

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Kanton Basel-Stadt

Abkürzung der Firma / Organisation : BS

Adresse : Rathaus, Marktplatz 9, 4001 Basel

Kontaktperson : Dorothee Frei Hasler, Generalsekretärin, Gesundheitsdepartement

Telefon : 061 267 95 49

E-Mail : dorothee.frei@bs.ch

Datum : 25.08.2020

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 **2. September 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	_____	7
Weitere Vorschläge	_____	20
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:	_____	Fehler! Textmarke nicht definiert.

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

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
BS	<p>Der Kanton Basel-Stadt nimmt im Folgenden allgemein Stellung zur vorliegenden Vernehmlassung, unterteilt in die Abschnitte „Planungskriterien“ und „Tarifiermittlung“ der Vorlage.</p> <p>Planungskriterien:</p> <p>Zu demjenigen Teil der Vorlage, der die Spital- und Pflegeheimplanung betrifft, halten wir fest, dass wir als Kanton den Mehrnutzen der vorgeschlagenen Änderungen gegenüber den heute geltenden Verordnungsbestimmungen als sehr gering beurteilen. Die revidierten Bestimmungen orientieren sich zwar insbesondere an der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts und den Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung der GDK. Ferner werden REKOLE® und ITAR_K© von H+ aufgrund deren Bedeutung und Verbreitung grundsätzlich nicht in Frage gestellt. Trotzdem ist die vorliegende Revision ungenügend, so ist sie insbesondere zu umfassend und engt die Planungsgestaltung der Kantone aufgrund präziser Bundesvorgaben zu stark ein. Der Bund greift damit unverhältnismässig in die Kompetenz der Kantone ein.</p> <p>Gewisse Elemente, welche eine sinnvolle Vereinheitlichung der Spitalplanungen hätten bewirken können, sind in der Vorlage nicht zu finden. So insbesondere die Leistungsgruppensystematik in den drei Versorgungsbereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation. Damit wird den Kantonen die unterschiedliche Anwendung von Systematiken offen gelassen, was bewirken kann, dass die Grundlage für einheitliche Leistungsaufträge und für gemeinsame Planungen möglicherweise entfällt.</p> <p>Ferner ist die Vorlage zu wenig auf die Umsetzung der KVG-Revision zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit abgestimmt. So muss sichergestellt werden, dass die bestehenden Qualitäts-Organisationen wie etwa die Stiftung Patientensicherheit oder der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) nicht in ihrer Existenz bedroht werden. Eine Anpassung der KVV-Spitalplanungskriterien müsste auf dieser Vorlage aufbauen und auch in zeitlicher Hinsicht darauf abgestimmt werden. Mit den vorgeschlagenen detaillierten Planungskriterien und vor dem Hintergrund des vom Bundesrat im Rahmen des Pakets I zur Kostendämpfung vorgeschlagenen Beschwerderechts der Versichertenverbände werden die kantonalen Spital- und Pflegeheimlisten sehr angreifbar, so dass für versorgungsrelevante Leistungserbringer eine mehrjährige Rechtsunsicherheit entstehen könnte.</p> <p>Abschliessend sei zu den Planungskriterien noch folgende Bemerkung anzubringen: Bezug nehmend auf die Bewältigung der Corona-Krise, mit der wir seit Februar dieses Jahres beschäftigt sind, ist die vorgeschlagene Revision neu zu beurteilen. Bei der Bilanzierung und Analyse der Krisenbewältigung muss geprüft werden, welche Lehren und Rückschlüsse bezüglich Spitalplanung zu ziehen sind. Eine KVV-Revision zur Spitalplanung sollte diese Prüfung miteinbeziehen.</p> <p>Für weitere Bemerkungen zu einzelnen Bestimmungen wird auf die untenstehende tabellarische Zusammenstellung verwiesen.</p>

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

Aufgrund der obigen Ausführungen lehnt der Kanton Basel-Stadt die vorgeschlagenen Änderungen der KVV-Spital- und Pflegeheimplanungskriterien sowohl vom Inhalt wie auch vom Zeitpunkt her ab.

Tarifiermittlung:

Die Vorlage zur Tarifiermittlung widerspricht aus Sicht des Kantons Basel-Stadt dem tarifpartnerschaftlichen Verhandlungsprimat und schränkt die gesetzliche Kompetenz der Kantonsregierungen ein, die verhandelten Tarife auf ihre Wirtschaftlichkeit hin zu prüfen, sie zu genehmigen und nötigenfalls festzusetzen.

