

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Grünliberale Partei Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : glp

Adresse : Monbijoustrasse 30, 3011 Bern

Kontaktperson : Ahmet Kut, Geschäftsführer der Bundeshausfraktion

Telefon : 079 560 56 63

E-Mail : ahmet.kut@parl.ch

Datum : 31. 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	6
Weitere Vorschläge	11

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

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
glp	<p>Die Grünliberalen unterstützen alle Massnahmen, die im Gesundheitswesen zu mehr Wettbewerb, zu Qualitätssteigerungen sowie zu einer besseren Transparenz und Effizienz führen. Die finanziellen Vorteile, die sich daraus ergeben, werden nicht nur den Versicherten, sondern auch den Kantonen zugutekommen, da sie einen wesentlichen Beitrag zu den Krankenhauskosten und Pflegeheimen leisten.</p> <p>Die Grünliberalen unterstützen die Vorlage grundsätzlich, weil sie die Wahlfreiheit (hier für die Patienten) und den Wettbewerb (hier für die Spitäler) fördert. Durch die Vereinheitlichung der Datengrundlagen werden endlich schweizweite Betriebsvergleiche (Art. 49 Abs. 8 KVG) möglich. Die Vorlage wird ausserdem unterstützt, weil sie ein wichtiger Schritt ist für ein dringend notwendiges interkantonal abgestimmtes und koordiniertes Gesundheitswesen, das der vielfach ineffizienten kantonal ausgerichteten Spitalplanung entgegenwirkt.</p> <p>Die Verordnungsanpassungen sollten sich auf die Kernaufgaben des Bundes beschränken, nämlich auf das Setzen von Rahmenbedingungen und Grundsätzen für einen freien und fairen Wettbewerb. Es ist nicht Aufgabe des Bundes, die Tarifautonomie einzuschränken und die Preise festzulegen.</p> <p>Die Kosten für den Spitalbereich beliefen sich 2016 bereits auf insgesamt 28.5 Milliarden Franken, rund ein Drittel der Gesamtkosten des Gesundheitswesens. Im Jahr 2012 trat die Revision der Spitalplanung in Kraft. Ihre Ziele waren unter anderem die Transparenz von Krankenhausleistungen und -kosten zu verbessern und gleichzeitig die unternehmerische Flexibilität der Spitäler zu fördern. Heute, acht Jahre später, ist festzuhalten, dass die Auswirkungen der Revision zwar in die gewünschte Richtung gehen, ihr Potential aber nicht voll ausschöpft ist. Handlungsbedarf existiert insbesondere im Bereich Monitoring und offene Kommunikation der Qualitätsentwicklungen, der Stärkung der Position der Versicherten und vor allem bei der Intensivierung der interkantonalen Kooperation in der Spitalplanung und der Koordination bezüglich Qualitätskriterien. Einheitliche Datengrundlagen und Methoden fehlen, um Spitalvergleiche möglich zu machen.</p> <p>Mit der vorliegenden Verordnungsänderung will der Bundesrat deshalb einerseits die Kriterien für die kantonale und schweizweite Spital-Versorgungsplanung verfeinern und andererseits die Bestimmungen für eine einheitliche Tarifiermittlung ergänzen. Auf beides wird im Folgenden gesondert eingegangen.</p>
glp	<p>Allgemeine Bemerkungen zur Spitalplanung in Bezug auf die interkantonale Planung, die Leistungsaufträge und die Beurteilung von Wirtschaftlichkeit und Qualität</p> <p>Bei der heute noch immer viel zu regional ausgerichteten Spitalplanung ist es tatsächlich angezeigt, dass auf Bundesebene Massnahmen zur Förderung der interkantonalen Planung ergriffen werden. Deshalb begrüssen die Grünliberalen die Standardisierung der entsprechenden Kriterien und Daten, um relevante (Betriebs-)Vergleiche zu ermöglichen und letztlich die Qualität der kantonalen oder interkantonalen Planung realistisch beurteilen zu können. Die Transparenz nimmt dadurch entsprechend zu. Eine interkantonale Einheitlichkeit in der Krankenhausplanung</p>

