
Einkaufsgemeinschaft HSK

Benchmark ST Reha Tarifjahr 2024



Datenjahr: 2022

Veröffentlichung: 15. November 2023

Executive Summary

Benchmark ST Reha – Tarifjahr 2024

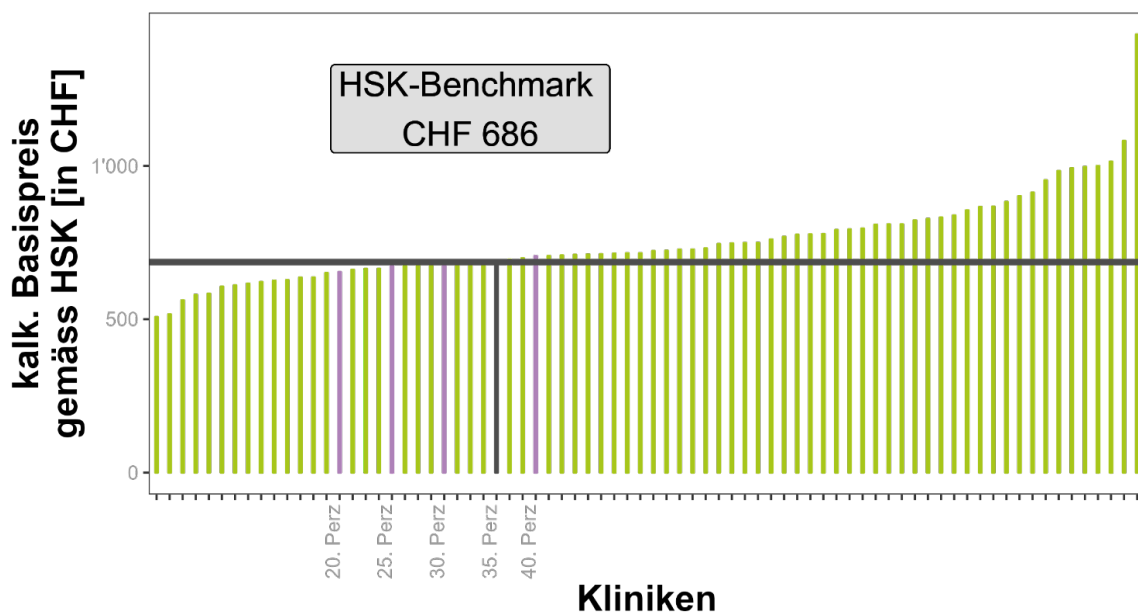
Die Einkaufsgemeinschaft HSK hat für die Berechnung ihres Benchmark ST Reha die ITAR_K®-Daten von insgesamt 82 Rehabilitationskliniken erhalten. Nach der Plausibilisierung dieser Leistungs- und Kostendaten und dem Ausschluss von Kliniken mit verspäteten bzw. nicht gelieferten Daten konnten 76 Kliniken in das Benchmarking einbezogen werden.

Der Benchmarkwert ST Reha ist kostenbasiert und beruht auf schweizweiten und repräsentativen Betriebsvergleichen: er umfasst über 92 Prozent aller Rehabilitationskliniken.

Für das Tarifjahr 2024 beträgt der HSK-Benchmark ST Reha beim 35. Perzentil, mit Gewichtung nach Anzahl Kliniken und ohne Teuerung 2023, 686 Franken.

Für die Preisfindung führt die Einkaufsgemeinschaft HSK ein zweistufiges Benchmarkverfahren durch:

- 1. Stufe: Benchmarkwert-Berechnung gemäss Betriebskostenvergleiche
- 2. Stufe: Individuelle Preisverhandlungen mit Berücksichtigung von datenbasierten, klinikspezifischen Besonderheiten.



Datengrundlage:
 ST Reha-Kliniken in Benchmark eingeschlossen (Datenjahr 2022)

Mit diesem differenzierten Vorgehen schafft die Einkaufsgemeinschaft HSK datengestützte Voraussetzungen für die Umsetzung der Tarifautonomie gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) und verhandelt lösungsorientiert.

