



Landammann und Standeskommission

Sekretariat Ratskanzlei
Marktgasse 2
9050 Appenzell
Telefon +41 71 788 93 11
info@rk.ai.ch
www.ai.ch

Ratskanzlei, Marktgasse 2, 9050 Appenzell

Geht per E-Mail an:

- gever@bag.admin.ch
- tarife-grundlagen@bag.admin.ch

Appenzell, 19. August 2020

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung betreffend die Weiterentwicklung der Planungskriterien sowie die Ergänzung der Grundsätze zur Tarifiermittlung Stellungnahme Kanton Appenzell I.Rh.

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 6. Dezember 2019 haben Sie uns die Vernehmlassungsunterlagen zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung betreffend die Weiterentwicklung der Planungskriterien sowie die Ergänzung der Grundsätze zur Tarifiermittlung zukommen lassen.

Die Standeskommission hat die Vorlage geprüft. Sie lehnt diese vollumfänglich ab. Die Vorschläge des Bundesrates greifen in unverhältnismässiger Weise in die kantonalen Kompetenzen ein, ohne einen nennenswerten Mehrwert zu generieren. Bezüglich unseren Detailanmerkungen zu den einzelnen Bestimmungen verweisen wir auf das beiliegende Antwortformular.

Auch vom Zeitpunkt her erachtet es die Standeskommission angesichts der anspruchsvollen Bewältigung der Coronakrise als sehr unglücklich, gerade jetzt die Planungskriterien und die Bestimmungen zur Tarifiermittlung grundlegend zu revidieren. Angesichts der sowieso bereits angespannten finanziellen Situation der Spitäler aufgrund der Coronakrise und des Lock-downs wäre es unverantwortlich, jetzt weitreichende Entscheide zur Entschädigung der Spitäler nach neuen Tarifregeln zu treffen. Zudem würde die Chance verpasst, bei der Bilanzierung der Krisenbewältigung zu prüfen, welche Lehren bezüglich Spitalplanung zu ziehen sind.

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme und grüssen Sie freundlich.

Im Auftrage von Landammann und Standeskommission

Der Ratschreiber:

Markus Dörig

Beilage:
Antwortformular

Geht an:

- Gesundheits- und Sozialdepartement, Sekretariat
- Ständerat Daniel Fässler, Weissbadstrasse 3a, 9050 Appenzell
- Nationalrat Thomas Rechsteiner (thomas.rechsteiner@parl.ch)

Änderung der KVV und VKL (Planungskriterien und Tarifiermittlung): Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Standeskommission des Kantons Appenzell I.Rh.

Abkürzung der Firma / Organisation : Kt. AI

Adresse : Marktgasse 2, 9050 Appenzell

Kontaktperson : Markus Dörig

Telefon : 071 788 93 11

E-Mail : info@rk.ai.ch

Datum : 17. August 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **20. Mai 2020** an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der KVV und VKL (Planungskriterien und Tarifiermittlung): Vernehmlassungsverfahren

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht _____	3
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____	5
Weitere Vorschläge _____	21

Änderung der KVV und VKL (Planungskriterien und Tarifiermittlung): Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Kt. AI	<p>Zum erläuternden Bericht, Block <i>Anpassung der Kriterien für die Planung von Spitälern, Geburtshäusern und Pflegeheimen</i>, Kapitel I, Abschnitt 1, letzter Satz:</p> <p>«Gemeinsam planen bedeutet, dass im betroffenen Leistungsbereich die Nachfrage bezogen auf die gemeinsame Wohnbevölkerung ermittelt wird und dass bei der Bestimmung des Angebotes die Einrichtungen im gemeinsamen Gebiet berücksichtigt werden.» Eine so enge Definition einer gemeinsamen Planung verschiedener Kantone lehnen wir ab. Den Kantonen sollen verschiedene Varianten gemeinsamer Planung offenstehen. Der zweite Teilsatz ist im Übrigen falsch. Bei der Planung müssen immer alle interessierten oder versorgungsrelevanten Einrichtungen berücksichtigt werden, nicht nur die Einrichtungen mit Standort in den planenden Kantonen.</p>
Kt. AI	<p>Zum erläuternden Bericht, Block <i>Anpassung der Kriterien für die Planung von Spitälern, Geburtshäusern und Pflegeheimen</i>, Kapitel I, Abschnitt 2, zweiter Satz:</p> <p>Diese Aussage ist nicht korrekt. Bei medizinisch nicht begründeten Behandlungen besteht in keinem Fall eine Finanzierungspflicht des Kantons. Es geht hier um die medizinisch nicht zwingende Inanspruchnahme der Leistungen in einer Einrichtung, die nicht auf der kantonalen Liste aufgeführt ist.</p>
Kt. AI	<p>Es stellt sich grundsätzlich die Frage, inwieweit sämtliche Bestimmungen auch für die HSM gelten. Grundsätzlich sind KVG und KVV etc. auch von der HSM (direkt oder in Analogie) einzuhalten. Da die HSM in Art. 58f Abs. 4 explizit genannt ist, akzentuiert sich die Frage. Da die HSM-Leistungsaufträge zudem jeweils nur spezielle Eingriffe betreffen, die in Spitälern mit Leistungsaufträgen der Kantone vorgenommen werden, gehen die HSM-Organen davon aus, dass sie die Anforderungen, die das gesamte Spital betreffen, wie sie zum Beispiel in Art. 58d Abs. 3 festgehalten sind, nicht gesondert überprüfen müssen - sie wären auch nicht in der Lage dazu. Dies sollte in den Erläuterungen festgehalten werden.</p>
Kt. AI	<p>In der Verordnung wird nicht spezifiziert, dass die Leistungsaufträge standortbezogen zu erfolgen haben. Dies hätten wir begrüsst.</p> <p>Zur Begründung verweisen wir auf die GDK-Empfehlungen zur Spitalplanung vom 25.5.2018 (Erläuterungen zu Empfehlung 3 e): «Gerade im Kontext der Versorgungssicherheit, aber auch der Erfüllung der Vorgaben von Art. 39 Abs. 1 KVG ist es unabdingbar, dass die Leistungsaufträge standortbezogen vergeben und eingehalten werden und die kantonale Planung nicht mittels Weitergabe der Leistungsaufträge an ein anderes Spital unterlaufen wird. Kooperationen zwischen Spitälern sind möglich, soweit die fachlichen Voraussetzungen gegeben sind. Die Kantone können entsprechende Auflagen in den Leistungsaufträgen vorsehen, insbesondere im Rahmen der Anforderungen der Leistungsgruppen. Bei Spitalunternehmen mit mehreren Standorten ist es dem Kanton überlassen, Vorgaben für einzelne Standorte zu formulieren.»</p>
Kt. AI	<p>Bezüglich der detaillierten Vorgaben, was der Kanton punkto Qualitätsvorgaben alles zu prüfen hat, ist festzuhalten, dass die Verantwortung für die qualitativ gute Leistungserbringung beim Spital liegt, und nicht vom Kanton übernommen werden kann. Die Kantone können nicht jeden einzelnen Aspekt - allenfalls noch vor Ort - überprüfen, wie der Wortlaut im Verordnungstext suggerieren mag. Die Aufgabe der Kantone ist die Planung und die Aufsicht. Diese Verantwortlichkeitsordnung darf durch die Verordnung nicht verwischt werden. Dies ist entsprechend klarzustellen (vgl. Kommentar zu Art. 58d, Abs. 3 und 4).</p>

