

Empfehlungen

8-4-2-0

27. Juni 2019

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

Verabschiedet durch den Vorstand der GDK am 27. Juni 2019

1.	Ausgangslage.....	1
2.	Die vier Schritte der Wirtschaftlichkeitsprüfung	3
2.1	Herstellung einer für Betriebsvergleiche ausreichenden Datenbasis	3
2.2	Herleitung der stationären benchmarkrelevanten Betriebskosten pro Spital	3
2.2.1	Ausgangslage	3
2.2.2	Sachliche Abgrenzung FIBU-BEBU	4
2.2.3	Ausscheidung der nicht benchmarkrelevanten Kosten	5
2.3	Bildung von Vergleichsmengen zum Vergleich der benchmarkrelevanten Betriebskosten	11
2.4	Bestimmung des relevanten Benchmarks	12
2.4.1	Grundsätze	12
2.4.2	Umgang mit ungenügender Datenqualität.....	13
	Anhang	14
	Abkürzungen	15

1. Ausgangslage

Die nachfolgenden Empfehlungen dienen den Kantonen als Grundlage für die Genehmigung von stationären Tarifverträgen zwischen Spitälern und Versicherern gemäss Art. 46 Abs. 4 KVG resp. der Festsetzung von Tarifen der Spitäler bei Fehlen eines Tarifvertrags (Art. 47 KVG). Die Spitaltarife orientieren sich gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG an der Entschädigung jener Spitäler, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Mit der neuen Spitalfinanzierung gilt damit ein kostenbasiertes «Preissystem» anstelle der vor 2012 geltenden spitalspezifischen Kostenabgeltung.

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

Die vorliegenden Empfehlungen beziehen sich auf die Ermittlung des **kostenbasierten Tarifs der effizienten Spitäler nach Art. 49 Abs. 1 KVG** (in der Folge «kostenbasierter Tarif» genannt). Dieser Tarif bildet die Grundlage für die Beurteilung eines von den Tarifpartnern zur Genehmigung oder Festsetzung beantragten stationären Tarifs eines Spitals.

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

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

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

Bei der Tariffestsetzung orientieren sich die Kantone an dem durch einen Betriebsvergleich ermittelten Benchmark als Effizienzmassstab. Spitalindividuelle Besonderheiten können dabei berücksichtigt werden.

Die nachfolgenden Empfehlungen fokussieren auf die der Tarifstruktur SwissDRG unterliegenden Bereiche der Spitäler. Ergänzende Empfehlungen für die Psychiatrie und die Rehabilitation sind in einem separaten Dokument enthalten.¹

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

Die Bestimmung von sachgerechten und sich an den Kosten der effizienten Spitäler orientierenden Tarifen erfolgt durch die Herleitung der schweregradbereinigten Fallkosten eines jeden Spitals und basiert grundsätzlich und wenn immer möglich auf anschliessenden Betriebsvergleichen.

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

1. Herstellung einer für Betriebsvergleiche ausreichenden Datenbasis
2. Herleitung der stationären benchmarkrelevanten Betriebskosten pro Spital(standort)
3. Bildung von Vergleichsmengen zum Vergleich der stationären benchmarkrelevanten Betriebskosten
4. Bestimmung des relevanten Benchmarks

Wäre kein Benchmark möglich, so ist dennoch gemäss KVG eine Wirtschaftlichkeitsprüfung und gegebenenfalls ein Wirtschaftlichkeitsvergleich mit anderen Methoden notwendig.

¹ GDK-Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung in Psychiatrie und Rehabilitation: Ergänzung der Empfehlungen zur Ermittlung der effizienten Spitäler nach Art. 49 Abs. 1 KVG.

2. Die vier Schritte der Wirtschaftlichkeitsprüfung

2.1 Herstellung einer für Betriebsvergleiche ausreichenden Datenbasis

Gemäss Art. 49 Abs. 8 KVG ordnet der Bundesrat in Zusammenarbeit mit den Kantonen Betriebsvergleiche zwischen Spitälern an, insbesondere zu Kosten und medizinischer Ergebnisqualität. Auch das Bundesverwaltungsgericht setzt solche Betriebsvergleiche im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung voraus.² Deshalb führt die GDK seit 2015 einen Datenaustausch unter den Kantonen im Sinne der Amtshilfe durch.

Mit dem GDK-Austausch von Spitalkostendaten wird die Herstellung einer ausreichenden und qualitativ hochwertigen Datenbasis für stationäre Betriebsvergleiche im Rahmen der Tarifgenehmigungs- und -festsetzungsverfahren bezweckt.

