

Herrn Bundespräsident
Pascal Couchepin
Vorsteher EDI
Inselgasse 1
3003 Bern

0769

Bern, 30. April 2008 GEF C

Verordnungsänderungen im Zuge der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung

Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundespräsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Bezug auf Ihr Schreiben vom 4. Februar 2008 danken wir Ihnen für die gebotene Gelegenheit, zu den beabsichtigten Teilrevisionen der KVV, der VKL und der KLV eine Vernehmlassung einreichen zu können. Gerne nimmt der Regierungsrat des Kantons Bern zu den drei unterbreiteten Revisionsentwürfen wie folgt Stellung:

A Allgemeine Bemerkungen

Viele der geplanten Änderungen erweisen sich als sinnvoll. Es ergeben sich aber drei Haupteinwände:

1. Im Bereich der Spitalplanung bergen die in Artikel 58a ff KVV 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:
 - 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.
 - 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 2^{ter} 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 KVV betreffend Qualitätssicherung zu revidieren.

Der Regierungsrat würde es begrüessen, 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 Regeldichte.

2. 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 gemacht (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 unserer 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.
3. Ein weiterer Haupteinwand betrifft die vorgesehene Regelung zu den Investitionskosten. So fehlen weiterhin klare Normen, welche die Ermittlung, die anwendbaren Grundsätze und die Anrechenbarkeit der Investitionskosten regeln. Insbesondere bei der 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. Eine vom Bund durchzuführende Norminvestitionskostenkalkulation könnte diesen Mangel beheben.
4. Die von den Eidgenössischen Räten beschlossene KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung führt zu einer finanziellen Entlastung der Krankenversicherer und zu einer Belastung der Kantone betreffend Finanzierung von Behandlungen in Privatspitalern, die auf der Spitalliste aufgeführt sind. Der Regierungsrat geht davon aus, dass der Bundesrat diese Tatsache im Rahmen seiner jährlichen Prämiengenehmigungen nach Artikel 61 Absatz 5 KVG angemessen berücksichtigt.

B Zu einzelnen Verordnungen

1. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)

1.1. Bemerkungen zu den allgemeinen Erläuterungen

Zu Ziffer 2: Planungskriterien

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.

Der Regelungsentwurf ist überdies zu dicht und zwingt den Kantonen einen aufwendigen, zu wenig relevanten und nicht justiziablen Planungsauftrag auf. Die vorgeschlagene Regelungsdichte ist zu reduzieren.

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.

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.

Zu Ziffer 5: Leistungsbezogene Pauschalen

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) geht von einer umfassenden Genehmigungskompetenz der Tarifverträge aus. Der Regierungsrat des Kantons Bern 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. Wir beantragen 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. Januar 2012 nicht realistisch.

1.2 Bemerkungen zu den einzelnen Artikeln der KVV

Vom Regierungsrat beantragte Anpassungen sind im kursiv gesetzten Wortlaut der folgenden Bestimmungen unterstrichen (Ergänzung) bzw. durchgestrichen.

Artikel 28b Absatz 2: Die Daten der Versicherer sind *pro Kanton separat* zu publizieren, insbesondere Reserven, Rückstellungen und Verwaltungskosten. Dementsprechend ist Artikel 28b Absatz 2 zu ergänzen:

Artikel 31: Der Regierungsrat regt folgende Präzisierung im Einleitungssatz von Artikel 31 und folgende Ergänzung in Buchstabe d an:

Das BAG und das BFS veröffentlichen 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:

- a. Leistungsangebot und Qualifikation der Leistungserbringer;*
- b. medizinische Qualitätsindikatoren;*
- c. Umfang und Art der erbrachten Leistungen;*
- d. Kosten und Kostenentwicklung.*

Artikel 58a: Wir schlagen folgende Änderungen in Absatz 2 Buchstaben a und c vor:

¹ *Die Planung für eine bedarfsgerechte Versorgung nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe d des Gesetzes umfasst die Sicherstellung der stationären Behandlung im Spital oder in einem Geburtshaus sowie der Behandlung in einem Pflegeheim für die Einwohnerinnen und Einwohner der Kantone, die die Planung erstellen.*

² Sie gliedert sich in folgende Schritte:

- a. Ermittlung des künftigen wesentlichen Bedarfs;
- b. Beurteilung des Angebotes der in Frage kommenden Einrichtungen;
- c. Zuweisung und Sicherung der wesentlichen Leistungsmengen ~~oder~~ und Kapazitäten.