Änderung der KVV und VKL (Planungskriterien und Tarifiermittlung): Vernehmlassungsverfahren

Kt. AI	Wir stellen fest, dass die Kantone aufgrund von Art. 58f Abs. 5 verpflichtet werden, leistungsgruppenbezogene Auflagen zu formulieren. Gleichzeitig fehlt in der Verordnung die Verpflichtung zur Anwendung einer einheitlichen Leistungsgruppensystematik. Wir weisen darauf hin, dass damit die Möglichkeit offengelassen wird, dass die Kantone unterschiedliche Systematiken anwenden, und somit die Basis für einheitliche Leistungsaufträge und für gemeinsame Planungen wegfällt. Somit wird die Zielsetzung der Vorlage, nämlich dass die «Unterschiede zwischen den Planungskonzepten der Kantone verringert» werden, aus Sicht der Standeskommission verfehlt und neue Fragen aufgeworfen zum Vollzug der Bestimmungen, welche sich auf Leistungsgruppen beziehen.
Kt. AI	Zum erläuternden Bericht, Block <i>Bestimmungen zur Tarifiermittlung</i> , Kapitel I, Abschnitt 2.1, zweiter und vierter Absatz: Mit Bezug auf die Erreichung des Wettbewerbsziels stellte das Bundesverwaltungsgericht einen Handlungsbedarf bei den akutstationären Spitälern und Geburtshäusern fest. Zu TARPSY sind hingegen noch keine Urteile gefällt worden. Insofern ist der Geltungsbereich der vorgeschlagenen KVV-Änderung zu weit gefasst. Zudem weist die Tarifstruktur TARPSY in ihrem aktuellen Entwicklungsstadium - in noch stärkerem Masse als SwissDRG - erhebliche Abbildungsgrenzen auf, welche die Vergleichbarkeit der Psychiatriekliniken einschränken. Auch die Qualität der Kosten- und Leistungsdaten ist verbesserungswürdig. Daher erachten wir ein gesamtschweizerisches Benchmarking im Bereich der Psychiatrie - mit der gleichen Übergangsfrist und dem gleichen Effizienzmassstab wie in der Akutsomatik - als nicht sachgerecht. Eine Konkretisierung des Effizienzmassstabs sollte, wenn überhaupt, nur in Bezug auf die Tarifstruktur SwissDRG erfolgen und nicht in Bezug auf das «Vergütungsmodell vom Typus DRG». Sollen im TARPSY-Bereich dennoch national einheitliche Vorgaben für das Benchmarking festgehalten werden, so ist zu beachten, dass ein Benchmarking ausschliesslich auf Basis der Tageskosten nicht geeignet ist, um die durchschnittlichen Tageskosten einer wirtschaftlichen und effizienten Leistungserbringung zu ermitteln. Dies, weil die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Psychiatrie aufgrund der Diversität der Behandlungskonzepte sehr unterschiedlich ist. Diese Differenzen werden in den Tageskosten nicht abgebildet. Zu bemerken ist in diesem Zusammenhang auch, dass mit ST Reha demnächst auch die Rehabilitation über eine schweizweit einheitliche Tarifstruktur verfügen wird, welche den vorgegebenen Definitionskriterien (Typus DRG) genügt.
Kt. AI	Zum erläuternden Bericht, Block <i>Bestimmungen zur Tarifiermittlung</i> , Kapitel I, Abschnitt 2.1, letzter Absatz: Die Wahl des 25. Perzentils wird von uns abgelehnt und ist nicht nachvollziehbar, umso mehr, als das Bundesverwaltungsgericht in seinen bisherigen Urteilen Benchmarkwerte bis zum 50. Perzentil gestützt hat. Wenn schon das 25. Perzentil als Obergrenze vorgeschrieben wird, muss dies auch begründet werden. Dasselbe gilt für die Vorgabe, dass der Benchmarkwert in Bezug auf die Anzahl Leistungserbringer bestimmt werden soll (vgl. Kommentar und Antrag Kt. AI zu Art. 59 ^{Cbis} Abs. 1 lit. b). Vor einer Weiterverfolgung des Revisionsvorhabens hat der Bund im Mindesten eine Regulierungsfolgenabschätzung durchzuführen.
Kt. AI	Zum erläuternden Bericht, Block <i>Kostenermittlung und Testat</i> , Kapitel III, Ausführungen zu Art. 10 ^{abis} : «Aufrechterhaltung der Sicherheit», Ausnahmen: Hierzu gehören auch die Betriebsfeuerwehr und die Isolierstationen in Spitälern (vgl. GDK-Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung vom 27.6.2019, Abschnitt 2.2.3 lit. b).

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der KVV und VKL (Planungskriterien und Tarifiermittlung): Vernehmlassungsverfahren

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Kt. AI	58b			Im erläuternden Bericht ist festgehalten: «Zudem sollen Vergleiche, welche im Rahmen der Bedarfsermittlung angestellt werden, namentlich die Orientierung am besten, also ein Benchmarking erlauben, im Gegensatz zur Fortschreibung der bestehenden Trends.» Im Rahmen der Bedarfsermittlung ist noch keine Beurteilung oder kein Vergleich der Leistungserbringer notwendig. Die Aussage ist daher falsch und zu streichen.	Dieser Satz ist zu streichen.
Kt. AI	58b	2		Innerhalb der Planung ist nicht nur das Angebot zu ermitteln, das in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf der Spitalliste sind. Bei «grossen» Spitalplanungen ist stets das ganze Angebot, nämlich auch jenes der Listenspitäler und Vertragsspitäler zu ermitteln.	«Sie ermitteln das Angebot, das <u>in Listenspitälern und</u> in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf der von ihnen erlassenen Liste aufgeführt sind.»
Kt. AI	58d	1		Im Kommentar sollte ergänzt werden, dass die Kantone den heutigen Ermessensspielraum bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit gemäss Art. 58d Abs. 1 behalten, auch wenn die Anpassung von Art. 59c ff. betreffend Tarifiermittlung vom Bundesrat beschlossen würde.	
Kt. AI	58d	1		Im Kommentar sollte ausserdem ergänzt werden, dass der Kanton im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung auch die wirtschaftliche Stabilität des Spitals berücksichtigen kann. Dies im Hinblick auf langfristige Wirtschaftlichkeit und Versorgungssicherheit.	
Kt. AI	58d	1		Erläuternder Bericht, S. 7, 4. Abschnitt: Anpassungsbedarf. Die Möglichkeit des Kostenvergleichs auf Ebene Leistungsbe- reich bzw. einzelne oder mehrere Leistungsgruppen sollte nicht nur im HSM-Bereich gegeben sein. Eine Fokussierung gewisser Nicht-HSM-Leistungsbereiche auf einzelne Leistungserbringer anhand des Evaluationskriteriums Wirtschaftlichkeit sollte nicht ausgeschlossen sein. Die Bestimmung ist deshalb entsprechend anzupassen.	«In der HSM kann der Vergleich der schweregrad- bereinigten OKP-relevanten Fallkosten der Spitäler über alle Leistungsbereiche mit einem Vergleich innerhalb eines spezifischen HSM- <u>Bereichs oder</u> - Teilbereichs <u>ersetzt oder</u> ergänzt werden, wenn u.a. die Voraussetzung der Abbildung nach ICD und CHOP und der genügend grossen Fallzahlen erfüllt sind.»