Inhaltsverzeichnis

Executive Summary Benchmark ST Reha – Tarifjahr 2024	2
Inhaltsverzeichnis	3
Abkürzungsverzeichnis	4
1. BVGer Leitplanken für das Benchmarkverfahren	5
2. Stufe 1 der Preisbildung: HSK-Benchmarkingverfahren	6
2.1 Datengrundlagen.....	6
2.2 Berechnung der benchmarkrelevanten Betriebskosten (BRB).....	6
2.3 Methodik des HSK-Benchmarkings.....	7
2.3.1 Grundsätze der Methodik und einbezogene Kliniken.....	7
2.3.2 Regionale Abdeckung	8
2.3.3 Art der Gewichtung und Wahl des Perzentils.....	9
2.4 Resultate des HSK-Benchmarkingverfahrens.....	12
2.4.1 Benchmarkwert	12
2.4.2 Gewichtete Benchmarking (nach Anzahl Fällen oder nach Day Mix).....	12
3. Stufe 2 der Preisbildung: datenbasierte Preisdifferenzierung	13
4. Zusammenfassung	14
Abbildungsverzeichnis	15
Tabellenverzeichnis	15
Literaturverzeichnis	16

Abkürzungsverzeichnis

ANK	Anlagenutzungskosten
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BEBU	Betriebsbuchhaltung
BFS	Bundesamt für Statistik
BM	Benchmark
BR	Baserate
BRB	Benchmarkrelevante Betriebskosten
BVGer	Bundesverwaltungsgericht
DM	Day Mix
DMI	Day Mix Index
RCG	Rehabilitation Cost Groups
GDK	Gesundheitsdirektorenkonferenz
ITAR_K [®]	Integriertes Tarifmodell auf Basis der Kostenträgerrechnung
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
NBK	Nettobetriebskosten
PUE	Preisüberwacher
REKOLE [®]	Revision der Kostenrechnung und Leistungserfassung
uLuF	Universitäre Lehre und Forschung
VKL	Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung

1. BVGer Leitplanken für das Benchmarkverfahren

Das Bundesverwaltungsgericht (BVGer) legt fest, dass das Benchmarkverfahren idealtypisch schweizweit, kostenbasiert, im Rahmen einer Vollerhebung und mit einem nationalen Referenzwert erfolgen soll. Die wichtigsten Rahmenbedingungen des BVGers sind:

- **Zweistufiger Preisfindungsmechanismus:** 1. Stufe = Benchmark (BM, Referenzwert), 2. Stufe = individuelle Preisverhandlungen. Der Benchmarkwert ist demzufolge als Richtwert für die klinikindividuellen Verhandlungen zu betrachten.
- Das Benchmarking muss grundsätzlich **kostenbasiert** erfolgen (benchmarkrelevante Betriebskosten der Kliniken). Abzüge – zum Beispiel wegen Intransparenz – dürfen nicht in das Benchmarkverfahren einfließen.
- Der BM soll **schweizweit** mit einem idealerweise auch schweizweiten Referenzwert erfolgen.
- Der BM soll eine möglichst **grosse** und für alle Kliniken **repräsentative Vergleichsmenge** umfassen, um u.a. frei von Wettbewerbsverzerrungen zu sein und die zu vergleichenden benchmarkrelevanten Kosten- und Leistungsdaten **nach einheitlicher Methode** möglichst genau und realitätsnah zu ermitteln. Nicht zulässig ist ein Benchmarkverfahren, in dem bestimmte Kliniken bzw. Klinikgruppen vorselektiert werden.
- Anstelle von normativen Werten soll der BM möglichst auf effektiven Zahlen basieren.
- Je geringer die Anzahl Kliniken im BM, desto höher die Anforderungen an eine korrekte Ermittlung der benchmarkrelevanten Betriebskosten.
- Unzulässig ist, wenn der Benchmarkwert bei einem Leistungserbringer gesetzt wird, dessen benchmarkrelevanten Betriebskosten nicht KVG-konform erhoben wurden.
- Das Bundesverwaltungsgericht gab in einem neuen Urteil (C-5102 | 2019 vom 17. August 2022) zur Bestimmung des Perzentilwerts bekannt, dass es primär Aufgabe des Verordnungsgebers sei, die entsprechenden Vorgaben zu erlassen. Bis dahin seien den Tarifpartnern sowie den Behörden bei der Festlegung des Effizienzmassstabs ein weiter Ermessensspielraum zu gewähren. Das **BVGer** hält fest, dass mit dem Systemwechsel ein **zu strenger Effizienzmassstab** in der **Einführungsphase** die Finanzierung systemnotwendiger Leistungserbringer und damit die Versorgungssicherheit gefährden würde. Ein demgegenüber **zu grosszügiger Effizienzmassstab** würde für die günstigsten Leistungserbringer eine unangemessene Gewinnmarge bedeuten. In einem älteren BVGer Urteil heisst es, dass der Massstab streng anzusetzen sei, da die ausgehandelten Tarife nicht aus einem wirksamen Wettbewerb resultieren (BVGer 2014 | 36 E 10.2.3)
- Gemäss BVGer-Entscheid vom 15. Mai 2019 (C-4374 | 2017, C-4461 | 2017) dauert die Einführungsphase so lange an, wie der Bundesrat keine schweizweiten Betriebsvergleiche publiziert hat (Art. 49 Abs. 8 KVG).

