



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI

Bundesamt für Gesundheit BAG

Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung

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

Änderungen per 1. Januar 2009

Änderungen und Kommentar im Wortlaut

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

I. Allgemeiner Teil: Ausgangslage

Die eidgenössischen Räte haben am 21. Dezember 2007 die Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG; SR 832.10, AS 2008 2049) im Bereich der Spitalfinanzierung (Vorlage 1) beschlossen. Die Gesetzesrevision hat zur Folge, dass auch die von den beschlossenen Änderungen betroffenen Verordnungen anzupassen sind. Dies sind namentlich die Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102), die Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL; 832.104) und die Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; SR 832.112.31).

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

II. Revision der Verordnung

1. Aufsichtsdaten und Statistik

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

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

2. Planungskriterien

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

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

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

Mit den Planungskriterien sollen die Unterschiede in den Planungskonzepten verringert und der effiziente Mitteleinsatz gefördert werden. Sowohl im System der Planung als auch in jenem der Finanzierung soll für die Einrichtungen des akutsomatischen Bereichs der Leistungsbezug geschaffen werden, so dass bezüglich Planung und Finanzierung Kompatibilität besteht. In diesem Sinne übernehmen die Kriterien eine steuernde Funktion im Rahmen der Einführung einer leistungsorientierten Spitalplanung. Für den Pflegeheimbereich gelten grundsätzlich dieselben Kriterien wie für den stationären Spitalbereich, wenn nicht anders präzisiert wird.

Mit den neuen Instrumenten der Leistungsfinanzierung und der freien Spitalwahl sollen die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und den Qualitätswettbewerb gefördert werden. Zur Stärkung des Wettbewerbs beinhaltet die Revision die Ausdehnung der freien Wahl unter den Spitälern und Geburtshäusern, auch wenn sie nicht auf der Liste des Wohnkantons sind: die Patientinnen und Patienten werden unter den auf der Liste eines Standortkantons aufgeführten Spitälern frei wählen können, ohne dass wie heute bei nicht medizinisch indizierter Hospitalisation der Finanzierungsbeitrag des Kantons wegfällt. Zudem können die Versicherer mit Spitälern und Geburtshäusern, die nicht auf einer kantonalen Liste aufgeführt sind, Verträge über die Vergütung von Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abschliessen. Die Planung muss diesen neuen Vorgaben Rechnung tragen, immer mit dem Ziel, die Versorgung der Kantonsbevölkerung sicherzustellen. Dazu muss der Versorgungsbedarf für die Kantonsbevölkerung ermittelt und dem Angebot gegenübergestellt werden, unter Berücksichtigung der Wahlmöglichkeiten der Versicherten, der medizinischen indizierten Hospitalisationen und unter Berücksichtigung jener Behandlungen, die in Vertragsspitälern und Vertragsgeburtshäusern vorgenommen werden. Damit kann das Angebot ermittelt werden, das auf der Liste aufzuführen und zu sichern ist. Zudem sind bei der Auswahl der Einrichtungen, die auf die Liste aufgenommen werden sollen, wie bisher den Kriterien der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung Rechnung zu tragen, als Voraussetzung für eine günstige und qualitativ hochstehende Leistungserbringung. „Wirtschaftlich“ darf nicht bedeuten, dass immer der kostengünstigste Anbieter ausgewählt werden muss; der Effizienz- und der Qualitätsaspekt sind ebenfalls zu berücksichtigen. Wegen der über die Kantonsgrenzen hinaus möglichen Wahl der Institutionen sind zudem eine engere Zusammenarbeit zwischen den Kantonen sowie eine verbesserte Koordination der Planungen notwendig. Es geht insbesondere darum, dass die Kantone die Informationen über die Patientenströme beschaffen und die Planungsmassnahmen koordinieren.

Mit der Gesetzesrevision kann die Abgrenzung von Überkapazitäten nur indirekt und begrenzt durch eine Steuerung des Angebotes, das auf der Liste aufgenommen wird, erfolgen, weil das Angebot wegen der freien Wahl und wegen den Vertragsspitälern über das auf der kantonalen Liste aufgeführten Angebot ausgedehnt wird. Einerseits wird der Anteil der Patienten, die dank der freien Wahl eine Leistung ausserhalb des Wohnkantons beanspruchen, namentlich von der geografischen Lage des Wohnkantons und vom Angebot in den benachbarten Kantonen abhängig sein. Andererseits wird der Anteil des Angebotes, der in Vertragsspitälern beansprucht wird, vom Vertragsverhalten der Versicherer und von der Nachfrage der Zusatzversicherten abhängen. Je höher der Anteil dieses Angebotes im Gesamtangebot, desto tiefer die kantonale Finanzierung des gesamten bedarfsgerechten Leistungsangebotes. In diesem Sinne ist auch mit dem revidierten Gesetz davon auszugehen, dass die Finanzierungspraxis der einzelnen Kantone unterschiedlich sein wird. In dieser Situation werden die Kantone zu einer Mengensteuerung durch die Planung nicht verpflichtet.