Artikel 58b: Absatz 1 muss am Machbaren ausgerichtet und daher angepasst werden:

¹ 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 ~~Bedarfsdeterminanten sowie~~ Strukturanalysen mit Berücksichtigung der vor- und nachgelagerten Bereiche stützen.

Absatz 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 zur Sicherstellung des wesentlichen Bedarfs berücksichtigen sie die Kantone die verfügbaren Datengrundlagen, insbesondere:

- a. die Wirtschaftlichkeit auf Basis von Vergleichen und die Qualität der Leistungserbringung;
- b. die geografische Lage der Einrichtung;
- c. die Bereitschaft und Fähigkeit 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.

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.

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, 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 Kommissionspräsidentin Forster am 24. September 2007 im Ständerat folgendes fest:

"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."

Die Erläuterungen zu Artikel 58b sollten demnach festhalten, dass Benchmarking nicht zwangsläufig heisst, die Tarife auf den tiefsten Wert zu nivellieren.

Artikel 58c: Wir schlagen eine Präzisierung von Buchstabe b vor:

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, auf Leistungsspektren bezogen oder kapazitätsbezogen;*
- c. für die Versorgung der Versicherten in Pflegeheimen kapazitätsbezogen.*

Artikel 58d: 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 beantragen wir mit der gleichen Begründung, dass sich die Koordination auf die wesentlichen Patientenströme beschränkt:

¹ *Im Rahmen der Verpflichtung zur interkantonalen Koordination der Planungen im Spitalbereich nach Artikel 39 Absatz 2 des Gesetzes werten die Kantone die nötigen Informationen über die wesentlichen 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.*

Absatz 2 erweist sich als zu detailliert und sollte ersetzt werden durch den nachfolgenden Formulierungsvorschlag. Der Vorschlag setzt als selbstverständlich voraus, dass die Kantone sich gegenseitig informieren:

² *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.*

Absatz 3 kann gestrichen werden. Zur Begründung kann wir auf die ebenfalls beantragte Streichung von Artikel 58b Absätze 5 und 6 verwiesen werden.

³ ~~*Der Standortkanton der Einrichtung ist in der Regel zuständig für die Mengensteuerung der Leistungsangebote der innerkantonalen Einrichtungen. Er berücksichtigt dabei die Patientenströme zwischen den Kantonen.*~~

Artikel 58e: Absatz 2 kann gestrichen werden, denn er wiederholt nur Inhalte aus Absatz 1.

Artikel 58f: Absatz 2 steht im Widerspruch zur Absicht des Gesetzgebers. Er könnte 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, beantragen wir, Absatz 2 ganz zu streichen:

¹ *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.*

² *Das auf der Liste des Wohnkantons aufgeführte Angebot an Einrichtungen entspricht dem 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.*

Artikel 58g: Artikel 58g Absatz 1 hält mit Bezug auf die Spitalisten 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, 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 schlagen wir im Sinne einer Beschränkung auf das Notwendige folgende Änderungen vor:

¹ *Die Kantone erteilen den zugelassenen Einrichtungen Leistungsaufträge. Der Leistungsauftrag kann Auflagen enthalten. Leistungsspektrum und Auflagen sind Bestandteil des Leistungsauftrags.*

² *Das Leistungsspektrum von Spitälern umfasst insbesondere:*

a. die Bereiche oder Teilbereiche der medizinischen Versorgung;

b. die Versorgungsstufen;

c. die Spezialitäten und Subspezialitäten;

d. weitere Umschreibungen wie die Nachbehandlung sowie die Bezeichnung des Umfanges des Notfalldienstes.

