

## Erstes BVG-Urteil zur neuen Spitalfinanzierung

In seinem Urteil vom 7. April 2014 legt das BVG wichtige Grundsätze über die Rechtsauslegung der neuen Spitalfinanzierung fest und gibt Leitplanken für die Preisbildung und das Benchmarking vor.

Die HSK – Verhandlungsstrategie unter der neuen Spitalfinanzierung und im Umfeld von SwissDRG wird weitestgehend durch das BVG Urteil gestützt.

Nachfolgend eine Zusammenfassung des Urteils mit einem Vergleich zur Verhandlungsstrategie HSK.

### Inhalt

---

<b>1</b>	<b>Zusammenfassung.....</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>Spitäler dürfen Effizienzgewinne machen.....</b>	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>Ermittlung der benchmarking-relevanten Betriebskosten.....</b>	<b>5</b>
<b>4</b>	<b>Benchmarking.....</b>	<b>7</b>
<b>5</b>	<b>Berücksichtigung der Tarifstruktur SwissDRG.....</b>	<b>10</b>
<b>6</b>	<b>Einheitsbaserate vs Tarifwettbewerb.....</b>	<b>11</b>

---

Einkaufsgemeinschaft HSK  
c/o Helsana Versicherungen AG  
Postfach  
8081 Zürich

Stettbach, im Mai 2014/DM

## 1 Zusammenfassung

Bundesverwaltungsgericht (BVG)	Bemerkungen HSK
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Spitäler dürfen Effizienzgewinne machen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☑</li> <li>■ Entspricht der HSK-Verhandlungsstrategie</li> <li>■ Effizienz-Gewinn-Zuschlag jedoch nicht automatisiert, sondern ist mit jedem Spital individuell zu verhandeln</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ermittlung der benchmarking-relevanten Betriebskosten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☑</li> <li>■ Mit Ausnahme der Praxis für den Abzug Kontogruppe 65 muss beim HSK-Tarifmodell, dass sich an die Struktur von ITAR_K anlehnt, nichts geändert werden</li> <li>■ Insbesondere sind im HSK Modell keine Intransparenzabzüge vor Benchmark enthalten.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Benchmarking</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☑</li> <li>■ BVG-Urteil entspricht weitestgehend dem HSK-Benchmark-Ansatz mit zweistufigem Preisfindungsmechanismus (Benchmark als Referenzwert, individuelle Preisverhandlungen)</li> <li>■ Benchmark muss auf Basis spitalindividueller Kosten erfolgen</li> <li>■ In einer Übergangsphase ist auch ein Preisbenchmark (verhandelte Tarife) möglich</li> <li>■ Das Benchmark muss mit möglichst vielen Spitälern mit qualitativ guter Datenlage erfolgen; eine Vorselektion z.B. mit ausgewählten Spitälern ist nicht zulässig</li> <li>■ Heutiges Benchmarksystem hat noch Mängel aufgrund fehlender nationaler Vorgaben (fehlende Einheitlichkeit, insbesondere auch bei der Ermittlung der Forschung und universitären Lehre)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Berücksichtigung der Tarifstruktur SwissDRG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☑</li> <li>■ Übereinstimmung mit der Einschätzung, dass die Tarifstruktur SwissDRG in den Einführungsjahren eine Preisdifferenzierung notwendig macht</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Einheitsbaserate vs Tarifwettbewerb</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(☑)</li> <li>■ Eine Einheitsbaserate entspricht nicht der Absicht des Gesetzgebers. Auch wenn das BVG noch keinen Entscheid getroffen hat, verweist es auf die Materialien zur KVG-Revision, aus welcher diese Beurteilung bestätigt wird.</li> </ul>