2. Stufe 1 der Preisbildung: HSK-Benchmarkingverfahren

2.1 Datengrundlagen

Für die 1. Stufe der Preisfindung, die Berechnung der Day Mix-bereinigten kalkulatorischen Basispreisen, stützt sich die Einkaufsgemeinschaft HSK auf die Datenlieferung der ST Reha-Kliniken (ITAR_K[®] Vollversion), führt jedoch auf Basis des HSK-Tarifmodells eigene Tarifberechnungen durch (vergleiche 2.2). In dieser Stufe werden alle ST Reha-Kliniken unabhängig ihrer Kategorie, Grösse oder ihres Standorts einbezogen. Kliniken mit nicht plausiblen bzw. nicht zeitgerecht gelieferten Daten werden ausgeschlossen.

2.2 Berechnung der benchmarkrelevanten Betriebskosten (BRB)

Für eine einheitliche Erhebung der Kosten und Leistungen wenden die Kliniken REKOLE[®] «Betriebliches Rechnungswesen im Spital» (Revision der Kostenrechnung und Leistungserfassung) an. Eine konsequente Umsetzung der REKOLE[®] Standards erhöht die Transparenz und die Vergleichbarkeit der Betriebskosten der ST-Reha Kliniken. Die erhaltenen Betriebskosten der ST Reha-Kliniken werden von der Einkaufsgemeinschaft HSK bereinigt, damit sie den Bestimmungen der KVV, der Rechtsprechung und der üblichen Praxis der Tarifberechnung im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung entsprechen.

Die Berechnung der benchmarkrelevanten Betriebskosten erfolgt gemäss folgendem Schema:

Berechnungsschema	Bemerkungen								
Total Kosten gemäss BEBU (Stückrechnung)									
./. Anlagenutzungskosten (ANK)	Angaben der ST Reha-Kliniken (VKL)								
./. Erlöse Kontogruppe 65	Angaben der ST Reha-Kliniken, gemäss Anleitung ITAR_K [®] erfolgt dies nach Vorgaben des BVGers								
+ Aufrechnung Erlöse Kontogruppe 66	sofern kostenmindernd in Kostenstelle geführt, Angaben der ST Reha-Kliniken								
./. Arzthonorare Zusatzversicherte	Angaben der ST-Reha-Kliniken								
= Nettobetriebskosten I (NBK)									
./. Subsidiärer Abzug für universitäre Lehre und Forschung (uLuF)	Abzug effektiv, mindestens jedoch normativ Normative Werte <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td><75 Betten:</td> <td>0.8 %</td> </tr> <tr> <td>>75 Betten:</td> <td>1.5%</td> </tr> <tr> <td>>125 Betten:</td> <td>3.5%</td> </tr> <tr> <td>Universitätsspitäler:</td> <td>effektiv</td> </tr> </table>	<75 Betten:	0.8 %	>75 Betten:	1.5%	>125 Betten:	3.5%	Universitätsspitäler:	effektiv
<75 Betten:	0.8 %								
>75 Betten:	1.5%								
>125 Betten:	3.5%								
Universitätsspitäler:	effektiv								
./. Gemeinwirtschaftliche Leistungen	gemäss Angaben der ST Reha-Kliniken. HSK kann nicht verifizieren, ob sämtliche gemeinwirtschaftlichen Leistungen deklariert werden.								
= Nettobetriebskosten II (NBK)									

Berechnungsschema	Bemerkungen
./. Abzug für Mehrkosten aus Leistungen für zusatzversicherte Patienten	Abzug effektiv, mindestens jedoch normative Werte gemäss Ansatz GDK: <ul style="list-style-type: none"> Abzug von 9.8% auf den tarifrelevanten Betriebskosten zusatzversicherter Patienten (inkl. ANK nach VKL)
./. nicht in der Baserate (BR) enthaltene Kosten (unbewertete Zusatzentgelte gemäss SwissDRG, separat tarifizierte Leistungen)	Angaben der ST Reha-Kliniken
Verzinsung Umlaufvermögen	Gemäss der Methode des PUE
Teuerung	im BM nicht enthalten
Projektionskosten	im BM nicht enthalten
Intransparenz-Abzüge	im BM nicht enthalten
Anlagenutzungskosten (ANK)	<ul style="list-style-type: none"> im BM sind ausschliesslich ANK nach VKL berücksichtigt die ausgewiesenen ANK werden von HSK mit der Anlagebuchhaltung (Datenlieferung BFS) plausibilisiert.
= benchmarkrelevante Betriebskosten HSK	
./. Abzug für bewertete Zusatzentgelte SwissDRG, ST Reha Version 1.0	Angabe der Klinik
: Day Mix ST Reha Version 1.0	Angabe der Klinik
= Kalkulierter Basispreis HSK	

Tabelle 1: Berechnungsschema Betriebskosten

2.3 Methodik des HSK-Benchmarkings

2.3.1 Grundsätze der Methodik und einbezogene Kliniken

Seit Einführung der nationalen Tarifstruktur ST Reha per 1. Januar 2022 führt die Einkaufsgemeinschaft HSK jährlich ein nationales Benchmarkverfahren durch, welches mit dem Datenjahr 2022 aufgrund der tatsächlich abgerechneten und angefallenen Kosten- und Leistungsdaten erstmals für das Tarifjahr 2024 publiziert wird.