In Absatz 3 der Schlussbestimmungen zur Gesetzesänderungen wird festgehalten, dass die kantonalen Spitalplanungen bis spätestens drei Jahre nach dem Einführungszeitpunkt der leistungsbezogenen Pauschalen den geänderten Anforderungen entsprechen müssen.

3. Anerkennung der Geburtshäuser als Leistungserbringer

Mit der Gesetzesänderung werden neu die Geburtshäuser als Leistungserbringer im Gesetz verankert. Bereits im Rahmen der im Dezember 2003 vom Parlament verworfenen Vorlage zur KVG-

Revision war vorgesehen, dass die Geburtshäuser als Leistungserbringer gemäss KVG gelten sollen. Dies, weil die Entbindung in einem Geburtshaus nach Ansicht der Ratsmehrheit einem Bedürfnis entspricht. Die Voraussetzungen für die Zulassung der Geburtshäuser zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung werden in Analogie zur Zulassung der anderen Leistungserbringer geregelt.

4. Rechnungskontrolle und Datenbereitstellung für die Weiterentwicklung des Tarifsystems

Die Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen in der Form diagnosebezogener Fallpauschalen macht Datenlieferungen vom Leistungserbringer an den Versicherer erforderlich. Die Datenlieferungen erhalten wegen der Erfassung der Diagnosen Informationen, welche im Sinne des Datenschutzes als besonders heikle Personendaten gelten. Daher muss sichergestellt werden, dass diese Angaben zu keinem anderen Zweck verwendet werden können als dem gesetzlich vorgesehenen.

Die Datenweitergabe an die Versicherer ist unabdingbar, weil diese zur Rechnungskontrolle personenbezogene Daten benötigen. Zudem werden die Daten zur Weiterentwicklung des Tarifsystems und zur Kontrolle der Systemumsetzung durch die mit dieser Aufgabe betrauten Stellen benötigt; letzteres aber in pseudonymisierter Form und nicht personenbezogen.

5. Leistungsbezogene Pauschalen

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

Die Frage der Investitionen ist in der VKL geregelt. Die Festlegung der Einführungsmodalitäten hingegen erfolgt mittels der vorliegenden Ordnungsrevision. Die Zuständigkeit des Bundesrates für die Festlegung der Einführungsmodalitäten ermöglicht die Festsetzung verbindlicher Rahmenbedingungen für die Umsetzung der leistungsbezogenen Pauschalen. Diese Rahmenbedingungen betreffen namentlich die Anforderungen, die von den Tarifpartnern im Rahmen des Genehmigungsverfahrens zu erfüllen sind. Sie sind so formuliert, dass sie auch die Bereiche umfassen, die zumindest bis anhin in einem System vom Typus DRG nicht korrekt abgebildet werden können, wie insbesondere die Psychiatrie und Rehabilitation. Um eine ungerechtfertigte Kostenerhöhung anlässlich der Einführung der Pauschalen zu vermeiden, werden die Tarifpartner dazu verpflichtet, die erforderlichen Begleitmassnahmen vorzusehen. Damit das leistungsbezogene Vergütungssystem nicht nur im Zeitpunkt der Einführung der Pauschalen nach Artikel 49 Absatz 1 KVG, sondern auch danach in der ganzen Schweiz einheitlich angewendet werden kann, müssen die Tarifpartner verpflichtet werden, dem Bundesrat nicht nur die Tarifstrukturen, sondern auch die Anwendungsmodalitäten des Tarifs zur Genehmigung vorzulegen.

6. Streichen des Begriffs „teilstationär“

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

III. Besonderer Teil: Erläuterung der einzelnen Bestimmungen

Aufsichtsdaten

Artikel 28

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

Artikel 28a

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

Artikel 28b

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

Artikel 30

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

Artikel 31

Artikel 31 regelt die Veröffentlichung der durch das BFS erhobenen Daten der Leistungserbringer sowie der in dem vom BAG aufgrund von Artikel 51 des Bundesgesetzes über die Medizinalberufe (MedBG, SR 811.11) erstellten Register erfassten universitären Medizinalpersonen.

Neu werden insbesondere medizinische Qualitätsindikatoren sowie Angaben über die Diplome und Weiterbildungstitel der Leistungserbringer veröffentlicht. Auf der Grundlage der von der Verordnung ins Gesetz verschobenen Bestimmung „Anzahl und Struktur der Beschäftigten und der Ausbildungsplätze“ wurden schon bis anhin gewisse Angaben zur Strukturqualität der Spitäler und Pflegeheime statistisch erfasst. Weil es die Absicht des Gesetzgebers war, auch Daten über die Leistungserbringer im ambulanten Bereich zu auszuweisen, ist die Verbindung zum MedBG und den auf dieser Grundlage erfassten Angaben über die Struktur der Ärzteschaft zu schaffen.