## 2 Spitäler dürfen Effizienzgewinne machen

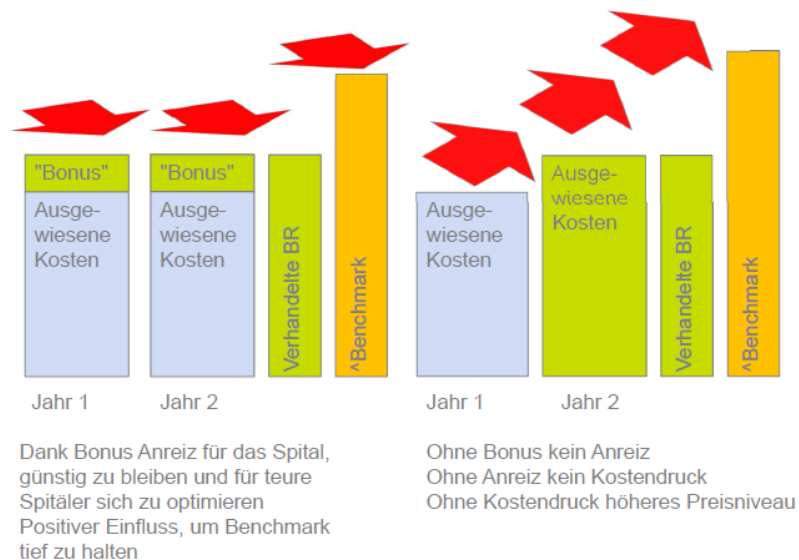
- Aus ihrer Tätigkeit zu Lasten der OKP dürfen Leistungserbringer einen **Effizienzgewinn** erzielen. Ein weitergehender Gewinn ist nicht zulässig, ansonsten der Grundsatz der qualitativ hoch stehenden und zweckmässigen Versorgung zu möglichst günstigen Preisen (Art. 43 Abs. 6 KVG) nicht eingehalten würde.
- Definition Effizienzgewinn: Gewinne, die aus einer rationellen und wirtschaftlichen Leistungserbringung resultieren, d.h. der LERB arbeitet rationeller und wirtschaftlicher, als dies im für ihn anwendbaren Tarif abgebildet ist.
- Der vereinbarte oder festgesetzte Tarif **kann unter den spitalindividuell kalkulierten Fallkosten** liegen.
- Liegt der benchmarking-relevante **Basiswert** eines Spitals **unterhalb** des – gesetzeskonform bestimmten – **Benchmarks**, verstösst es **nicht gegen die Grundsätze des KVG**, wenn die zuständige Kantonsregierung einen Tarif genehmigt oder festlegt, der **mehr als die tarifrelevanten Kosten** des Spitals deckt.
- Ein Gewinn, der sich aus einem Tarif ergibt, der über dem Benchmark liegt, während die spitalindividuellen Kosten darunter liegen, ist mit grösster Wahrscheinlichkeit nicht zulässig. Ein entsprechender Tarif dürfte mit Blick auf Art. 43 Abs. 3 KVG nicht genehmigt werden.
- **Maximum eines zulässigen Tarifes** ist in jedem Fall der **Benchmark** (wenn die ausgewiesenen Kosten darunter liegen).
- Art. 59c KVV ist gesetzeskonform, d.h. im Sinne von Art. 49 KVG auszulegen
  - Mit "ausgewiesenen Kosten der Leistung" sind **nicht die individuellen Kosten** des Spitals, dessen Tarif zu beurteilen ist gemeint, sondern die Kosten des Spitals, welches den **Benchmark** darstellt.
  - Der Benchmark ist gestützt auf die **transparent ausgewiesenen benchmarking-relevanten Betriebskosten** der einzelnen Spitäler zu ermitteln.
- Als "die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten" haben grundsätzlich die Kosten des Spitals, welches den Benchmark bildet, zu gelten (d.h. der Benchmark stellt die für die effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten dar).

### Kommentar

Die HSK-Verhandlungsstrategie unter der neuen Spitalfinanzierung wird durch das BVG voll bestätigt. HSK vertritt die Haltung, dass effizient arbeitenden Spitälern ein Anreiz gegeben werden muss (damit sie auch effizient bleiben). Alles andere würde in eine Kostenspirale führen.

(vgl. Abbildung auf Seite 4)

**Abbildung: Anreize für effiziente Spitäler wirken preisdämpfend**



Quelle: HSK-Präsentation für das BVG-Hearing vom 6.11.2012

Die Frage, wie hoch der **Effizienzgewinn** eines Leistungserbringers sein darf, definiert das BVG wie folgt: Als "die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten" haben grundsätzlich die Kosten des Spitals, welches den Benchmark bildet, zu gelten. Das heisst: Der Benchmarkwert bildet die Obergrenze für eine Baserate mit (Effizienz)-Gewinn-Anteil. Heisst das nun, dass alle unter dem Benchmarkwert liegenden Baserates automatisch auf diesen Benchmarkwert anzuheben sind?