Die mit der Vorlage angedachten Änderungen schränken den Ermessensspielraum der Kantone zu stark ein. Der Bund tut dies ohne Analyse der Auswirkungen auf die Tarifautonomie und die Versorgung. Es stellt sich zudem die Frage, ob der Erlass dieser Regelungen tatsächlich in der Kompetenz des Bundesrates liegt. Stossend ist ferner, dass bei den einzelnen Bestimmungen der Verordnungsänderung häufig Bezug auf die Versicherer genommen wird. Insbesondere die Tatsache, dass primär die Versicherer den Benchmarkwert ermitteln sollen (Aufgabe des Bundes / Tarifpartner / Kantone) untergräbt die Kompetenz der Kantone und ist klar abzulehnen. Beim Vorgehen zur Ermittlung der benchmarkrelevanten Kosten besteht aktuell unter den Kantonen grundsätzlich ein Konsens. Die Tarifpartnerschaft im stationären Bereich funktioniert immer besser und die Tarifpartner können sich immer häufiger auf einen Tarif einigen. Die Kantonsregierungen sind somit seltener in der Pflicht, einen Tarif festzusetzen. Mit der Vorgabe, dass der Benchmark höchstens dem 25. Perzentil entsprechen darf, schränkt der Bund den Spielraum mit Blick auf die Tarifverhandlungen stark ein. Es ist nicht davon auszugehen, dass die Versicherer künftig einem Tarif zustimmen werden, der über dem Benchmarkwert liegt. Damit wird die Spitalversorgung über kurz oder lang nur noch über das Kriterium der Kosten gesteuert. Neben dem Festsetzen des fixen Perzentils ist auch die Definition Typus DRG nicht sinnvoll. Der Bereich TARPSY und ST REHA müssen zwingend von den Bemessungen des Effizienzmassstabes ausgeschlossen oder anderweitig beurteilt werden.

Die Vorgabe, dass der Benchmark höchstens dem 25. Perzentil entsprechen darf, kann der Kanton Basel-Stadt, welcher die Verantwortung für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung auf dem Kantonsgebiet trägt, in keiner Weise befürworten. Der Vorschlag des Bundesrates würde den Ermessensspielraum der Kantone im Rahmen der Versorgungsplanung zu stark einschränken.

Zu den vorgeschlagenen Änderungen zur Tarifiermittlung ist noch festzuhalten, dass die Vereinheitlichung des Vorgehens zur Herleitung der schweregradbereinigten Fall- bzw. Tageskosten einer der wenigen unterstützungswürdigen Punkte der Vorlage ist. Wenn Tarifpartner, Kantone und Preisüberwachung für die Ermittlung der benchmarkrelevanten Betriebskosten künftig dieselben Datengrundlagen verwenden, ist dies effizienter als die bisherige Praxis und führt mit grosser Wahrscheinlichkeit zu verlässlicheren und widerspruchsfreien Zwischenergebnissen bei der Tarifberechnung. Gerade hier zeigt sich jedoch der Bund unnötig zurückhaltend, indem er die Verwendung der Betriebsvergleiche nach Art. 49 Abs. 8 KVG in einer unverbindlichen Kann-Regelung den Akteuren überlässt.

Bezug nehmend auf die obigen Überlegungen lehnt der Kanton Basel-Stadt die vorgeschlagene Revision der Bestimmungen zur Tarifiermittlung klar ab. Sie sind sowohl inhaltlich als auch vom Zeitpunkt her nicht tragbar für die Kantone.

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

	Für weitere Bemerkungen zu einzelnen Bestimmungen wird auf die untenstehende tabellarische Zusammenstellung verwiesen.
BS	Bei einzelnen Bemerkungen wird untenstehend direkt auf die Stellungnahme der GDK zur Änderung der KVV und VKL (Planungskriterien und Tarifiermittlung) vom 25. Juni 2020 verwiesen. Bevor auf die einzelnen Bestimmungen eingegangen wird, folgen anschliessend noch einzelne Punkte zu den allgemeinen Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht.
BS	<i>Zum erläuternden Bericht, Block „Anpassung der Kriterien für die Planung von Spitälern, Geburtshäusern und Pflegeheimen“, Kapitel I, Abschnitt 1, letzter Satz:</i> „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.“ Die Formulierung ist zu eng gefasst und ist abzulehnen. Es sollen den Kantonen verschiedene Möglichkeiten der gemeinsamen Planung offenstehen. Bezug nehmend auf den zweiten Teilsatz ist zu beachten, dass bei der Planung immer alle interessierten oder versorgungsrelevanten Einrichtungen berücksichtigt werden sollten und nicht nur diese mit Standort in den planenden Kantonen.
BS	Offen bleibt, inwieweit sämtliche Bestimmungen auch für die HSM gelten. Grundsätzlich sind KVG und KVV etc. auch von der HSM (direkt oder in Analogie) einzuhalten. Insofern, als die HSM in Art. 58f Abs. 4 explizit genannt ist, muss diese Frage geklärt werden. Da die HSM-Leistungsaufträge zudem jeweils nur spezielle Eingriffe betreffen, die in Spitälern mit Leistungsaufträgen der Kantone vorgenommen werden, gehen die HSM-Organe 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, zumal sie auch nicht in der Lage dazu wären. Dies muss klar aus den Erläuterungen ersichtlich sein.
BS	In der Verordnung wird nicht spezifiziert, dass die Leistungsaufträge standortbezogen zu erfolgen haben obwohl dies von den Kantonen so gewünscht wäre. Siehe 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.“
BS	Bezug nehmend auf die detaillierten Vorgaben, was der Kanton punkto Qualitätsvorgaben alles prüfen muss, ist zu beachten, 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, insbesondere auch noch vor Ort, überprüfen. Der Wortlaut im Verordnungstext ist abzulehnen. Die Aufgabe der Kantone ist die Planung und die Aufsicht. Diese Verantwortlichkeitsordnung darf durch die Verordnung nicht in Frage gestellt und neue Unklarheiten geschaffen werden (vgl. Bemerkungen zu Art. 58d Abs. 3 und 4).
BS	Mit Art. 58f Abs. 5 werden die Kantone verpflichtet, leistungsgruppenbezogene Auflagen zu formulieren. Jedoch fehlt in der Verordnung die Verpflichtung zur Anwendung einer einheitlichen Leistungsgruppensystematik. Dadurch wird den Kantonen die Möglichkeit offengelassen, unterschiedliche Systematiken anzuwenden. Somit entfällt die Basis für einheitliche Leistungsaufträge und für gemeinsame Planungen und damit wird die Zielsetzung der Vorlage, nämlich dass die Unterschiede zwischen den Planungskonzepten der Kantone