Für die Ermittlung des Benchmarkwertes hat die Einkaufsgemeinschaft HSK die Daten von 82 ST Reha-Kliniken eingefordert. Nach einer Prüfung der Datenplausibilität wurden 76 Daten für das Benchmarking selektioniert.

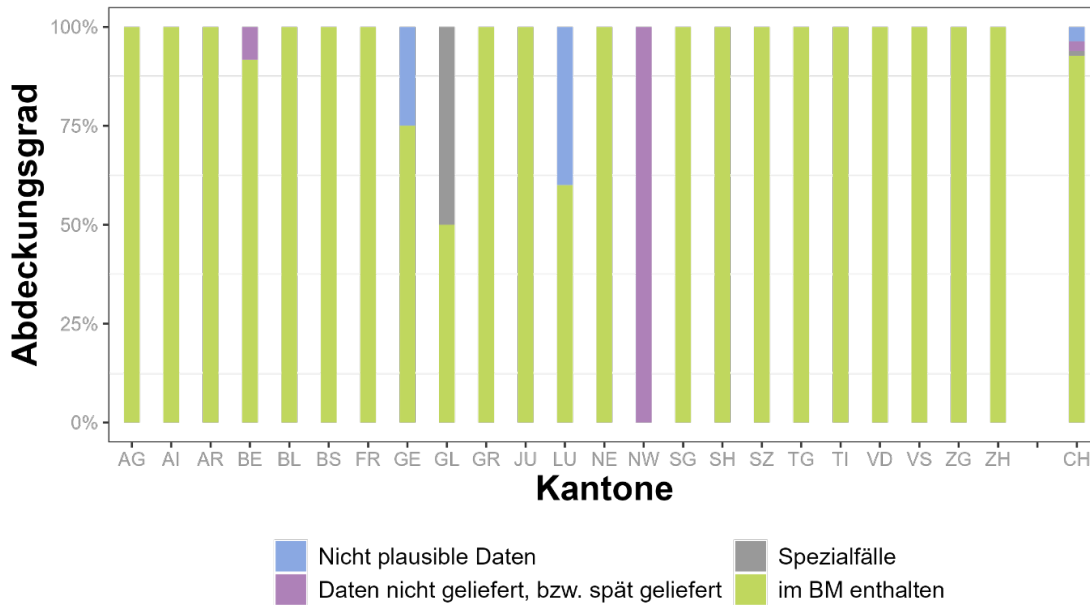
Nicht in den Benchmark einbezogen wurden insgesamt 6 ST Reha-Kliniken aus den folgenden Gründen:

Ausschlusskriterien	Anzahl Kliniken
Fehlende ITAR_K®-Daten	2
Mangelnde Qualität der ITAR_K®-Daten	3
Nur 1 Fall	1
Total	6

Tabelle 2: Ausschlusskriterien für die nicht Aufnahme ins Benchmarkverfahren

2.3.2 Regionale Abdeckung

Sämtliche Kantone sind im Benchmark enthalten, sofern die Daten rechtzeitig und plausibel geliefert wurden. Gesamtschweizerisch beträgt der Abdeckungsgrad über 92 Prozent, in 18 Kantonen liegt er bei 100 Prozent.



Datengrundlage: Kliniken mit einem ST Reha Leistungsauftrag (Datenjahr 2022)

Abbildung 1: Regionale Abdeckung

Beurteilung

Der HSK-Benchmark ist repräsentativ und valide, weil:

- Der Benchmarkwert auf tatsächlich angefallenen bzw. abgerechneten Kosten- und Leistungsdaten beruht.
- Gesamtschweizerisch der Abdeckungsgrad aller ST Reha-Kliniken über 92 Prozent liegt.
- Alle Kantone der Schweiz einbezogen wurden.
- Für das Benchmarkverfahren gesamtschweizerisch eine einheitliche Methode gewählt wurde.

2.3.3 Art der Gewichtung und Wahl des Perzentils

a. Art der Gewichtung

Um die Fragestellung der Gewichtung innerhalb des Benchmarks zu klären, hat die Einkaufsgemeinschaft HSK im Dezember 2019 dem Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG an der ZHAW) eine wissenschaftliche Studie in Auftrag gegeben¹.