Die HSK-Haltung dazu ist klar nein. Erstens ist der **Benchmark** im Rahmen der Preisfindung als **Referenzwert** zu sehen. Wie das BVG ausführt, sind neben dem Referenzwert (rechnerisch ausgewiesene Kosten oder Benchmark) jedoch auch noch spitalindividuelle Zu- oder Abschläge möglich. Ist zum Beispiel die Transparenz oder die Qualität der ausgewiesenen Daten eines Spitals ungenügend, so kann es nicht im Sinne der Gesetzgebung sein, die Baserate des Spitals trotz effizienter Leistungserbringung automatisch auf die Höhe des Benchmarks anzuheben.

Zweitens – muss mit einem "Bonus" ohnehin restriktiv umgegangen werden, weil gemäss BVG noch **Mängel im Benchmarkverfahren** vorhanden sind (keine schweizweit einheitlichen Standards). Im Weiteren hat sich das BVG nicht dazu geäußert, welches Perzentil für ein nationales Benchmarking das "Richtige" ist.

Drittens - und das ist das Hauptargument - müssen solche Zuschläge **immer im Rahmen der spitalindividuellen Preisverhandlungen** vereinbart werden, denn sonst würde ja das Verhandlungsprimat der Tarifpartner ausgehebelt.

### 3 Ermittlung der benchmarking-relevanten Betriebskosten

- Für die Tarife des **Jahres X** ist grundsätzlich auf die Kosten des **Jahres X-2** abzustellen.
- Weitergeführt wird die Rechtsprechung zu den Ausnahmen, bei welchen auf die Zahlen der unmittelbar vorausgegangenen (X-1) oder nachfolgenden (X / X+1) Rechnungsperiode abgestellt werden kann.
- Die **bisherige Praxis**, die Betriebskosten auf Basis der **OKP-relevanten Betriebskosten** (ITAR\_K = Reine stationäre KVG-Fälle sowie "stationärer Tarif KVG ZV [Zusatzversicherung]") zu berechnen **bleibt bestehen**
- Praxis **zum normativen Abzug** von Zusatzversicherten bleibt bestehen.
- Erträge aus **Kontengruppe 65**: Verzichtet ein Spital auf eine exakte Kostenausscheidung für übrige Dienstleistungen (weil es eine solche als mit einem unverhältnismässigen Aufwand verbunden erachtet), kann keine Gewinnmarge bewiesen werden. In einem solchen Fall sind die Erlöse der Kontengruppe 65 zu **100% in Abzug** zu bringen.
- Zuschläge auf **Debitorenverluste: Fortführung der Rechtsprechung**; d.h. Inkassoverluste dürfen selbst dann nicht auf die OKP überwältzt werden, wenn der Leistungserbringer im System des Tiers garant abrechnet.
- **Forschung und universitäre Lehre**
  - Nur die Kosten für erteilte universitäre Weiterbildung sind als gemeinwirtschaftliche Leistungen auszuscheiden. Die Löhne der Assistenzärztinnen und -ärzte gehören hingegen zu den benchmarking-relevanten Betriebskosten.
  - Ein normativer Abzug ist nur dann vorzunehmen, wenn es der zuständigen Kantonsbehörde nicht gelingt, vom betreffenden Spital die transparenten Daten zu erhalten. In diesem Fall muss der normative Abzug so angesetzt sein, **dass das Spital mit Sicherheit keinen Vorteil** daraus ziehen kann.
- Weitere **gemeinwirtschaftliche Leistungen**
  - Hierunter fallen auch Kosten aufgrund der Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen (Art. 49 Abs. 3 Bst. a KVG).
  - Wird nicht festgelegt, welche Leistungen ein Spital aus regionalpolitischen Gründen zu erbringen hat, lässt sich auch nicht feststellen, welche Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen ausgeschieden werden müssten.
  - Offen, ob die Kosten nach Leistungsort und dem Leistungsbezug ausgewiesen werden müssen (Spitalverbund, mehrere Standorte).
- **Teuerung**: Massgebend ist die **gewichtete Teuerung** für das Jahr X-1, dabei ist für den Personalaufwand auf den Nominallohnindex und für den Sachaufwand auf den Landesindex der Konsumentenpreise (LIK) abzustellen.
- **Intransparenz Abzug**:
  - Bei der Ermittlung der **benchmarking-relevanten Betriebskosten ist kein Intransparenzabzug** vorzunehmen.
  - Spitäler, die keine hinreichend transparente und vollständige Kostenrechnung vorlegen, sollen idealerweise nicht in das Benchmarking einbezogen werden.
  - Die in das Benchmarking einflussenden Kostendaten eines einzelnen Spitals haben Auswirkungen auf die Vergütungen der übrigen Spitäler. Deshalb muss gewährleistet sein, dass der Benchmark soweit möglich auf den effektiven und transparent ausgewiesenen Kosten der in das Benchmarking einbezogenen Spitäler ermittelt wird.