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

	verringert werden, untergraben. Dadurch werden bezüglich Leistungsgruppen neue Unklarheiten geschaffen.
BS	<p><i>Zum erläuternden Bericht, Block „Bestimmungen zur Tarifiermittlung“, Kapitel I, Abschnitt 2.1, zweiter und vierter Absatz:</i></p> <p>Mit Bezug auf die Erreichung des Wettbewerbsziels stellte das Bundesverwaltungsgericht einen Handlungsbedarf bei den akutstationären Spitälern und Geburtshäusern fest. Zu TARPSY sind jedoch bis dato noch keine Urteile ergangen, weshalb der Geltungsbereich der vorgeschlagenen KVV-Änderung zu weit ist. Ferner weist die Tarifstruktur TARPSY in ihrem aktuellen Entwicklungsstadium erhebliche Abbildungsgrenzen auf (stärker als SwissDRG), welche die Vergleichbarkeit der Psychiatriekliniken einschränken. Auch die Qualität der Kosten- und Leistungsdaten ist diskussionswürdig. Ein gesamtschweizerisches Benchmarking im Bereich der Psychiatrie mit der gleichen Übergangsfrist und dem gleichen Effizienzmassstab wie in der Akutsomatik ist abzulehnen. Eine Konkretisierung des Effizienzmassstabs sollte, wenn überhaupt, nur für die Tarifstruktur SwissDRG erfolgen.</p> <p>Wenn im TARPSY-Bereich dennoch national einheitliche Vorgaben für das Benchmarking festgehalten werden sollten, muss beachtet werden, 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, zumal die Differenzen in den Tageskosten nicht abgebildet werden.</p> <p>Es ist in diesem Zusammenhang ausserdem zu beachten, dass mit ST Reha demnächst auch die Rehabilitation über eine schweizweit einheitliche Tarifstruktur verfügen wird, die den vorgegebenen Definitionskriterien (Typus DRG) genügt.</p>
BS	<p><i>Zum erläuternden Bericht, Block „Bestimmungen zur Tarifiermittlung“, Kapitel I, Abschnitt 2.1, letzter Absatz:</i></p> <p>Die Wahl des 25. Perzentils kann nicht nachvollzogen werden und ist klar abzulehnen. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass das Bundesverwaltungsgericht in seinen bisherigen Urteilen Benchmarkwerte bis zum 50. Perzentil gestützt hat (BVGer Urteil C-3425/2013 vom 29. Januar 2015, E. 4.5). 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. Bemerkung zu Art. 59c^{bis} Abs. 1 Bst. b). Zumindest muss der Bund im Vorfeld des Revisionsvorhabens eine Regulierungsfolgenabschätzung durchführen.</p>
BS	<p><i>Zum erläuternden Bericht, Block „Kostenermittlung und Testat“, Kapitel III, Ausführungen zu Art. 10a^{bis}:</i></p> <p>„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 Bst. b).</p>
BS	<p>An verschiedenen Stellen steht „der Kanton prüft...“ (z.B. Art. 58d Abs. 3). Bis jetzt ist es so, dass sich (so wie es aussieht) alle Kantone auf die Selbstdeklaration der Spitäler bei der Spitalplanung verlassen und die Einhaltung der Vorgaben (Stellenplan, Dignität, Infrastruktur) nicht vor Ort prüfen. Nur bei begründetem Verdacht oder bei Beschwerden wird eine Prüfung durchgeführt. Wenn zukünftig die Kantone im Rahmen der Spitalplanung für die Prüfung sämtlicher Vorgaben zuständig sind, führt das zu immensem Aufwand. Dies ist für die Kantone nicht umsetzbar und die entsprechenden Abschnitte müssen geändert werden.</p>