Die per 1. April 2020 abgeschlossene Studie untersucht, welche Motive für eine Gewichtung im Rahmen des Benchmarkings existieren und ob diese zweckmässig sind. Gemäss der Studie versteht man im Allgemeinen unter «Gewichtung in der angewandten Statistik den Versuch, die Repräsentativität einer Stichprobe zu erhöhen [...]». Im Spitalbenchmarking bedeutet dies, dass eine Gewichtung nach Day Mix (DM) oder Fallzahl nützlich ist, wenn die Anzahl der Spitäler im Benchmark zu klein und nicht genug repräsentativ ist. Auch die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) erwähnt in ihren Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung explizit: «Die Art der Gewichtung gewinnt umso mehr an Bedeutung, je weniger Spitäler in den Vergleich einbezogen werden» (27. Juni 2019)².

Die Anzahl der Kliniken im HSK-Benchmark ist mit 76 ST Reha-Kliniken hoch. Das entspricht einem Day Mix von 1'940'616 (über 98 Prozent des gesamten Schweizer OKP-Volumens) und somit einer repräsentativen Stichprobe, einer nahezu vollen Abdeckung der Grundgesamtheit. Daher braucht es keine Gewichtung, um die mangelnde Repräsentativität zu beheben. Daher soll jedes Spital mit gleichem Gewicht in die Berechnung des Perzentil-Wertes eingehen.

Hinzu kommt, dass mit der Gewichtung nach Anzahl Fällen eine Unterteilung in effiziente und ineffiziente Kliniken nicht möglich ist, weil sich durch die Gewichtung der Kliniken die Fallkosten und somit die Reihenfolge der Spitäler nicht verändern. Dies widerspricht dem Grundgedanken eines echten Effizienzvergleichs. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) führt entsprechend auch in aktuellen Stellungnahmen vor Bundesverwaltungsrecht aus, dass die Durchführung eines Benchmarkings mit Gewichtung nach «Anzahl Leistungserbringer» angezeigt sei. Auch gemäss Stellungnahme der Preisüberwachung muss jedes Spital unabhängig von der Grösse und Spitalkategorie gleichgewichtet im Betriebsvergleich berücksichtigt werden.

Es ist nicht ersichtlich, inwiefern grosse Kliniken in einem Betriebsvergleichsverfahren mehr Gewicht haben sollen als kleinere. Grösse oder Spezialisierungsgrad einer Klinik dürfen kein Kriterium für die Kostenvergleiche darstellen. Beim Benchmarking geht es um einen Effizienzvergleich aller Kliniken auf Ebene Betrieb, das heisst wie die Prozesse im Spital gestaltet sind und wie optimal die Ressourcenallokation ist. Ist eine Klinik zu klein, um zum Beispiel angemessen von Skaleneffekten zu profitieren, dann muss dies durch die Betriebsvergleiche zum Ausdruck kommen. Würde man kleine Kliniken tiefer gewichten, würden für diese mögliche Effizienzen hinunterskaliert bzw. «verwässert»³. Dadurch wären die Effizienzen möglicherweise nicht mehr sichtbar. Die Gewichtung nach Fallzahl oder Day Mix führt deshalb zu einer Verwässerung der Effizienz dieser Kliniken. Die Eigenschaften einer Klinik, wie zum Beispiel die Höhe des Day Mix, des Day Mix Index (DMI) oder der Fallzahl kann je nach spezifischer Situation der Klinik in der klinikindividuellen Preisverhandlung berücksichtigt werden.

Die Studie «Gewichtung im Rahmen des Spital Benchmarkings» des WIG zeigt, dass es Abbildungsmängel und Unsicherheiten in der Tarifstruktur gibt, die dann in Verzerrungen der schweregradbereinigten

¹WIG, (01. 04. 2020). Gewichtung im Rahmen des Spital Benchmarkings

²GDK-Empfehlung zur Wirtschaftlichkeitsprüfung Psychiatrie und Rehabilitation vom 27. Juli 2019

³WIG, (01. 04. 2020). Gewichtung im Rahmen des Spital Benchmarkings

Kosten der Leistungserbringer resultieren. Analog BAG-Einschätzung zeigt die Studie klar: «Die Anwendung von Gewichten im Rahmen des Spital Benchmarkings ist **in keinem Fall zweckmässig**.» Gemäss der Studie ist «eine Unterteilung in effiziente und ineffiziente Spitäler [...] dennoch nicht möglich, weil sich durch die Gewichtung der Spitäler die Fallnormkosten und somit die Reihenfolge der Spitäler nicht verändert.»