## Kommentar

- **OKP-relevante Betriebskosten:** Für die Verhandlungen und das Benchmarking müssen die Spitäler im ITAR\_K zwingend die Unterscheidung der folgenden Kategorien (Kriterien) vornehmen:

rein stat. KVG Fälle akut	stat. Tarif KVG ZV akut	stat. Tarif KVG Total
---------------------------------	-------------------------------	--------------------------

Für HSK bildet diese Information **der Ausgangspunkt für Transparenz** bei der Berechnung der kalkulatorischen Baserate. HSK hält jedoch an der Forderung fest, die **vollständigen Daten** ("ITAR\_K Gesamtansicht" und nicht nur das "Exemplar Krankenversicherer") zu erhalten. Dies auch vor dem Hintergrund, die Daten möglichst gut plausibilisieren zu können. Dadurch kann das Benchmark qualitativ verbessert werden, was dem BVG-Urteil soweit wie möglich Rechnung trägt (nicht ausgemerzt können kurzfristig die vom BVG gerügte fehlende nationale Standardisierung der Kostenrechnung).

Aufgrund des BVG-Urteils ist klar: eine kantonale Tarifgenehmigungsbehörde muss von den Spitalern die Offenlegung des Minimal-Standards verlangen, denn ohne eine Differenzierung ist ein Tarif nicht genehmigungsfähig.

- **Abzüge Kontogruppe 65/68**  
Ohne datenbasierten Nachweis durch das Spital müssen 100% (anstelle der bisherigen ITAR\_K Anleitung 50%) in Abzug gebracht werden.
- **Debitorenverluste**  
Diese dürfen nicht in den OKP-Tarif eingerechnet werden.
- **Forschung und universitäre Lehre:** Hier besteht aufgrund der fehlenden schweizweiten Vorgaben aus Sicht HSK tatsächlich eine unbefriedigende Situation. HSK wird sich als Tarifpartner dafür einsetzen, dass normative Vorgaben für eine einheitliche Ausscheidung dieser gemeinwirtschaftlichen Leistungen unter den Tarifpartnern einvernehmlich gelöst werden kann. Kurzfristig wird sich HSK an die Vorgaben des BVG halten: Primär sind diese Kosten im Rahmen der Kostenträgerrechnung auszuschneiden. Subsidiär in Form eines normativen Abzuges, wobei sicherzustellen ist, dass ein Spital mit einem normativen Abzug "keinen Vorteil daraus ziehen kann".
- **Weitere normative Berechnungen (Zinsen, Teuerung):**  
Im Tarifmodell HSK (welches auf der Struktur von ITAR\_K basiert) müssen aufgrund des BVG-Urteils keine Anpassungen vorgenommen werden.
- Im Moment unklar ist der Umgang mit der Feststellung des BVG, dass Spitäler mit mehreren Standorten ihre Kosten nach Leistungsort und dem Leistungsbezug auszuweisen haben, wenn es darum geht, gemeinwirtschaftliche Leistungen (insbesondere die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen) eruieren zu können. HSK wird diesen Punkt bei den Verhandlungen mit den betroffenen Spitalern thematisieren.