Artikel 37

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

Anerkennung der Geburtshäuser als Leistungserbringer

Artikel 55a

Damit die Geburtshäuser zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig sein können, müssen sie sinngemäss die von den Spitälern geforderten Anforderungen nach Artikel 39 KVG erfül-

len. Hervorzuheben ist, dass die ausreichende Betreuung durch eine Hebamme garantiert werden muss. Diese trägt die Verantwortung für die Betreuung der Versicherten im Rahmen einer komplikationslosen Geburt. Sie entscheidet, wann weitere Personen beigezogen werden müssen und unter welchen Umständen eine Versicherte im medizinischen Notfall in ein Spital überwiesen wird. Somit muss das Geburtshaus so organisiert sein, dass es auf medizinische Notfälle richtig reagieren kann.

Planungskriterien

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

Die Planungskriterien beziehen sich sowohl auf eine kantonale Planung als auch auf eine gemeinsame Planung durch verschiedene Kantone. Mit der Anwendung der Form „die Kantone“ wird die in Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe d KVG erwähnte Möglichkeit einer gemeinsamen Planung und die in Artikel 39 Absatz 2bis KVG enthaltene Verpflichtung der gesamtschweizerischen Planung für den Bereich der hochspezialisierten Medizin berücksichtigt. Gemeinsam planen bedeutet, dass im betroffenen Leistungsbereich die Nachfrage bezogen auf die gemeinsame Wohnbevölkerung ermittelt wird bzw. bei der Beurteilung und Auswahl des Angebotes die Einrichtungen im gemeinsamen Gebiet berücksichtigt werden. Es handelt sich daher um eine Planung über die Kantonsgrenzen hinweg.

Der Einbezug der Einrichtungen in die Planung und ihre Aufnahme auf die Liste setzt voraus, dass die Dienstleistungs- und Infrastrukturvoraussetzungen erfüllt sind (Art. 39 Abs. 1 KVG). Nach der bisherigen Praxis des Bundesrates erfolgt die Überprüfung der genannten Voraussetzungen in erster Linie durch die Behörden des Standortkantons, welche am besten die lokalen Verhältnisse kennen. Der Bundesrat hält nicht als sinnvoll, dass andere Kantone verpflichtet werden, bei der Aufnahme einer ausserkantonalen Anstalt diese Prüfung zu wiederholen. Er ist aber der Meinung, dass diese Kantone das Recht haben, eine solche Prüfung eigenständig vorzunehmen. Die geschilderte Rechtsprechung bezieht sich grundsätzlich auf eine Situation, wo das Spital sowohl im Standortkanton als auch in anderen Kantonen für dasselbe Leistungsspektrum beansprucht wird. Zudem ist die bundesrätliche Regelung auch mit der Situation vereinbar, wo Kantone andere Spitäler auf ihrer Liste aufnehmen, die nicht auf der Liste des Standortkantons aufgeführt sind (als ganze Einrichtung oder bezogen auf einen bestimmten Leistungsspektrum). In diesen Fällen besteht eine Überprüfungspflicht des zulassenden Kantons. Angesichts dieser klaren Praxis wird auf eine Regelung in der Verordnung verzichtet.

Artikel 58a

In Absatz 1 wird der Bezug zu den gesetzlichen Bestimmungen über die Planung (Art. 39 KVG) hergestellt sowie deren Zielsetzung bezeichnet. Gegenstand der Planung sind die Leistungen für alle obligatorisch Krankenversicherten, ohne Berücksichtigung, ob eine zusätzliche Versicherungsdeckung besteht. Die Planungsschritte und –elemente werden in der Verordnung näher definiert.

Die Planung ist ein Prozess, die periodisch aufdatiert und an die neuen Bedingungen angepasst werden muss, damit ihr gesetzliches Ziel, die bedarfsgerechte Versorgung, erreicht werden kann. Dieser Grundsatz wird in Absatz 2 verankert.

Artikel 58b

Absatz 1 äussert sich zum ersten Planungsschritt, der Bedarfsermittlung. Im Rahmen einer leistungsorientierten Spitalplanung stehen die Leistungsdaten wie Fall- bzw. diagnosebezogene Falldaten im Vordergrund, im Rahmen einer Kapazitätsplanung die Betriebsdaten wie Aufenthaltsdauer oder Bettenbelegung. Vergleiche, welche im Rahmen der Bedarfsermittlung angestellt werden, sollen namentlich die Orientierung am Besten, also ein Benchmarking erlauben, im Gegensatz zur Fortschreibung der bestehenden Trends. Mit Rücksicht auf die unterschiedliche Situation in den Kantonen soll im Zusammenhang mit der leistungsorientierten Spitalplanung auf die verbindliche Festsetzung einer Methode sowie den Erlass weiterer Bestimmungen verzichtet werden. Damit kann sowohl den Unter-

schieden in der Datenlage als auch in Bezug auf die methodischen Ansätze Rechnung getragen werden.