Die Studie zeigt dies ausführlich auf Seite 20 an einem fiktiven Beispiel: Die Gewichtung ändert die Reihenfolge der Spitäler **nicht**, das heisst diejenigen Spitäler, die ohne Gewichtung als – teils fälschlicherweise – ineffizient gelten, gelten auch nach der Gewichtung als ineffizient. Der einzige Effekt ist der höher resultierende Benchmarkwert. Eine Gewichtung vermag also auch nicht die Abbildungsmängel und Unsicherheiten der Tarifstruktur zu beheben. Um diesen Mängeln Rechnung zu tragen und die Kliniken, die fälschlicherweise als ineffizient gelten, nicht zu bestrafen, sind differenzierte Baserates notwendig.

Fazit: Eine Gewichtung ist in keinem Fall zweckmässig. Die Anzahl der im HSK-Benchmark vertretenen ST Reha-Kliniken ist sehr gross. Zudem verwässert eine Gewichtung die Effizienzbeurteilung. Denn es geht um den gesamten Leistungserbringer, unabhängig von dessen Grösse.

So würde eine Gewichtung den Benchmark künstlich zu Gunsten der grossen Kliniken steuern, ohne eine inhaltliche Begründung dafür zu liefern, wieso die grossen Kliniken mehr Gewicht haben sollen. Auch die Abbildungsmängel und –Unsicherheiten in der Tarifstruktur werden durch die Gewichtung nicht behoben.

b. Wahl des Perzentils

Gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG haben sich die Basispreise an der Entschädigung jener Kliniken zu orientieren, welche die tarifizierte, obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Das BVGer hat sich bisher nicht zum «richtigen» Massstab oder Perzentilwert geäussert, mit dem dieser Richtwert für die Tariffindung definiert werden soll. Die KVV-Revision, welche per 1. Januar 2024 in Kraft treten soll, gibt vor, dass anhand der korrigierten schweregradbereinigten Tageskosten für den Benchmarkwert – gemessen an der Anzahl Leistungserbringer – höchstens das 30. Perzentil gewählt wird.



Abbildung 2: Methodik der Perzentilwahl

- Für den Benchmarkwert des Tarifjahres 2024 verwendet die Einkaufsgemeinschaft HSK im Rahmen der Einführungsphase noch das 35. Perzentil und setzt bei den individuellen Verhandlungen auf Preisdifferenzierung oberhalb und unterhalb des Benchmarkwertes (zum Beispiel aufgrund datenbasiert begründeter systematischer Patienten- oder Strukturbesonderheiten).
- Die Rechtsprechung, die gut fortgeschrittene Entwicklung der Systemgüte der Tarifstruktur ST Reha, sowie die bevorstehende KVV-Revision zielen darauf ab, den Perzentilwert zukünftig strenger anzusetzen.
- Bei einem fehlenden, effektiven Wettbewerb unter den Kliniken ermöglicht ein tiefer Effizienzmassstab einen hohen Anreiz, die Leistungen effizienter zu erbringen. Das gilt insbesondere für Kliniken, die trotz neuem Spitalfinanzierungsgesetz Budgetdefizitdeckung oder Subventionen von der öffentlichen Hand erhalten. Dies führt zu einem mangelnden Anreiz, effizienter zu produzieren sowie zu einer Wettbewerbsverzerrung.
- Ein tiefer Perzentilwert ermöglicht Kliniken mit Kosten unter dem Benchmark, angemessene Effizienzgewinne zu Lasten der OKP zu erwirtschaften.

2.4 Resultate des HSK-Benchmarkingverfahrens

2.4.1 Benchmarkwert

Der Benchmarkwert - inklusive Anlagenutzungskosten nach VKL (ANK), ohne Gewichtung exklusive Teuerung 2023 - für das Tarifjahr 2024 liegt beim 35. Perzentil bei **686 Franken**. Dieser Wert wurde auf der Grundlage von 76 Kliniken mit Datenjahr 2022 berechnet.