Änderung der KVV und VKL (Planungskriterien und Tarifiermittlung): Vernehmlassungsverfahren

					Anpassung gemäss Erwägungen nebenan.
Kt. AI	58d	2		<p>Diese Bestimmung betreffend Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Pflegeheime ist im Moment nicht umsetzbar und wird von der Ständekommission abgelehnt.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die OKP beteiligt sich an den Pflegekosten nur mit einem in der KLV festgelegten Fixbetrag pro Pflegestufe, der per se nicht kostendeckend ist (ausser für den eher marginalen Bereich der Akut- und Übergangspflege). Da der Kanton und/oder die Gemeinden für die ungedeckten Pflegekosten via Restfinanzierung aufkommen muss und diese mit bestimmten zusätzlichen Leistungsaufträgen verknüpft sein können, greift diese Bestimmung in die kantonale Versorgungskompetenz ein, ohne dass ein übergeordnetes Interesse des Bundes bzw. der OKP ersichtlich ist. Es sollte deshalb den Kantonen überlassen bleiben, ob und wie sie eine Wirtschaftlichkeitsprüfung bei den Pflegeheimen durchführen wollen. - Die drei bestehenden Bedarfsabklärungsinstrumente mit je mehreren Versionen sind nicht harmonisiert und dadurch sind die Pflegebedarfseinstufungen zwischen Pflegeheimen, welche unterschiedliche Instrumente verwenden, nicht vergleichbar. - Zudem genügt die Abstufung des Pflegebedarfs nach Art. 7a Abs. 3 KLV nicht, um den Schweregrad sachgerecht abzubilden. Teurere Pflegeheime können sehr wohl wirtschaftlich sein, wenn sie besonders anspruchsvolle Pflegepatientinnen und -patienten behandeln und entsprechend hoch qualifiziertes Personal benötigen (z.B. Palliative Care; Multiple Sklerose, ALS oder Versorgung von beatmeten Patientinnen und Patienten). Auch bildet die Pflegestufe den Anteil Behandlungspflege und den Anteil Grundpflege nicht ab. Zudem wird der Wirtschaftlichkeitsvergleich erschwert, weil die höchste Pflegestufe bezüglich Pflegebedarf nach oben offen ist (220 Minuten und mehr). Bevor ein Wirtschaftlichkeitsvergleich sachgerecht ist, wäre hierzu eine Methodik zu entwickeln. 	Streichen

Änderung der KVV und VKL (Planungskriterien und Tarifiermittlung): Vernehmlassungsverfahren

Kt. AI	58d	3 + 4		In diesen beiden Absätzen ist davon die Rede, dass die Kantone die Einhaltung der Mindestanforderungen prüfen müssen. Dies wäre eine Abkehr vom heutigen Vorgehen, das die Leistungserbringer bei der Bewerbung für einen Leistungsauftrag in die Pflicht nimmt, zu deklarieren, ob sie die Mindestanforderungen erfüllen oder nicht. Nach Erteilung des Leistungsauftrags sind die Spitäler heute von den Kantonen verpflichtet, zu melden, wenn sie die Anforderungen nicht mehr erfüllen können. Die Verantwortung für die qualitativ gute Leistungserbringung muss weiterhin bei den Spitälern bleiben. Eine Umkehr wäre unmöglich umsetzbar und wird deshalb von der Standeskommission abgelehnt.	«Bei der <u>Zwecks</u> Beurteilung der Qualität der Spitäler <u>haben diese gegenüber dem Kanton zu deklarieren</u> ist zu prüfen, ob insbesondere folgende Mindestanforderungen für das ganze Spital eingehalten werden:» Anpassung sinngemäss für Abs. 4.
Kt. AI	58d	3		Erläuternder Bericht S. 8, 3. Abschnitt: Aus der Sicht der Kantone sind auch Struktur- und Prozessqualität entscheidend.	«Die <u>Kriterien für die</u> Prüfung des Kriteriums der Qualität <u>basiert insbesondere auf Messresultaten und der Nachweis muss <u>müssen</u></u> ausreichend diskriminierend, justiziabel und überprüfbar sein.»
Kt. AI	58d	3		Erläuternder Bericht S. 8, 4. Abschnitt: Betroffen von dieser Bestimmung ist ausschliesslich die sozialversicherungsrechtliche Zulassung, nicht aber die gesundheitspolizeiliche Zulassung.	«Absatz 3 enthält eine nicht abschliessende Aufzählung und konkretisiert das Kriterium der Qualität im Rahmen der <u>sozialversicherungsrechtlichen Zulassung der Leistungserbringer zur Abrechnung zulasten der obligatorischen Krankenversicherung</u> . Sind sie zugelassen, haben sie den Qualitätsanforderungen des KVG zu genügen.»
Kt. AI	58d	3		Erläuternder Bericht, S. 8, 4. Abschnitt: In diesem Abschnitt wird auf die KVG-Revision zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit verwiesen. Wir erachten es als zwingend, dass die vorliegenden Bestimmungen noch besser mit dieser KVG-Vorlage abgestimmt werden, insbesondere was die Übergangsbestimmungen betrifft. Die in Art. 58d Abs. 3 aufgeführten Vorgaben und Instrumente dürften sinnvollerweise im Rahmen der Umsetzung dieser KVG-Revision erfolgen. Dass die Kantone zwecks fristgerechter Umsetzung gemäss Übergangsbestimmungen vorab solche Instrumente erarbeiten müssten, um sie dann verbindlich zu erklären, kommt nicht in Frage. Im Übrigen weisen wir darauf hin, dass die erwähnte KVG-Revision keine Anpassung der Qualitätsanforderungen herbei-	

Änderung der KVV und VKL (Planungskriterien und Tarifiermittlung): Vernehmlassungsverfahren

