichtigen</u> Bewertung in der Anlagebuchhaltung des Spitals erfasst ist. <u>Investitionen, welche nach dem 31.12.1998 getätigt wurden, müssen zum kalkulatorischen Restwert in die Anlagebuchhaltung einfließen. Dieser berechnet sich auf dem Anschaffungswert abzüglich linearer kalkulatorischer Abschreibungen ab dem Anschaffungsjahr über die Lebensdauer der Anlage.</u>	santésuisse

Allgemeine Stellungnahmen

Prises de position générales

Abs. Al.	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
	Die nun zur Debatte stehenden Entwürfe der KVV, VKL und KLV zeigen einmal mehr die etatistisch-sozialistische Grundhaltung, welche im BAG vorherrscht und sämtliche Arbeiten dominiert. Statt den vom Parlament in der neuen Spitalfinanzierung klar zum Ausdruck gebrachten wettbewerbsorientierten Willen zur Verbesserung der Versorgungsqualität der Bürger umzusetzen und zu konkretisieren, unternimmt das Bundespräsident Couchepin unterstellte BAG alles nur Erdenkliche, um die Entscheide der Volksvertreter über den Verordnungsweg wieder rückgängig zu machen und die Planwirtschaft zu intensivieren. Die Nachricht der gescheiterten sozialistischen Revolution kommunistischer Prägung sollte nach bald zwanzig Jahren auch bei den Staatsdienern des „liberalen“ Bundespräsidenten angekommen sein.	SVP

	Die SVP weist die vorliegenden Verordnungsentwürfe als unbrauchbar zurück und fordert eine grundlegende Überarbeitung. Der in der Vorlage zur Spitalfinanzierung klar zum Ausdruck gebrachte Wille des Gesetzgebers ist zu respektieren und umzusetzen. Dies bedeutet insbesondere, dass die Intensität der Planung vermindert, der Wettbewerb gestärkt und die Anzahl staatlicher Eingriffe in das Gesundheitswesen reduziert werden müssen. Ausserdem dürfen die privaten Initiativen im Spitalbereich, welche vom Parlament ausdrücklich gewollt sind, nicht über den Verordnungsweg verunmöglicht werden. Ein weiterer Kommentar zu diesen Verordnungen erübrigt sich.	
	ASPV kann sich den Verordnungsentwürfen, die in Ausführung der Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung am 21. Dezember 2007 von den Räten verabschiedet wurden, vollumfänglich anschliessen.	ASPV
	Spitex CH befürwortet, dass die Arbeiten der Leistungserbringer im ambulanten Bereich statistisch erhoben werden damit die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Leistungen überprüft werden können. Wichtig: Ein repräsentativer Vergleich zwischen Kosten/Nutzen der Leistungserbringer Spital/Heim und Spitex muss ein Ziel sein. Es darf jedoch nicht in einem administrativ für kleine Spitex-Organisationen kaum zu bewältigenden Aufwand ausarten. Die einheitliche Finanzierung der Spitäler ist die Grundlage für Swiss-DRG. Swiss-DRG wird die Spitalaufenthalte weiter verkürzen und der Spitex mehr und komplexere Fälle bringen. Der Streichung des Begriffes „teilstationär“ kann Spitex CH zustimmen müssen aber darauf hinweisen, dass damit vermehrt Spitex-Dienstleistungen anfallen werden. Das bedingt, auch aufgrund der Einführung von Swiss-DRG, die 60 Stundenlimite pro Quartal für Spitex-Leistungen zwingend angepasst wird, weil sonst die Patientinnen und Patienten aus ersicherungstechnischen Gründen zurück in die Spitäler verlegt werden.	ASPS
	Das Inselehospital hat sich bereits zum jetzigen Zeitpunkt zu den weiteren KVG und KVV-Änderungen (nächste Etappe Spitalfinanzierung) Gedanken gemacht. Die Stellungnahme ist zum heutigen Zeitpunkt seitens des Bundes noch nicht gefragt, doch sollten durch die heutige Nichtbeachtung nicht bereits gesetzlich-administrative Hürden aufgebaut werden, die dereinst nicht mehr umzuformulieren sind. Der Inselehospital ist insbesondere besorgt, dass die, im Parlament nachträglich vorgenommenen Abänderungen („Verwässerungen“) die Vorlage schwierig umsetzbar machen.	Inselehospital