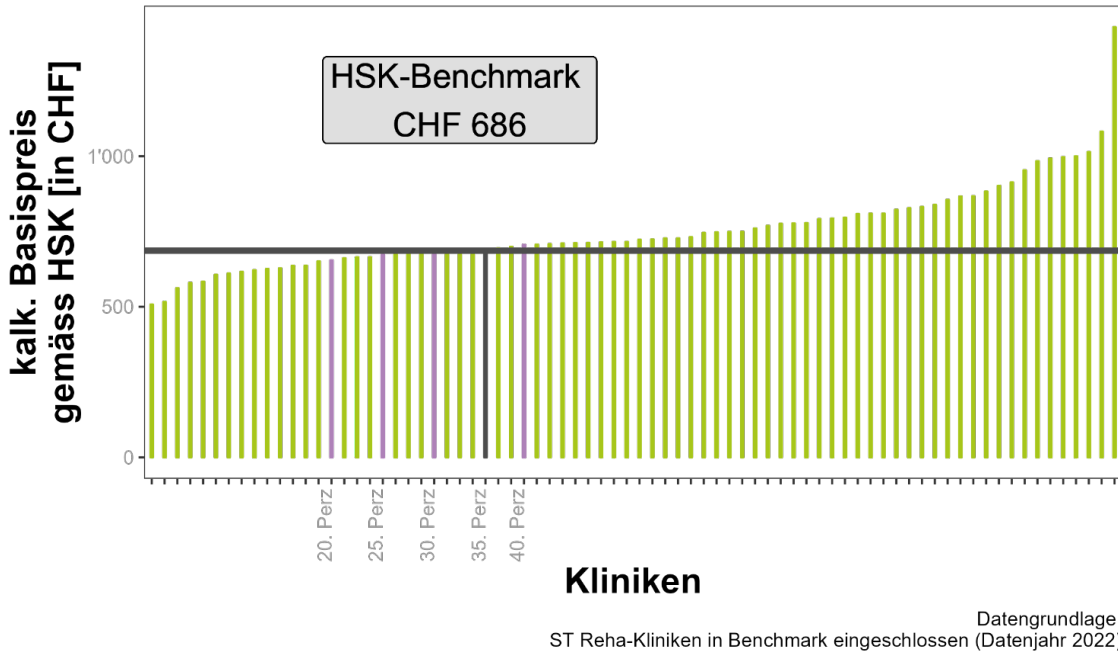


Abbildung 3: HSK-Benchmarkwert

2.4.2 Gewichtete Benchmarking (nach Anzahl Fällen oder nach Day Mix)

Die Perzentilwerte in einem Benchmarking nach Fallzahlen oder Day Mix weichen im Vergleich zu einem - vom BAG und der neuen KVV-Revision vorgesehenen - Benchmarking mit Aufreihung nach Anzahl Leistungserbringer lediglich ein paar wenige Franken voneinander ab. Dies weist darauf hin, dass sich bereits genügend Leistungserbringer mit grossem Volumen (Fällen oder Day Mix) unterhalb des Benchmarkwerts befinden und somit mit der Wahl des 35. Perzentils bereits ein Effizienzmassstab gesetzt wird, in welchem die Leistungserbringer repräsentativ und breit abgestützt abgebildet sind.

3. Stufe 2 der Preisbildung: datenbasierte Preisdifferenzierung

Das BVGer hat in seinem Urteil vom 15. Mai 2019 (C-4374 | 2017, C-4461 | 2017) folgendes erwähnt: «Zudem ist bei der Preisgestaltung unter Umständen der spezifischen Situation der Leistungserbringer Rechnung zu tragen, so dass – ausgehend von einem Referenzwert – aus Billigkeitsgründen differenzierte Basispreise verhandelt oder festgesetzt werden müssen.»

Die 2. Stufe der HSK-Preisbildung setzt das obengenannte BVGer-Urteil um. Nach der Ermittlung des Benchmarkwerts gestaltet die Einkaufsgemeinschaft HSK die Preise differenziert. Basierend auf Besonderheiten und der spezifischen Situation der einzelnen Kliniken kann es datenbasierte Begründungen geben, weshalb ein Basispreis im Rahmen der Einführungsphase unterhalb oder oberhalb des Referenzwertes zu liegen kommt. Die Preisdifferenzierungen helfen HSK-Lösungen zu erarbeiten, mit dem Ziel objektive und faire Preise zu verhandeln, welche sich mittel- bis langfristig dem HSK-Referenzwert annähern.

Die folgende Tabelle fasst den zweistufigen Preisfindungsmechanismus zusammen:

Stufe	Inhalte
1. Stufe	<ul style="list-style-type: none"> Ermittlung der Day Mix-bereinigten, kalkulatorischen Basispreisen (schweregradbereinigte Tageskosten) gemäss Datenlieferung der Kliniken. Durchführung von eigenen Tarifberechnungen auf Basis des HSK-Tarifmodells. Berechnung des Benchmarks gestützt auf Betriebskostenvergleiche. Für das Tarifjahr 2024 wurde das 35. Perzentil für den Benchmarkwert gewählt. Einbezug aller ST Reha-Kliniken unabhängig ihrer BFS-Kategorie, ihres Standorts oder ihrer Leistungsaufträge, wessen Rehabilitation Cost Groups (RCG) unter ST Reha abgebildet sind. Kliniken mit nicht plausiblen bzw. nicht zeitgerecht gelieferten Daten werden ausgeschlossen.
2. Stufe	<ul style="list-style-type: none"> Durchführung von klinikindividuellen Tarifverhandlungen, um eine möglichst objektive Vergleichbarkeit aller Kliniken aufgrund von Patienten- und Strukturmerkmalen herzustellen. Der Preis soll den Besonderheiten der Kliniken Rechnung tragen. Jedoch sollen allfällige Mängel in der Tarifstruktur nicht über den Preis korrigiert werden. Betroffene Leistungserbringer können Anträge zur Weiterentwicklung der Tarifstruktur ST Reha bei SwissDRG AG beantragen. Ineffizienzen dürfen nicht über den Basispreis finanziert werden (Art. 49 Abs. 1 KVG). Ziel ist es, objektive und faire Preise zu verhandeln, welche sich mittel- bis langfristig dem HSK-Referenzwert annähern.