				<p>geführt hat, wie es im erläuternden Bericht steht. Die Umsetzung der Vorlage wird allerdings Massnahmen zur Messung, Qualitätsentwicklung und anderes mehr bewirken. Und nicht zuletzt ist darauf hinzuweisen, dass die erwähnten Qualitätsverträge nicht zwingend schweizweit einheitlich ausfallen werden, da sie von den einzelnen Leistungserbringerinnen und -erbringern und Versichererverbänden ausgehandelt werden. Es ist zwingend zu vermeiden, dass die Unterschiede ein Ausmass annehmen, welche schweizweite Qualitätsvergleiche verunmöglichen. Für die Kantone sind im Rahmen der Spitalplanung schweizweit vergleichbare Qualitätsdaten zwingend nötig. Wir beantragen deshalb im Hinblick auf die KVV-Änderung zur Qualitätsvorlage, dass die Versichererverbände mit den Leistungserbringenden im stationären Bereich einheitliche Qualitätsverträge aushandeln müssen. Der erläuternde Bericht lässt die Frage offen, wie allenfalls mit Widersprüchen zwischen kantonalen Vorgaben im Rahmen der Planung und den (allenfalls unterschiedlichen) Verträgen umzugehen wäre. Die GDK fordert, dass die Anforderungen der Kantone in jedem Fall den vertraglich vereinbarten Anforderungen vorgehen.</p>	
Kt. AI	58d	3	a.	<p>Diese Anforderung ist (im Gegensatz zu den Anforderungen in lit. b. bis f.) nicht auf das ganze Spital bezogen, sondern auf die einzelnen Leistungsgruppen, und widerspricht damit der in Abs. 3 enthaltenen Formulierung «für das ganze Spital». Eine leistungsgruppenspezifische Betrachtungsweise ist nicht zwingend sinnvoll und würde die Betriebe weitestgehend ihrer eigenen Personalplanungskompetenz berauben. Die Erfahrung einiger Kantone zeigt, dass detailliertere Vorgaben zur Personaldotation kaum umsetzbar sind. Wichtig ist, dass der Kanton - wo sinnvoll und notwendig - für das ganze Spital oder bestimmte Leistungsbereiche Vorgaben zur Personalverfügbarkeit machen kann, und zwar nach eigenem Ermessen sowohl für das ärztliche wie auch für das Pflegepersonal. Hinweis: Art. 58f Abs. 5 lit. b. formuliert bezüglich Fachpersonal ebenfalls Anforderungen. Damit besteht zu Art. 58d Abs. 3 lit. a eine gewisse Redundanz.</p>	<p>«Leistungsgruppenbezogene <u>Verfügbarkeit von notwendigem</u> Fachpersonal und der Einbezug bedarfsgerechter Expertise»;</p>

Änderung der KVV und VKL (Planungskriterien und Tarifiermittlung): Vernehmlassungsverfahren

Kt. AI	58d	3	a.	Im erläuternden Bericht ist unter dem Thema Personaldotation (Bst. a.) auch Advance Care Planning erwähnt. Die beiden Dinge haben wenig miteinander zu tun. ACP ist daher an dieser Stelle nicht zu erwähnen.	
Kt. AI	58d	3	a.	Im erläuternden Bericht ist bezüglich Personaldotation im Bereich HAI-Prävention von nationalen und internationalen Referenznormen die Rede. Hierzu weisen wir darauf hin, dass nationale Referenznormen im Moment noch nicht bestehen und dass diese wohl für das gesamte Spital gelten würden und nicht für einzelne Leistungsgruppen (vgl. Bemerkung weiter oben). Solange die erwähnten nationalen Referenznormen noch nicht entwickelt sind, müsste auf die im Rahmen der Umsetzung der Strategie NOSO empfohlenen strukturellen Mindestanforderungen zu Organisation und Personal verwiesen werden, wobei auch diese noch nicht verabschiedet sind.	
Kt. AI	58d	3	b.	Erläuternder Bericht (S. 9, 2. Abschnitt): Nicht die Indikatoren sollen verglichen werden, sondern die Ergebnisqualität. Dies gilt auch für den 3. Abschnitt auf S. 11.	«...denn damit wird die gesamtschweizerische Vergleichbarkeit der Indikatoren <u>Ergebnisqualität</u> gewährleistet.»
Kt. AI	58d	3	c.	Das Vorliegen einer Sicherheitskultur ist kein diskriminierendes, justiziables und überprüfbares Kriterium und ist daher zu streichen. Das Kriterium des Schadensmeldesystems lehnen wir ab. Erstens besteht ein solches System heute noch nicht. Zweitens sind die rechtliche Situation bezüglich Vertraulichkeitsschutz für die meldenden Personen sowie haftungsrechtliche Fragen nach wie vor ungeklärt. Im Übrigen weisen wir darauf hin, dass eine flächendeckende Anwendung eines Fehlermeldesystems zwar wünschenswert ist. Eine effektive Qualitätsverbesserung wird damit aber nur erreicht, wenn die Nutzung des Systems im Betrieb gut implementiert ist. Dies ist durch die Kantone nicht überprüfbar.	« Vorliegen einer Sicherheitskultur, insbesondere die Anwendung eines Fehler- und Schadensmeldesystems und der Anschluss an ein gesamtschweizerisch einheitliches Reporting-Netzwerk »;
Kt. AI	58d	3	c.	Erläuternder Bericht. S.9, 3. Abschnitt: Die Sicherheitskultur kann nicht standardisiert gemessen werden. Eine Befragung von Anspruchsgruppen zu kulturellen betrieblichen Sicherheitsaspekten entspricht nicht der gängigen	« Daher beurteilt der Kanton nach Absatz 3 Buchstabe c die Resultate von standardisierten Messungen der Sicherheitskultur. Ein entsprechendes Instrument wurde bereits am Universitätsspital

Änderung der KVV und VKL (Planungskriterien und Tarifiermittlung): Vernehmlassungsverfahren

				Definition einer wiederkehrenden standardisierten Messung. Der Verweis auf eine Befragung am USZ aus 2011 ist zu spezifisch.	Zürich eingesetzt, die eingeführten Standards zur Optimierung der Patientensicherheit durch Vermeidung von Seiten-, Patienten- und Prozedurenwechselungen mit einer Befragung zur Sicherheitskultur überprüft.»
Kt. Ai	58d	3	c.	Erläuternder Bericht: «Die besten Resultate (vorzugsweise das oberste Quartil) aus den Messungen dienen als Ausgangswerte (Minimalstandards) für die Qualitätsverbesserung.» Den Kantonen ist bei der Beurteilung der Qualitätskriterien und Messergebnisse Ermessensspielraum zu belassen. Aussagen des Bundes zu einem Qualitätsbenchmark im Rahmen dieser Vorlage lehnt die GDK entschieden ab.	Satz streichen
Kt. AI	58d	3	d.	Der Kanton kann nur das Bestehen eines Qualitätsmanagementsystems prüfen, nicht aber dessen Zweckmässigkeit. Es ist in der Verantwortung des Spitals, ein für sein Leistungsangebot zweckmässiges System zu betreiben. Dies ist im erläuternden Bericht zu präzisieren. Ebenfalls ist zu präzisieren, dass das QM System für das Spital als Ganzes und insbesondere für die Kernprozesse / Patientennahen Prozesse («hausweites System») betrieben werden muss. Dass der Bund im erläuternden Bericht Aussagen dazu macht, welche Indikatoren im Zusammenhang mit dem PDCA-Zyklus herangezogen werden können, geht zu weit.	
Kt. AI	58d	3	e.	Die Anwendung professioneller Standards einzufordern, ist grundsätzlich zu begrüssen. Hierzu ist den Kantonen aber vollster Ermessensspielraum einzuräumen, wie viele und welche Standards sie überprüfen und wie sie dabei vorgehen wollen. Dies ist im erläuternden Bericht klarzustellen.	
Kt. AI	58d	3	e.	Erläuternder Bericht S. 10, 1. Abschnitt: Bei Standards können nicht durchweg standardisierte Messungen vorgenommen werden, jedoch kann die Einhaltung der Standards anhand von definierten Indikatoren wie z.B. dem Verbrauch von Händedesinfektionsmittel auf einer bestimmten Betriebseinheit beurteilt werden.	«Die Kantone beurteilen dazu die Resultate der standardisierten Messungen.»

