



Versorgungsplanung gemäss SpVG

Bericht zur Neuoperationalisierung des Planungs- kriteriums Wirtschaftlichkeit mittels Fallkosten- vergleich

Datum RR-Sitzung: 2. Juli 2014
Geschäftsnummer: 2014.0862
Direktion: Gesundheits- und Fürsorgedirektion
Klassifizierung: Nicht klassifiziert

Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage.....	3
1.1	Aktuelle Rechtsprechung und Datengrundlage.....	3
1.2	Kostenvergleiche in der Tarifverhandlung	3
1.2.1	Akutsomatik.....	4
1.2.2	Rehabilitation und Psychiatrie	4
2	Anpassung des Planungskriteriums Wirtschaftlichkeit	5
2.1	Schweregradbereinigte Fallkostenvergleiche in der Akutsomatik	5
2.2	Kostenvergleich in der Rehabilitation und Psychiatrie	5
3	Beurteilung durch die GEF	6

1 Ausgangslage

1.1 Aktuelle Rechtsprechung und Datengrundlage

Die in der Versorgungsplanung 2011-2014 berücksichtigten Grundsätze zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit sind auf Grund geänderter Rahmenbedingungen nicht mehr optimal dafür geeignet, eine zeitgemässe und KVG-konform Planungsgrundlage sicherzustellen:

- Das grundsätzliche Ziel einer Verlagerung von stationären Behandlungen in den ambulanten Bereich besteht weiterhin, es kann aber nicht als einziges Kriterium für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit herangezogen werden (vgl. BVG-Urteil C-2907/2008);
- Der Wegfall der Kategorie „teilstationär“ verunmöglicht künftig eine identische Vorgehensweise zur Berechnung des Verlagerungspotenzials von stationären Leistungen in den ambulanten Sektor, auf welcher die bisherige Beurteilung basierte;
- Die Beurteilung der Aufenthaltsdauer als Kriterium der Wirtschaftlichkeit ist mit Einführung der Fallpauschalen gemäss SwissDRG zumindest für den Bereich Akutsomatik nicht mehr zeitgemäss und zielführend. Unter dem neuen Finanzierungssystem besteht kein Anreiz mehr, Patientinnen und Patienten länger als notwendig zu hospitalisieren;
- Unter dem neuen Finanzierungssystem gewinnt die Abbildung von Kosten und deren Transparenz eine zunehmend grössere Bedeutung. Dies ist im Bereich der Akutsomatik bereits seit 1.1.2012 der Fall. Im Rahmen der Datenlieferung an die SwissDRG AG müssen sämtliche Leistungserbringer ihren Kostenträgerdatensatz (Fallkosten) gemäss der einheitlichen Kostenträgermethode REKOLE® dokumentieren und jährlich bis zum 30. April des Abrechnungsjahres an die SwissDRG AG liefern. Ähnliche Entwicklungen sind in den Bereichen Psychiatrie (TARPSY) und Rehabilitation (ST REHA) im Gange;
- Mit der Revision der Spitalversorgungsverordnung (SpVV) vom 23. Oktober 2013 sind nun auch verbindliche Auflagen und Pflichten zur Datenlieferung an den Kanton in Kraft getreten, welche unter anderem auch die Kostendaten der einzelnen Leistungserbringer betreffen. So verpflichtet Art. 48 Abs 1 in Verbindung mit Anhang 5 alle Leistungserbringer zur jährlichen Lieferung des Kostenträgerdatensatzes gemäss der Vorgaben der SwissDRG AG.

1.2 Kostenvergleiche in der Tarifverhandlung

Kostenvergleiche zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit in den stationären Versorgungsbereichen sind in der Schweiz etabliert und werden unter anderem bei den Tarifverhandlungen eingesetzt und von der Schweizerischen Konferenz der Kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)¹ ausdrücklich zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit empfohlen. Schweregradbereinigte Fallkosten (wenn verfügbar) gelten dabei als Hinweis für die Wirtschaftlichkeit des einzelnen Spitalstandorts. Bei einem Kostenvergleich mit schweregradbereinigten Fallkosten wird im Bereich Akutsomatik ausdrücklich der unterschiedliche Patientenmix der einzelnen Spitalstandorte berücksichtigt. Diese Bereinigung um den durchschnittlichen Schweregrad erlaubt es, dass Spitalstandorte grundsätzlich möglichst unabhängig von ihrem

¹ «Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung» der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) vom 5. Juli 2012.