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)
BS	58b	1		<p>In Art. 58b Abs. 1 ist festgehalten, dass die Kantone bei der Planung die ökonomische und epidemiologische Entwicklung berücksichtigen müssen. Die ökonomische Entwicklung muss in der Spitalplanung nicht berücksichtigt werden. Sie ist Sache der Tariffestsetzung bzw. Tarifgenehmigung. Die epidemiologische Entwicklung kann nicht berücksichtigt werden, da keine Daten vorliegen. Es reicht völlig, wenn die Kantone in der Planung die demografische und die medizintechnische Entwicklung (z.B. AVOS) berücksichtigen.</p> <p>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.“</p> <p>Bei der Bedarfsermittlung ist noch keine Beurteilung oder Vergleich der Leistungserbringer erforderlich. Deshalb ist die Aussage falsch und muss gestrichen werden.</p>	<p>„Die Kantone ermitteln den Bedarf in nachvollziehbaren Schritten. Sie stützen sich namentlich auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche. Sie berücksichtigen die für die Prognose des Bedarfs relevanten Faktoren, wie die demografische und die medizintechnische, die epidemiologische und die ökonomische Entwicklung.“</p>
BS	58b	2		<p>Im Rahmen der Planung ist nicht nur das Angebot zu ermitteln, das in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf der Spitalliste aufgeführt sind, sondern auch das Angebot, welches in den Listenspitälern beansprucht wird.</p>	<p>„Sie ermitteln das Angebot, das <i>in Listenspitälern und</i> in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf der von ihnen erlassenen Liste aufgeführt sind, <u>beansprucht wird.</u>“</p>

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

BS	58d	1		Die Kantone sollen den heutigen Ermessensspielraum bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit gemäss Art. 58d Abs. 1 behalten. Dies auch dann, wenn die Anpassung von Art. 59c ff. betreffend Tarifiermittlung vom Bundesrat beschlossen würde.	im Kommentar ergänzen.
BS	58d	1		Der Kanton soll vor dem Hintergrund der langfristigen Wirtschaftlichkeit und Versorgungssicherheit im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung auch die wirtschaftliche Stabilität des Spitals berücksichtigen können.	im Kommentar ergänzen
BS	58d	1		<i>Erläuternder Bericht, S. 7, Absatz 4:</i> Die Möglichkeit des Kostenvergleichs auf Ebene Leistungsbereich 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 darf nicht ausgeschlossen sein. Die Bestimmung muss entsprechend angepasst werden.	Anpassung
BS	58d	2		Diese Bestimmung wird vom Kanton Basel-Stadt aus nachfolgenden Gründen abgelehnt: a) Es sollte den Kantonen überlassen werden, ob und wie sie eine Wirtschaftlichkeitsprüfung bei den Pflegeheimen vornehmen Die OKP beteiligt sich an den Pflegekosten nur mit einem in der KLV festgelegten Fixbetrag pro Pflegestufe, der per se nicht kostendeckend ist (Ausnahme Akut- und Übergangspflege). Da der Kanton und/oder die Gemeinden für die ungedeckten Pflegekosten via Restfinanzierung aufkommen muss/müssen und diese mit bestimmten zusätzlichen Leistungsaufträgen verknüpft sein können, greift diese Bestimmung ohne übergeordnetes Interesse des Bundes bzw. der OKP in die kantonale Versorgungskompetenz ein. b) Die drei Bedarfsabklärungsinstrumente sind nicht	streichen

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

				<p>harmonisiert und somit sind die Pflegebedarfseinstufungen zwischen Pflegeheimen nicht vergleichbar.</p> <p>c) Die Abstufung des Pflegebedarfs nach Art.7a Abs. 3 KLV genügt nicht, um den Schweregrad sachgerecht abzubilden. Teurere Pflegeheime können wirtschaftlich sein, wenn sie besonders anspruchsvolle Pflegepatientinnen und -patienten behandeln und hoch qualifiziertes Personal benötigen. Auch bildet die Pflegestufe den Anteil Behandlungspflege und den Anteil Grundpflege nicht ab. Zudem wird der Wirtschaftlichkeitsvergleich erschwert, weil die höchste Pflegestufe bezüglich des Pflegebedarfs nach oben offen ist.</p>	
BS BS	Art. 58d	3		<p><i>Erläuternder Bericht, S. 8, Absatz 4, Verweis KVG-Revision zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit.</i></p> <p>Eine bessere Abstimmung der vorliegenden Bestimmungen mit dieser KVG-Vorlage erachten wir als zwingend (insb. Übergangsbestimmungen). Die in Art. 58d Abs. 3 aufgeführten Vorgaben bzw. Instrumente sollten logischerweise 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, ist abzulehnen.</p> <p>Die Umsetzung der Vorlage wird Massnahmen zur Messung, Qualitätsentwicklung u.a.m. bewirken. Die im erläuternden Bericht erwähnten Qualitätsverträge werden nicht zwingend schweizweit einheitlich ausfallen, zumal sie von den einzelnen Leistungserbringern und Versichererverbänden ausgehandelt werden, und es muss verhindert werden, dass durch die Unterschiede schweizweite Qualitätsvergleiche im Rahmen der Spitalplanung verunmöglicht werden.</p> <p>Für die Kantone sind schweizweit vergleichbare</p>	