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

	<p>schliesst nicht aus, dass kantonale Besonderheiten berücksichtigt werden können. Bei dieser Gelegenheit erinnern die Grünliberalen an ihre Forderung, mit maximal sechs Gesundheitsregionen die Koordination zu fördern und Überkapazitäten abzubauen (18.3294 Motion Grünliberale Fraktion).</p> <p>Die Grünliberalen befürworten insbesondere die Massnahme zum Verbot unangemessener wirtschaftlicher Anreizsysteme zur Erhöhung des Leistungsvolumens der obligatorischen Krankenpflegeversicherung oder zur Umgehung der Aufnahmepflicht im Sinne von Artikel 41a KVG (vgl. Art. 58f Abs. 7 E-KVV). Wir stellen erfreut fest, dass hiermit nicht nur ein Vorschlag aus der Expertengruppe im Bericht "Massnahmen zur Eindämmung des Kostenanstiegs in der obligatorischen Krankenversicherung" umgesetzt wurde, sondern auch unsere Motion 18.3293 «Keine mengenbezogenen Lohnanreize für Spitalärzte» zumindest auf Verordnungsebene eingeflossen ist.</p> <p>Auflagen für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität, die mit maximalen Leistungsmengen im akutsomatischen Spitalbereich verbunden sind, lehnen die Grünliberalen ab. Die Konsequenzen bei Nichteinhaltung sind ungenügend beschrieben. Es ist daher zu befürchten, dass im Fall der Überschreitung der Kanton sich durch Herabsetzung oder Verweigerung seines Anteils an den geschuldeten KVG-Kosten von seiner finanziellen Verantwortung befreit und der Patient entweder abgewiesen wird oder die Kosten selbst decken muss resp. allenfalls die private Krankenversicherung. Ausserdem würde eine Maximal-Mengenbegrenzung zu Wartezeiten führen, die Wahlfreiheit der Patienten einschränken und den Wettbewerb behindern.</p>
glp	<p>Allgemeine Bemerkungen zur Tarifberechnung bei einem Vergütungsmodell vom Typus DRG</p> <p>Das KVG beruht auf einem tarifpartnerschaftlichen Verhandlungsprimat, wenn es um die Tarifgestaltung geht. Ein vorgegebener Perzentilwert, wie ihn der Bundesrat vorschlägt, ist daher zu restriktiv. Stattdessen sollen die Tarifpartner den Perzentilwert vereinbaren. In einer Anfangsphase scheint der 25. Perzentilwert möglich, da es einen Nachholbedarf gibt. Längerfristig dürfte dieser Wert aber nicht durchzuhalten sein, d.h. es darf aufgrund dynamischer Effekte nicht zu einem «race the bottom» kommen. Das Ziel ist klar: ein möglichst effiziente Leistungserbringung in der erforderlichen Qualität.</p>
glp	<p>Allgemeine Bemerkungen zur Tarifgestaltung bei Einzelleistungstarifstrukturen</p> <p>Die ambulanten Kosten stiegen 2018 im Vergleich zum Vorjahr um 3,0 Prozent auf 8,1 Milliarden Franken. 4,1 Millionen Patientinnen und Patienten liessen sich in einem Schweizer Spital ambulant behandeln. Das entspricht einer Steigerung von 2,6 Prozent. Die Verlagerung von stationären zu ambulanten Behandlungen funktioniert zusehends. Obwohl die ambulante Leistungserbringung meistens preiswerter ist als die stationäre: Letztlich müssen die Krankenkassen die ambulanten Kosten vollumfänglich tragen, während die Kantone insbesondere bei den stationären Spitalkosten 55% übernehmen. Ein weiterer Anstieg von ambulanten Leistungen wird also notabene zu weiteren Prämienerrhöhungen führen, die die Grünliberalen kritisch sehen. Die Gesetzesänderung zur Einführung einer einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen ist daher rasch abzuschliessen (vgl. 18.3295 Motion Grünliberale Fraktion). Dies, damit Fehlanreize, die diese heute ungleiche Finanzierung setzen, endlich abgeschafft werden können.</p>