Ab Datenjahr 2018 stützt sich der Bund für die Veröffentlichung von schweregradbereinigten Fallkosten nach Art. 49 Abs. 8 KVG auf den GDK-Datenaustausch ab.³

2.2 Herleitung der stationären benchmarkrelevanten Betriebskosten pro Spital

2.2.1 Ausgangslage

Basis für die Herleitung der stationären benchmarkrelevanten Betriebskosten bildet das integrierte Tarifmodell ITAR_K (nur dessen Vorgaben für die Kostenherleitung, nicht jene für die Tarifbildung). Wo die vorliegenden Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung kein Vorgehen zur Kostenanerkennung resp. -ausscheidung formulieren, gelten die Vorgaben gemäss ITAR_K.⁴

Ausgangspunkt bildet das Total der Kosten gemäss Betriebsbuchhaltung nach REKOLE, welche eine einheitliche Methodik für die Ermittlung der Kosten und die Erfassung der Leistungen über alle Spitäler und Kliniken gewährleistet. Ab Datenjahr 2019 sollten Betriebe ohne REKOLE-Zertifizierung von einem Betriebsvergleich wenn möglich ausgeschlossen werden.

Die sachlichen und zeitlichen Abgrenzungen gegenüber der Finanzbuchhaltung müssen in der Abstimmbrücke FIBU-BEBU ausgewiesen werden und nachvollziehbar sein. Betroffen sind insbesondere Sachaufwand (Kontengruppen 41-49), Anlagenutzungskosten (ANK, Kontengruppe 44), Zinsaufwand (Kontengruppe 46) sowie der Einbezug resp. der Ausschluss der Kosten für Überlieger.

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

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

Zur Gesamtbeurteilung der Kostensituation sind neben dem Kostenausweis nach ITAR_K und der Abstimmbrücke FIBU-BEBU auch ein Anlagespiegel oder eine Anlagebuchhaltung nach Art. 10a VKL (z. B. entsprechender Auszug der Selbstdeklaration der ANK nach VKL aus der Krankenhausstatistik) erforderlich.

Die Fallkosten müssen grundsätzlich standortbezogen ausgewiesen werden. Auch die Rechtsprechung bestätigt die Forderung nach standortbezogenen Kostenausweisen.⁵

² Vgl. Grundsatzurteil BVGE 2014/36 (Stadtspital Triemli).

³ Vgl. Konzept BAG zur Publikation von schweregradbereinigten Fallkosten im Rahmen von Art. 49 Abs. 8 KVG.

⁴ ITAR_K hat den Anspruch, die schweregradbereinigten Fallkosten und die Tarife in allen Leistungsbereichen eines Spitals zu ermitteln und die jeweiligen Tarife auch miteinander in Bezug zu bringen. Bei den nachfolgenden Ausführungen erfolgt eine Konzentration auf die beiden in ITAR_K für die Abgeltung der stationären Leistungen relevanten Kostenträger «rein stat. KVG-Fälle» und «stat. Tarif KVG ZV». Nachfolgend werden beide Kostenträger zusammen als Kostenträger «stationäre Leistungen KVG» bezeichnet.

⁵ Vgl. Grundsatzurteil BVGE 2014/3 (Luzerner Kantonsspital).

Demnach ist für jedes Spital ein separater Kostenausweis zu erstellen. Die Daten fließen standortbezogen in den Vergleich der benchmarkrelevanten Betriebskosten ein.⁶

Im Übrigen wird die Abgrenzung der Spitalbetriebe in den Spitallisten und bei der Erteilung von Betriebsbewilligungen in den Kantonen unterschiedlich gehandhabt. Im Bereich der Zulassung der Spitäler zur Abrechnung von OKP-Leistungen (Art. 39 KVG) muss jedoch definiert sein, was ein Spital ist, denn gemäss Rechtsprechung darf ein Kanton den Leistungsauftrag nicht über mehrere Standorte erteilen bzw. darf eine Spitalbetreiberin mit mehreren Standorten nicht frei entscheiden, welche Leistungen sie an einem bestimmten Standort erbringt, ohne dass dieser Standort über einen entsprechenden Leistungsauftrag verfügt.⁷

Die analytische Transparenz in Bezug auf die Betriebskosten der einzelnen Standorte ist auch deshalb wichtig, weil der Ausweis von deren effektiver Wirtschaftlichkeit die Aussagekraft des Benchmarks erhöht. Denn eine zunehmende Aggregation von Daten führt tendenziell dazu, dass der Benchmark näher beim 50. Perzentil (beim Median) liegt. Ein standortbezogener Ausweis der Fallkosten ist insbesondere dann wichtig, wenn sich die Leistungsangebote der Standorte stark voneinander unterscheiden.