Änderung der KVV und VKL (Planungskriterien und Tarifiermittlung): Vernehmlassungsverfahren

Kt.AI	58d	3	f.	Hier müsste auf das im Rahmen der EPD-Verordnungen, die für 2020/2021 erwartet werden, vorgeschriebene Format der eMedikation verwiesen werden. Dieses wäre dann zwingend anzuwenden und würde auch den Anwendungsbereich vorgeben. Unabhängig von dieser Verordnungsbestimmung ist die Erwartung, dass die Spitäler die Medikationssicherheit generell gewährleisten, und zwar bei Verschreibung, Abgabe und Anwendung, nicht nur bei der elektronischen Verordnung. Die Formulierung muss begrifflich mit dem Heilmittelgesetz in Einklang gebracht werden (z.B. «Verschreibung» statt «Verordnung»).	
Kt. AI	58d	4		Pflegeheime und Geburtshäuser im selben Artikel aufzuführen verletzt erstens die Einheit der Materie und wird zweitens den Unterschieden dieser Leistungserbringer nicht gerecht.	Pflegeheime und Geburtshäuser sind in separaten Artikeln zu regeln.
Kt. AI	58d	4		Allgemeine Bemerkung: Die Mindestanforderungen für die Beurteilung der Qualität der Geburtshäuser sind weit von der Realität entfernt formuliert. Im erläuternden Bericht ist der Text, der die Spitäler betrifft, für Geburtshäuser kopiert. Eine Übertragung ist jedoch nicht eins zu eins möglich.	
Kt. AI	58d	4		Für Geburtshäuser wäre aus der Sicht der Kantone als einziges Qualitätskriterium aufzuführen, dass die Geburtshäuser schriftlich festgehaltene Kooperationen mit den Spitälern, denen sie angeschlossen sind, ausweisen können.	Es soll ein neuer Buchstabe mit diesem Kriterium aufgenommen werden.
Kt. AI	58d	4	a.	Erläuternder Bericht, S. 11, 2. Abschnitt: Geht zu weit.	«Beispielsweise müssen sie aufzeigen, dass sie geburtshilfliche oder pädiatrische Schwierigkeiten rechtzeitig erkennen und die entsprechende Expertise zeitgerecht einbezogen wird. Eine entsprechende Studie aus Deutschland zeigt, dass die Verkennung der pathologischen Herztonwehenkurve (Cardiotocography, CTG) und das damit einhergehende Unterlassen der Hinzuziehung eines Arztes oder einer Ärztin die wichtigste Risikokonstellation ist.»

Änderung der KVV und VKL (Planungskriterien und Tarifiermittlung): Vernehmlassungsverfahren

Kt. AI	58d	4	b.	Es bestehen heute keine nationalen Qualitätsmessungen für Geburtshäuser, ausgenommen der punktuell gemessenen Zufriedenheit der Klientinnen. Der entsprechende Abschnitt im erläuternden Bericht ist zu streichen, die Kantone können die Teilnahme und die Resultate nicht prüfen.	Lit. b. für Geburtshäuser soll gestrichen werden.
Kt. AI	58d	4	C.	Vgl. Bemerkung zu Art. 58d Abs. 3 lit. c. Da es für Pflegeheime und Geburtshäuser noch keine Fehlermeldesysteme gibt, lehnen wir diese Bestimmung ab.	Streichen
Kt. AI	58d	4	C.	Erläuternder Bericht, S. 11, 4. Abschnitt: Der entsprechende Abschnitt zur Sicherheitskultur, zu standardisierten Messungen und zu Verbesserungsmassnahmen in den Geburtshäusern ist zu streichen (vgl. Bemerkung zu Art. 58d Abs. 3 lit. c.).	Streichen
Kt. AI	58d	4	d.	Für Geburtshäuser ist in der Schweiz kein QM-System bekannt. Bestehende Systeme sind für Geburtshäuser nicht praktikabel und nicht auf die Grösse und Art der Institution eines Geburtshauses übertragbar. Stattdessen ist vorstellbar, dass die Geburtshäuser bis zum Ende der Übergangsbestimmungen ein Zertifikat entwickeln.	Streichen. Eventualiter anpassen: <u>«Betreiben eines Qualitätsmanagementsystems-Erwerb eines Zertifikats für Geburtshäuser;»</u>
Kt. AI	58d	4	e.	Für Geburtshäuser nicht verhältnismässig.	Lit. e. für Geburtshäuser streichen.
Kt. AI	58d	4	f.	Die Hebammen dürfen keine Medikamente verschreiben oder abgeben. Sie dürfen sie nur in bestimmten Fällen anwenden (vgl. Art. 52 Arzneimittelverordnung). Daher ist diese Vorgabe weder sinnvoll noch verhältnismässig. Für Pflegeheime ist die Bemerkung zu Art. 58d Abs. 3 lit. f. zu berücksichtigen.	Lit. f. für Geburtshäuser streichen. Für Pflegeheime: Die Formulierung muss begrifflich mit dem Heilmittelgesetz in Einklang gebracht werden (z.B. «Verschreibung» statt «Verordnung»).
Kt. AI	58d	5		Siehe Bemerkung zu Art. 58d Abs. 4 lit. b. betreffend Geburtshäuser. Hinweis zum erläuternden Bericht, S. 12, 3. Abschnitt: Für Geburtshäuser und Pflegeheime existieren keine ANQ-Messungen.	<u>«Bei der Beurteilung der Qualität der Spitäler, und der Pflegeheime und der Geburtshäuser können die Ergebnisse von national durchgeführten Qualitätsmessungen als Auswahlkriterien berücksichtigt werden.»</u>
Kt. AI	58d	6		Mit den Aussagen im erläuternden Bericht sind wir einverstanden. Die vorgeschlagene Rechtsnorm ist in der vorliegenden Formulierung aber nicht verständlich.	<u>«Im Spitalbereich ist auf die Nutzung von Synergien und das Potential der Konzentration von Leistungen zu achten und das Optimierungspotenzial zu berücksichtigen, das mit einer Konzentration</u>

Änderung der KVV und VKL (Planungskriterien und Tarifiermittlung): Vernehmlassungsverfahren