KVV neuer Artikel	Für die Verrechnung der stationären Behandlung ausserhalb des Wohnkantons legt jeder Kanton gemäss Art. 41 Abs. 1bis KVG im Sinne einer Referenztaxe den Tarif fest, der in einem seiner Listenspitäler gilt. Die Festlegung erfolgt jährlich 6 Monate vor Beginn des Kalenderjahres. Die Referenztaxenthematik verlagert sich in den Grundversicherungsbereich. Es ist deshalb für alle betroffenen Leistungserbringer zwingend, dass je Kanton eine Referenztaxe jährlich rechtzeitig festgelegt wird. Alles andere führt zu administrativen Umtrieben, welche die Spitäler zwingt enorme administrative Einheiten aufzubauen. Diese wären dann – noch weitgehender als heute - mit ständigen Abklärungen/Erhebungen der Referenztaxen beschäftigt. Die Referenztaxen müssen jeweils im Herbst ins Abrechnungssystem eingebaut werden können und so automatischer Teil der Verrechnungssystematik sein.	Inselehospital
KVV neuer Artikel	<i>Sinn gemäss aus Bemerkungen ableiten</i> Art. 41, Abs. 3 KVG spricht von der Ausnahme des „Notfalls“. Die KVV müsste ausführen, was ein Notfall ist bzw. auf eine festgelegte Defini-	Inselehospital

	tion verweisen. Es darf nicht sein, dass immer wieder zur Klärung von Streitigkeiten der Gerichtsweg zu suchen ist. Vielleicht wäre es sinnvoll, eine Instanz (Schlichtungsstelle/ Interpretationsstelle) festzulegen, die im Falle von Verrechnungstreitigkeiten im Zusammenhang mit den Kantonen (Kanton legt nachträgliche Kostengutsprache ab) festlegt, was als Notfall zu gelten hat und wer bestrittene Fallkosten zu begleichen hat.	
	Könnte unter klar definierten Umständen nicht die Anmeldung an den Wohnkanton im Notfall-Fall entfallen? Dies wäre dann sinnvoll und zu begrüssen, wenn die Notfall-Definition in der klar umschrieben wäre. Es ist anzunehmen, dass die Versicherer die ungedeckte Differenz zur Referenztaxe beim ausserkantonalen, nicht indizierten Patienten auch als Versicherungsmöglichkeit anbieten werden. Was hat dies für Auswirkungen auf die Verrechnung? Könnten hier eventuell auch Leitplanken in der KVV sinnvoll oder gar nötig sein? – In der heutigen Zeit der hohen Mobilität ist es sicher nicht sinnvoll, wenn Spitäler Depotsummen einkassieren müssen um im Fall einer Ablehnung des Kantons keine finanziellen Einbussen zu erleiden. (Depot = Wegezollstufe im Mittelalter).	Inselspital
KVV neuer Artikel	Vereinbaren Kanton und Versicherer gemäss Art. 49a, Abs. 3 KVG, dass der Kanton seinen Anteil dem Versicherer leistet, so haben alle Versicherer dieser Vereinbarung beizutreten. Aus Praxissicht: Es kann nicht sein, dass jeder Leistungserbringer für Kantone, die ihren Anteil direkt an die Versicherer zahlen, in Erfahrung bringen müssen, ob der entsprechende Versicherer dem Abkommen beigetreten ist oder nicht. Hier muss eine einheitliche Regelung innerhalb des Kantons oder zumindest eine Meldepflicht des Kantons festgeschrieben werden.	Inselspital
	Abschliessend stellt der Inselspital fest, dass die bereits heute geltende Regelung nach Art. 41, Absatz 1 und 2 KVG nicht praktiziert wird. Wie kann verhindert werden, dass der Inselspital in Zukunft <u>für ambulante, nicht indizierte ausserkantonale Patienten</u> einen Taxpunktwert anwenden muss, der „am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person oder <u>in deren Umgebung</u> gilt“. In Bern bleiben z.B. Tessiner Bundesangestellte weiterhin im Tessin wohnhaft, damit der Bund die sog. Quotentessiner ausweisen kann.	Inselspital