Verfügt ein Spital nicht über separate ITAR_K-Ausweise pro Standort, so kann der Kanton die zur Plausibilisierung der Kostendaten erforderlichen standortspezifischen Informationen mithilfe des GDK-Zusatzformulars «Standortbezogener Ausweis der Fallkosten» erheben.

Empfehlung 1

Die Kantone fordern einen Kostenausweis nach ITAR_K ein, ergänzt um die Abstimmbrücke FIBU-BEBU und einen Anlagespiegel oder eine Anlagebuchhaltung nach Art. 10a VKL (z. B. Selbstdeklaration der ANK nach VKL aus der Krankenhausstatistik), sowie für jedes einzelne Spital einen Ausweis der Fallkosten.

Die Kantone sollten im Rahmen der Leistungsaufträge an die Spitäler spätestens per Datenjahr 2019 deren REKOLE-Zertifizierung durchsetzen.

2.2.2 Sachliche Abgrenzung FIBU-BEBU

a) Kalkulation der Zinsen auf dem betriebsnotwendigen Umlaufvermögen

Im Rahmen der sachlichen Abgrenzung FIBU-BEBU sind allfällige in den Kosten enthaltene effektive Zinsen auszuscheiden und danach die kalkulatorischen Zinsen auf dem betriebsnotwendigen Umlaufvermögen zu ermitteln und aufzurechnen. Zur Ermittlung der kalkulatorischen Zinsen ist die Methode der Preisüberwachung (PUE) anzuwenden, wobei die Durchschnittsrendite von Obligationen der Eidgenossenschaft (Basis: benchmarkrelevante Betriebskosten; Laufzeit: 10 Jahre; Zahlungsfrist 40 Tage; z. B. für Tarifjahr 2018 = $-0,072\% [2017] * 40/365 = -0,008\%$) die Grundlage bildet.⁸ Bei negativem Zinssatz ist kein Abzug vorzunehmen.

Empfehlung 2

Zur Ermittlung der kalkulatorischen Zinsen auf dem betriebsnotwendigen Umlaufvermögen ist eine Orientierung an einem Zinssatz für Anlagen mit geringem Risiko angemessen. Es wird empfohlen, die von der PUE angewandte Methode anzuwenden. Der Kanton hat zu prüfen, ob die Ermittlung der kalkulatorischen Zinsen gemäss der Methode der PUE erfolgt ist.

⁶ Definition Spital(standort) analog jeweils aktueller Version der GDK-Empfehlungen zur Spitalplanung. Der standortbezogene Ausweis der Fallkosten ist spätestens ab Datenjahr 2020 zu gewährleisten.

⁷ Vgl. BVGer-Urteile C-2290/2013, E.8.4ff (See-Spital Horgen und Kilchberg), und C-5849/2013, E.2.3.1 (Klinik Gut St. Moritz AG).

⁸ Gemäss BVGer-Entscheid C-1698/2013 (Luzerner Kantonsspital) ist die Methode der PUE nicht zu beanstanden, siehe E.3.7.

b) Anlagenutzungskosten (Kontengruppe 44)

Zur Beurteilung der Effizienz eines Spitals sind auch die Anlagenutzungskosten zu berücksichtigen.^{9, 10} Aufgrund der im Zusammenhang mit einer effizienten Leistungserbringung bestehenden Abhängigkeiten zwischen Anlage und Betrieb wäre eine gesonderte Beurteilung der Betriebs- und der Anlagenutzungskosten nicht angezeigt. Ein Vorteil einer gemeinsamen Betrachtung von Betriebs- und Anlagenutzungskosten bei Betriebsvergleichen liegt auch im Umgang mit ANK in Form von Mieten, Leasing und Einkauf von Leistungen, in deren Preis die Anlagenutzung integriert ist.

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

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

Bei der Plausibilisierung der Datenqualität kann der im Rahmen der Krankenhausstatistik von den Spitälern jährlich gelieferte sowie der von den Kantonen bei den Spitälern eingeforderte Anlagespiegel als Hilfestellung dienen.

Liegen die erforderlichen Kostendaten eines Spitals nicht nach VKL vor, so ist das Spital vom Benchmarking auszuschliessen.