## 4 Benchmarking

- Der Referenzwert entspricht denjenigen Spitälern, welche die Leistungen der OKP in der **notwendigen Qualität effizient** und **günstig** erbringen (das BVG macht keine Aussage zur Perzentile!).
- Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit ist **ohne Kenntnis der individuellen Kosten** der Spitälern nicht möglich. Da mit dem Betriebsvergleich die Effizienz beurteilt werden soll, hat das Benchmarking grundsätzlich **kostenbasiert** und nicht aufgrund des verhandelten Preises zu erfolgen. Solange für einzelne Kantone verwertbare Kostendaten fehlen, ist während einer Übergangsphase die Orientierung an rechtskräftig festgesetzten oder genehmigten Tarifen anderer Spitälern nicht grundsätzlich unzulässig.
- Das BVG wird (zumindest für das erste Jahr nach Einführung der leistungsbezogenen Fallpauschalen) den Kantonen bei der Umsetzung der Preisbildungsregeln (und insbesondere Festlegung des Benchmarks) einen **sehr weiten Spielraum** einräumen. Erscheint das Vorgehen des Kantons als vertretbar, ist der Entscheid selbst dann zu schützen, wenn andere Vorgehensweisen als besser geeignet erscheinen, die vom Gesetzgeber angestrebten Ziele zu erreichen.
- Der Benchmark soll eine möglichst **grosse** und für alle Spitälern **repräsentative Vergleichsmenge** umfassen, um u.a. frei von Wettbewerbsverzerrungen zu sein und die zu vergleichenden benchmarking-relevanten Kosten- und Leistungsdaten **nach einheitlicher Methode** möglichst genau und realitätsnah zu ermitteln. Nicht zulässig ist ein Benchmarkverfahren, in welchem bestimmte Spitälern/Spitalgruppen vorselektiert werden.
- Es ist **nicht zulässig**, bei der Ermittlung der benchmarking-relevanten Betriebskosten (**also vor dem Benchmarking**) **Intransparenzabzüge** vorzunehmen.
- Da der Benchmark schweizweit vorzunehmen ist, resultiert typischerweise auch ein **schweizweit einheitlicher** Benchmark.
- Bei der Preisgestaltung ist es nicht ausgeschlossen, dass die Tarifpartner nebst dem Referenzwert in begründeten Fällen noch **spitalindividuelle Besonderheiten** berücksichtigen.
- Je geringer die Anzahl Spitälern im Benchmark, desto höher die Anforderungen an eine korrekte Ermittlung der benchmarking-relevanten Betriebskosten.
- Unzulässig ist, wenn der Benchmark bei einem Spital gesetzt wird, dessen benchmarking-relevante Betriebskosten **nicht KVG-konform** erhoben wurden.

### Kommentar

Auf der einen Seite wird die **Vorgehensweise von HSK für das Benchmarking bestätigt**: Das BVG wird vor allem für das erste Tarifjahr unter der neuen Spitalfinanzierung und SwissDRG den Kantonen einen sehr weiten Spielraum für die Tariffindung geben. Das bestätigt die pragmatische Vorgehensweise von HSK für das Tarifjahr 2012 (Benchmarking mit möglichst vielen Spitälern unter Inkaufnahme qualitativer Mängel, anfänglich hoher Verhandlungsspielraum).

Der Fokus für ein Benchmarking muss gemäss BVG auf den **spitalindividuellen Kostendaten** liegen. Auch hier bestätigt das BVG jedoch das Vorgehen von HSK für den Benchmark 2014: Aufgrund der Tatsache, dass für die Verhandlungen 2013 zu wenig repräsentative Daten zur Verfügung standen, hat HSK den Benchmark auf Basis von verhandelten Baserates durchgeführt (Preisbenchmark). Das BVG erachtet dieses Vorgehen zumindest in einer Übergangsphase als nicht grundsätzlich unzulässig.

Auf der anderen Seite kritisiert das BVG indessen, dass zurzeit **keine schweizweit einheitliche Methodik** für die Bemessung der Leistungs- und Kostendaten vorhanden sind und damit im Benchmark nicht sichergestellt werden kann, dass keine Wettbewerbsverzerrungen vorliegen.

**Nicht zulässig** ist gemäss BVG ein Benchmark mit einer **kleinen und/oder vorselektierten Vergleichsgruppe**. Ebenso dürften innerkantonale Benchmarks, welche einzelne Kantone in der Vergangenheit bei der Tarifgenehmigung und/oder -festsetzung angewandt haben, zukünftig nicht mehr möglich sein.

**Fazit:**

HSK wird für die Verhandlungen 2014 alles daran setzen, das Benchmarking **wieder kostenbasiert** und mit möglichst vielen Spitälern durchzuführen. Am Benchmarking-Ansatz muss HSK nichts ändern, da im HSK-Benchmark keine Intransparenzabzüge enthalten waren. In Bezug auf das zu wählende Perzentil hat das BVG keinen Entscheid gefällt.

