

Vereinbarung
über ergänzende Anwendungsmodalitäten
bei der Einführung der Tarifstruktur SwissDRG

zwischen

H+ Spitäler der Schweiz (nachfolgend „die Spitäler“)

und

santésuisse (nachfolgend „die Krankenversicherer“)

[beide zusammen nachfolgend „die nationalen Tarifpartner“]

Präambel

¹ Die nationalen Tarifpartner sind zusammen mit den Kantonen übereingekommen, die Tarifstruktur SwissDRG ab 1. Januar 2012 schweizweit flächendeckend einzuführen. Diesbezüglich wird auf den Tarifstrukturvertrag vom 2. Juli 2009 verwiesen.

² Die nationalen Tarifpartner nehmen zur Kenntnis, dass mit der Genehmigung der Tarifstruktur und der Anwendungsmodalitäten durch den Bundesrat die einheitliche Anwendung schweizweit vorgegeben wird.

³ Die nationalen Tarifpartner sind übereingekommen, dass die einheitliche Anwendung von SwissDRG weitere Elemente bedingt, die auf nationaler Ebene Gültigkeit haben müssen. Diese Vereinbarung umfasst die diesbezügliche Einigung der nationalen Tarifpartner. Damit die nachfolgend vereinbarten Rahmenbedingungen nationale Gültigkeit erlangen, muss der Bundesrat diese Vereinbarung als Bestandteil der Anwendungsmodalitäten von SwissDRG genehmigen und auf dem Gebiet der Schweiz für verbindlich erklären. Als wichtig erachten die nationalen Tarifpartner insbesondere, dass der Bundesrat die Übermittlung der medizinischen Daten gemäss Ziffer 1 auf Konformität mit den Anforderungen des Persönlichkeits- und Datenschutzes überprüft und damit Rechtssicherheit für die Spitäler und Krankenversicherer schafft.

⁴ Nicht Gegenstand dieses Vertrags sind sämtliche Aspekte der Preisbildung (Berechnung und Verhandlung der Basispreise sowie der Entgelte für unbewertete Fallgruppen und unbewertete Zusatzentgelte), die auf tarifvertraglicher Ebene zwischen Spitälern und Krankenversicherern oder deren Verbänden zu vereinbaren sind.

1. Übermittlung von medizinischen Daten bei der Rechnungsstellung an den Krankenversicherer

1.1. Grundsätze

¹ Die Durchführung der Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitskontrolle basierend auf Art. 42 Absatz 3 KVG bedingt, dass dem Krankenversicherer jene Informationen zur Verfügung gestellt werden, welche der Rechnungsstellung zu Grunde liegen. Darunter fallen bei einem DRG – basierten Abrechnungssystem unter anderem auch die personenbezogenen Diagnose- und Prozedurendaten, welche für den jeweils abgerechneten stationären Fall kodiert worden sind. Auf Basis des Urteils des Bundesverwaltungsgerichts (BVGer) C-6570/2007 vom 29. Mai 2009 anerkennen die Vertragspartner daher den Grundsatz der Übermittlung dieser Daten unter Einhaltung der Prinzipien der Verhältnismässigkeit und des Datenschutzes, die mit nachfolgender Regelung konkretisiert werden.

² Die Übermittlung der medizinischen Daten gemäss Ziffer 1.5. erfolgt an den Krankenversicherer oder – wenn der Patient dies verlangt oder ein begründeter Fall (Art. 42 Abs. 5 KVG) vorliegt - an den Vertrauensarzt des Krankenversicherers.

³ Leistungserbringer und Versicherer können die Übermittlung der abrechnungsrelevanten Angaben im individuellen Tarifvertrag im gegenseitigen Einvernehmen anders regeln. Liegt ein solches Einvernehmen nicht vor, gilt die vorliegende Regelung.

1.2. Patienteninformation

¹ Das Spital klärt den Patienten über Form und Inhalt der Datenübermittlung an den Krankenversicherer sowie über den Verwendungszweck (Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitskontrolle im Einzelfall gemäss KVG durch den Krankenversicherer) der Daten auf. Die Umsetzung der Patienteninformation ist Sache des Spitals. Dem Krankenversicherer ist Art und Inhalt der Patienteninformation auf einfache Anfrage offen zu legen.