	Präzisierungen und Lösungen im Bereich Aus- und Weiterbildung sowie im Bereich der ausserkantonalen Hospitalisationen sind auf gesamtschweizerischer Ebene vorzuschlagen und durchzusetzen.	Kantonsspital Aarau
	Die Umsetzungsverordnungen widersprechen der K3 Haltung bezüglich der künftigen Gestaltung der Spitalplanung und -finanzierung. Im Einklang mit der KVG-Revision, welche mehr Wettbewerb in der Gesundheitsversorgung bringt, geht K3 von folgenden Grundsätzen aus: – Einführung der echten Subjektfinanzierung – Vorschriften der öffentlichen Hand für die Leistungserbringer, was sie tun oder wie sie es tun müssen, beschränken sich auf ein Minimum – Die öffentliche Hand stellt Marktregeln auf, wie zum Beispiel Aufnahmepflicht, Verhinderung von Risikoselektion und von künstlichen Markteintrittsbarrieren – Staatliche Eingriffe sind nur dann nötig, wenn Versorgungslücken drohen. Die K3 Positionen decken sich weitgehend mit den von H+ Die Spitäler der Schweiz vorgebrachten Argumenten. Die postulierten Planungskriterien mit ... vorgesehener Mengensteuerung verhindern den vorgestellten Wettbewerb. K3 ist enttäuscht über die Vorlage, welche eine Regulierung postuliert, die weit über die bisherige kantonale Planung	K3

	<p>hinaus geht und somit einen klaren Rückschritt bedeutet. Dabei weist K3, dass komplexe gesellschaftliche und wirtschaftliche Systeme mit exakter staatlicher Planung lediglich ineffizienter werden. Mit zunehmender Planung wird es entweder immer teurer, oder wenn die Mittel knapp sind, entstehen Wartelisten bzw. wird rationiert. Die Erfahrungen im In- und Ausland zeigen auch, dass mit straffer staatlicher Planung kein leistungsfähiges sowie qualitatives Gesundheitswesen sichergestellt werden kann.</p> <p>Äusserst störend ist, dass den Spitälern unterstellt wird, mittels Mengenausweitung Überkapazitäten auszulasten. Die Grundannahme, dass ohne Detailplanung eine Mengenausweitung beziehungsweise Überkapazitäten geschaffen werden, ist eine Behauptung, die nicht bewiesen werden kann. Der Kanton Zürich etwa besitzt im stationären Bereich praktisch keine Überkapazitäten mehr. Bei den letzten Tarifverhandlungen wurden auch kaum mehr entsprechende Abzüge gemacht.</p> <p>K3 erwartet vom Staat, dass er Rahmenbedingungen für einen sinnvollen Wettbewerb schafft und die Steuerung damit über den Preis und die Qualität erfolgt. Daneben gibt es weitere Steuerungsmöglichkeiten über die Versicherungsmodelle, Beteiligungen und Selbstbehalte der Patienten oder besseren Einbezug der Hausärzte.</p> <p>Schliesslich ist auch darauf hinzuweisen, dass mit den detaillierten Planungsvorgaben ein für die Kantone unnötiger bürokratischer Zusatzaufwand entstehen würde.</p>	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pulsus stellt fest, dass der in früheren Vernehmlassungen immer wieder kritisierte politische Wille des Bundesrates, zulasten der Patienten, Leistungserbringer und Versicherer den freiheitlichen Handlungsspielraum immer enger einzugrenzen, erneut sichtbar wird. 2. Pulsus ist der Auffassung, dass mit der geplanten Änderung der KVV letztlich die Vertragsfreiheit der Partner im Gesundheitswesen (Patient, Leistungserbringer und Versicherer) ausgehebelt werden soll. 3. Die Eingriffe des Bundesrates in die unmittelbare Kontrolle des Patienten, in die Kontrolle des Versicherers wie auch der Leistungserbringer, verbunden mit einer konstitutiven Tarifoheit des Bundes, führen das Gesundheitswesen einen grossen Schritt näher in eine vom Bundesrat verordnete Planwirtschaft im gesamten Gesundheitswesen. 