³ *~~Das Leistungsspektrum der Pflegeheime ist nach Pflegebedarfsstufen definiert.~~*

⁴ *~~Der Leistungsauftrag für Einrichtungen, die aufgrund einer leistungsorientierten Planung zugelassen sind, enthält zusätzlich die Regelung der Mengensteuerung.~~*

⁵ *Auflagen nach Absatz 1 können insbesondere folgende Punkte beinhalten:*

a. die Aufnahmepflicht aller Personen unabhängig von ihrem Versicherungsschutz unter Tarifschutz und ohne Zusatzkosten;

b. den Notfalldienst;

c. die Aus- und Weiterbildung von medizinischem, therapeutischem und pflegerischem Personal;

d. den Ausweis der Wirtschaftlichkeit;

e. die Qualitätssicherungsmaßnahmen.

f. Datenlieferungs- und Transparenzpflichten

g. Zweckbindung und Verwendung von Mitteln

h. Bestimmungen zur Mengensteuerung über Regeln zu den Tarifen oder Beschränkungen der Kapazitäten.

In den Erläuterungen sollte präzisiert werden, dass die in Absatz 5 enthaltenen Auflagen auch in Leistungsverträgen geregelt werden können.

Die vom Bundesrat vorgeschlagenen Absätze 6 und 7 erweisen sich als unnötig und können gestrichen werden, weil die Regelung im KVG ausreicht.

Artikel 58h: Der zweite Satz könnte gestrichen werden, da er keinen regulatorischen Mehrwert bringt.

Artikel 59 Absatz 1^{bis}: Die Frist in Absatz 1^{bis} muss deutlich über 30 Tage lang sein. Die vom Bundesrat vorgesehene Frist von 30 Tagen könnte in der Praxis nicht eingehalten werden.

Artikel 59d: 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. Unseres Erachtens ist der Begriff "Tarifstruktur" 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.

Absatz 1 Buchstabe b: Die Qualität ist nicht im Rahmen der Einführung von SwissDRG zu gewährleisten, sondern in Artikel 77 KVV auf Verordnungsebene zu regeln (vgl. die nachfolgenden Ausführungen zu Artikel 77 KVV).

Absatz 1 Buchstabe c: Prognosen sind ohnehin sehr schwierig; eine gar auf den Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sowie auf vor- und nachgelagerte Bereiche beschränkte Prognose ist unmöglich und deshalb nicht sinnvoll.

Der Regierungsrat schlägt Ihnen daher folgende Änderungen in Absatz 1 vor:

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:~~

~~a. Berechnungsgrundlagen und -methode;~~

~~b. Instrumente und Mechanismen zur Gewährleistung der Qualität der Leistungen im Rahmen der Tarifierstellung;~~

~~c. Prognosen über die Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für sämtliche nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes geregelten Bereiche, sowie für die vor- und nachgelagerten Bereiche.~~

Absatz 2 ist anzupassen, da das Kodierungshandbuch und das Konzept zur Kodierrevision nicht vom Bundesrat genehmigt werden müssen.

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 Kodierrevision enthalten. Dem Gesuch um Genehmigung müssen ergänzende Unterlagen über die Kriterien zur Bestimmung der zur Ermittlung der Tarifstruktur beigezogenen Referenzspitäler und über die Kodierung beigelegt werden.~~

Der laufende Unterhalt der Tarifstruktur (bzw. einzelner Positionen davon) 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. Dementsprechend ist Absatz 3 anzupassen.

³ ~~Werden namentlich die Tarifstruktur oder die Anwendungsmodalitäten des Tarifs wesentlich angepasst, so müssen die Tarifpartner dem Bundesrat den Tarifvertrag die Tarifstruktur erneut zur Genehmigung vorlegen. Dieser entscheidet innert 4 Monaten.~~

Die Differenzierung der Tarife nach Art und Intensität der Behandlung ist im akuten Bereich sinnvoll, gelingt aber unter Umständen in der Psychiatrie und Rehabilitation nicht, so dass wir in Absatz 4 folgende Präzisierung beantragen:

⁴ ~~Der Bezug zur Leistung, der nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes herzustellen ist, muss im Falle eines Patienten-Klassifikationssystem vom Typus DRG eine Differenzierung des Tarifes nach Art und Intensität der Leistung erlauben.~~

Artikel 59e: Die Genehmigung des Fallbeitrags durch den Bundesrat ist durch das Gesetz nicht vorgesehen. Daher werden in den Absätzen 1 und 2 die folgende Regelungen vorgeschlagen:

¹ 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.