² Auf Verlangen des Patienten ist das Spital verpflichtet, die medizinischen Angaben nur an den Vertrauensarzt des Versicherers zu übermitteln (vgl. Ziffer 1.4.).

1.3. Übermittlung der abrechnungsrelevanten Daten bei der Rechnungsstellung

¹ Das Spital übermittelt dem Krankenversicherer bei der Rechnungsstellung die Angaben über alle in der fakturierten Behandlungsperiode kodierten Diagnosen und Prozedurendaten sowie alle weiteren abrechnungsrelevanten Elemente gemäss Ziffer 1.5. Die Angabe der Codes erfolgt in vollständiger Länge gemäss den anwendbaren Klassifizierungen (jeweils gültige Versionen des ICD-10 und CHOP). Die Übermittlung dieser Angaben erfolgt unaufgefordert bei jeder Rechnungsstellung.

² Die Datenübermittlung erfolgt in elektronischer, verschlüsselter Form, weder anonymisiert noch pseudonymisiert.

³ Die nationalen Tarifpartner erarbeiten und pflegen auf nationaler Ebene den technischen Standard für die Übermittlung der abrechnungsrelevanten Angaben. Das Fehlen eines technischen Standards entbindet die Spitäler nicht von ihrer Pflicht zur Datenübermittlung.

⁴ Die Rechnungsstellung an den Versicherer und die Übermittlung der abrechnungsrelevanten Daten bei der Rechnungsstellung erfolgen unentgeltlich.

⁵ Bedarf der Krankenversicherer im Einzelfall zur Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitskontrolle zusätzlicher medizinischer Informationen, um über die Vergütung entscheiden zu können, übermittelt das Spital dem Krankenversicherer auf Verlangen weitere medizinische Unterlagen. Liegt ein Fall gemäss Ziffer 1.4. vor, werden die medizinischen Unterlagen ausschliesslich dem Vertrauensarzt des Krankenversicherers übermittelt.

⁶ Das Spital kann im Falle von überdurchschnittlichen Rückfragen eines einzelnen Krankenversicherers von diesem eine Begründung hierfür verlangen.

⁷ Die weiteren Modalitäten der Rechnungsstellung werden in den Tarifverträgen geregelt.

1.4. Übermittlung der medizinischen Daten an den Vertrauensarzt

¹ Die medizinischen Daten gemäss Ziffer 1.5. dürfen in folgenden Fällen ausschliesslich dem Vertrauensarzt des Versicherers oder dessen Hilfspersonen übermittelt werden und zugänglich sein:

- a) auf Verlangen des Patienten;
- b) bei Vorliegen eines begründeten Falles im Sinne von Art. 42 Abs. 5 KVG. Ein begründeter Fall liegt vor, wenn
 - der Patient während des gesamten stationären Aufenthalts nicht in der Lage war, sich zur Frage der Datenübermittlung zu äussern;
 - wenn der Patient unfähig ist, sich ein Urteil zu bilden;
 - wenn eine kodierte Erkrankung oder Behandlung oder eine Kombination davon vorliegt, welche eine Übermittlung an den Vertrauensarzt rechtfertigt.

² Der Grund für die Übermittlung an den Vertrauensarzt gemäss Absatz 1 muss diesem mitgeteilt werden.

³ Die elektronische Datenübermittlung gestaltet sich in diesen Fällen wie folgt:

- a) Der medizinische Datensatz gemäss Ziffer 1.5. wird als vertraulich zu Händen des Vertrauensarztes gekennzeichnet.
- b) Der Krankenversicherer stellt durch technische und organisatorische Massnahmen einwandfrei sicher, dass dauerhaft ausschliesslich der Vertrauensarzt oder dessen Hilfspersonen Einsicht in die übermittelten medizinischen Daten erhalten.

1.5. Spezifikation des Datensatzes

¹ Für die elektronische Datenübermittlung anerkennen die Parteien die in der Praxis erarbeiteten Prozesse und die Meldungsspezifikationen des Projekts eKarus Spital resp. den diesbezüglichen Standard XML des Forums Datenaustausch. Sofern nichts anderes vereinbart, erfolgt die Datenübermittlung gekoppelt unter der Verwendung des Container-Standards des Forums Datenaustausch. Dabei werden die administrativen (Rechnung) und medizinischen (MCD) Daten gemeinsam in einem Datencontainer übermittelt.