Tabelle 3: Übersicht zweistufiger Preisfindungsmechanismus

4. Zusammenfassung

Perzentil und Benchmarkwert

- Der HSK-Benchmarkwert wird auf Basis des 35. Perzentils festgelegt.
- Er beträgt **686 Franken**.

Valider und repräsentativer Benchmark

- Der HSK-BM ist mit der Abdeckung sämtlicher Regionen repräsentativ.
- Der HSK-BM ist mit dem Einbezug von über 98 Prozent des OKP-Day Mixes valide.
- Der Benchmarkwert auf Basis des 35. Perzentils ist für die Bestimmung des Referenzwerts nach Art. 49 Abs. 2 Satz 5 KVG datenbasiert begründet.
- Der HSK-Benchmarkwert bildet die erste Stufe der Preisfindung. In den individuellen Preisverhandlungen (zweite Stufe der Preisfindung) werden unter Berücksichtigung von datenbasierten, klinikspezifischen Besonderheiten Tariflösungen angesteuert.

Mängel sind noch vorhanden

- Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit weist aufgrund der nicht vollständigen Offenlegung der Kosten- und Leistungsdaten durch die Spitäler noch Mängel auf, insbesondere im Bereich der Kosten für Lehre und Forschung, zusatzversicherte Patienten, und gemeinwirtschaftlichen Leistungen.
- 70 Prozent der Kliniken liefern ihre Daten nach dem 31. Mai 2023. Für eine effektive Plausibilisierungsarbeit fordert die Einkaufsgemeinschaft HSK die Daten bis spätestens Ende Mai. Die VKL verlangt die Kostenrechnung per 30. April.
- Im Benchmarkwert sind die ANK ausschliesslich nach VKL enthalten. HSK kann nicht ausschliessen, dass der Benchmark durch wettbewerbsverzerrende Elemente wie die Subventionierung von Kliniken in Form von «gemeinwirtschaftlichen Leistungen» oder von Beiträgen an Investitionskosten «verfälscht» wird.
- Ebenso wenig kann ausgeschlossen werden, dass gemeinwirtschaftliche Leistungen, die nicht durch die Versicherer zu finanzieren wären, in den benchmarkingrelevanten Kosten enthalten sind – insbesondere die Kosten für die Erhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen.
- Der Abzug für zusatzversicherte Patienten erfolgte mehrheitlich auf Basis der GDK-Empfehlungen.

Zürich, im Oktober 2023

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Regionale Abdeckung	8
Abbildung 2: Methodik der Perzentilwahl	10
Abbildung 3: HSK-Benchmarkwert	12

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Berechnungsschema Betriebskosten	7
Tabelle 2: Ausschlusskriterien für die nicht Aufnahme ins Benchmarkverfahren	7
Tabelle 3: Übersicht zweistufiger Preisfindungsmechanismus	13

Literaturverzeichnis

- BVGer, B. (11. 09. 2014). *Entscheiddatenbank BVGer*. Von BVGE 2014|36 E 10.2.3.:
<https://www.bvger.ch/de/rechtsprechung/entscheiddatenbank> abgerufen
- BVGer, B. (15. 05. 2019). *Entscheiddatenbank BVGer*. Von BVGE C-4374|2017, C-4461|2017:
<https://www.bvger.ch/de/rechtsprechung/entscheiddatenbank> abgerufen
- BVGer, B. (17. 08. 2022). *Entscheiddatenbank BVGer*. Von BVGE C-5102/2019 - 17.08.2022:
<https://www.bvger.ch/de/rechtsprechung/entscheiddatenbank> abgerufen
- GDK, K. d.-d. (27. 06. 2019). *Wirtschaftlichkeitsprüfung*. Von <https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/spitaeler/finanzierung/wirtschaftlichkeitspruefung> abgerufen
- WIG, W. I. (01. 04. 2020). *Gewichtung im Rahmen des Spital Benchmarkings*. Von https://ecc-hsk.info/application/files/1416/0024/6582/ZHAW-WIG_Wissenschaftliche_Studie_Gewichtung_im_Spital_Benchmarking.pdf abgerufen