Die Absätze 2 und 3 definieren die weiteren Planungsschritte. Die Kantone müssen mit der Planung den Versorgungsbedarf der Wohnbevölkerung in Spitälern oder Geburtshäusern sowie in Pflegeheimen ermitteln und das erforderliche Angebot inner- und ausserkantonale auf der Liste sicherstellen, damit die Versorgung der Kantonsbevölkerung gewährleistet werden kann. Die Kantone müssen berücksichtigen, dass ein Teil der Kantonsbevölkerung ein Angebot in Vertragsspitalen und Vertragsg Geburtshäusern nach Artikel 49a Absatz 4 KVG sowie in ausschliesslich auf der Liste anderer Kantone aufgeführten Spitälern, und Geburtshäusern und Pflegeheimen – dies wegen der freien Wahl und der medizinischen indizierten Hospitalisationen – beanspruchen wird. Das bezogen auf den ermittelten Bedarf verbleibende Angebot ist auf der Liste des Wohnkantons zu sichern (vgl. auch Art. 58e). Jede versicherte Person, die keine Zusatzkosten für eine Behandlung übernehmen möchte oder kann, muss die Möglichkeit haben, für das vollständige Leistungsspektrum eine Behandlung entweder in einem auf der Liste des Wohnkantons aufgeführten Spital oder in einer anderen Einrichtung in Anspruch zu nehmen; letzteres aus medizinischen Gründen nach Artikel 41 Absätze 3 und 3bis mit Kostengutsprache des Wohnkantons bzw. weil der Tarif nicht höher liegt als derjenige für die betreffende Behandlung in einem Listenspital des Wohnkantons. Artikel 41 Absatz 3 und 3bis KVG garantiert in diesem Sinne eine vollständige Kostenübernahme für die versicherten Personen. Indem ein Beitrag an die Kosten des Spitalaufenthalts durch die Patientinnen und Patienten selbst bzw. durch ihre Zusatzversicherung nur mit ihrer Zustimmung möglich ist, wird die Mitfinanzierung der Leistungen durch die Kantone eine bestimmte Grenze nicht unterschreiten können.

Absatz 4 hält fest, dass die Kantone in einem weiteren Planungsschritt das Angebot unter Berücksichtigung der aufgelisteten Kriterien überprüfen und eine Auswahl treffen müssen mit dem Ziel, das Angebot dem Bedarf sowie einer effizienten und qualitativ hochstehenden bedarfsgerechten Leistungserbringung anzupassen. Notwendig ist daher der Bezug zur Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen. Zu diesem Planungsschritt gehört auch die Überprüfung der Bereitschaft und Fähigkeit zur Erfüllung des Leistungsauftrages.

In Absatz 5 werden die Begriffe Wirtschaftlichkeit und Qualität präzisiert. Einheitliche Kriterien sind erforderlich, weil mit der Auswahl der auf der Liste zugelassenen Einrichtungen eine wichtige Voraussetzung geschaffen wird um zu bestimmen, zu welchem Preis und mit welcher Qualität künftig Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht werden können. Eine einheitliche Basis ist einerseits erforderlich, weil sich die Spitaltarife nach Artikel 49 Absatz 1 KVG an der Entschädigung jener Spitäler orientieren müssen, welche die Leistungen in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen und andererseits, weil die Spitäler ihre Leistungen zum festgesetzten Preis mit der nötigen Qualität erbringen müssen. Sinngemäss gilt diese Regel auch für die Pflegeheimen und Geburtshäuser.

Artikel 58c

In diesem Artikel werden die möglichen Arten der Planung erwähnt. Für die Spitäler und die Geburtshäuser wird nach Artikel 49 Absatz 1 KVG der Grundsatz der leistungsbezogenen Pauschalen eingeführt. Sowohl von der Tarifseite als auch von der Planungsseite her sind jedoch derzeit nur für den akutsomatischen Bereich Grundlagen vorhanden, welche die Abkehr vom Pfllegetag erlauben; diese Abkehr sollte auch für die Geburtshäuser möglich sein, indem auch im Spital solche Leistungen angeboten bzw. tarifiert werden. In diesem Sinne wird für den somatischen Akutbereich und für die Geburtshäuser eine leistungsorientierte Planung verordnet. Für die Psychiatrie- und Rehabilitationskliniken wird ausdrücklich die Möglichkeit einer Kapazitätsplanung belassen. Kapazitäten bleiben als Leistungsgrösse vertretbar, bis eine nähere Bezeichnung der Leistung sowohl für die Tarifierung als auch für die Planung realisierbar ist. Im Pflegeheimbereich bezieht sich die Planungsgrösse auf die Kapazitäten.