Die nachfolgende Übersicht zeigt auf, dass sich das HSK-Preisfindungsverfahren fast vollständig mit jenem des BVG deckt. Einzig mit der Feststellung, dass der Benchmark vorteilhaft ohne Teuerung durchzuführen ist, liegt ein Unterschied zum bisherigen HSK Ansatz vor. Weil aber das BVG den Einbezug der Teuerung nicht explizit ausschliesst und vor allem, weil im HSK-Ansatz die Teuerung schweizweit einheitlich und normativ mit der auch unter der neuen Spitalfinanzierung gültigen Formel (Landesindex der Konsumentenpreise/Lohnkostenindex) durchgeführt wird, wird HSK den bisherigen Ansatz zumindest für die laufenden Verhandlungen weiterverfolgen. Letztlich ist es für die Preisfindung aber irrelevant, ob die normativ berechnete Teuerung bereits im Benchmark enthalten ist oder, wenn das nicht der Fall wäre, dann im Rahmen der individuellen Preisfindung dazugeschlagen würde.



Tabelle: Vergleich Benchmarksansatz BVG / HSK

Benchmark-Schema BVG	Bisheriges Benchmark-Schema HSK																
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">reine stat. KVG Fälle</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">stat. Tarif KVG ZV</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; height: 40px;">OKP-relevante Kosten aus dem Basisjahr</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Benchmarking-relevante Betriebskosten</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">: Case Mix</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Benchmarking-relevanter Basiswert oder schweregradbereinigte Fallkosten</td> <td style="text-align: center;">→ Benchmarking</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Benchmark</td> <td style="text-align: center;">↙</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">+ allg. Zuschläge (ANK, Teuerung...)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Referenzwert</td> </tr> </table> </div>	reine stat. KVG Fälle	stat. Tarif KVG ZV	OKP-relevante Kosten aus dem Basisjahr		Benchmarking-relevante Betriebskosten		: Case Mix		Benchmarking-relevanter Basiswert oder schweregradbereinigte Fallkosten	→ Benchmarking	Benchmark	↙	+ allg. Zuschläge (ANK, Teuerung...)		Referenzwert		<p><b>Primäre Preisfindung (Kalkulatorische Baserate und Benchmark)<sup>1</sup></b></p> <p><b><u>Total Kosten gemäss BeBu (Stückrechnung)</u></b>                  ./ Anlagennutzungskosten (ANK)                  ./ Erlöse Kontogruppe 65/68<sup>2</sup>                  ./ Arzthonorare Zusatzversicherte</p> <p><b><u>Nettobetriebskosten I (NBK)</u></b>                  ./ Subsidiärer Abzug für univ. Lehre &amp; Forschung                  ./ Subsidiärer Abzug für gemeinwirtsch. Leistungen</p> <p><b><u>NBK II</u></b>                  ./ Abzug Mehrkosten von zusatzversicherten Personen                  ./ Abzüge für Zusatzentgelte                  ./ Abschlag für nicht universitäre Bildung<sup>3</sup>                  ./ Debitorenverluste, soweit noch nicht berücksichtigt                  ./ Abzug der UV-Zinsen, sofern nicht nach REKOLE®                  + Zuschlag für nicht berücksichtigte Zinsen auf dem UV</p> <p><b><u>Benchmarkrelevante Betriebskosten (BRB)</u></b>                  + Zinsaufwand normativ                  + Teuerung normativ</p> <p><b><u>Benchmarkrelevante Betriebskosten (BRB) HSK<sup>4</sup></u></b>                  + Anlagennutzungskosten</p> <p><b><u>Benchmarkrelevante Betriebskosten (BRB) HSK inkl. ANK</u></b></p> <p><b>: Case Mix = Kalkulatorische Baserate für das Benchmarking</b></p> <p><b>Benchmarking = Referenzwert</b></p>
reine stat. KVG Fälle	stat. Tarif KVG ZV																
OKP-relevante Kosten aus dem Basisjahr																	
Benchmarking-relevante Betriebskosten																	
: Case Mix																	
Benchmarking-relevanter Basiswert oder schweregradbereinigte Fallkosten	→ Benchmarking																
Benchmark	↙																
+ allg. Zuschläge (ANK, Teuerung...)																	
Referenzwert																	