² Als Grundlage für die Spezifikation des Datensatzes dienen die Variablen der Medizinischen Statistik des BFS (Schnittstellenkonzept, Version 1.0 oder neuer). Diese Variablen sind dem Krankenversicherer – unter Beachtung der Einschränkungen gemäss nachfolgenden Absätzen 3 und 4 – vollständig zu übermitteln.

³ Folgende Variablen der Medizinischen Statistik sind von der Datenübermittlung generell ausgenommen:

Va. Nr.	Bezeichnung
0.1.V01	Rekordart
0.2.	Identifikation
0.3.	Zusätzliche Daten**
1.6.	Diagnosen
1.7.	Behandlungen
2.1.V01	Rekordart
2.3.	Angaben betreffend die Mutter
3.	Psychiatrie-Zusatzdaten
4.1.	Allgemeine Angaben
4.6.	MD-Fallkostenstatistik

**der Kantonale Zusatzdatensatz wird dem Krankenversicherer nicht übermittelt

⁴ Die folgenden Variablen der Medizinischen Statistik definieren die medizinischen Angaben, die in den gemäss Ziffer 1.4 definierten Fällen nur an den Vertrauensarzt übermittelt werden dürfen:

Va. Nr.	Bezeichnung
2	Neugeborenen – Zusatzdaten, ausser 2.2.V04***
4.2.	MD-Diagnosen
4.3.	MD-Behandlungen
4.4.	MD-Intensivmedizin
4.5.	MD-Kinder, ausser 4.5.V01***

*** die Variablen 2.2.V04 (Geburtsgewicht) und 4.5.V01 (Aufnahmegewicht) gelten als administrative Rechnungsdaten

1.6. Persönlichkeits- und Datenschutz

¹ Die Vertragsparteien gewährleisten den Persönlichkeits- und den Datenschutz gemäss den gesetzlichen Bestimmungen in ihrem jeweiligen Einflussbereich wie auch während der Datenübermittlung. Dazu treffen sie die nach Art. 8 ff sowie Art. 20 der Verordnung zum Bundesgesetz über den Datenschutz (VDSG) erforderlichen technischen und organisatorischen Massnahmen.

² Die Krankenversicherer stellen sicher, dass die gestützt auf diese Vereinbarung erhaltenen medizinischen Angaben ausschliesslich für die Zwecke der Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäss KVG verwendet werden.

³ Die Krankenversicherer legen in Datenbearbeitungsreglementen insbesondere auch die Zugriffsrechte auf die diagnose- und prozedurenbezogenen Daten und die Aufbewahrungsdauer dar. Die Zugriffsrechte sind auf Mitarbeitende zu beschränken, die im Rahmen der Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfung Einsicht in die nicht anonymisierten und nicht pseudonymisierten medizinischen Daten benötigen. In Übereinstimmung mit Art. 59 KVV wird bei der Aufbewahrung der diagnosebezogenen Daten der Zugriff des Krankenversicherers auf die Diagnosedaten aufgehoben. Die Aufhebung der Pseudonymisierung kann nur durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers erfolgen.

⁴ Die Daten, welche dem Vertrauensarzt übermittelt werden, verbleiben dauerhaft im vertrauensärztlichen Dienst. Sie dürfen nur in den gesetzlich vorgesehenen Fällen oder bei Vorliegen einer Ermächtigung der betroffenen versicherten Person an den Krankenversicherer oder an andere Drittpersonen weitergeleitet werden.

1.7. Rechnungsstellung an den Kanton

¹ Es gelten grundsätzlich die Vorgaben gemäss Art. 49a Abs. 3 KVG. Demnach entrichtet der Wohnkanton seinen Rechnungsanteil direkt dem Spital, sofern zwischen Kanton und Versicherer keine anderslautende Vereinbarung besteht.

2. Einführungsmonitoring

¹ Art. 59 c KVV schreibt vor, dass der Wechsel des Tarifmodells keine Mehrkosten verursachen darf.