Würden bei einem Spital aufgrund der Vorgaben VKL die ANK «zu tief» ausgewiesen, könnte dies den Benchmark verzerren. Die Daten seit 2012 zeigen allerdings keine wesentliche Verzerrung beim Benchmarking. Bei Wirtschaftlichkeitsvergleichen zwischen nur zwei oder drei Leistungserbringern (z. B. in Teilbereichen der Psychiatrie oder Rehabilitation) können noch genauere Prüfungen vorgenommen werden.

Empfehlung 3

Die nach den Anforderungen der VKL ermittelten ANK sind im Benchmarking zu berücksichtigen.

2.2.3 Ausscheidung der nicht benchmarkrelevanten Kosten

a) Forschung und universitäre Lehre

Die Forschung und universitäre Lehre umfassen die Grundlagenforschung, die klinische Forschung, die Kosten der theoretischen und praktischen Ausbildung sowie die Kosten der erteilten Weiterbildung bis zum Erwerb des Weiterbildungstitels der Medizinalberufe gemäss MedBG. Diese Kosten stellen keine KVG-Kosten dar und sind daher gemäss REKOLE effektiv auf einem eigenen Kostenträger auszuscheiden. Werden auf diesem Kostenträger ausschliesslich und abschliessend Kosten der Forschung und universitären Lehre gemäss VKL ausgeschieden, erfolgt kein weiterer Abzug auf dem Kostenträger «stationäre Leistungen KVG».¹¹ Wird der Kostenträger universitäre Lehre in Ausnahmefällen nicht geführt, muss subsidiär ein entsprechender normativer Abzug erfolgen. Die bisher von der PUE angewendeten, normativen Abzugssätze von 0,8-3,5 % (Basis Personalkosten) bei den übrigen Spitälern sind aus Sicht der GDK in jedem Fall zu hoch, u. a. da die Kosten für die nicht-universitäre Lehre im Rahmen des KVG anrechenbar sind. Nachdem zahlreiche Aufwendungen für die Forschung und universitäre Lehre auch ausserhalb der Buchführung eines Spitals anfallen (z. B. bei der Universität selbst), und die Abgrenzung in der Praxis sehr unterschiedlich ausfällt, ist ein einheitlicher normativer Abzug, wie er von der PUE bisher vorgenommen wurde, in jedem Fall nicht sachgerecht.

⁹ Gemäss BVGer-Entscheid C-2283/2013, E. 4.9.5 (Stadtspitäler Triemli und Waid)

¹⁰ Gemäss ITAR_K sind die ANK nach REKOLE und VKL auszuweisen. Es werden die stationären benchmarkrelevanten Fallkosten inkl. und excl. ANK ausgewiesen, was ein Benchmarking auf Ebene der Betriebskosten und der Vollkosten ermöglicht.

¹¹ Die Spitäler sind verpflichtet, die Kosten für OKP-pflichtige Leistungen transparent auszuweisen. Es steht ihnen nicht frei, ob sie die Kosten für Forschung und universitäre Lehre ausscheiden wollen oder einen normativen Abzug bevorzugen (BVGer-Entscheid C-1698/2013 Luzerner Kantonsspital, E 6.4.4). Ein normativer Abzug ist nur dann vorzunehmen, wenn es nicht gelingt, die entscheidende Daten zu erhalten. In diesem Fall muss der normative Abzug so angesetzt sein, dass das Spital mit Sicherheit keinen Vorteil daraus ziehen kann, dass es keine transparenten Daten geliefert hat (siehe E. 6.5)

Das Bundesverwaltungsgericht stellt die Methodik der PUE zur Bestimmung der normativen Abzugsätze (nach Anzahl Betten abgestufter Normabzug) in Frage¹² und bestätigt den Abzug pro Kopf (Personen in Weiterbildung in einem Medizinalberuf)¹³, betreffend Höhe des Normabzugs setzt das Bundesverwaltungsgericht aber einen strengen Massstab an. Dies um zu verhindern, dass ein Spital einen Nutzen aus der Nichtlieferung von Daten ziehen könnte.

Seit der 4. Ausgabe (2013) des Handbuchs REKOLE® liegt ein ausführliches Konzept zur Ermittlung der Kosten für Forschung und universitäre Lehre vor. Damit sind die Voraussetzungen für eine erhebliche Verbesserung der Datenlage und Kostenausscheidung in diesem Bereich geschaffen worden.

Empfehlung 4

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

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

Werden die Kosten für universitäre Lehre in einem Spital, in welchem offensichtlich universitäre Lehre erteilt wird, nicht in einem separaten Kostenträger ausgewiesen, ist – mangels einheitlich erhobener und konsolidierter Kostennachweise – von Normkosten von CHF 15'000 pro Assistentärztin / Assistentarzt (VZÄ) auszugehen, die in Abzug zu bringen sind.