Patientenmix miteinander verglichen werden können. Analoge Ansätze für die Schweregradbereinigung in den Bereichen Psychiatrie und Rehabilitation sind in Entwicklung.

Dabei sind bei Tarifverhandlungen (wie auch bei der Versorgungsplanung) ausschliesslich die Kosten des anrechenbaren stationären-KVG Bereichs für einen Wirtschaftlichkeitsvergleich relevant. Das sind diejenigen Kosten, die zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) verrechnet werden dürfen. Sämtliche Zusatzleistungen (freie Arztwahl, spezielle Hotellerieleistungen) werden nicht im Rahmen der OKP sondern von der Zusatzversicherung oder vom Patienten selbst finanziert. Die Kosten für diese Leistungen sind somit vor dem Kostenvergleich abzuziehen. Bei der Zuordnung der verrechenbaren Kosten gemäss OKP ist mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012 keine Änderung erfolgt.

1.2.1 Akutsomatik

Im Rahmen der Tarifberechnungen in der Akutsomatik führt der Kanton Bern bereits heute ein innerkantonales Benchmarking durch, da es genügend (vergleichbare) Leistungserbringer gibt. Eine Ausnahme bilden das Universitätsspital und Geburtshäuser. Das Benchmarking basiert auf einem Vergleich der schweregradbereinigten durchschnittlichen Fallkosten eines Spitalstandorts.

1.2.2 Rehabilitation und Psychiatrie

Für die Tarifberechnungen in der Rehabilitation und Psychiatrie führt der Kanton Bern heute ebenfalls ein innerkantonales Benchmarking durch. Jedoch fehlen in der Rehabilitation und Psychiatrie derzeit noch Angaben zum Schweregrad der einzelnen Fälle und somit zu den schweregradbereinigten Fallkosten. Für die Tarifberechnung in der Rehabilitation und Psychiatrie wird daher ein Vergleich der durchschnittlichen Betriebskosten pro Pflgetag in die Tarifverhandlungen einbezogen.

Mit der Revision des KVG vom 21. Dezember 2007 sind künftig aber auch für die stationäre Rehabilitation und Psychiatrie leistungsbezogene Vergütungssysteme vorgesehen. Sowohl die Ausgestaltung wie auch der Zeitpunkt der verbindlichen Einführung dieser Tarifsyste sind derzeit jedoch noch nicht abschliessend bekannt. Sicher ist jedoch, dass in beiden Bereichen die Einführung von Schweiz weit einheitlichen Tarifsyste zu wesentlich einheitlichen Preissystemen führen wird, als dies heute der Fall ist. Dabei sollen für die neuen Tarifsyste auch verbesserte Abbildungsmöglichkeiten für schweregradsteigernde bzw. -reduzierende Faktoren erarbeitet werden, die schliesslich auch in der Rehabilitation und Psychiatrie einen schweregradbereinigten Fallkostenvergleich ermöglichen könnten.

2 Anpassung des Planungskriteriums Wirtschaftlichkeit

2.1 Schweregradbereinigte Fallkostenvergleiche in der Akutsomatik

Das Vorgehen zur heutigen Tarifierung soll auch im Rahmen der Versorgungsplanung gemäss KVG und SpVG, gestützt durch die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts, bei der Beurteilung des Planungskriteriums der Wirtschaftlichkeit von einzelnen Spitalstandorten Anwendung finden:

- In der Akutsomatik werden dabei die Kosten des stationären-KVG Bereichs durch die schweregradgewichtete Anzahl stationärer Fälle geteilt;
- Als Vergleichsgrösse der Wirtschaftlichkeit dienen die schweregradbereinigten Kosten der vergleichbaren innerkantonalen Spitalstandorte;
- Der Benchmark für wirtschaftlich arbeitende Spitäler liegt beim 40. Perzentil der Vergleichsgruppe. Eine Abweichung von bis zu 15 Prozent gilt im ersten Jahr der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit als akzeptabel (Toleranzbereich). Dieser Toleranzbereich dient der Berücksichtigung möglicher Besonderheiten einzelner Leistungserbringer im Kostenvergleich und soll vor allem in der Einführungsphase Sicherheit für die Spitalstandorte gewährleisten. Es ist jedoch davon auszugehen, dass dieser Toleranzbereich regelmässig geprüft und angepasst werden kann. Grundsätzlich ist mittelfristig (1-2 Jahre) eine Verringerung der akzeptierten Abweichung vom Benchmark anzustreben.