² Die Regelung nach Absatz 1 gilt sinngemäss für Anpassungen des Fallbeitrags. Die relevanten Unterlagen sind ein Tätigkeitsbericht und eine Jahresrechnung der Organisation.

Betriebsvergleiche: Nach Artikel 49 Absatz 8 des revidierten KVG ordnet der Bundesrat in Zusammenarbeit mit den Kantonen schweizweit Betriebsvergleiche zwischen Spitälern an, insbesondere zu Kosten und medizinischer Ergebnisqualität. Wir beantragen Ihnen, in der KVV nähere Bestimmungen in dieser Hinsicht aufzunehmen.

Bei der KVG-Revision ist die zentrale Frage der Betriebsvergleiche nach wie vor offen geblieben. Im Rahmen der parlamentarischen Beratungen im Ständerat wurde zwar festgehalten, dass sich die Preise für die Behandlungen und Diagnosen mit der Zeit schweizweit 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. Hoheitlich reglementierte Markt- bzw. Versorgungssysteme müssen über transparente Regeln verfügen. 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 ungewissen Rechtsfindung auf dem jahrelangen Prozessweg überlassen bleiben. Ein Benchmarking-Modell darf nicht zu einer ungebrochen nach unten drehenden Preisspirale führen. Die wesentlichen Eckwerte des Systems sind deshalb bereits in der Verordnung zu verankern. Damit wird für die Leistungserbringer und Finanzierer (und letztlich auch für die Steuerzahler) Rechtssicherheit gewährleistet und eine reguläre Finanzplanung ermöglicht.

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 ausagekräftige 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.

Der Regierungsrat beantragt Ihnen, die KVV mit konkretisierenden Bestimmungen im Sinne unserer Ausführungen zu ergänzen.

Artikel 77: Artikel 39 Absatz 3^{ter} und Artikel 49 Absatz 8 des revidierten KVG lassen eine Änderung von Artikel 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. Wir unterbreiten Ihnen nachfolgenden Regelungsvorschlag unter dem expliziten Hinweis, dass es sich dabei um die einheitlich und minimal anwendbaren Qualitätsanforderungen handelt. Indes soll es den Kantonen unbenommen sein, über den Mindeststandard hinaus weitere Massnahmen vorzusehen, um die Qualität sicherzustellen. Dies ist insbesondere zentral, um weiteren Verzögerungen in der Qualitätssicherung vorzubeugen. Wir beantragen die folgenden Änderungen der Absätze 1 bis 3 und die Aufhebung von Absatz 4:

¹ Zusammen mit dem Bund und den Kantonen erarbeiten die Leistungserbringer und die Versicherer 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.

² Können sie sich nicht einigen, beschliesst der Bund zusammen mit den Kantonen über die durchzuführenden Massnahmen zur Ermittlung der medizinischen Ergebnisqualität gemäss Artikel 49 Absatz 8 des Gesetzes. Die Vertragsparteien sind verpflichtet, das BAG über die jeweils gültigen Vertragsbestimmungen zu informieren. Das BAG kann über die Durchführung der Qualitätssicherung eine Berichterstattung verlangen.

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 Vertragsparteien verpflichtet, das BAG über die jeweils gültigen Vertragsbestimmungen zu informieren. Das BAG kann über die Durchführung der Qualitätssicherung eine Berichterstattung verlangen. 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.

Übergangsbestimmungen: Betreffend Absatz 3 können wir auf unsere Ausführungen zu Artikel 59d Absatz 1 verweisen: Der Bundesrat genehmigt die *Tarifstrukturen* (Artikel 49 Absatz 2 letzter Satz des revidierten KVG). Der vorgesehene Termin vom 30. Juni 2009 für eine Gesuchseinreichung beim Bundesrat ist unseres Erachtens nicht realistisch. Wir beantragen folgende Änderungen:

³ *Das erste Gesuch um Genehmigung ~~des Tarifvertrags der Tarifstruktur~~ nach Artikel 59d für den akut-somatischen Bereich muss dem Bundesrat spätestens am ~~30. Juni~~ 31. Dezember 2009 vorgelegt werden. ~~Der Tarifvertrag Die Tarifstruktur~~ 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.*