					von Leistungsgruppen für die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Leistungen verbunden ist.»
Kt. AI	58d	7		Diese Bestimmung ist unverständlich und unseres Erachtens redundant.	Streichen
Kt. AI	58d	8		Diese Bestimmung begrüßen wir ausdrücklich. Da Wirtschaftlichkeit und Qualität nicht nach Leistungsspektrum geprüft werden müssen, ist ein Satzteil zu streichen.	«Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität kann sich auf die <u>Beurteilung Ergebnisse</u> anderer Kantone stützen, wenn diese aktuell und in Bezug auf das zu erbringende Leistungsspektrum aussagekräftig sind ist.»
Kt. AI	58e			Erläuternder Bericht, S. 12, zweitletzter Abschnitt: Gemäss KVG sind generell nur medizinisch begründete Behandlungen zu vergüten. Hier geht es um medizinische Gründe für eine Behandlung in einem Spital, das nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist (vgl. Art. 41 Abs. 3 KVG).	Abschnitt korrigieren.
Kt. AI	58e	1	b.	Entgegen der Aussage im erläuternden Bericht (S. 12, letzter Abschnitt) ist diese Bestimmung nicht im heute gültigen Art. 58d KVV enthalten. Ausserdem sind die Begriffe «Wirtschaftlichkeitspotential» und «Qualitätspotential» nicht definiert. Da die Bestimmung in Bezug auf den konkreten Vollzug nicht umsetzbar ist, beantragen wir, sie zu streichen.	Streichen.
Kt. AI	58e	1	c.	Korrektur nötig.	«die Planungsmassnahmen mit den betroffenen Kantonen <i>zu</i> koordinieren.»
Kt. AI	58e	2		Allgemeine Bemerkung: Aus der Sicht der Standeskommission ist es eigentlich nicht nötig, dass auf Bundesstufe definiert wird, wer von einer Planung eines Kantons betroffen ist. Dazu geben bereits die GDK-Empfehlungen zur Spitalplanung Anhaltspunkte. Wenn dennoch an der Bestimmung festgehalten wird, müsste festgehalten werden, dass auch Nachbarkantone betroffen sind.	Streichen. Eventualiter: d. Streichen bzw. ersetzen durch « <u>die benachbarten Kantone</u> »
Kt. AI	58e	2	c.	Korrektur nötig.	«die Kantone, für deren Planung die aktuellen oder erwarteten interkantonalen Patientenströme aus dem planenden Kanton oder in die innerkantonalen Einrichtungen <u>mit Standort im planenden</u> des planenden Kantons wichtig sind»

Änderung der KVV und VKL (Planungskriterien und Tarifiermittlung): Vernehmlassungsverfahren

Kt. AI	58e	2	d.	Es ist nicht klar, was Intention der Bestimmung ist und wie sie umgesetzt werden sollte.	Streichen
Kt. Ai	58f			Generelle Bemerkung: Terminologie betreffend «Leistungsspektrum», «Leistungsbereiche» und «Leistungsgruppen» ist möglichst einheitlich und stringent zu benutzen.	Der Wortlaut «ganzes Leistungsspektrum» ist wenn möglich durch «alle Leistungsgruppen» zu ersetzen.
Kt. AI	58f	3		Der 2. Satz ist missverständlich formuliert. Es ist anzunehmen, dass es hier um die in den GDK-Empfehlungen zur Spitalplanung (Empfehlung 3 c) formulierte Idee geht, dass jeder Kanton um die Versorgungssicherheit in allen Leistungsbereichen bzw. -gruppen besorgt sein sollte. Dies würden wir begrüßen. Dann ist aber eine Anpassung der Formulierung nötig. Es muss unmissverständlich klar sein, dass aus dieser Bestimmung kein Anspruch eines Spitals auf einen Leistungsauftrag für das gesamte Leistungsspektrum abgeleitet werden kann.	Den 2. Satz in einen eigenen Absatz abtrennen und wie folgt ändern: «... Es werden für das ganze Leistungsspektrum <u>Der Kanton erteilt für sämtliche Leistungsgruppen mindestens von Spitälern und Geburtshäusern einen Leistungsauftrag äge an ein inner- oder ausserkantonales Spital erteilt.</u> »
Kt. AI	58f	4		Die Spitalplanung der hochspezialisierten Medizin stützt sich auf das Krankenversicherungsrecht, sodass auch dessen Planungsvorgaben von den Organen der IVHSM soweit sinnvoll beachtet werden müssen. Dies wurde durch die Rechtsprechung immer wieder bestätigt. Mit diesem Absatz wird nicht klar, ob dies weiterhin so gelten soll oder nicht. Falls ja: Es sind auch nicht alle neuen Vorgaben anwendbar. Hier wäre Klärung notwendig.	
Kt. AI	58f	4		Erläuternder Bericht, S. 13, 5. Abschnitt	«...dass das <u>HSM-Beschlussorgan</u> Fachorgan seine Entscheide <i>gestützt auf die Vorgaben der IVHSM ...</i> »
Kt. AI	58f	4		Korrekturbedarf.	«Im Bereich der hochspezialisierten Medizin setzt das zuständige interkantonale <u>HSM-Beschlussorgan</u> die <u>Bereiche und</u> Teilbereiche des Leistungsspektrums und die entsprechenden <u>Anforderungen und</u> Auflagen fest.»
Kt. AI	58f	5		Da im erläuternden Bericht (S. 13, 6. Abschnitt) auf die GDK-Empfehlung für eine Anwendung einer einheitlichen Leistungsgruppensystematik SPLG hingewiesen wird und diese Systemat-	Streichen. Eventualiter: «Die im Rahmen der kantonalen Spitalplanung <i>im</i>

Änderung der KVV und VKL (Planungskriterien und Tarifiermittlung): Vernehmlassungsverfahren

				<p>tik die in Art. 58f Abs. 5 lit. a bis g enthaltenen Anforderungen ohnehin schon enthält, stellt sich die Frage nach dem Nutzen des Art. 58f Abs. 5.</p> <p>Eventualiter: Falls an der Bestimmung festgehalten wird, müsste präzisiert werden, dass sie nur für die Akutsomatik Gültigkeit hat. Die Kriterien sind für die Bereiche Psychiatrie und Rehabilitation nicht anwendbar.</p>	<p><i>Bereich der Akutsomatik</i> erteilten Leistungsaufträge halten fest, welche der folgenden Auflagen pro Leistungsgruppe zu erfüllen sind:»</p>
Kt. AI	58f	5	a.	<p>Die Auflage der «Verfügbarkeit eines Grundangebots in den Fachgebieten Innere Medizin und Chirurgie» gilt nicht für alle Spezialkliniken.</p>	<p>Im erläuternden Bericht sollte explizit darauf hingewiesen werden, dass nicht für alle Kliniken sämtliche Auflagen nach Art. 58f Abs. 5 lit. a bis h gemacht werden müssen.</p>
Kt. AI	58f	5	b.		<p>«Verfügbarkeit der Fachärztinnen und Fachärzte und ihre <i>Fortbildung Weiterbildung</i>;»</p>
Kt. AI	58f	5	d.		<p>«Verfügbarkeit und Anforderungsstufe der Intensiv- oder Überwachungsstation;»</p>
Kt. AI	58f	5	f.		<p>«Qualitätssicherung, <i>zum Beispiel</i> namentlich interdisziplinäre Fallbesprechung;»</p>
Kt. AI	58f	6	c.	<p>Es handelt sich hier um Sanktionen, nicht um Auflagen wie im Art. 6 einleitend geschrieben. Aber was ist damit gemeint? Könnten aufgrund dieser Bestimmung degressive Tarife vorgesehen werden?</p>	
Kt. AI	58f	7		<p>Als allgemeine Bemerkung möchten wir festhalten, dass das Verbot unsachgemässer ökonomischer Anreizsysteme nur beschränkt Wirkung entfalten kann, solange der Bereich der Zusatzversicherung unangetastet bleibt. Das Spital hat auch mit einem Boni-Verbot als Betrieb immer noch den Anreiz zur Mengenausweitung, solange die Zusatzversicherung für Eingriffe lukrative Entschädigungen vorsieht.</p>	
Kt. AI	58f	7		<p>Diese Bestimmung erwähnt auch die Umgehung der Aufnahme-pflicht nach Art. 41a des Gesetzes. Es wird aber nicht klar, was</p>	<p>«...zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung oder zur Umgehung der Aufnahme-pflicht</p>