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

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

b) Weitere gemeinwirtschaftliche Leistungen resp. Abgrenzung zu den für das Benchmarking anrechenbaren Kosten

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

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

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

¹² Vgl. BVGer-Entscheid C-1698/2013, E. 6.6.3 (Luzerner Kantonsspital), und BVGE 2014/36, E 16.1.8 (Stadtspital Triemli)

¹³ Vgl. BVGer-Entscheid C-2283/2013 (Stadtspitäler Triemli und Waid)

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

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

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

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

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

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

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

- Arztleistungen
- Leistungen durch Fachpersonen auf Anordnung der Ärzteschaft
- Durch Ärzteschaft / Fachpersonen delegierte Leistungen an
 - Assistenzärzte
 - Pflegepersonal
 - Praxisassistenten
 - Hilfspersonal
- Sekundärtransporte (gemäss Art. 33 Bst. g KVV; vgl. Notiz GDK vom 27.03.2013 «Sekundärtransporte von einem stationären Leistungserbringer zu einem anderen: Regelung der Kostenübernahme ab 1.1.2012»)
- Aufenthalt der Patient/in (inkl. Bett/Zimmer, Mahlzeiten, Spitalkleidung, «Rezeption»)
- Mehraufwand für Betreuung, Behandlung und Aufenthalt minderjähriger Patient/innen oder Patient/innen mit Einschränkungen
- Notfallvorhalteleistungen (siehe Entscheid BVGer C-2283/2013, E.21.3.3: Damit ein Spital medizinische Notfälle versorgen kann, muss es seine Organisation auf dringende Fälle ausrichten. Dazu benötigt es erhöhte Flexibilität und Verfügbarkeit, dauernd freie Aufnahmekapazitäten und einen Pikettdienst, was mit zusätzlichen Personalaufwänden einhergeht.)

- Weitere versorgungsnotwendige Vorhalteleistungen, z. B. Kapazitäten mit Unterauslastung zur bedarfsgerechten Sicherstellung des Zugangs von Patient/innen zur Behandlung innert nützlicher Frist im Sinne des Art. 58b Abs. 4 Bst. b KVV)
- Ausbildung/Weiterbildung mit Ausnahme Forschung und universitäre Lehre
- Qualitätssicherung, Registerführung, Betriebsstatistik etc.
- Gewährleistung der Sicherheit von Patient/innen, Gästen und Personal (insbesondere Betriebsfeuerwehr und Zusatzausgaben für Isolierstation)
- Schutz vor gewaltbereiten Patient/innen und Angehörigen vor Eintreffen von Polizeikräften, Massnahmen zur Prävention von Eigen- und Fremdgefährdung bei Fällen mit psychiatrischer Haupt- oder Nebendiagnose
- Fringe benefits an das Personal (als Bestandteil der Personalkosten, z. B. für Krippe, vergünstigtes Essen, Parkplatz etc.)
- Eintritts-/Austrittsmanagement (z. B. durch Spital-Sozialdienst)
 - Eintrittsmanagement: Schnittstellenbewirtschaftung zu zuweisenden KVG-Leistungserbringern, Patienteninformation in Zusammenhang mit der Krankheitsbewältigung
 - Austrittsmanagement: Schnittstellenbewirtschaftung zu nachbehandelnden KVG-Leistungserbringern, Beratung bei Krankheitsbewältigung (Anleitung zur Hilfe zur Selbsthilfe, Vermittlung einer Suchtberatung, Patienteninformation etc.)
- Übersetzungs-/Dolmetscherdienste (zwecks Gewährleistung des sprachlichen Verständnisses als Voraussetzung der Indikations- und Behandlungsqualität)
 - Ausgehend vom oben festgehaltenen Grundsatz sind Übersetzungsdienste, die zur Durchführung einer zweckmässigen Behandlung erforderlich sind, als für das Benchmarking anrechenbare Kosten zu betrachten, die in die Berechnung der Fallpauschalen einfließen.

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

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

- Primärtransporte
- Medikamenten- und MiGeL-Abgabe bei Austritt

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

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

- Angehörigen-Verpflegung
- Spitalseelsorge (vgl. BVGE 2014/36, E. 16.3.2)
- Forensik-Sicherheitsmassnahmen («Gefängnis»-Kosten)
- Sozialberatung als soziale und berufliche Integration: Sozialberatung von Patient/in anwesend oder am Telefon, Vernetzung mit externen Institutionen, Systemgespräche mit Bezugssystem (Angehörige, Arbeitgeber) und Institutionen (Gemeindesozialdienst, Sozialversicherungen, Beratungsstellen, KESB etc.), Klärung von Sozialversicherungsfragen, finanzielle Unterstützung, Beantragung Beistandschaft, Bewerbungstraining, berufliche Standortgespräche, Rechts- und Budgetberatungen.