Artikel 58d

Die im Artikel 58d verankerten Kriterien umschreiben die Anforderungen an die neu vorgesehene Koordination der Planungen (Art. 39 Abs. 2 KVG) und gelten für alle Einrichtungen. Die Informationen

über die Patientenströme sind namentlich die Grundlage für die Beurteilung des Angebotes, das mit der freien Wahl der Einrichtung sowie in ausserkantonalen Vertragsspitälern oder Vertragsgeburtshäusern beansprucht wird (vgl. Art. 58b Abs. 2). Die Beschaffung dieser Informationen macht die Zusammenarbeit zwischen den betroffenen Kantonen nötig. Aufgrund dieser Informationen können die Kantone bestimmen, welches Angebot auf ihrer Liste zur Gewährleistung der bedarfsgerechten Behandlung der Kantonsbevölkerung zu sichern ist. Wegen der Möglichkeit zur Beanspruchung des ausserkantonalen Angebotes müssen die Kantone die Koordination im Rahmen ihrer Planung intensivieren. Auch und insbesondere mit der freien Spitalwahl muss eine bedarfsgerechte Versorgung gewährleistet sein. Zum Beispiel muss verhindert werden, dass ausserkantonale Patientinnen und Patienten Leistungen beanspruchen, die für die Kantonsbevölkerung des Standortkantons oder einer bestimmten Region vorgesehen sind und damit Patientinnen und Patienten, für welche die Leistungen geplant waren, verdrängen. Es geht darum sicherzustellen, dass die Patientinnen und Patienten die notwendige Behandlung erhalten können, ohne die Planung anderer Kantone zu beeinträchtigen. Namentlich die nach Artikel 41a des Gesetzes verankerte Aufnahmepflicht eines Spitals für ausserkantonale Patienten, die nur gilt, wenn sie im Leistungsauftrag verankert ist (Ausnahme bildet der Notfall), ermöglicht die Steuerung der Patientenströme durch die Planung.

Artikel 58e

Die Zuweisung und Sicherung des für die bedarfsgerechte Versorgung benötigten Angebotes erfolgt durch die in Artikel 39 des Gesetzes erwähnten Listen und Leistungsaufträge.

In Absatz 1 wird der Bezug zwischen Versorgungsplanung und Liste hergestellt. Wie bereits im Kommentar zu Artikel 58b erwähnt, müssen die Kantone das erforderliche Angebot sicherstellen, damit die Versorgung der Kantonsbevölkerung gewährleistet werden kann. Dabei berücksichtigen sie, dass ein Teil des Angebotes in Vertragsspitälern und Vertragsgeburtshäusern und in ausschliesslich auf der Liste anderer Kantone aufgeführten Einrichtungen beansprucht wird.

In Absatz 2 wird festgehalten, dass den Spitälern ein dem Leistungsauftrag entsprechendes Leistungsspektrum zugewiesen wird, das auf der Liste aufzuführen ist. Für Geburtshäuser ist indessen davon auszugehen, dass keine dauernde ärztliche Betreuung, sondern Massnahmen für den medizinischen Notfall gewährleistet sein müssen, weil die Einrichtungen für Geburten ohne vorhersehbare Komplikationen vorgesehen sind. Im Fall von Risikogeburten sind die medizinische Infrastruktur und die ärztliche Betreuung, d.h. eine Spitalinfrastruktur, unumgänglich. Das Leistungsspektrum eines Geburtshauses ist daher bereits definiert. Im Pflegeheimbereich ist das Spektrum der zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbrachten Leistungen insbesondere von den Pflegeleistungen nach Artikel 7 KLV charakterisiert. In Absatz 3 wird den Kantonen vorgeschrieben, dass jeder Einrichtung auf der Liste einen Leistungsauftrag zu erteilen ist, der namentlich die Pflicht zum Notfalldienst beinhalten kann.

Rechnungsstellung

Artikel 59

Die diagnosebezogenen Angaben sind besonders schützenswerte Personendaten. Die Versicherer müssen dafür besorgt sein, dass deren Schutz gewährleistet ist. Die diesbezüglichen technischen und organisatorischen Anforderungen sind in den Artikeln 8-10 und 20-22 der Verordnung vom 14. Juni 1993 zum Bundesgesetz über den Datenschutz (SR 235.11) verankert. Weil die Aufbewahrung der Daten nicht geregelt ist, wird in Absatz 1ter festgehalten dass die Daten in pseudonymisierter Form aufzubewahren sind und dass die Pseudonymisierung nur durch den Vertrauensarzt des Versicherers aufgehoben werden kann.

Damit die Daten nur zu dem im Gesetz verankerten Zweck, der Rechnungskontrolle und der Wirtschaftlichkeitsprüfung verwendet werden, wird in Absatz 3 neu festgehalten, dass eine klare Trennung zwischen der Rechnung für die obligatorische Krankenpflegeversicherung und derjenigen für die Zusatzversicherung erfolgen muss. Das heisst, dass nicht nur die jeweiligen Leistungen auf der Rechnung zu unterscheiden sind, wie dies nach der heutigen Fassung von Artikel 59 Absatz 3 KVV der Fall ist, sondern dass zwei getrennte Rechnungen erstellt werden müssen. Die Trennung ist gerechtfertigt, weil nach Artikel 84a Absatz 5 Buchstabe b des Gesetzes die im Rahmen der obligatorischen Kran-

kenpflegeversicherung erhobenen Gesundheitsdaten nur mit schriftlicher Einwilligung der Betroffenen im Einzelfall für weitere Versicherungsbranchen verwendet werden dürfen. Auch wird der Tatsache Rechnung getragen, dass viele Versicherte obligatorische Krankenpflegeversicherung und Zusatzversicherungen nicht in der gleichen Firmengruppe versichert haben.