Änderung der KVV und VKL (Planungskriterien und Tarifiermittlung): Vernehmlassungsverfahren

				damit gemeint ist und wie das von den Kantonen konkret im Sinne eines «Verbots unsachgemässer ökonomischer Anreizsysteme» als Auflage formuliert werden müsste. Daher ist dieser Teil zu streichen.	nach Artikel 41a des Gesetzes vor.»
Kt. AI	59c	3		Grundsätzlich begrüsst die GDK die Förderung ambulanter Pauschalen, wenn diese sinnvoll sind. Diese sind auch Teil des Pakets I der Kostendämpfungsmassnahmen, die aktuell im Parlament beraten werden. Dass der Bund nun dazu schon eine Verordnungsbestimmung erlässt, erachten wir als zu früh.	Streichen.
Kt. AI	59c ^{bis}	1		Abs. 1 ist zu vereinfachen und die führende Rolle der Tarifpartner respektive der Kantone auch redaktionell zum Ausdruck zu bringen (s. Antrag). Die Behandlungen und die Behandlungsintensität werden von TARPSY ungenügend abgebildet. Ein Vergleich der schweregradbereinigten Tageskosten benachteiligt Kliniken, die ihre Patientinnen und Patienten kurz aber intensiv und entsprechend zu höheren Tageskosten behandeln. Als Folge davon würden die Behandlungen weniger intensiv ausgestaltet und die Aufenthaltsdauern verlängert. Vor diesem Hintergrund ist es angezeigt, auch in der Psychiatrie die schweregradbereinigten Fallkosten zu vergleichen.	«1 Für die Tariffberechnung bei einem Vergütungsmodell vom Typus DRG wird <u>ermitteln die Versicherer bzw. die zuständige Genehmigungsbehörde</u> einen Benchmarkwert ermittelt aufgrund der Kosten des Leistungserbringers, der die Referenz (Benchmark) bildet. Der Benchmarkwert wird wie folgt ermittelt: Dazu a. In einem ersten Schritt werden <u>berechnen sie</u> die nach Art. 10a ^{bis} Abs. 3 der Verordnung vom 3. Juli 2002 ² über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) hergeleiteten, schweregradbereinigten Fall- oder Tageskosten aller Leistungserbringer in der Schweiz berechnet , die ihre Leistungen nach demselben Vergütungsmodell abrechnen; nicht verwendet werden Daten, die: »
Kt. AI	59c ^{bis}	1	a	Es ist essenziell, Tarifpartnern und Kantonen bei der Wahl der verwendeten Daten weiterhin Ermessensspielraum zuzugestehen. Denn ob diese einen Datensatz, der ihren jeweiligen qualitativen Mindestanforderungen nicht genügt (nach allfälligen Korrekturen) verwenden oder vom Benchmarking ausnehmen, hängt davon ab, ob ihnen eine genügend grosse, repräsentative Anzahl Vergleichsspitäler für den Wirtschaftlichkeitsvergleich zur Verfügung steht. Auch das VKL-Testat würde eine Plausibilitätsprüfung nicht ersetzen und ist kein Garant für die Qualität der Daten (vgl. deshalb unseren Kommentar und Antrag zu Art. 59c ^{bis} Abs. 2 E KVV).	Ende 3. Satz: «...; nicht verwendet werden Daten, die: 1. <u>nach Ermessen der Tarifpartner oder der Kantone</u> eine Qualität aufweisen, die nicht ausreicht, um die Fall- oder Tageskosten transparent herzuleiten, ...»

Änderung der KVV und VKL (Planungskriterien und Tarifiermittlung): Vernehmlassungsverfahren

Kt. AI	59c ^{bis}	1	b.	<p>Die Standeskommission lehnt die Festlegung eines maximal verwendbaren Perzentilwerts in aller Klarheit ab. Unseres Erachtens ist die Festlegung auf das 25. Perzentil in der Verordnungsbestimmung nicht mehr durch die Kompetenz des Bundesrats zum Erlass von Grundsätzen für eine wirtschaftliche Bemessung der Tarife gedeckt. Sie verletzt unseres Erachtens ausserdem den Ermessensspielraum der Kantone und andererseits die Tarifautonomie der Vertragsparteien. Mit dem vorgeschlagenen 25. Perzentil gewichtet nach Anzahl Leistungserbringer erhalten Geburtshäuser sowie Kliniken mit stark eingeschränktem Leistungsangebot oder mit begrenzter Betriebsdauer (bspw. 5-Tage-Woche) übermässig Gewicht. Eine Gewichtung nach Anzahl Leistungserbringer (statt Anzahl Fälle) lehnt die Standeskommission daher ab. Soll im Bereich TARPSY - entgegen unseres Antrags - ebenfalls ein Effizienzmassstab in der KVV festgeschrieben werden, so müssen bei dessen Ermittlung zwingend die <i>Fallkosten</i> der Spitäler berücksichtigt werden.</p>	<p>«In einem zweiten Schritt werden die schweregradbereinigten Fall- oder Tageskosten desjenigen Leistungserbringers als <i>wird der</i> Benchmarkwert ausgewählt, der gemessen an der Anzahl Leistungserbringer höchstens dem 25. Perzentilwert entspricht.»</p>
Kt. AI	59c ^{bis}	2		<p>Die Datengrundlage für den Benchmark stellt aus Sicht GDK das einzige Element in der Tariffindung dar, bei welchem eine Vereinheitlichung auf dem Verordnungsweg potenziell Sinn macht. Mit der Umsetzung von Art. 49 Abs. 8 KVG steht den Akteuren ab 2020 zum ersten Mal eine schweizweite Übersicht der schweregradbereinigten Fallkosten (demnächst auch der Tageskosten) für Tariffindungszwecke zur Verfügung. Diese beruhen auf Daten, welche nach einheitlichen (GDK-)Kriterien plausibilisiert worden sind. Wird nun gerade dieser Betriebsvergleich lediglich als eine <i>mögliche</i> Quelle für die Ermittlung des Effizienzmassstabs dargestellt, bleibt die Heterogenität der verwendeten Datengrundlagen bei den Akteuren weiterhin bestehen. Die GDK beantragt deshalb, die Verwendung des Betriebsvergleichs nach Art. 49 Abs. 8 KVG für verbindlich zu erklären, sofern die entsprechenden schweregradbereinigten Fall- oder Tageskosten darin enthalten sind. Es müsste auf Ebene Bundesrecht sichergestellt werden, dass auch die Preisüberwachung auf diese Datenbasis abstellen muss. Vorerst soll nur ein Vergleich auf Basis der Fallkosten vorgesehen werden (vgl. Bemerkung zu Art. 59c^{bis}, Abs. 1). Damit der Betriebsvergleich für die</p>	<p>«Für die Ermittlung des Benchmarkwerts kan <u><i>muss</i></u> der Betriebsvergleich nach Art. 49 Abs. 8 herangezogen werden, wenn die entsprechenden schweregradbereinigten Fall- oder Tageskosten darin enthalten sind und diese mit einem Testat nach Art. 9 Abs. 5bis VKL belegt wurden. <u><i>Der Betriebsvergleich wird spätestens vier Monate nach Ablauf des für die Datenerhebung massgebenden Kalenderjahres veröffentlicht.</i></u>»</p>