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

				Qualitätsdaten zwingend notwendig und somit einheitliche Qualitätsverträge nötig. Die Anforderungen der Kantone müssen in jedem Fall den vertraglich vereinbarten Anforderungen vorgehen.	
BS BS	Art. 58d	3	a.	Eine leistungsgruppenspezifische Betrachtungsweise ist nicht sinnvoll und würde die Betriebe weitestgehend in ihrer eigenen Personalplanungskompetenz einschränken. Wichtig ist, dass der Kanton – wo erforderlich – für das ganze Spital oder bestimmte Leistungsbereiche nach eigenem Ermessen Vorgaben zur Personalverfügbarkeit für das Medizinische Personal machen kann. Hinweis: Art. 58f Abs. 5 Bst. b. formuliert bezüglich Fachpersonal ebenfalls Anforderungen. Damit besteht zu Art. 58d Abs. 3 Bst. a. eine gewisse Redundanz.	
BS BS	Art. 58d	3	b.	Erläuternder Bericht (S. 9, Absatz 2): Nicht die Indikatoren sollen verglichen werden, sondern die Ergebnisqualität. Gilt auch für den Absatz 3 auf S. 11.	„...denn damit wird die gesamtschweizerische Vergleichbarkeit der Indikatoren <u>Ergebnisqualität</u> gewährleistet.“
BS BS	Art. 58d	3	c.	Das Vorliegen einer Sicherheitskultur als überprüfbares Kriterium ist nicht justizabel und ist deshalb zu streichen. Ebenso das Kriterium des Schadensmeldesystems, zumal die rechtliche Situation bezüglich Vertraulichkeitsschutzes für die meldenden Personen sowie haftungsrechtliche Fragen ungeklärt sind.	„ Vorliegen einer Sicherheitskultur, insbesondere die Anwendung eines Fehler- und Schadensmeldesystems und der Anschluss an ein gesamtschweizerisch einheitliches Reporting-Netzwerk. “
BS BS	Art. 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.	

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

BS BS	Art. 58d	3 und 4		<p>Den Kantonen soll die Prüfung der Einhaltung der Mindestanforderungen auferlegt werden und nicht wie bis anhin die Leistungserbringer bei der Bewerbung für einen Leistungsauftrag in die Pflicht genommen werden. Nach Erteilung des Leistungsauftrags sind die Spitäler heute von den Kantonen verpflichtet, zu melden, wenn sie die Anforderungen nicht mehr erfüllen können. Diese Abkehr vom bisherigen Vorgehen ist abzulehnen.</p>	<p>„Bei der <u>Zwecks</u> Beurteilung der Qualität der Spitäler <u>haben diese gegenüber dem Kanton zu deklarieren ist zu prüfen</u>, ob insbesondere folgende Mindestanforderungen für das ganze Spital eingehalten werden.“</p> <p>Anpassung sinngemäss für Abs. 4</p>
BS BS	Art. 58d	4		<p>Betreffend die Mindestanforderungen für die Beurteilung der Qualität der Geburtshäuser ist im erläuternden Bericht der Text, der die Spitäler betrifft, für Geburtshäuser kopiert. Eine Übertragung eins zu eins ist jedoch unrealistisch und nicht möglich.</p> <p>Aus Sicht des Kantons Basel-Stadt wäre als einziges Qualitätskriterium aufzuführen, dass die Geburtshäuser schriftlich festgehaltene Kooperationen mit den Spitälern, denen sie angeschlossen sind, ausweisen können.</p> <p><i>Für Bemerkungen zu Art. 58d Abs. 4 Bst. a.-f. verweisen wir auf die Stellungnahme der GDK, welchen wir vollumfänglich zustimmen.</i></p>	<p>Buchstabe mit diesem Kriterium aufnehmen.</p>
BS BS	Art. 58f			<p>Generelle Bemerkung: Terminologie betreffend „Leistungsspektrum“, „Leistungsbereiche“ und „Leistungsgruppen“ ist möglichst einheitlich zu benutzen. Statt „ganzes Leistungsspektrum“ „alle Leistungsgruppen“ schreiben.</p> <p><i>Für die Bemerkungen zu Art. 58f Abs. 1-7 verweisen wir auf die Stellungnahme der GDK, welchen wir vollumfänglich zustimmen. Zu den Absätzen 6 und 7 halten wir darüber hinaus fest, dass die Verankerung des Verbots von mengenabhängigen Boni und Kickbacks grundsätzlich zu begrüßen ist. Zusammen mit den ermöglichten Leistungsmengenbegrenzungen</i></p>	<p>„... Es werden für das ganze Leistungsspektrum <u>Der Kanton erteilt für sämtliche Leistungsgruppen</u> mindestens von Spitälern und Geburtshäusern einen Leistungsauftrag <u>äge an ein inner- oder ausserkantonales Spital erteilt.</u>“</p>