Analog muss auch dafür gesorgt sein, dass die jeweiligen administrativen Prozesse beim Versicherer vollständig voneinander getrennt werden. Neben dem Datenschutz dient die getrennte Rechnungsstellung für die Leistungen der obligatorische Krankenpflegeversicherung und der Zusatzversicherung der Verbesserung der Transparenz.

Leistungsbezogene Tarifierung

Artikel 59d

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

Hauptziel der Einführung von einheitlichen Tarifstrukturen in der ganzen Schweiz ist die Erhöhung der Transparenz des Systems bezüglich Kosten und Leistungen. Insbesondere wird es dank dieser Transparenz möglich sein, gesamtschweizerische Spitalvergleiche durchzuführen. Folglich braucht es in der ganzen Schweiz einheitliche Regeln bezüglich der Grundlage, auf der die Tarifstrukturen aufgebaut werden. Ein einheitliches Vorgehen kann jedoch nur durch ein Genehmigungsverfahren gewährleistet werden, bei dem der Bundesrat ein vollständiges Vergütungssystem prüft; die Tarifstruktur stellt neben den Anwendungsmodalitäten des Tarifs ein Kernelement dieses Systems dar. Indessen sind die Tarifpartner frei, in dem gesamtschweizerisch gültigen Tarifvertrag den Taxpunktwert zu vereinbaren, beziehungsweise in einem Tarifsystem vom Typ DRG (*Diagnosis Related Groups*) den Betrag des Baserate, wenn dieser Wert gesamtschweizerisch anwendbar sein soll. Ist dies nicht der Fall, verankern sie diesen Wert in Tarifverträgen, deren Genehmigung der zuständigen Kantonsregierung obliegt. Die vorliegende Bestimmung gibt dem Bundesrat die Möglichkeit, den Tarifvertrag im Hinblick auf die geltenden Gesetzesvorschriften zu überprüfen sowie für eine einheitliche und gesetzeskonforme Anwendung des neuen Vergütungssystems in der ganzen Schweiz zu sorgen.

In den Anwendungsmodalitäten des Tarifs sind sämtliche abstrakten Regeln zusammengefasst, die sowohl für die Ermittlung des Tarifs als auch für die Geltendmachung der Vergütung einer Leistung in Einzelfällen nötig sind. Insbesondere betrifft dies die Definition der Fälle und der Abrechnungsregeln, zu der in einem System vom Typ DRG namentlich auch die Regeln für Ausreisserfälle (*outliers*) oder für allfällige Zusatzentgelte gehören. Die Anwendungsmodalitäten haben somit nicht nur bei der Erarbeitung der Tarifstruktur, die auf der Grundlage der von den Spitälern nach Artikel 49 Absatz 2 des Gesetzes gelieferten Kosten- und Leistungsdaten erstellt wird, einen direkten Einfluss, sondern auch in einem späteren Zeitpunkt auch auf die Verrechnung der Leistungen durch die Spitäler (Verlegung in ein anderes Spital, Rehospitalisation usw.). Dementsprechend müssen die Anwendungsmodalitäten auch Regeln zur Vermeidung potentieller negativer Anreize im Zusammenhang mit der Anwendung eines Vergütungssystems auf der Basis von Fallpauschalen enthalten. Beispiele solcher Anreize wären eine künstliche Erhöhung der Fallzahlen, durch verfrühte Spitalentlassungen bedingte Rehospitalisationen oder ungerechtfertigte Leistungsverschiebungen. Der Bundesrat muss überprüfen, ob diese Regeln die geltenden Gesetzesvorschriften, insbesondere die Bestimmungen der VKL, erfüllen. Die Anwendungsmodalitäten des Tarifs werden als Bestandteil der Tarifstruktur und damit des gesamtschweizerischen Tarifvertrages betrachtet und bedürfen deshalb ebenfalls der Genehmigung durch den Bundesrat.

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

Im Rahmen des Genehmigungsverfahrens prüft der Bundesrat den ihm unterbreiteten Tarifvertrag namentlich unter dem Blickwinkel der Wirtschaftlichkeit. Für die Prüfung der Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsprinzips ist es angebracht, von den Tarifpartnern Schätzungen über die Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Entwicklung der Kosten für die obligatorische Krankenpflegeversicherung zu verlangen. Diese Auflage besteht nicht nur beim ersten Antrag zur Genehmigung des Tarifvertrags, sondern auch bei allfälligen Anpassungen des Tarifmodells. Sie ist klar von der Frage der Einhaltung des Gebots der Kostenneutralität zu unterscheiden, die sich beim Wechsel zu einem anderen Tarifmodell stellt. Diese Frage wird in Absatz 2 der Schlussbestimmungen zur vorliegenden Verordnung geregelt und nennt die bei der Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen notwendigen Begleitmassnahmen.

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

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

Nach Artikel 49 Absatz 2 des Gesetzes haben alle Spitäler der für die Erarbeitung, Weiterentwicklung und Anpassung zuständigen Organisation die notwendigen Daten abzuliefern. Die Bestimmung der Anforderungen, welche die Spitäler erfüllen müssen, damit sie bei der Erarbeitung der Tarifstruktur einbezogen werden können, ist von entscheidender Bedeutung. Deshalb braucht es identische Regeln auf nationaler Ebene, die mit den geltenden Gesetzesvorschriften in Einklang sind, insbesondere um anhand einheitlicher Kriterien zuverlässige Daten über die Kosten und Leistungen zu erheben.

Nach Artikel 59c Absatz 2 KVV sind die Tarifpartner verpflichtet, die Tarife regelmässig zu überprüfen und anzupassen, wenn die Einhaltung der Grundsätze in Absatz 1 Buchstabe a und b nicht mehr gewährleistet ist. Wenn die Tarifpartner einen Tarifvertrag im Sinne von Absatz 1 anpassen, müssen sie nach Absatz 3 der vorliegenden Bestimmung die Anpassungen namentlich jene der eigentlichen Tarifstruktur sowie der Anwendungsmodalitäten dem Bundesrat zur Genehmigung vorlegen.

Die Tarifpartner werden zwar durch das KVG nunmehr verpflichtet, Pauschalen für die stationäre Behandlung festzulegen, doch das Gesetz trifft keinerlei näheren Aussagen über deren Ausgestaltung, sodass den Tarifpartnern innerhalb des bestehenden gesetzlichen Rahmens, der unter anderem durch Artikel 59c KVV definiert ist, bei der Erfüllung ihrer Aufgabe ein beträchtlicher Handlungsspielraum offen steht. Mit dem Inkrafttreten der Gesetzesrevision sind die Tarifpartner zwar weiterhin verpflichtet, Pauschalen zu vereinbaren, doch werden diese Pauschalen inskünftig in der Regel Fallpauschalen und immer "leistungsbezogen" sein sowie auf einheitlichen nationalen Strukturen beruhen müssen (Art. 49 Abs. 1 KVG). Während der Bezug zur erbrachten Leistung bei einem Vergütungssystem nach DRG beispielsweise im Bereich der akutstationären Behandlung gegeben ist, könnte dies in Bereichen wie Rehabilitation oder Psychiatrie nicht der Fall sein, weil ein solches System in den betreffenden Bereichen zumindest nach heutigem Kenntnisstand nicht geeignet erscheint. Der Wortlaut von Artikel 49 Absatz 1 KVG zwingt die Tarifpartner nicht dazu, Fallpauschalen zu vereinbaren. In bestimmten Bereichen ausserhalb der akutsomatischen Behandlung ist auch die Festlegung von Tagespauschalen nicht von vornherein ausgeschlossen. Damit der Leistungsbezug selbst bei Tagespauschalen gewährleistet bleibt, wird in der Verordnung die Art des erforderlichen "Bezugs" zwischen dem Tarif und der abzugeltenden Leistung im Grundsatz festgelegt. Zur Herstellung einer grösstmöglichen Übereinstimmung zwischen der Vergütung und der erbrachten Leistung auch im Falle von Tagespauschalen ist eine Differenzierung der Tarife zu verlangen, die darin besteht, die Leistung auf

zwei Ebenen zu beschreiben: einerseits die betreffende Leistung als solche (*Art der Leistung*) und andererseits die Ressourcenintensität – insbesondere der Einsatz von Personal oder technischen Hilfsmitteln -, die je nach Schweregrad und Aufwand des Behandlungsfalls unterschiedlich sein kann (*Intensität der Leistung*). Diese Anforderung wird in Absatz 4 der vorliegenden Bestimmung festgehalten.

Artikel 59e

Nach Artikel 49 Absatz 2 KVG kann pro abgerechneten Fall ein Beitrag zur Deckung der Finanzierungskosten der Organisation erhoben werden, die für die Erarbeitung, Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen zuständig ist. Über die Höhe dieses Beitrags müssen sich die Partner einigen. Der Beitrag wird als Bestandteil der Tarifstruktur betrachtet. Er soll in der ganzen Schweiz für jeden abgerechneten Fall erhoben werden und kann somit einem landesweit einheitlichen "Tarif" zur Abgeltung der Leistungen der oben genannten Organisation gleichgesetzt werden. Mit Blick auf Artikel 46 Absatz 4 KVG soll er folglich dem Bundesrat zur Genehmigung unterbreitet werden. Die Genehmigungsbehörde achtet bei ihrer Prüfung insbesondere darauf, dass kein ungerechtfertigter Beitrag erhoben wird. Der Bundesrat kann auch die Erhebung des Beitrags pro Fall nach Artikel 49 Absatz 2 KVG, wie auch die Anwendung der Tarifstruktur, allgemeinverbindlich erklären, namentlich falls einzelne Leistungserbringer oder Versicherer beschliessen sollten, dem gesamtschweizerischen Tarifvertrag nicht beizutreten. Diese spezifische Bestimmung ist nicht zu verwechseln mit Artikel 46 Absatz 2 KVG, in dem unter anderem die Art und Weise des Beitritts zu und Rücktritt von einem Tarifvertrag geregelt ist. Letztere Bestimmung gilt dann, wenn Nichtmitglieder eines Verbands von Versicherern oder von Leistungserbringern einem Vertrag dieses Verbands beitreten wollen und besagt, dass der Vertrag vorsehen kann, von ihnen die Entrichtung eines angemessenen Beitrags an die Unkosten des Abschlusses und der Durchführung des Vertrags zu verlangen.

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

Schlussbestimmungen

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

Um die Erfüllung der Anforderungen von Artikel 49 Absatz 2 KVG zu überwachen und damit im Hinblick auf die Frist vom 31. Dezember 2011 gegebenenfalls frühzeitig Vorkehrungen insbesondere für den Fall getroffen werden können, dass sich die Tarifpartner nicht einig würden (behördliche Festsetzung der Tarifstruktur, angeordnete Einsetzung der Organisation) sind Bestimmungen auf Verordnungsebene notwendig. Absatz 1 schreibt den Tarifpartnern und den Kantonen vor, den Bundesrat bis zum 31. Januar 2009 schriftlich über den Stand der Arbeiten im Zusammenhang mit der Einsetzung der Organisation, die nach Artikel 49 Absatz 2 KVG für die Erarbeitung der einheitlichen Tarifstrukturen zuständig sein wird, zu informieren. Hierzu sei angemerkt, dass die Übermittlung der Statuten der Organisation an den Bundesrat nicht aus Gründen einer Aufsicht im Sinne des Gesetzes verlangt wird, sondern lediglich damit dieser sich anhand eines offiziellen Dokuments vergewissern kann, dass die Organisation die Ziele verfolgt, welche ihr durch Artikel 49 Absatz 2 KVG übertragen wurden. Die Frist vom 31. Januar 2009 ist im Zusammenhang mit dem in Absatz 2 der vorliegenden Bestimmung festgelegten Datum zu sehen, dem 30. Juni 2009. Den Tarifpartnern werden damit mindestens fünf Monate Zeit zwischen dem Ablauf der Frist für die Aufnahme der Tätigkeit der Organisation und demjenigen für die Hinterlegung des Gesuchs um Genehmigung des Tarifvertrags eingeräumt.

Artikel 49 Absatz 2 KVG sieht die Einsetzung einer Organisation für die Erarbeitung und Pflege der einheitlichen Tarifstrukturen vor. Die Bildung einer Organisation für jeden einzelnen Bereich (akutso-matische Behandlung, Rehabilitation, Psychiatrie, Geburtshaus, usw.) durch dieselben Tarifpartner und die Kantone wäre nicht gesetzeskonform. Unter diesen Umständen darf nur eine einzige Organi-sation für die Erarbeitung und Pflege der einheitlichen Tarifstrukturen zuständig sein.

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

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

Beim Wechsel eines Tarifmodells geht das KVG vom Grundsatz der Kostenneutralität aus (Artikel 59c Abs. 1 Bst. c KVV). Allerdings bringt die Revision der Spitalfinanzierung vielfältige Änderungen mit sich, die weit über die Einführung eines neuen Tarifmodells hinausgehen. Eine Kostenneutralität im engeren Sinne, wie sie bei TARMED verlangt wurde, lässt sich de facto somit nicht erreichen. Deshalb müssen die Tarifpartner im Sinne von Begleitmassnahmen Instrumente zur Überwachung der Ent-wicklung der Kosten und der Leistungsmengen bei der Einführung der leistungsbezogenen Pauschal- en ausarbeiten und umsetzen, zudem müssen sie die anwendbaren Korrekturmassnahmen vereinba-ren. Insbesondere muss es bei der Umsetzung dieses Konzepts möglich sein, zwischen den Auswir-kungen der Einführung des Tarifmodells an sich und den Auswirkungen, die durch die Änderung des Finanzierungsmodells verursacht sind, zu unterscheiden. Namentlich sind dies die neue Regelung der Finanzierungsanteile von Kantonen und Versicherern, die Gleichstellung von öffentlichen und privaten Spitälern, die Berücksichtigung der Investitionen bei der Ermittlung der Pauschalen, die Einführung der freien Spitalwahl.

Die Tarifpartner können nach Artikel 49 Absatz 2 KVG pro abgerechneten Fall einen Beitrag zur Fi-nanzierung der Tätigkeit der Organisation erheben, die für die Erarbeitung, Anpassung und Pflege der einheitlichen Tarifstrukturen verantwortlich ist. Artikel 59e regelt die Bedingungen für die bundesrätli-che Genehmigung und die Finanzierung des Beitrags. Absatz 3 bezieht sich auf die erstmalige Ge-nehmigung des vorgesehenen Betrags.