- Kinderschutz(gruppe): zusätzliche Leistungen, die explizit Kinderschutzfälle (z. B. sexuelle Übergriffe) betreffen. Die Leistungen beinhalten u.a. Kinderschutzgruppensitzungen, Präsenz-/Pikettendienst, Teilnahme an Aus-/Weiterbildungen.
- An die Bevölkerung gerichtete Prävention (keine medizinische Prävention mit Patientenbezug)
- Rechtsmedizin als medizinische Spezialdisziplin, deren Kernaufgabe die Anwendung medizinisch-naturwissenschaftlicher Kenntnisse für Zwecke der Rechtspflege und insb. der Aufklärung von Straftaten ist.
- Gesundheitspolizeiliche Aufsicht über andere Leistungserbringer
- Schule/Unterricht für Kinder/Jugendliche
- Geschützte Operationsstellen (GOPS) / sanitätsdienstliche Schutzanlagen
- Einsatzzentrale 144
- Dispositiv für besondere Lagen (DBL): Vorhalteleistungen und Übungen für besondere Lagen und Ereignisse mit einem grossen Patientenansturm (z.B. Pandemie, Dekontamination). Die Übungen reichen vom Probealarm über Grossübungen bis hin zur Evakuierung der Betroffenen.

4. Nicht in den Fallpauschalen enthaltene Vergütungen gemäss Gesetz

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

Empfehlung 5

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

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

c) **Mehrkosten Hotellerie und andere Kostenkomponenten bei zusatzversicherten Patient/innen**

Das Modell ITAR_K führt für die stationären KVG-Leistungen für zusatzversicherte Personen einen eigenen Kostenträger («stat. Tarif KVG ZV»). Die Kosten für die nicht KVG-pflichtigen Leistungen bei zusatzversicherten Patient/innen werden auf diesem Kostenträger in Abzug gebracht (Arzthonorare sowie Mehrkosten in Behandlung, Pflege und Hotellerie). Nach Abzug dieser Kostenelemente enthält der Kostenträger für stationäre Leistungen bei zusatzversicherten Personen die Kosten für die gleichen Leistungen wie bei grundversicherten Patient/innen (Kostenträger «reine stat. KVG-Fälle»). ITAR_K ermittelt den relevanten Basiswert für die stationären Leistungen, indem die benchmarkrelevanten Kosten der beiden relevanten Kostenträger («reine stat. KVG-Fälle» und «stat. Tarif KVG ZV») zusammengezählt und durch das Total der Fallgewichte beider Patientengruppen geteilt werden.

Idealerweise wären die effektiven Mehrkosten sowohl in der Hotellerie als auch anderer Kostenkomponenten (Medikamente, Pflege, Mittel-/Gegenstände, Operationssaal etc.) in Abzug zu bringen. Da eine Kostenrechnung diese Anforderung jedoch nicht ausreichend erreichen kann (Problematik der detaillierten Leistungserfassung wie der Umlageschlüssel), ist ein normativer Abzug unumgänglich, der auf die durchschnittlichen Fallkostenunterschiede zwischen ausschliesslich grundversicherten und zusatzversicherten Patient/innen in den einzelnen Spitälern abstellt. Diese Werte sind in der Akutsomatik über mehrere Jahre stabil bei rund CHF 800 pro Austritt bei halbprivat versicherten Patient/innen bzw. rund CHF 1'000 pro

Austritt bei privat versicherten Patient/innen, und sie entsprechen einem Abzug von etwa 10 % der Fallkosten der halbprivat und privat versicherten Patient/innen.^{14 15}

Empfehlung 6

Für die Ermittlung des Abzugs der übrigen Mehrkosten bei zusatzversicherten Patient/innen ist ein normativer Ansatz zielführend. In der Akutsomatik wird ein Mehrkostenabzug von CHF 800.- pro Austritt bei halbprivat versicherten Patient/innen und von CHF 1'000.- pro Austritt bei privat versicherten Patient/innen empfohlen.

d) Arzthonorare zusatzversicherte Personen

Abzuziehen sind die Kosten der Arzthonorare, die an Beleg-, Konsiliar- und Spitalärzte für die Betreuung von Patient/innen aufgrund ihrer Halbprivat- oder Privatversicherung ausgerichtet werden und nicht unter dem KVG zu Lasten der OKP/ Kantone abgerechnet werden können (siehe auch Art. 59 Abs. 2 KVV). Erfolgt dies nicht, ist das Spital aus dem Betriebsvergleich auszuschliessen. Ein spitalindividueller Abschlag nach Benchmarking infolge Intransparenz ist in diesem Fall möglich.