2.2 Kostenvergleich in der Rehabilitation und Psychiatrie

Auf Grund der noch nicht abgeschlossenen Entwicklungen der Tarifsysteme in diesen beiden Bereichen, erfolgt eine Beurteilung der Wirtschaftlichkeit in den Bereichen Rehabilitation und Psychiatrie anhand eines einfachen Kostenvergleichs:

- In der Rehabilitation und Psychiatrie werden dabei die Kosten des stationären-KVG Bereichs durch die Anzahl der Pflegetage geteilt;
- Als normative Beurteilung der Wirtschaftlichkeit dienen die durchschnittlichen Kosten pro Pflegetag aller vergleichbaren Leistungserbringer (Spitalstandorte);
- Die Festlegung von Benchmark und Toleranzbereich erfolgen soweit möglich analog zur Akutsomatik;
- Falls es unter den neuen Tarifsystemen künftig möglich sein wird auch in diesen Bereichen schweregradbereinigte Fallkosten abzubilden, wird dies ausdrücklich in die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Spitalstandorte einfließen.

Abbildung 1 fasst den Prozess zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit stationärer Leistungserbringer grafisch zusammen.

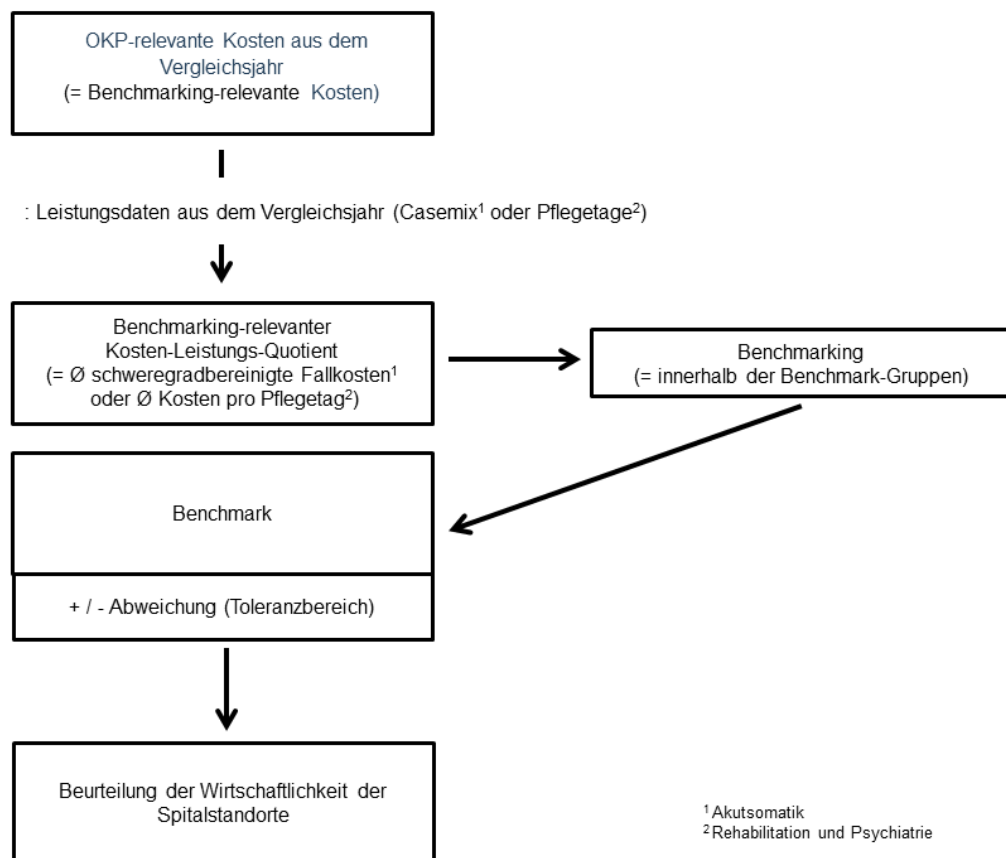


Abbildung 1 Prozess zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit

3 Beurteilung durch die GEF

Mit der Neuoperationalisierung des Planungskriteriums der Wirtschaftlichkeit sind auch die Anforderungen des Art. 39 KVG zum 1. Januar 2015 erfüllt.