² Nicht unter die Mehrkosten gemäss Abs. 1 fallen Effekte der Umverteilung zwischen Kantonen und Versicherern sowie zwischen Privatversicherungsbereich und OKP-Bereich, welche aufgrund weiterer Anpassungen der Spitalfinanzierung (KVG-Änderung vom 21.12.2007) eintreten.

2.1. CMI- Monitoring und Korrekturmechanismus

¹ Während der Einführungsphase von 2 Jahren (Abrechnungsjahre 2012 und 2013) ist ein CMI-Monitoring gemäss nachfolgenden Eckwerten durchzuführen.

² Im Tarifvertrag wird zusätzlich zum Basispreis auch der CMI vereinbart. Die Ermittlung des CMI erfolgt in 2 Schritten

Schritt 1:

- für die Tarife 2012 auf den Fallkodierungen des Spitals der Austritte im Jahr 2010, bewertet mit der SwissDRG Planungsversion 1.0
- für die Tarife 2013 auf den Fallkodierungen des Spitals der Austritte im Jahr 2011, bewertet mit der im Jahr 2013 zur Anwendung gelangenden Tarifversion (Planungsversion).

Schritt 2

Zeigt das Spital im Rahmen der Tarifverhandlungen anhand von geplanten Leistungsmengen nachvollziehbar auf, dass der CMI des Jahres 2010 (respektive 2011) zwar korrekt ermittelt wurde, jedoch im Abrechnungsjahr nicht den Tatsachen entsprechen wird, wird im Tarifvertrag ein vom ermittelten CMI abweichender CMI vereinbart. Die Abweichung wird mit dem geplanten Leistungsspektrum und den geplanten Leistungsmengen datengestützt ermittelt und kann zu einer Korrektur des CMI nach oben oder nach unten führen.

³ Übersteigt der effektiv abgerechnete CMI im Abrechnungsjahr den im Tarifvertrag vereinbarten Wert um mehr als +2%, muss das Spital die +2% übersteigende Differenz zurück vergüten. Unterschreitet der effektiv abgerechnete CMI im Abrechnungsjahr hingegen den im Tarifvertrag vereinbarten Wert, erfolgt keine nachträgliche Vergütung an das Spital.

⁴ Weist das Spital datengestützt nach, dass sein effektiver CMI aufgrund signifikanter, nicht geplanter Änderungen seines Leistungsspektrums oder bestimmter Leistungsmengen angestiegen ist, wird dieser Teil bei der Rückerstattung berücksichtigt¹. Nicht berücksichtigt werden übliche Veränderungen und Verschiebungen aufgrund des Wettbewerbs.

⁵ Der Ausgleich für die fakturierten Fälle (Austritte) des Kalenderjahres 2012 respektive 2013 wird innerhalb 6 Monaten des Folgejahres geregelt.

¹ Als mögliche Methode hierfür kann die Veränderung des CMI AP-DRG 6.0 zwischen den Jahren 2012 und 2010 im Vergleich zum CMI SwissDRG zwischen 2012 und 2010 vereinbart werden. AP-DRG 6.0 ist hierfür geeignet, weil sich der Grouperalgorithmus zwischen den Jahren 2010 und 2012 nicht ändert.

3. Kosten- und Leistungstransparenz im Rahmen der Tarifverhandlungen

¹ Gesetz und Verordnung schreiben vor, dass sich die Tarife an der Entschädigung jener Spitäler orientieren, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Dies setzt transparente Kosten- und Leistungsdaten voraus.

² Bezüglich der zu gewährenden Transparenz werden folgende Grundsätze festgehalten:

- a) die Verordnung über die Kostenermittlung und Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) ist anzuwenden.
- b) Die Spitäler stellen den Krankenversicherern die benötigten Angaben zu.
- c) Liefern die Spitäler ihre Betriebsrechnung gemäss ITAR-K Modell von H+, gilt folgendes:
 - a. ITAR-K wird als Kostenausweis anerkannt, nicht jedoch als Tarifierungsmodell.
 - b. Das Spital stellt dem Krankenversicherer den Gesamtausweis ITAR-K auf Ebene Gesamtunternehmung und den Kostentrgerausweis nach REKOLE zur Verfügung. Der Krankenversicherer hat das Recht, weitere Informationen einzufordern.
 - c. Bereitstellung der Informationen zu den Leistungsdaten (bspw. Summe Kostengewichte, CMI, Anzahl Fälle, Anzahl Outlier usw.) und tarifstrukturelevanten Informationen (bspw. Mengengerust unbewertete Fallgruppen und Zusatzentgelte) in der notwendigen Detaillierung, inklusive der Katalogeffekte bei Wechsel der Tarifstruktur-Version.
- d) Es steht den Spitälern frei, mit den Krankenversicherern andere Methoden für den Kosten- und Leistungsausweis zu vereinbaren.
- e) Korrekturen der Kosten- und Leistungsdaten sowie unterschiedliche Berechnungsergebnisse werden im Rahmen der Tarifverhandlungen zwischen Spital und Versicherer gegenseitig nachvollziehbar dargelegt und erläutert.

4. Übergangsregelung betreffend Vergütung der Anlagenutzungskosten

¹ Die Anlagenutzungskosten für nach SwissDRG abgerechnete stationäre Fälle werden für eine Übergangsphase von drei Jahren (Tarifjahre 2012, 2013 und 2014) als Zuschlag auf die verhandelten Basispreise abgegolten.

- Für fakturierte SwissDRG-Fälle des Jahres 2012: 10%
- Für fakturierte SwissDRG-Fälle des Jahres 2013: 11%
- Für fakturierte SwissDRG-Fälle des Jahres 2014: 12%

² Die Zuschläge gemäss Absatz 1 werden bei nicht erfolgter oder ungenügend erfolgter Datenlieferung an die SwissDRG AG wie folgt reduziert:

- Auf fakturierten SwissDRG-Fällen des Jahres 2012: keine Reduktion
- Auf fakturierten SwissDRG-Fällen des Jahres 2013: Abzug von 1% bei Nichtlieferung der Betriebskostendaten des Jahres 2011 (dies entspricht einem reduzierten Zuschlag von 10% auf dem verhandelten Basispreis)
- Auf fakturierten SwissDRG-Fällen des Jahres 2014: Abzug von je 1% bei Nichtlieferung der Betriebskostendaten und/oder der Anlagenutzungskostendaten des Betriebsjahres 2012 (dies entspricht reduzierten Zuschlägen von 10% oder 11% auf dem verhandelten Basispreis)

³ Die vorgenannte Zuschlagsregelung hat keine präjudizierende Wirkung für die Vergütung der Anlagenutzungskosten ab dem Tarifjahr 2015.

5. Schlussbestimmungen

5.1. Beitritt

¹ Aus dem Zweck der Vereinbarung erübrigt sich ein Beitrittsverfahren.

5.2. Gültigkeit und Inkrafttreten

¹ Die Vertragsparteien haben sich auf den vorliegenden Vereinbarungstext geeinigt.

² Diese Vereinbarung tritt mit der schweizweiten Einführung von SwissDRG in Kraft. Sie ist durch den Bundesrat zu genehmigen und für die Anwendung von SwissDRG auf dem Gebiet der ganzen Schweiz als verbindlich zu erklären.

³ Erfolgt nur eine Teilgenehmigung, werden die nicht genehmigten Punkte nachverhandelt und einer Lösung zugeführt.

⁴ Auf Seiten von H+ unterliegt diese Vereinbarung der Zustimmung ihrer Mitglieder nach Massgabe ihrer Statuten. Wird die Vereinbarung abgelehnt, informiert H+ den Bundesrat und santésuisse umgehend schriftlich über die Aufhebung der Unterzeichnung. Die Mitteilung hat bis spätestens 15. August 2011 zu erfolgen.

5.3. Vertragssprache

¹ Bei mehreren Versionen ist der Vereinbarungstext in deutscher Sprache massgebend.

Bern, 5. Juli 2011

Bern, 5. Juli 2011

Claude Ruey
Präsident santésuisse

Stefan Kaufmann
Direktor santésuisse

Bern, 5. Juli 2011

Bern, 5. Juli 2011

Charles Favre
Präsident H+

Bernhard Wegmüller
Direktor H+