Empfehlung 7

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

e) Finanzerträge aus Kontengruppen 66

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

Empfehlung 8

Das Vorgehen gemäss ITAR_K bei Erträgen aus den Kontengruppen 66 ist nachvollziehbar.

f) Erträge aus Kontengruppen 65 und 68

Erträge aus den Kontengruppen 65 (übrige Dienstleistungen an Patienten) und 68 (Dienstleistungen an Personal und Dritte) sollten nur in Ausnahmefällen auf den Kostenträgern «stationäre Leistungen KVG» erscheinen. Weil die Kosten nicht bekannt sein dürften, werden die Erträge kostenmindernd gebucht. Die Erlöse aus den Kontengruppen 65 sind vollumfänglich abzuziehen, wenn das Spital auf eine exakte Kostenausscheidung verzichtet.¹⁶ Erfolgen die Erträge in den Nebenbetrieben und werden sie in den entsprechenden Kostenträgern ausgewiesen, ist kein Abzug erforderlich.

¹⁴ Diese Abzüge wurden auch vom Bundesverwaltungsgericht bestätigt, vgl. Urteil C-2283/2013, E.15.6 (Stadtspitäler Triemli und Waid).

¹⁵ Für die Psychiatrie und die Rehabilitation haben sich entsprechende Abzüge ergeben; vgl. GDK-Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung – Psychiatrie und Rehabilitation.

¹⁶ Allfällige nicht abgezogene Margen sind in den Zusatzinformationen in ITAR_K auszuweisen.

Empfehlung 9

Die Erlöse aus den Kontengruppen 65 sind vollumfänglich abzuziehen, wenn das Spital auf eine exakte Kostenausscheidung verzichtet. Erfolgt die Verbuchung dieser Erträge in den Nebenbetrieben oder auf anderen Kostenträgern als «stationäre Leistungen KVG», ist kein Abzug erforderlich. Die Erlöse aus den Kontengruppen 68 sind immer vollumfänglich abzuziehen.

g) Kosten für die nicht-universitäre Ausbildung

Die Kosten für die nicht-universitäre Ausbildung sind grundsätzlich KVG-pflichtig und daher in die stationäre benchmarkrelevante Betriebskosten einzurechnen. Werden Spitäler mit sehr unterschiedlicher Ausbildungsleistung in den Tarifvergleich einbezogen, ist eine Tariffdifferenzierung nach Benchmarking zu prüfen.^{17 18}

Werden die in den Vergleich einbezogenen Spitäler verpflichtet, proportional zur Grösse des Betriebs nicht-universitäre Ausbildungsleistungen zu erbringen, erübrigt sich eine Tariffdifferenzierung.

Empfehlung 10

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

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

2.3 Bildung von Vergleichsmengen zum Vergleich der benchmarkrelevanten Betriebskosten

Mit der Abgeltung der Spitalleistungen nach Fallschwere lassen sich theoretisch die Fallkosten aller Spitäler – unabhängig von deren Leistungsspektrum und Grösse – miteinander vergleichen. Gegenwärtig ist die SwissDRG-Tarifstruktur aber noch nicht entsprechend differenziert ausgestaltet. Aufgrund bisheriger Analysen und Erfahrungen ist davon auszugehen, dass systematische Differenzen der Kostensituation mindestens zwischen den Spitalern am Ende der Versorgungskette (Endversorgerspitäler) sowie den übrigen Spitalern bestehen, die mit der aktuellen Tarifstruktur noch nicht ausreichend abgebildet werden können. Solange dies weiterbesteht, ist eine separate Benchmarkkategorie für die Endversorgerspitäler gerechtfertigt. Auch eine separate Benchmarkkategorie für Geburtshäuser ist sachgerecht.

Eine Aufteilung der übrigen Spitäler in verschiedene Benchmarkkategorien wird vom BVGer abgelehnt.¹⁹ Die ausgewiesenen wesentlichen Mehr- oder Minderleistungen mit entsprechender Kostenfolge (insb. Notfallstation oder nicht-universitäre Ausbildung, deren Kosten Teil der benchmarkrelevanten Fallkosten darstellen) können durch Tarifkorrekturen nach dem Benchmarking berücksichtigt werden und bedingen keine eigene Benchmarkkategorie.