4. Dies gilt auch für die Kantone, die ihre Souveränität im Gesundheitswesen de facto verlieren und ebenfalls den planwirtschaftlichen Bemühungen des Bundesrates unterstellt werden. 5. Die geplanten Änderungen sind deshalb abzulehnen. 6. Pulsus hat seit je her darauf hingewiesen, dass die staatlichen Eingriffe in das Gesundheitswesen beim Versuch, ein Problem zu lösen, zwei neue Probleme geschaffen haben. Dies ist auch mit den vorgesehenen Änderungen der KVV der Fall. 7. Die ganze Aufgabenverteilung zwischen Bund, Kantonen, Versicherern, Leistungserbringern und Patient muss neu überdacht und auf neue freiheitliche Grundlagen gestellt werden. Pulsus ist der Auffassung, dass sich dies im Rahmen des geltenden KVG kaum mehr machen lässt. 8. Die enorme Kostenentwicklung im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung ist vor allem durch die mit der Einführung des KVG und den seitherigen Revisionen einhergehende Ausweitung der Pflichtleistungen der Versicherer bedingt. Dieser Sündenfall wird mit der vorgesehenen Änderung der KVV erneut began- 	PULSUS

	<p>gen.</p> <p>Die 3'500 Hebammen in der Schweiz leisten gesundheitspolitisch wichtige Arbeit, die qualitativ hochstehend und gleichzeitig kosteneffizient ist. Hebammen nehmen in den ersten Wochen jedes Lebens eine wichtige Rolle ein, die im Sinne einer nachhaltigen, auf Prävention und Gesundheitsförderung ausgerichteten Gesundheitspolitik hohe Wertschätzung verdient. Für den Schweizerischen Hebammenverband SHV sind die Bestimmungen in der Verordnung von grosser Bedeutung, weil sie die Modalitäten der neu im KVG verankerten Geburtshäuser genauer regeln. Geburtshäuser sind von Hebammen geführte Einrichtungen, die Leistungen im Bereich Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett erbringen. Obwohl Einrichtungen dieser Art seit Jahren existieren, sind sie nun erstmals als stationäre Einrichtungen im KVG berücksichtigt. Dies führt zu einer bisher unbekanntem Situation, insbesondere da in den Geburtshäusern keine ärztlichen Dienstleistungen erbracht werden (ausschliesslich Hebammenarbeit) und sie nur im spezialisierten Bereich Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett tätig sind. SHV bittet Sie deshalb, die Vernehmlassungsantworten der Organisationen aus diesem Bereich zu berücksichtigen um neben den Spitälern und Kantonen auch der Hebammenarbeit gerecht zu werden und den Entscheid des Parlamentes, Geburtshäuser offiziell zu anerkennen, zu respektieren und umzusetzen. Sie finden die Anmerkungen in der Beilage. Als Beitrag zu einer qualitativ guten Versorgung erachtet SHV eine Versorgungsforschung als sinnvoll. SHV regt an, dass das BAG unter Einbezug der entsprechenden Akteure eine Versorgungsforschung initiiert.</p>	SHV
	<p>Wettbewerb im Gesundheitswesen</p> <p>Das SRK als Vertretung der Schwächsten und der vulnerablen Bevölkerungsschichten möchte mit aller Deutlichkeit darauf hinweisen, dass bei einem rein ökonomisch angedachten Wettbewerb im Gesundheitswesen unweigerlich die Jagd nach den sogenannten „guten Risiken“ beginnen wird, trotz aller Kontrollmechanismen. SRK befürchtet insbesondere für MigrantInnen, für ältere, multimorbide PatientInnen und für marginalisierte Bevölkerungsschichten gravierende Nachteile in einem Wettbewerbssystem. Es ist leider vorstellbar, dass schwachen Bevölkerungsteilen der Zugang zu den Leistungen des Gesundheitswesens schwerer fallen wird. Als „schlechte Risiken“ sind sie für Institutionen mit Fallpauschalen uninteressant; bei den Grundversorgern belasten sie die Statistiken und im Pflegebereich verursachen sie hohe Kosten. Dies könnte dazu führen, dass Abschiebemechanismen auftreten.