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

				<i>können sie auch bei zusatzversicherten Patientinnen und Patienten ihre Wirkung zur Eindämmung der Mengenausweitung entfalten.</i>	
BS BS	Art. 59c	3		Die Förderung ambulanter Pauschalen wird grundsätzlich bejaht. Diese sind auch Teil des Pakets I der Kostendämpfungsmassnahmen, die aktuell im Parlament beraten werden. Dass der Bund nun dazu schon eine Verordnungsbestimmung erlässt, ist verfrüht.	
BS BS	Art. 59c ^{bis}	1		Aufgrund des noch wenig ausgereiften Systems, den erheblichen Unterschieden zu SwissDRG als Fallpauschalensystem und der bisherigen Datenqualität, ist die Regelung eines gesamtschweizerischen Benchmarkings im Bereich TARPSY – mit der gleichen Übergangsfrist bis zum Tarifjahr 2023 und dem gleichen Effizienzmassstab – nicht umsetzbar. Die Behandlungen bzw. die Behandlungsintensität wird 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.	
BS BS	Art. 59c ^{bis}	1	a.	Den Tarifpartnern und Kantonen muss bei der Wahl der verwendeten Daten weiterhin Ermessensspielraum zugestanden werden. 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	

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

				eine genügend grosse, repräsentative Anzahl Vergleichsspitäler für den Wirtschaftlichkeitsvergleich zur Verfügung steht.	
BS BS	Art. 59c ^{bis}	1	b.	<p>Der Kanton Basel-Stadt lehnt die Festlegung des 25. Perzentils als Effizienzmassstab klar ab. Die Wahl erscheint willkürlich und kann nicht nachvollzogen werden. Die Festlegung auf das 25. Perzentil in der Verordnungsbestimmung ist nicht mehr durch die Kompetenz des Bundesrates zum Erlass von Grundsätzen für eine wirtschaftliche Bemessung der Tarife gedeckt und verletzt ferner den Ermessensspielraum der Kantone einerseits und die Tarifautonomie der Vertragsparteien andererseits. So ist denn auch die Erläuterung durch den Bundesrat zu dieser Bestimmung zu wenig substantiiert (Erläuternder Bericht, S. 17 Absatz 2): „Wird statt des 40. Perzentils der Benchmark auf dem 25. Perzentil festgelegt, so ist [...] von zusätzlichen Minderkosten für die OKP in der Höhe von ungefähr 200 bis 250 Millionen Franken auszugehen.“ Weshalb gerade dieser Wert als ausschlaggebend erachtet wird, wird nicht näher dargelegt und kann deshalb nicht nachvollzogen werden. Des Weiteren gilt es zu bedenken, was die Festlegung beim 25. Perzentil konkret bedeuten würde. Damit wird ausgesagt, dass 75% der Leistungserbringer, welche in den Benchmark einbezogen wurden ineffizient arbeiten, was doch eine äusserst gewagte Hypothese wäre und beim Vergleich mit anderen Branchen nicht der Realität entspricht. Die Festlegung eines solchen Wertes müsste zwingend mit einer umfassenden Regulierungsfolgeabschätzung verbunden sein. Die Erläuterung des BAG enthalten keine Anmerkungen zu einer möglichen längerfristigen Anwendung.</p> <p>Mit dem vorgeschlagenen 25. Perzentil gewichtet nach Anzahl Leistungserbringer erhalten Geburtshäuser</p>	