Änderung der KVV und VKL (Planungskriterien und Tarifiermittlung): Vernehmlassungsverfahren

				Tarifverhandlungen beigezogen werden kann, ist er spätestens bis vier Monate nach Ablauf des für die Datenerhebung massgebenden Kalenderjahrs zu veröffentlichen. Dies ist am Ende von Abs. 2 festzuhalten.	
Kt. Ai	59c ^{bis}	3		Vgl. Bemerkung zu Art. 59c ^{bis} Abs. 2: Die GDK beantragt, die Verwendung des Betriebsvergleichs nach Art. 49 Abs. 8 KVG für verbindlich zu erklären und eine Konkurrenz mit weiteren Betriebsvergleichen zu vermeiden.	Streichen
Kt. AI	59c ^{bis}	4		Die Anwendung von Zu- und Abschlägen durch die Versicherer (bzw. deren Einkaufsgemeinschaften) und die kantonalen Genehmigungs- und Festsetzungsbehörden im Sinne einer Tarifiedifferenzierung aufgrund spitalindividueller Besonderheiten soll weiterhin eine Option bleiben.	« <u>Die Versicherer oder deren Einkaufsgemeinschaften sowie die Kantone können auf dem ermittelten</u> Benchmarkwert werden Zuschläge bei denjenigen Leistungserbringern vorgenommen <u>vornehmen</u> , die zusätzliche Leistungen erbringen, die folgende Voraussetzungen erfüllen: ...»
Kt. AI	59c ^{bis}	5		«Auf dem Benchmarkwert...»: umformulieren analog Art. 59c ^{bis} Abs. 4.	« <u>Die Versicherer oder deren Einkaufsgemeinschaften sowie die Kantone können auf dem ermittelten</u> Benchmarkwert werden Abzüge insbesondere bei denjenigen Leistungserbringern vorgenommen <u>vornehmen</u> , die ...»
Kt. AI	59c ^{bis}	5	a	Die Bestimmung ist unklar formuliert. Es kann nicht nachvollzogen werden, in welchen Fällen Abzüge möglich sind. Zudem sollte - wenn überhaupt - dann auch der quantitative Rahmen festgelegt werden.	Lit. a streichen oder präzisieren
Kt. AI	59c ^{bis}	7 + 8		Die Berechnungsformel ergibt sich aus dem Grundmodell DRG und braucht nicht auf Verordnungsstufe festgehalten zu werden.	Streichen
Kt. AI	59c ^{bis}	9	a	Bezug zu überprüfen. Die Basisfallwerte sind in Abs. 8 (statt Abs. 7) definiert.	«die Basisfallwerte nach Absatz 7 <u>Absatz 8</u> ;»
Kt. AI	II	1 + 2		Die meisten Kantone befinden sich aktuell im Prozess für eine neue Spitalplanung. Diese Kantone dürfen durch die neue Verordnung nicht daran gehindert werden, ihre Planung wie beabsichtigt zu Ende zu führen. Müssten die Kantone nochmals von	Anpassen

Änderung der KVV und VKL (Planungskriterien und Tarifiermittlung): Vernehmlassungsverfahren

				<p>vorne beginnen und die Vorbereitung der Spitäler für die Erfüllung der Anforderungen abwarten bis mit dem Bewerbungsverfahren gestartet werden könnte, würde das eine grosse Verzögerung bedeuten. Die Übergangsbestimmungen haben dem Rechnung zu tragen. Ausserdem weisen wir auch an dieser Stelle darauf hin, dass diese Revision inhaltlich und zeitlich auf die Verordnungsänderung zur KVG-Revision Qualität und Wirtschaftlichkeit abgestimmt werden muss.</p>	
Kt. AI	II	3		<p>Übergangsbestimmungen, Abs. 3: Vgl. Bemerkung zu Art. 58d Abs. 2. Die Anzahl Pflegeheime, die miteinander verglichen werden müssten, ist massiv höher als die Anzahl zu vergleichender Spitäler. Die Anpassungsfrist für Pflegeheime ist deshalb auf fünf Jahre festzulegen. Dies auch deshalb, weil Art. 8b der KLV-Änderung vom 2. Juli 2019 ein neues Bedarfsermittlungsinstrument gestützt auf wissenschaftlich anerkannte Zeitstudien vorschreibt, welches zuerst eingeführt werden müsste, bevor gestützt darauf eine Evaluation erfolgen kann.</p>	«Die Listen der Pflegeheime müssen innert drei <u>fünf</u> Jahren nach Inkrafttreten der Änderung vom ... den Planungskriterien nach dieser Verordnung entsprechen.»
Kt. AI	II	4		<p>Für die Definition des Effizienzmassstabs unter TARPSY sind weitere methodologische Abklärungen nötig. ST Reha wird nach heutigem Stand der Planung voraussichtlich 2022 eingeführt. Die Übergangsfrist bis 2023 ist für beide Bereiche viel zu knapp bemessen. Dieser Absatz ist daher zusammen mit der Streichung von Art. 59^{Cbis} Abs. 1 lit. b aus der Vorlage zu entfernen. Sollen die Psychiatrie und die Rehabilitation - entgegen unserer Anträge - von der Neuregelung ebenfalls betroffen sein, so sind die Übergangsbestimmungen entsprechend anzupassen und zu differenzieren.</p>	Streichen
Kt. AI	VKL Art. 9	5 ^{bis}		<p>Die Einführung eines VKL-Testats ist generell zu begrüßen. Einen noch höheren Beitrag zur Verbesserung der Datenqualität als das VKL-Testat würde die Ausweitung der REKOLEZertifizierung auf die Handhabung des Kostenträgerausweises ITAR_K leisten. Denn die Kantone stellen bei der Plausibilisierung der ITAR_K-Daten im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung immer wieder fest, dass REKOLE von den Spitälern (trotz Zertifikat) nicht korrekt umgesetzt wird.</p>	

Änderung der KVV und VKL (Planungskriterien und Tarifiermittlung): Vernehmlassungsverfahren

Kt. AI	VKL 10a ^{bis}			Die Festlegung einer einheitlichen Vorgehensweise auf Stufe VKL ist zu begrüssen. Die Orientierung an der von der GDK empfohlenen Methode gewährleistet die Kohärenz zur in Art. 59 ^{Cbis} Abs. 2 E-KVV vorgeschlagenen und nach Ansicht der GDK verbindlich vorzuschreibenden Verwendung der Betriebsvergleiche nach Art. 49 Abs. 8 KVG. Anpassungsantrag gemäss Bemerkung zu Art. 59 ^{Cbis} Abs. 1.	«3 Die schweregradbereinigten Fall- oder Tages- kosten ergeben sich aus den angepassten Kosten ...»

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der KVV und VKL (Planungskriterien und Tarifiermittlung): Vernehmlassungsverfahren

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			

Änderung der KVV und VKL (Planungskriterien und Tarifiermittlung): Vernehmlassungsverfahren

werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			