</p> <p>Aus SRK Sicht ist daher ein Monitoring resp. sind outcome-Überwachungen mit speziellem Blick auf vulnerable und schwache Bevölkerungssegmente zwingend.</p> <p>Mit einheitlichen Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit soll insbesondere das Ziel verfolgt werden, Überkapazitäten zu verringern. Dadurch steigt aber die Gefahr, dass die Kantone zu knappe Bedarfsplanungen vornehmen und zu wenig Behandlungs- und Betreuungskapazität bereitstellen. Die Möglichkeit, bei zu knapper Leistungsbereitstellung auf ausserkantonale Angebote oder auf Nicht-Listenspitäler auszuweichen, ist bei finanziell und sozial benachteiligten Gruppen faktisch nicht gegeben. Sie können sich die Zusatzversicherungen, die hierfür erforderlich sind, nicht leisten. Sie werden daher klar gegenüber anderen Patientengruppen diskriminiert werden.</p> <p>SRK regt deshalb an, dass neben den Kriterien ‚Qualität‘ und ‚Wirtschaftlichkeit‘ einer künftigen Kapazitätsplanung obligatorisch zusätz-</p>	SRK

	<p>lich das Kriterium „ausreichende Quantität“ zu Grunde gelegt wird, und dass diagnosespezifische Wartelisten geführt und auf kantonaler und überkantonaler Ebene überwacht werden, um eine versteckte Rationierung offenzulegen.</p>	
	<p>Grundsätzliche Ueberlegungen</p> <p>Der zur Vernehmlassung anstehende Entwurf der KVV birgt die Gefahr, dass - entgegen den Absichten des Gesetzgebers, ein wettbewerbs- und leistungsorientiertes Gesundheitswesen, das den WZW-Kriterien entspricht, zu gestalten - wegen der vorgesehenen Reglungsdichte das Gegenteil eintritt. Eine auf noch so umfangreichen retrospektiven statistischen Daten beruhende Planung wird nicht in der Lage sein, eine den aktuellen Bedürfnissen der Bevölkerung und den modernen technischen Möglichkeiten der Medizin entsprechende Versorgung sicher zu stellen.</p> <p>Generell und unabhängig von den zur Vernehmlassung gegebenen Änderungen der KVV ist festzuhalten, dass es ohne grundlegende Klärung gewisser ordnungspolitischer Vorgaben keine Effizienz im schweizerischen Gesundheitswesen geben wird. Insbesondere folgende Widersprüche zu einer transparenten Planung und zu einem Wettbewerb unter den Leistungserbringern bleiben zu klären:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Schaffung einer identischen Leistungsfinanzierung unabhängig davon, ob die Leistungen ambulant oder stationär erbracht werden. -Elimination aller durch die Kantons Grenzen sich ergebenden Verzerrungen im System, d.h. z.B. keine Mehrkosten für den Patienten bei der Inanspruchnahme ausserkantonaler Leistungsangebote gegenüber innerkantonalen Leistungserbringern. -Identische Finanzierung der Leistungen aller nicht-gewinnorientierter Leistungserbringer, Verzicht auf eine Differenzierung der Leistungsfinanzierung nach privater resp. öffentlicher Trägerschaft oder nach der Art der Leistungserbringung. -Sicherstellen, dass auch öffentliche Leistungserbringer der Kantone soweit selbstständig sind, dass sie von diesen nicht bevorzugt werden und den angestrebten Wettbewerb verzerren. -Verzicht auf eine absolute mengenmässige Planung der stationären Leistungen durch die Kantone. Sämtliche Erfahrungen mit staatlicher Planung belegen, dass sie nicht in der Lage ist, eine bedarfsgerechte Versorgung sicher zu stellen. Wartelisten sind obligatorisch zu führen und sowohl auf kantonaler wie auch überkantonale Ebene zu überwachen, um eine versteckte Rationierung bei einem zu knappen Leistungsangebot offenzulegen. Im Übrigen sind die Kantone zu verpflichten, nicht eine knappe, sondern eine dem effektiven Bedarf an Gesundheitsleistungen entsprechende Planung vorzunehmen und zu finanzieren. 	SRK