Absatz 4 sollte entsprechend unseren Ausführungen zu Artikel 59e folgendermassen angepasst werden:

⁴ *Die Tarifpartner müssen ~~dem~~ den Bundesrat über den Betrag des Fallbeitrags nach Artikel 59e spätestens zusammen mit dem ersten Genehmigungsgesuch nach Absatz 3 informieren. ~~zur Genehmigung vorlegen.~~*

Zur Einführung der revidierten Bestimmungen zur Qualitätssicherung (Artikel 77) schlagen wir folgenden zusätzlichen Absatz 5 in den Übergangsbestimmungen vor:

⁵ *Bis zur Umsetzung von Artikel 77 können die Kantone in Erfüllung der Anforderungen nach Artikel 39 Absatz 2ter des Gesetzes die Qualität nach den verfügbaren Kriterien beurteilen.*

2. Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime (VKL)

2.1 Bemerkungen zu den allgemeinen Erläuterungen

Zu Ziffer 2: Investitionen:

Dem Regierungsrat ist es ein Anliegen, die allgemeinen Erläuterungen des Bundes zu den Investitionen in folgender Weise zu kommentieren:

1. Auf Verordnungsstufe sollten nicht nur die Anforderungen an die Anlagebuchhaltung beschrieben, sondern auch die Anrechenbarkeit der Aufwendungen im Rahmen der Tarifrrechnungen 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).

Die Bestimmungen der VKL sind daher an die Empfehlungen von H+ mit den entsprechenden Kategorien und Regeln anzulehnen.

3. Wenn alle Investitionen anrechenbar sind, befürchten wir sowohl zu hohe als auch zu tiefe Abgeltungen über das KVG:
 - zu hohe Abgeltungen, wenn jede beliebige Investition als Kosten zulasten des KVG geltend gemacht werden kann.
 - zu tiefe Abgeltungen, wenn die Abschreibungen per 1. Januar 2012 nicht vollständig ermittelt werden können, weil entsprechende Empfehlungen nicht umgesetzt oder nicht umsetzbar sind (fehlende Datenaufbewahrungspflicht).

Auch deshalb erachten wir 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 Tarifierung einbezogen werden.

Dazu sind die Ausführungen von Nationalrätin Humbel-Näf vom 22. März 2007 relevant, bei denen wir 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 wissen wir. 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 uns 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.

Zusammengefasst ergibt sich daher für den Regierungsrat betreffend Investitionen:

- Die Bestimmungen zur VKL sind eng an die Empfehlungen von H+ zur Anlagebuchhaltung im Spital, welche Bestandteil von REKOLE bilden, anzulehnen bzw. in der Verordnung ist 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, halten wir zumindest während der Einführungsphase eine Kalkulation von Norminvestitionskosten auf Basis geeigneter Referenzbetriebe für unabdingbar.

Zu Ziffer 4: 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. Des-

halb 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.

Zu Ziffer 5: Lehre und Forschung

Wir sind 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 sind wir mit der in Erläuterungen enthaltenen Auslegung des 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:

"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."

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:

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:

"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."

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 unseres Erachtens aus drei Gründen unzulässig:

1. In den Materialien findet sich kein solcher Hinweis. Wir können uns 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.

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.

2.2 Bemerkungen zu den einzelnen Artikeln der VKL

Vom Regierungsrat beantragte Anpassungen sind im kursiv gesetzten Wortlaut der folgenden Bestimmungen unterstrichen (Ergänzung) bzw. durchgestrichen.

Artikel 2 Absatz 1 Buchstaben a, c und g: Wir beantragen die folgenden redaktionellen Anpassungen:

¹ *Die Ermittlung der Kosten und die Erfassung der Leistungen muss so erfolgen, dass damit die Grundlagen geschaffen werden für:*

- a. die Unterscheidung der Leistungen und der Kosten zwischen der stationären, der ambulanten und der Langzeitbehandlung;*
- c. die Bestimmung der Leistungen und der Kosten im Geburtshaus zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung~~im Geburtshaus~~;*
- g. die Ausscheidung der nicht zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbrachten Kosten und Leistungen.*

Artikel 3 und 5: 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 folgendermassen formuliert werden:

Als stationäre Behandlung nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes gelten Aufenthalte:

- a. im Spital, im Geburtshaus ~~und im Pflegeheim~~ von mindestens 24 Stunden, ~~bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird~~;*

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.