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

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

¹⁸ Vgl. [Empfehlungen der GDK](#) vom 25.6.2015 betreffend die Nettonormkosten der praktischen Ausbildung bei den nicht-universitären Gesundheitsberufen

¹⁹ Vgl. BVGE 2014/36, E.6.6 ff. (Stadtspital Triemli) und BVGer C-1698/2013 (Luzerner Kantonsspital)

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

Gemäss bisherigen Entscheiden des Bundesverwaltungsgerichts sind für die sachgerechten Vergleichskategorien idealerweise schweizweite Betriebsvergleiche durchzuführen. Zwar hat der Bund mit dem Konzept zur *Publikation von «schweregradbereinigten Fallkosten» im Rahmen von Art. 49 Abs. 8 KVG* die Voraussetzungen für schweizweite Betriebsvergleiche geschaffen, jedoch die Fragen des Effizienzmassstabs im Benchmarking und der Bildung von Vergleichsmengen offengelassen.

Empfehlung 11

Für vergleichbare Leistungen sind vergleichbare Tarife sachgerecht. Ausnahmen sind nur für jene Spitäler möglich, bei welchen die Tarifstruktur nachgewiesenermassen den Schweregrad nicht sachgerecht abzubilden vermag. Ausgewiesene Mehr-/Minderleistungen (z. B. für Notfallstationen oder Ausbildung) sind durch Tariffdifferenzierungen zu berücksichtigen. Ausnahmen sind explizit zu begründen.

Ein Benchmarking ist auf eine repräsentative Anzahl Vergleichsspitäler abzustellen.

2.4 Bestimmung des relevanten Benchmarks

2.4.1 Grundsätze

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

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

Empfehlung 12

Mit dem Setzen eines Benchmarks sollen die wettbewerblichen Elemente des Systems gefördert werden.

Es wird ein Benchmarkwert (entspricht nicht zwingend dem Benchmarkspital) aus einem Vergleich der stationären benchmarkrelevanten Kosten pro Spital ermittelt. Die Kosten der Spitäler können ungewichtet, fallgewichtet oder mit dem Case Mix gewichtet in den Vergleich einbezogen werden. Die Art der Gewichtung gewinnt umso mehr an Bedeutung, je weniger Spitäler in den Vergleich einbezogen werden.

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

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

2.4.2 Umgang mit ungenügender Datenqualität

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

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

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

Empfehlung 13

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

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

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

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

Den Kantonen und der GDK steht es frei, Angaben zur Datenqualität unter Nennung der betreffenden Spitäler zu veröffentlichen.

Anhang

Herleitung der benchmarkrelevanten Fallkosten (SwissDRG-Bereich)

Total Kosten gemäss Betriebsbuchhaltung (inkl. Anlagenutzungskosten nach VKL)²⁰

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

= Total Kosten gemäss BEBU bereinigt vor Aufrechnung kalkulatorische Zinsen

+ Verzinsung Umlaufvermögen (kalkulatorisch)

= Benchmarkrelevante Kosten stationärer Bereich

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

= CM-bereinigte Fallkosten (SwissDRG-Bereich)

Zusätzliche standardisierte Informationen

- Anzahl stationäre Fälle
 - davon bewertete Fälle
 - davon bewertete Fälle Halbprivatpatienten
 - davon bewertete Fälle Privatpatienten

²⁰ Dies entspricht dem Total der Kosten gemäss Betriebsbuchhaltung REKOLE nach Abzug der ANK nach REKOLE und Zuzug der ANK nach VKL.

Abkürzungen

ANK	Anlagenutzungskosten
BEBU	Betriebsbuchhaltung
BVGE	Amtliche Entscheidsammlung des Bundesverwaltungsgerichts
BVGer	Bundesverwaltungsgericht
FIBU	Finanzbuchhaltung
GDK	Schweizerische Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
ITAR_K	Integriertes Tarifmodell auf Basis der Kostenträgerrechnung
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (Stand am 1. Januar 2019; SR 832.10)
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (Stand am 1. Januar 2019; SR 832.102)
MedBG	Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe vom 23. Juni 2006 (Stand am 1. Januar 2018; SR 811.11)
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PUE	Preisüberwachung
REKOLE	Revision der Kostenrechnung und der Leistungserfassung
SVK	Schweizerischer Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer
VKL	Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung vom 3. Juli 2002, Stand am 1. Januar 2009 (SR 832.104)
VZÄ	Vollzeitäquivalent
ZV	Zusatzversicherung; zusatzversicherte Personen