	<p>Die vom Bundesrat im Nachgang zur KVG-Revision vom Dezember 2007 zur Vernehmlassung freigegebene Verordnung über die Krankenversicherung (KW) widerspricht fundamental den Zielen nach einer verstärkt wettbewerblich ausgerichteten Gesundheitsversorgung, wie sie im revidierten KVG verankert wurde. Vielmehr liegt aktuell ein Planungsmodell vor, welches in seinen Grundzügen absolut dirigistisch ausgestaltet wurde und jeglichen Bezug zur Praxis vermissen lässt. Der vorgelegte Verordnungsentwurf ist deshalb als Ganzes zurückzuweisen. Der Verband erwartet eine Neufassung, die den Zielen des revidierten KVG entspricht.</p>	Arbeitgeberverband Basel
Art. 33 Bst g	<p>Unklare Abgrenzung zwischen primären und sekundären Transporten führen wiederholt zu Schwierigkeiten zwischen Spitälern, Versicherern und der Rega. Das erklärte Ziel, medizinisch notwendige Lufttransporte durchzuführen, könnte teilweise verfehlt werden. Wiederholte, aber</p>	REGA

	<p>immer mit Erfolg, musste die Rega die Entschädigung für solche notfallmässigen Leistungen auf dem Gerichtsweg erstreiten.</p> <p>Die Anwendung von Art. 33 lit. g. führt dazu, dass Patienten bei einem sich abzeichnenden Rettungsflug durch die Rega wenn immer möglich am Unfallplatz verladen werden. Es wird vermieden, die Patienten zur Stabilisierung oder auch nur zum einfacheren Verladen in ein Spital zu bringen, da dann das Spital die Transportkosten zu tragen hätte.</p> <p>Die Rega beantragt, Art. 25 Ziff. 2 lit. g. KVG dahingehend abzuändern, dass der Versicherer nicht nur „einen Beitrag an die medizinisch notwendigen Transportkosten sowie die Rettungskosten;" zu leisten hat sondern die gesamten Transportkosten zu übernehmen hat.</p> <p>Falls dies nicht möglich ist, beantragt die Rega, Art. 33, Bst. g KVV dahingehend abzuändern, dass im Fall des fortgeführten Primärtransports die Transportkosten nicht Teil der stationären Behandlung bilden, sondern von der OKP zu übernehmen sind.</p>	
	<p>Les modifications proposées font suite à l'approbation par le Parlement, le 21 décembre 2007, d'un paquet de mesures touchant au financement hospitalier prévu dans le cadre de la révision de la LAMal.</p> <p>La Comco ne revient pas sur les propositions faites dans le domaine hospitalier, comme le financement moniste, la planification hospitalière régionale et la suppression de l'obligation de contracter entre assureurs et hôpitaux.</p> <p>La Comco salue l'introduction, dans le système suisse de sante, d'une structure tarifaire fondée sur le forfait par cas (SwissDRG), ainsi que l'abandon du forfait journalier. Le SwissDRG, inspire du modèle allemand, devrait renforcer la concurrence entre les établissements hospitaliers suisses dans la mesure où il augmentera la transparence en matière de facturation hospitalière et mettra les hôpitaux publics et les cliniques privées sur un plan d'égalité. Il améliorera aussi le nombre et la qualité des données statistiques nécessaires à la surveillance et à l'analyse de la qualité des prestations ambulatoires et hospitalières.</p>	COMCO