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:

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.

Artikel 7: 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 betreffen, sind zu streichen. Zur Begründung kann auf unsere vorstehenden Ausführungen zu Ziffer 5 der allgemeinen Erläuterungen hingewiesen werden.

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.

Artikel 10 Absatz und 3: In Absatz 3 ist zu präzisieren, inwiefern die von H+ Die Spitäler der Schweiz erarbeiteten Grundsätze, welche Bestandteil von REKOLE sind, verbindliche Grundlage für die Ermittlung der Kosten für die Anlagennutzung 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. Wir beantragen folgende Änderungen:

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 und sieht eine Einführungsfrist von zwei Jahren vor.*

³ *Zur Ermittlung der Kosten für die Anlagennutzung müssen die Spitäler und Geburtshäuser eine Anlagebuchhaltung führen. 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.*

Artikel 10a: Die Anlagekategorien sollten mit den Empfehlungen von H+ Die Spitäler der Schweiz übereinstimmen. In diesem Sinne ist es sinnvoll, auf Artikel 10a zu verzichten.

Artikel 10b: Die in den Buchstaben c und d enthaltene kumulative Anforderung, den Anschaffungswert und den Wiederbeschaffungswert auszuweisen, ist nicht sinnvoll bzw. unmöglich. Stattdessen sollte sich die VKL auf die Empfehlungen von H+ Die Spitäler der Schweiz abstellen:

- Wiederbeschaffungswert: Für Gebäude und allgemeine Betriebsinstallationen ist es der Brandversicherungswert, für anlagespezifische Installationen ist es der mit dem Produzenten- und Importpreisindex indexierte Anschaffungswert.
- Anschaffungswert für alle übrigen Anlagekategorien

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.

Betreffend Buchstabe e ist die jährliche Abschreibung als Basis für die anrechenbaren Investitionskosten zu verlangen.

Betreffend Buchstabe f sollte - wie einleitend zu Artikel 10b erwähnt - auf die Empfehlungen von H+ Die Spitäler der Schweiz abgestellt werden. Diesfalls kann Buchstabe f vereinfacht werden, denn gemäss diesen Empfehlungen erfolgt jede Abschreibung linear.

Der nach Buchstabe g in der Anlagebuchhaltung anzugebende 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+ Die Spitäler der Schweiz empfiehlt den durchschnittlichen Hypothekarzinsatz des abgelaufenen Jahres für Althypotheken im ersten Rang der Kantonalbanken, wie sie im Monatsheft der Schweizerischen Nationalbank publiziert werden. Dies ist der tiefste Wert, der in Betracht kommen kann. Damit ist Buchstabe g zugunsten eines neuen Absatzes zu streichen.

¹ Die Anlagebuchhaltung muss für jede Anlage mindestens die Angaben enthalten über:

- a. das Anschaffungsjahr;
- b. die geplante Nutzungsdauer in Jahren;
- c. den Anschaffungswert oder den Wiederbeschaffungswert;
- d. ~~den Wiederbeschaffungswert;~~
- e. die jährliche Abschreibung als Basis für die zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu berücksichtigenden Investitionskosten für stationäre Leistungen;
- f. den Stand des betriebsnotwendigen Anlagevermögen im Sinne der Betriebsbuchhaltung die Abschreibungsmodalität, falls die Abschreibung nicht linear vom Anschaffungswert erfolgt;
- g. ~~den kalkulatorischen Zinsfuss.~~

² Das Departement legt Anfang Jahr den kalkulatorischen Zinssatz fest, der für die Dauer des ganzen Kalenderjahres anwendbar ist.

Übergangsbestimmung: 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:

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 Anlagenutzungskosten 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 befristet anwendbaren Zuschlagsätze fest.*

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.*

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.*

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.

Der Regierungsrat bittet Sie um Kenntnisnahme und bedankt sich für die Berücksichtigung seiner Anliegen im Rahmen der Überarbeitung der Vorlage.

Freundliche Grüsse

Im Namen des Regierungsrates

Der Präsident:



Der Staatschreiber:

