



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Inneren EDI

Bundesamt für Gesundheit BAG

Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung

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

Vorgesehene Änderungen per 1. Dezember 2011

Änderungen und Kommentar im Wortlaut

Bern, 2. November 2011

I. Allgemeiner Teil: Ausgangslage

Die Eidgenössischen Räte haben am 21. Dezember 2007 die Revision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) im Bereich der Spitalfinanzierung beschlossen (AS 2008 2049). Im Zentrum stehen der Übergang zur Leistungsfinanzierung sowie die Einführung der leistungsbezogenen Fallpauschalen, die auf einheitlichen Strukturen beruhen.

Der Bundesrat hat am 22. Oktober 2008 die Ausführungsbestimmungen in Form der Änderungen der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL; SR 832.104) verabschiedet. Der Bundesrat hat insbesondere Anpassungen bei der Rechnungsstellung (Art. 59 KVV) vorgenommen sowie basierend auf Absatz 2 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des KVG vom 21. Dezember 2007 die Schlussbestimmungen zur KVV wie auch VKL erlassen. In Absatz 2 der Schlussbestimmungen der Änderung vom 22. Oktober 2008 der KVV ist festgehalten, dass die Tarifpartner Begleitmassnahmen für die Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen zu vereinbaren haben. Da die Tarifpartner über diese Punkte bisher keine Einigung erzielt haben, ist es notwendig im Interesse einer geordneten Einführung sowie der Rechtssicherheit zusätzliche Bestimmungen zu erlassen. Die KVV wird entsprechend angepasst. Die betroffenen Bereiche sind die Begleitmassnahmen zur Einführung der Fallpauschalen (Monitoring und Korrekturmassnahmen) und die Anlagenutzungskosten.

II. Revision der Verordnung

1. Monitoring und Korrekturmassnahmen

Ein Tarifmodellwechsel darf nach Artikel 59c Absatz 1 Buchstabe c KVV *ceteris paribus* für die obligatorische Krankenpflegeversicherung keine Mehrkosten verursachen. Der Bundesrat hat im Rahmen seiner Kompetenz nach Absatz 2 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007 des KVG die Einfuhrungsmodalitaten festgehalten und unter anderem in den Schlussbestimmungen der Änderung vom 22. Oktober 2008 der KVV Begleitmassnahmen vorgeschrieben. Die Tarifpartner müssen im Rahmen der Tarifautonomie namentlich Instrumente zur Überwachung der Entwicklung der Kosten und der Leistungsmengen (Monitoring) sowie die Korrekturmassnahmen vereinbaren. Um der andauernden Uneinigkeit der Tarifpartner hinsichtlich Monitoring und Korrekturmassnahmen auf nationaler Ebene entgegenzuwirken und da unmittelbar die Tarifverhandlungen in Bezug auf die Basispreise (Baserates) beginnen, legt der Bundesrat, im Rahmen seiner Kompetenz die Einfuhrungsmodalitaten zu bestimmen, eine kurzfristig umsetzbare Korrekturmassnahme in Absatz 2^{ter} der Schlussbestimmungen der Änderung der KVV vom 22. Oktober 2008 für zwei Jahre subsidiär fest. Zudem werden den Tarifpartnern die Anforderung an das Monitoring insofern in Absatz 2^{bis} der Schlussbestimmungen der Änderung vom 22. Oktober 2008 der KVV präzisiert, als das Monitoring entsprechend erlauben muss, dass im Falle von ungerechtfertigten Mehrkosten, trotz des vom Bundesrat festgelegten Korrekturmechanismus, zusätzliche Korrekturmassnahmen von den Tarifpartnern durchgeführt werden können. Des Weiteren sind im Rahmen von Korrekturmassnahmen neben finanziellen Korrekturen auch Anpassungen im weiteren Sinne, insbesondere betreffend Tarifstruktur und Anwendungsmodalitäten nach Artikel 59d Absatz 1 KVV, von den Tarifpartnern in Betracht zu ziehen. Es ist zudem daran zu erinnern, dass die gesetzliche Anforderung eines Benchmarking nach Artikel 49 Absatz 1 KVG ungeachtet der Korrekturmassnahmen anwendbar bleibt und dieses keinesfalls ersetzt. Mit den Korrekturmassnahmen kann weder die Kompetenz der Kantone hinsichtlich Spitalplanung noch die so genannte freie Spitalwahl eingeschränkt werden.

2. Anlagenutzungskosten

Die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007 des KVG schreibt den Einbezug der Investitionskosten in die Tarifierung vor. Zudem sieht Artikel 49 Absatz 1 KVG leistungsbezogene Pauschalen – in der Regel Fallpauschalen – vor. Eine fallbezogene Zuordnung der Investitionskosten bzw. Anlagenutzungskosten setzt den Einbezug der Anlagenutzungskosten in die Tarifstruktur bzw. Kostengewichte voraus. Möglich sei der Einbezug der Anlagenutzungskosten in die Kostengewichte und somit die Abgeltung über den Basispreis nach Angaben der Tarifpartner spätestens ab der 2015 gültigen Tarifstruktur SwissDRG 4.0. Erst dann können die Anlagenutzungskosten den DRGs fallspezifisch zugeordnet werden und somit die gemäss KVG vorgesehene Lösung umgesetzt werden. Da bisher die Tarifpartner keine Einigung über die Abgeltung der Anlagenutzungskosten erzielt haben und die Basispreisverhandlungen ausstehend sind, sieht der Bundesrat für die Abgeltung der Anlagenutzungskosten im Jahr 2012 eine Lösung für eine geordnete Einführung von SwissDRG vor. Die Abgeltung der Anlagenutzungskosten im Vergütungssystem DRG im Jahr 2012 wird daher in den Schlussbestimmungen der Änderung vom 22. Oktober 2008 der KVV festgehalten. Die generelle Kostenausweispflicht nach VKL ist von dieser Abweichung nicht betroffen. Ab 2013 sind die Bestimmungen der VKL als Grundlage der Abgeltung der Anlagenutzungskosten von den Tarifpartnern auch im DRG-System anzuwenden.

III. Besonderer Teil: Erläuterung der einzelnen Bestimmungen

Monitoring und Korrekturmassnahmen

Absatz 2^{bis} der Schlussbestimmungen der Änderung vom 22. Oktober 2008

Das Monitoring soll mindestens die Entwicklung der Fallzahl, der abgerechneten Kosten und im Falle eines Vergütungsmodells vom Typus DRG die Entwicklung des CMI (Case Mix Index) je Leistungserbringer überwachen können. Neben dem Korrekturmechanismus nach Absatz 2^{ter} muss das Monitoring auch erlauben, dass durch die Tarifpartner zusätzliche Korrekturmassnahmen durchgeführt werden können. Sollten die Tarifpartner im Sinne der Tarifautonomie nicht ein entsprechendes gesamtschweizerisch einheitliches Monitoring nach Absatz 2 der Schlussbestimmungen der Änderung vom 22. Oktober 2008 der KVV bereitstellen können, werden die Leistungserbringer verpflichtet, den Versicherern die dazu notwendigen Informationen ab dem Einführungszeitpunkt nach Absatz 1 der Übergangsbestimmungen der Änderung vom 21. Dezember 2007 des Gesetzes bis zum Abschluss der Korrekturmassnahmen quartalsweise zu übermitteln. Die Versicherer werden verpflichtet, gemeinsam das Monitoring durchzuführen und halbjährlich eine Auswertung als Grundlage für Korrekturmassnahmen der Tarifpartner zu veröffentlichen. Insbesondere die Kantone sind bei bevorstehenden Korrekturmassnahmen von den Versicherern zu informieren.