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

				<p>sowie Kliniken mit stark eingeschränktem Leistungsangebot oder mit begrenzter Betriebsdauer (bspw. 5-Tage-Woche) übermässig Gewicht. Eine Gewichtung nach Anzahl Leistungserbringer (statt Anzahl Fälle) ist daher abzulehnen.</p> <p>Soll im Bereich TARPSY gleichfalls ein Effizienzmasstab in der KVV festgeschrieben werden, so müssen bei dessen Ermittlung zwingend die <i>Fallkosten</i> der Spitäler berücksichtigt werden.</p>	
BS BS	Art. 59c ^{bis}	2		<p>Aus Sicht des Kantons Basel-Stadt stellt die Datengrundlage für den Benchmark das einzige Element in der Tariffindung dar, bei welchem eine Vereinheitlichung auf dem Verordnungsweg 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 Effizienzmasstabs dargestellt, bleibt die Divergenz der verwendeten Datengrundlagen bei den Akteuren weiterhin bestehen. Deshalb sollte die Verwendung des Betriebsvergleichs nach Art. 49 Abs. 8 KVG für verbindlich erklärt werden, sofern die entsprechenden schweregradbereinigten Fall- oder Tageskosten darin enthalten sind. Es müsste auf Ebene des Bundesrechts sichergestellt werden, dass auch die Preisüberwachung auf diese Datenbasis abstellen muss.</p> <p>Vorerst nur ein Vergleich auf Basis der Fallkosten vorsehen (vgl. Bemerkung zu Art. 59c^{bis} Abs. 1). Damit der Betriebsvergleich für die Tarifverhandlungen beigezogen werden kann, ist er spätestens bis vier Monate nach Ablauf des für die Datenerhebung massgebenden Kalenderjahres zu veröffentlichen. Dies ist am Ende von Abs. 2 festzuhalten.</p>	<p>„Für die Ermittlung des Benchmarkwerts kann <i> muss</i> der Betriebsvergleich nach Artikel 49 Absatz 8 herangezogen werden, wenn die entsprechenden schweregradbereinigten Fall-oder Tageskosten darin enthalten sind und diese mit einem Testat nach Artikel 9 Absatz 5^{bis} VKL belegt wurden. <u>Der Betriebsvergleich wird spätestens vier Monate nach Ablauf des für die Datenerhebung massgebenden Kalenderjahres veröffentlicht.</u>“</p>

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

BS BS	Art. 59c ^{bis}	3		<p>Tarifverhandlungen werden in der Regel durch einzelne Versicherer oder durch deren Einkaufsgemeinschaften geführt. Die Versicherer/Verbände/Einkaufsgemeinschaften sind für die Vereinbarung der Tarifstrukturen mit den Leistungserbringerorganisationen zuständig. Die Versicherer sollen neu für die Ermittlung des Benchmarkings und die Offenlegung der Herleitung an die Kantone zuständig sein. Meist verfügen die Versicherer jedoch nicht über die vollständigen Unterlagen (z.B. Vollversion ITAR-K). Stossend ist auch, dass ein Versicherer mit gutem Risikoprofil einen günstigeren Tarif aushandeln (da Benchmark tiefer) und daher günstigere Prämien anbieten könnte, was wiederum gute Risiken anziehen würde. Der Stellenwert der Kantone als Genehmigungs- und Festsetzungsbehörde darf keinesfalls untergraben werden.</p> <p>Vgl. auch Bemerkung zu Art. 59c^{bis} Abs. 2: Der Kanton Basel-Stadt beantragt, die Verwendung des Betriebsvergleichs nach Art. 49 Abs. 8 KVG für verbindlich zu erklären und eine Konkurrenz mit weiteren Betriebsvergleichen zu vermeiden.</p>	streichen
BS BS	Art. 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.	
BS BS	Art. 59c ^{bis}	5 und 6		<i>Für die Bemerkungen zu Art. 59c^{bis} Abs. 5 und 6 verweisen wir auf die Stellungnahme der GDK, welchen wir vollumfänglich zustimmen.</i>	

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

BS BS	Art. 59c ^{bis}	7 und 8		Die Berechnungsformel ergibt sich aus dem Grundmodell DRG und braucht nicht auf Verordnungsstufe festgehalten zu werden. Auch wenn die schweregradbereinigten Kosten unter dem Benchmarkwert liegen, sollten in Ausnahmefällen aufgrund spitalindividueller Besonderheiten auch Zuschläge möglich sein. Würden für diese Spitäler nur Abschläge gelten, wäre die möglichst wirtschaftliche Leistung nicht mehr relevant. In einem gesamtschweizerischen Benchmarking ist die Möglichkeit einer Preisdifferenzierung zwingend. Zuschläge sollten jedoch nicht nur bei Nachweis von Mehrkosten, sondern auch bei einer unzureichenden Abbildung in der Tarifstruktur möglich sein (Endversorger bzw. Universitätsspitäler).	streichen
BS BS	Art. 59c ^{bis}	9		Auf diese Bestimmung kann verzichtet werden, da schliesslich die Kantone die stationären Tarife publizieren und am besten über den Stand der Genehmigungs- bzw. Festsetzungsverfahren Bescheid wissen. Ein Mehrwert ist nicht ersichtlich. Hinweis: Verweis auf Absatz 7 prüfen. Die Basisfallwerte sind in Absatz 8 (nicht Absatz 7) definiert.	streichen
BS BS	Übergangsbestimmungen II 1+2			Der Kanton Basel-Stadt ist aktuell mitten im Prozess für eine neue Spitalplanung. Es gilt zu verhindern, dass wir diesen wegen der Verordnung nicht wie vorgesehen zu Ende führen können. Die Übergangsbestimmungen haben diesem Umstand Rechnung zu tragen. Ferner ist zu beachten, dass diese Revision inhaltlich und zeitlich auf die Verordnungsänderung zur KVG-Revision Qualität und Wirtschaftlichkeit abgestimmt werden muss.	
BS BS	Übergangsbestimmungen II 3			Die Zahl der zu vergleichenden Pflegeheime, ist massiv höher als die Anzahl zu vergleichender Spitäler, weshalb die Anpassungsfrist für Pflegeheime	„Die Listen der Pflegeheime müssen innert drei - <i>fünf</i> Jahren nach Inkrafttreten der Änderung vom ... den Planungskriterien

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

				auf fünf Jahre festzulegen ist. Insbesondere 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.	nach dieser Verordnung entsprechen.“
BS BS	Übergangsbestimmungen II 4			Die Übergangsfrist sollte zwischen der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation unterscheiden. Es ist stossend, ein Tarifsysteem, welches seit 2012 in Kraft ist und weiterentwickelt wurde mit einem Tarifsysteem, welches erst seit einem Jahr flächendeckend eingeführt wurde, gleichzustellen. Auch der Bereich Rehabilitation, welcher voraussichtlich erst im 2022 über ein schweregradberücksichtigendes Tarifsysteem verfügen wird, sollte eine längere Einführungsphase erhalten. Tritt diese Änderung für alle drei Bereiche mit derselben Übergangsfrist ein, würden die Bereiche Psychiatrie und Rehabilitation klar benachteiligt.	
BS BS	VKL Art. 9	5 ^{bis}		Die Einführung eines VKL-Testats ist generell zu begrüssen. Zu den Details wird weder im Gesetzestext noch in den Kommentaren etwas ausgeführt. Es sollte beispielsweise möglich sein, dass die Spitäler ihre reguläre Revisionsstelle, z.B. mittels definierten Prüfungshandlungen, für diesen Bereich verpflichten. Gemäss den Kommentaren soll jedoch das VKL-Testat bereits für das Kostenrechnungsjahr 2019 zwingend bereitgestellt werden. Dies ist nicht realisierbar, da die Revisionen der Spitäler für das vergangene Jahr zum Teil bereits abgeschlossen wurden. Auch hier müsste eine Übergangsfrist definiert werden. Einen noch höheren Beitrag zur Verbesserung der Datenqualität als das VKL-Testat würde die Ausweitung der REKOLE Zertifizierung auf die Handhabung des Kostenträgerausweises ITAR_K	

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

				leisten. Denn die Kantone stellen bei der Plausibilisierung der ITAR_K-Daten im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung vermehrt fest, dass die Umsetzung von REKOLE durch die Spitäler trotz Zertifikat nicht korrekt erfolgt.	
BS BS	VKL Art. 10a ^{bis}	1	b. und c.	Es ist in der Änderung vom Typus DRG die Rede (SwissDRG und TARPSY), die Aufzählung stützt sich jedoch nur auf SwissDRG.	
BS	VKL Art. 10a ^{bis}	1	d.-f.	Hier fehlt eine Definition, wie die Kosten berechnet werden oder welche Berechnungsmethodik gestützt wird. Die Ermittlung dieser Kosten ist seit langem umstritten zwischen den Kantonen (GDK-Empfehlung), den Spitälern (H+ und Umsetzung im ITAR_K©) und der Preisüberwachung. Die Akteure verwenden unterschiedliche Methoden zur Bestimmung der ZV-Kosten, welche zu grossen Unterschieden in den benchmarking-relevanten Betriebskosten führen können. Einzig die Methode der GDK ist bisher vom Bundesverwaltungsgericht gutgeheissen worden. Deshalb sollte diese Methode in die VKL aufgenommen werden. Auch hier gilt, dass für die externe Revisionsstelle, welche ein Testat über die Kostenrechnung ausstellen soll, eine Definition fehlt.	
BS	VKL Art. 10a ^{bis}	1	g. und h.	Die Debitorenverluste sind nicht als Abzug zu definieren. Sie werden ja nicht als Aufwand sondern als Ertragsminderungen in der Kontengruppe 609 und 689 geführt. Weder Debitorenverluste (noch Delkredere) finden Eingang in die Kostenrechnung und werden dort auch nicht erlösmindernd geführt.	
BS	VKL Art. 10a ^{bis}	2		Neben dem Zuschlag für die kalkulatorische Verzinsung des Umlaufvermögens fehlt hier die Aufrechnung der Erlöse der Kontengruppe 66 (Finanzerlöse, sofern diese kostenmindernd in der Kostenstelle geführt wurden).	

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

BS	VKL Art. 10a ^{bis}	3		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 bzw. nach Ansicht des Kantons Basel-Stadt verbindlich vorzuschreibenden Verwendung der Betriebsvergleiche nach Art. 49 Abs. 8 KVG.	„Die schweregradbereinigten Fall- oder Tageskosten 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
BS			
BS			
BS			
BS			
BS			
BS			
BS			
BS			