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

	<p>Weiterhin ist festzuhalten, dass eine Verordnung, die fordert, dass dort, wo es möglich ist, auch ambulant pauschaliert wird, um etwaige Mengenausweitungen zu verhindern, das finanzielle Ungleichgewicht für die Spitäler verschärft. Diese klagen über Unterfinanzierung im ambulanten Bereich. Anders als im stationären Bereich ist allerdings keine Transparenz über die Kosten in der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler etc. (VKL) vorgesehen. Damit auch in den Tarifverhandlungen im ambulanten Bereich der Tarif aufgrund von plausibel dargelegten Kosten einer effizienten Leistungserbringung verhandelt werden kann, sollte die VKL um den ambulanten Bereich erweitert 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)
glp	58d	2		<p>Einverstanden:</p> <p>Bis heute haben es die Kantone nicht geschafft, die drei bestehenden Bedarfsabklärungsinstrumente (mit je mehreren Versionen) in Pflegeheimen zu harmonisieren, trotz Hilfestellungen von Bund und den Krankenversicherern. Es kann nicht sein, dass dieselbe pflegebedürftige Person einen unterschiedlichen Pflegebedarf hat, je nachdem in welchem Kanton sie sich befindet. Durch die Übergangsfrist von drei Jahren bleibt den Kantonen genügend Zeit, um die Messinstrumente zu harmonisieren, damit Transparenz und Vergleichbarkeit hergestellt werden können.</p>	
glp	58d	3	b	<p>Einverstanden, mit Ergänzungsantrag:</p> <p>Eine besondere Erwähnung in punkto Mindestanspruch bei der Beurteilung der Qualität von Spitälern sollte auch die Qualität der medizinischen Indikation und der Behandlungsergebnisse erhalten. Die Indikationsqualität umfasst die Angemessenheit und Notwendigkeit medizinischer Interventionen, während die Ergebnisqualität das Resultat nach der medizinischen Intervention beschreibt. Beide Dimensionen sind in der Praxis eng miteinander verknüpft und rücken in der Qualitätsdiskussion zu Recht immer mehr ins Zentrum.</p>	<p>b. Beteiligung an nationalen Qualitätsmessungen, <u>insbesondere der Indikations- und der Ergebnisqualität;</u></p>
glp	58d	3	e	<p>Einverstanden, mit Ergänzungsantrag:</p> <p>Im erläuternden Bericht (S. 10) wird vermerkt, dass keine</p>	<p>e. Anwendung professioneller Standards, <u>insbesondere der Handhygiene-Adhärenz und der</u></p>

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

				Standards namentlich erwähnt werden. Medizinische Probleme bereiten heute besonders nosokomiale Infektionen, die mit der Einhaltung von Hygiene-Standards minimiert werden könnten. Jährlich erkranken ca. 7 - 8% der hospitalisierten Patientinnen und Patienten an einer sogenannten Spitalinfektion. Durch gezielte Präventionsmassnahmen könnte ein wesentlicher Anteil (bis zu 50%) dieser Erkrankungen verhindert werden. Eine explizite Erwähnung ist daher sinnvoll.	<u>Überwachung und Prävention von postoperativen Wundinfektion;</u>
glp	58d	4	b	Analoger Ergänzungsantrag wie bei Art. 58d Abs. 3 Bst. b.	b. Beteiligung an nationalen Qualitätsmessungen, <u>insbesondere der Indikations- und der Ergebnisqualität;</u>
glp	58d	4	f	Analoge Anpassung wie bei Art. 58d Abs. 3 Bst. f gemäss Entwurf. Im Zuge der Digitalisierung sollen auch Pflegeheime und Geburtshäuser auf eine elektronische Verordnung und Abgabe umstellen.	f. Gewährleistung der Medikationssicherheit bei <u>der, insbesondere durch die elektronische</u> Verordnung und Abgabe von Arzneimitteln.
glp	58d	5		Einverstanden, mit Änderungsantrag: Für die Beurteilung der Qualität der Spitäler und Pflegeheime und der Geburtshäuser sollten die Ergebnisse von national durchgeführten Qualitätsmessungen mitberücksichtigt werden (Muss- statt Kann-Vorschrift).	Bei der Beurteilung der Qualität der Spitäler (...) können <u>werden</u> die Ergebnisse von national durchgeführten Qualitätsmessungen als <u>Auswahlkriterien</u> berücksichtigt werden .
glp	58e			Einverstanden: Die bessere interkantonale Koordination der Planungen ist absolut zentral.	
glp	58e	3 (neu)		Ergänzungsantrag: Im Sinne der Motion 18.3294 der Grünliberalen ist die interkantonale Zusammenarbeit zu forcieren. Medizinische Erkenntnisse und Notwendigkeiten machen an kleinräumigen	<u>Die interkantonale Koordination erfolgt basierend auf Planungsregionen, die mindestens 1 Million Einwohnerinnen und Einwohner haben. Diese Schwelle kann nötigenfalls unterschritten werden, damit 80% der Einwohnerinnen und Einwohner</u>

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

				politischen Grenzen keinen Halt.	einer Planungsregion einen Anfahrtsweg von weniger als 90 Minuten zum nächsten Notfallspital haben.
glp	58f	5	g	Einverstanden, mit Ergänzungsantrag: Wenn ein Spital einen neue Leistungsgruppe erhält, die Mindestfallzahlen aber nur knapp erreicht, besteht die permanente Gefahr, diese Schwelle wieder zu unterschreiten. Das kann dazu führen, dass Fälle «gesucht/erfunden» werden, um die Schwelle zu halten. Diesem Fehlanreiz kann entgegengewirkt werden, in dem man zwei unterschiedliche Schwellenwerte benutzt: a) eine höhere Mindestfallzahl für die erstmalige Aufnahme; b) eine tiefere Mindestfallzahl für die Erneuerung des Auftrages.	g. Mindestfallzahl <u>bei erstmaliger Aufnahme der Leistungsgruppe in den Leistungsauftrag sowie tiefere Mindestfallzahl bei Erneuerung des Auftrages.</u>
glp	58f	5	g ^{bis} (neu)	Ergänzungsantrag: Mindestfallzahlen sollen sicherstellen, dass nur Personen mit genügend Erfahrung operieren bzw. behandeln dürfen. Momentan werden die Zahlen für jedes Spital separat ermittelt und nicht bezogen auf die behandelnde Person. Es ist heute aber durchaus üblich, dass die gleiche Person an mehreren Spitälern operiert. Dieser Umstand muss berücksichtigt und im Wortlaut der Verordnung verankert werden.	g ^{bis} . Ist die behandelnde Person respektive das zugehörige Team an mehreren Spitälern tätig, ist dies bei der Ermittlung der Mindestfallzahlen zu berücksichtigen.
glp	58f	5 ^{bis} (neu)		Ergänzungsantrag: Sofern es nicht bereits anderenorts geregelt ist, ist in der Verordnung klarzustellen, dass die Leistungsaufträge separat für Erwachsene und Kinder vergeben werden.	Die Leistungsaufträge werden separat für Erwachsene und Kinder vergeben.
glp	58f	6		Nicht einverstanden: Leistungsaufträge, die mit einer maximalen Anzahl von	Die Leistungsaufträge können zudem insbesondere folgende Auflagen vorsehen:

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

				Interventionen verbunden sind, können zu Fehlanreizen führen, d.h. zur Ausreizung der Quote bzw. - im Fall einer Überschreitung der Quote - zu finanziellen Konsequenzen für den Patienten. Maximale Leistungsmengen sind aus der Verordnung zu entfernen. Dafür sollte die Indikationsqualität explizit erwähnt (vgl. vorne zu Art. 58d Abs. 3 Bst. b) sowie die Folgen der Nichteinhaltung geregelt werden.	<p>a. im akutsomatischen Spitalbereich: die maximalen Leistungsmengen;</p> <p>b. Im psychiatrischen und rehabilitativen Spitalbereich sowie im Pflegeheimbereich: die maximalen Leistungsmengen oder die maximalen Bettenzahlen;</p> <p>Stattdessen: Einhaltung der Grundsätze für die Qualität der Indikation, inkl. Folgen der Nichteinhaltung.</p>
glp	59c	1	d (neu)	Ergänzungsantrag: Sowohl Spitäler als auch Pflegeheime müssen genügend Geld erwirtschaften können, um Investitionen tätigen zu können.	d. Die Tarife enthalten angemessene Amortisationsbeiträge an die Investitionskosten.
glp	59c	3		Einverstanden, mit Ergänzungsantrag: Eine regelmässige <i>Prüfung</i> , ob einzelne ambulante Leistungen zu einer Pauschale zusammengefasst werden können, reicht nicht aus. Sollte die Prüfung positiv ausfallen und eine Pauschalierung möglich sein, muss innert nützlicher Frist auch die konkrete <i>Umsetzung</i> in die Tarifstruktur erfolgen.	Die Vertragsparteien müssen die Tarife regelmässig überprüfen und anpassen, wenn die Erfüllung der Grundsätze nach Absatz 1 nicht mehr gewährleistet ist. Zudem müssen sie bei Einzelleistungstarifstrukturen prüfen, ob sich Positionen, die für die Leistungen vorgesehen sind, zusammenfassen lassen. <u>Sollte das der Fall sein, wird die betreffende Tarifstruktur entsprechend angepasst.</u> Die zuständigen Behörden sind über die Resultate der Überprüfungen zu informieren.
glp	59c ^{bis}	1	a (neue Ziff. 3)	Einverstanden, mit Ergänzungsantrag: Sehr seltene Behandlungen dürfen nicht über das DRG abgerechnet werden, denn dafür braucht es eine	3. Behandlungen betreffen, deren gesamtschweizerische Fallzahl zu tief ist, um schlüssige Aussagen machen zu können.

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

)	schweizweite Mindestfallzahl, die aussagekräftig ist. Für sehr seltene Behandlungen sind daher besondere Bestimmungen nötig.	
glp	59c ^{bis}	1	b	<p>Änderungsantrag:</p> <p>Das KVG beruht auf einem tarifpartnerschaftlichen Verhandlungsprimat, wenn es um die Tarifgestaltung geht. Ein vorgegebener Perzentilwert, wie ihn der Bundesrat vorschlägt, ist daher zu restriktiv. Stattdessen sollen die Tarifpartner den Perzentilwert vereinbaren. In einer Anfangsphase scheint der 25. Perzentilwert möglich, da es einen Nachholbedarf gibt. Längerfristig dürfte dieser Wert aber nicht durchzuhalten sein, d.h. es darf aufgrund dynamischer Effekte nicht zu einem «race the bottom» kommen. Das Ziel ist klar: ein möglichst effiziente Leistungserbringung in der erforderlichen Qualität.</p>	<p>b. In einem zweiten Schritt werden die schweregradbereinigten Fall- oder Tageskosten desjenigen Leistungserbringers als Benchmarkwert ausgewählt, der gemessen an der Anzahl Leistungserbringer höchstens dem 25. Perzentilwert entspricht.</p>
glp	59c ^{bis}	4		<p>Nicht einverstanden, ersetzen:</p> <p>Eine starre Definition von Leistungen, die zu Zuschlägen auf den Benchmarkwert führen können, ist nicht zielführend und auch nicht notwendig. Das ist Verhandlungssache unter den Tarifpartnern. Um Zuschläge für Leistungen geltend zu machen, ist aber Transparenz in den Kosten- und Leistungsdaten unabdingbar; dies sollte hier unbedingt festgelegt werden.</p>	<p>Streichen</p> <p>Neu: Zuschläge auf den Benchmarkwert sind möglich, wenn diese transparent und datenbasiert ausgewiesen werden sowie nicht durch den Benchmarkwert abgedeckt werden.</p>

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			

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

werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			