Absatz 2^{ter} der Schlussbestimmungen der Änderung vom 22. Oktober 2008

Sollten sich die Tarifpartner nicht auf gesamtschweizerisch einheitliche Korrekturmassnahmen nach Absatz 2 der Schlussbestimmungen der Änderung vom 22. Oktober 2008 der KVV einigen, wird den Leistungserbringern, welche nach SwissDRG im obligatorischen Krankenpflegeversicherungsbereich abrechnen, vorgeschrieben, die ungerechtfertigten Mehrerträge aus einem übersteigenden CMI (Case-Mix-Index) im Abrechnungsjahr gegenüber dem im Tarifvertrag vereinbarten CMI innerhalb des Folgejahres anteilmässig nach Artikel 49a des Gesetzes zurückzuerstatten. Eine Abweichung des effektiven CMI vom vereinbarten CMI von mehr als 2 Prozent nach oben, wobei diese Prozentzahl als Toleranzmarge zu verstehen ist, führt zu einer Rückerstattung. Weist der Leistungserbringer datengestützt nach, dass sein effektiver CMI aufgrund signifikanter, nicht geplanter Änderungen seines Leistungsspektrums angestiegen ist, kann dieser Teil bei der Rückerstattung als gerechtfertigte Erhöhung berücksichtigt werden. Das Risiko von Mehrkosten durch ungerechtfertigte Mengenausweitungen

kann durch Korrekturmassnahmen mittels CMI nicht grundsätzlich ausgeschlossen werden. Die Leistungserbringer werden daher verpflichtet, die Mehrerträge aus einer ungerechtfertigten Fallzahlerhöhung im Abrechnungsjahr gegenüber der bei der Vereinbarung des CMI berücksichtigten Fallzahl innerhalb des Folgejahres anteilmässig nach Artikel 49a des Gesetzes zurückzuvorgüten. Dabei ist die gleiche Toleranzmarge anzuwenden. Weist der Leistungserbringer Fallzahlerhöhungen im Abrechnungsjahr wie insbesondere aufgrund der so genannten freien Spitalwahl und/oder Änderungen im Leistungsauftrag nach, kann dieser Teil bei der Rückerstattung als gerechtfertigte Erhöhung berücksichtigt werden. Weitere für den Leistungserbringer als exogen zu betrachtende Komponenten wie insbesondere die demographische Veränderung und/oder neue Pflichtleistungen dürfen bei entsprechendem Nachweis ebenfalls berücksichtigt werden.¹ Leistungserbringer und Versicherer sind angehalten, die Umsetzungsmodalitäten wie insbesondere das Rückerstattungsprozedere zu regeln.

Anlagenutzungskosten

Absatz 4 der Schlussbestimmungen der Änderung vom 22. Oktober 2008

Die Berücksichtigung der Anlagenutzungskosten bei der Vergütung mittels leistungsbezogenen Pauschalen ist durch Absatz 1 der Übergangsbestimmung zur Änderung vom 21. Dezember 2007 des KVG den Tarifpartnern vorgeschrieben worden und wird durch die noch fehlende Integration in der Tarifstruktur nicht generell entfallen dürfen. Absatz 4 der Schlussbestimmung der Änderung vom 22. Oktober 2008 der KVV hält somit fest, dass in Abweichung zu den Schlussbestimmungen der Änderung vom 22. Oktober 2008 der VKL im Jahr 2012 die Abgeltung der Anlagenutzungskosten im Falle eines Vergütungsmodells vom Typus DRG mittels eines Zuschlags auf den in den Tarifverträgen verhandelten Basispreisen (exklusive Anlagenutzungskosten) erfolgt. Der Zuschlag beträgt 10 Prozent.

¹ Vgl. insbesondere Bundesratsentscheid vom 19. Dezember 2001 in Sachen Spitaltarife im Kanton Zürich, in RKUV 4/2002 309.