<sup>1</sup> Tarifmodell HSK auf der Basis Datenlieferung ITAR\_K

<sup>2</sup> Bis 2014 gemäss ITAR\_K zu 50%, gemäss BVG neu zu 100% sofern nicht rechnerisch nachgewiesen

<sup>3</sup> Ab ITAR\_K Version 3.0 nicht mehr separat ausgewiesen und deshalb durch HSK nicht mehr berücksichtigt

<sup>4</sup> Beim kostenbasierten Benchmarking werden die ANK nach dem Benchmark dazugeschlagen

Benchmark-Schema BVG	Bisheriges Benchmark-Schema HSK
<p>+ evtl. spitalindividuelle Zuschläge</p> <p style="text-align: right;">Festlegung (Vereinbarung oder Festsetzung)</p> <p style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;">Basisfallwert</p> <p>x Kostengewicht</p> <p style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;">Fallpauschale</p>	<p><b>Sekundäre Preisfindung (Spitalindividuelle Baserateverhandlungen)</b></p> <p><b>Zu- und Abschläge wie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>./. Intransparenzabzüge</li> <li>+ /./. Administrative Prozesse zwischen Leistungserbringer und HSK-Gesellschaften</li> <li>+ /./. Zu- oder Abschläge Transparenz Qualität (ANQ)<sup>5</sup></li> <li>+ Individuelle Teuerung (Spezial- bzw. Ausnahmefälle wie gesetzliche Auflagen)</li> </ul>
<p><b>Erklärung weiterer Begriffe</b></p> <p><i>Tarifrelevante Kosten</i> enthalten in Analogie zu den <i>anrechenbaren Kosten</i> nach aArt. 49 Abs. 1 KVG nicht nur die benchmarking-relevanten Betriebskosten, sondern auch die allgemeinen Zuschläge.</p> <p><i>Spitalindividuell kalkulierte Fallkosten (Schweregrad 1.0)</i> entsprechen den tarifrelevanten Kosten, umgelegt auf den Basisfallwert (ohne Benchmarking).</p>	<p>Die normativen Kosten bzw. Zu- und Abschläge sind in den HSK-benchmark-relevanten Kosten berücksichtigt.</p>

## 5 Berücksichtigung der Tarifstruktur SwissDRG

- Das BVG zitiert in seinem Urteil die Feststellung der SwissDRG AG, dass die Tarifstruktur Version 1.0 noch nicht alle Kostenunterschiede zwischen Spitälern sachgerecht abbilden kann und dass zumindest in den ersten Jahren nach Einführung eine Preisdifferenzierung zwingend ist.
- "Vor diesem Hintergrund wird das BVG - zumindest für das erste Jahr nach Einführung der leistungsbezogenen Fallpauschalen - bei der Umsetzung der Preisbildungsregel einen sehr weiten Spielraum einzuräumen haben".

### Kommentar

- Die Verhandlungsstrategie von HSK wird durch das BVG voll bestätigt. Allerdings ist HSK der Ansicht, dass die Verbesserung der Tarifstruktur ein Prozess über mehrere Jahre ist, aber mit absehbarem Ende.
- Die mehrjährigen Verhandlungsergebnisse von HSK (ab 2012, im Rahmen von Mehrjahresverträgen bis 2016) entsprechen de facto einer vertraglich vereinbarten Konvergenz: Die Baserates nähern sich an (Spitäler mit Baserates über dem Benchmark in Richtung Benchmark).

<sup>5</sup> HSK-Verhandlungsgrundlagen 2014 ab Tarifjahr 2015

## 6 Einheitsbaserate vs Tarifwettbewerb

- Den Materialien zur KVG Revision ist zu entnehmen, dass der Gesetzgeber keinen Einheitsbasispreis für alle Spitäler der Schweiz, eines Kantons oder einer Region einführen wollte, sondern mit jedem Spital ein individuell vereinbarter Tarif.
- Ein konkreter Entscheid hat das BVG jedoch noch offen gelassen.

### Kommentar

- Auch wenn das BVG noch keinen Entscheid getroffen hat: Der Verweis auf die Materialien lässt darauf schliessen, dass der Gesetzgeber kein Einheitsbasispreis einführen will (vgl. dazu auch das Rechtsgutachten Häner / <http://www.ecc-hsk.info/>)