

prio.swiss, Waisenhausplatz 25, 3011 Bern

Bundesamt für Gesundheit
Eingereicht via Plattform «Consultations»

Bern, 8. Juli 2026

Vernehmlassung zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung und Totalrevision der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (Einheitliche Finanzierung der Leistungen); Stellungnahme prio.swiss

Sehr geehrte Frau Bundesrätin
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, uns im Rahmen der Vernehmlassung zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung und Totalrevision der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (Einheitliche Finanzierung der Leistungen) äussern zu können.

Die Grundprinzipien für die Krankenversicherer

Im Rahmen der operativen Umsetzung der einheitlichen Finanzierung gelten zusammenfassend für prio.swiss folgende Grundsätze:

1. Die Umsetzung erfolgt einheitlich, digitalisiert und effizient. Bis zum 1.1.2028 werden nur die unbedingt notwendigen Änderungen vorgenommen. Bestehende Prozesse haben Vorrang, sofern sie dem operativen Ziel dienen. Was die Finanz- und Datenflüsse angeht, ist das Ziel, wo immer möglich alle bestehenden Strukturen zu nutzen, ohne neue zu schaffen. In den folgenden Jahren werden die Abläufe optimiert.
2. In der Regel finden keine direkten Kontakte zwischen Kantonen und Krankenversicherern statt.
3. Zahlungsfluss und Kontrolle durch die Kantone werden entkoppelt.
4. Der Finanzfluss gemäss Art. 60 nKVG läuft via Gemeinsame Einrichtung KVG (GE KVG).
5. Die Datenlieferung nach Art. 60 nKVG findet wöchentlich statt. Die Kantone bezahlen wöchentlich ihre Beiträge.
6. Beanstandungen erfolgen nach der Zahlung und rückwirkend. Ein Korrekturprozess ist vorgesehen. Die Verrechnungen von Beanstandungen mit Beitragsrechnungsbezahlung sind nicht erlaubt.
7. Die Verordnung setzt implizit einen standardisierten elektronischen Datenaustausch zwischen allen Beteiligten voraus. Zentral für die Umsetzung ist, dass die Verordnung ausdrücklich interoperable technische Standards, strukturierte elektronische Prozesse sowie einheitliche Referenzmodelle fordert bzw. festlegt, um Sonderlösungen für Kantone und Versicherungen, Medienbrüche und unnötige Mehrkosten zu vermeiden.
8. Die Rechnungskontrolle bleibt Kernkompetenz der Krankenversicherer.
9. Die Wohnsitzkontrolle wird von den Krankenversicherer via den nationalen Adressdienst des Bundes (NAD) ab 1.1.2028 gewährleistet. Bei Personen, die nicht im NAD enthalten sind, übernehmen die Kantone die Verantwortung, eine Zuordnung vorzunehmen.
10. Die Umsetzung von Art. 21 und 60 nKVG erfolgt unter der Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips und des Wirtschaftlichkeitsgebots. Die Versicherer haben die Pflicht, betreffend die administrativen Kosten wirtschaftlich zu handeln. Von der Umstellung von Informatiksystemen ist abzusehen, falls nur eine geringe Anzahl von Fällen davon betroffen ist.
11. Der Datenfluss gemäss Art. 21 nKVG wird via santéservices (ehemals Sasis AG) gewährleistet. Als Verwendungszwecke nennt das Gesetz die Aufsicht über die Leistungserbringer, die Versorgungsplanung stationär (inkl. Pflegeheime) und die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte. Die Umsetzung muss auf diese klar definierten Bereiche abzielen und dies mit aggregierten Daten, die bereits heute zentral bei santéservices erfasst sind.

Rückmeldung KVV

Schlüsselpunkte zum Finanzfluss (Art. 18 Abs. 2^{sexies} KVG) müssen in der Verordnung festgehalten werden

Wichtig ist, dass der Datenfluss und die Kontrollen durch die Kantone den Finanzfluss an die Versicherer nicht behindern oder unterbrechen dürfen, da dies sonst zu massiven Liquidationsengpässen bei den Versicherern führt. Aus diesem Grund müssen Zahlungsfluss und Kontrolle durch die Kantone entkoppelt werden. Allfällige Beanstandungen erfolgen nach der Zahlung der Kantone und rückwirkend. Ein entsprechender Korrekturprozess ist vorgesehen. Hierfür ist eine entsprechende Bestimmung in der KVV vorzusehen. Versicherer und Kantone haben sich bezüglich Zahlungen der Kantone und den Beanstandungen auf folgende Grundsätze geeinigt, welche in der KVV abgebildet werden müssen:

1. Wöchentlicher Rhythmus für Datenlieferungen und Finanzflüsse.
2. Mit einer wöchentlichen Bezahlung und einer Frist von 5 Arbeitstagen kann die Liquidität der Versicherer sichergestellt werden.
3. Finanz- und Zahlungsfluss sind vom Kontroll- und Plausibilisierungsprozess der Kantone entkoppelt.
4. Rückwirkende Beanstandungen der Kantone gemäss Art. 60 Abs. 11 nKVG sind vorgesehen und werden nach der Klärung korrigiert. Die Verrechnungen von Beanstandungen mit Beitragsrechnungsbezahlung sind nicht erlaubt.

Sanktionsmöglichkeiten für Kantone die nicht zahlen

Wichtig ist eine Sanktionsmöglichkeit gegenüber Kantonen, welche die Rechnungen für die Kantonsanteile nicht bezahlen. Die Krankenversicherer und die Leistungserbringer sind auf diese Zahlungen angewiesen. Da es schlussendlich um die fristgerechte Abgeltung der Leistungserbringer geht, ist eine ausreichende Liquidität der Krankenversicherer essenziell.

Neuer Artikel Art. 59a^{sexies} Kostensplitting bei jahres- und monatsübergreifenden Rechnungen (ambulant und stationär): Notwendigkeit einer Departementsverordnung

Das KVG ist die Grundlage für die Krankenversicherer bei der Leistungsabwicklung und Fakturierung. Der Krankenversicherer berechnet gesetzeskonform zuerst Franchise und Selbstbehalt, anschliessend wird der Beitragsprozentsatz angewendet. Im technischen Austausch der Kantone und Versicherer konnten sich die Teilnehmer betreffend das Kostensplitting bei jahres- und monatsübergreifenden Rechnungen (ambulant und stationär) auf ein Vorgehen festlegen.

Der Jahres- und Monatswechsel werden unterschiedlich gehandhabt. Jahresübergreifende Rechnungen werden gesplittet (stationäre Rechnungen pro rata temporis gemäss Aufenthaltsdauer). Ambulante Rechnungen werden nach Behandlungsdatum gesplittet. Pro Split gilt der im jeweiligen Jahr gültige Beitragsprozentsatz. Dies entspricht der gleichen Logik wie im KVG die Franchisen und Selbstbehalte abgerechnet werden.

Die Definition von Kantonszuständigkeit und Beitragsprozentsatz wird für den Jahreswechsel 2027/2028 und alle folgenden Jahreswechsel gleich gehandhabt. Folglich fordern die Krankenversicherer für stationäre Überlieger 2027/2028 auch den entsprechenden Kantonsanteil 2027 bei den Kantonen ein. Damit wird vermieden, dass die Leistungserbringer einmalig die stationären Rechnungen selbst splitten müssen. Bei den Versicherern stellt dieses Splitting einen Standardprozess dar.

Monatsübergreifende ambulante Behandlungen mit einem Kantonswechsel werden gemäss dem am 1. des jeweiligen Monats zuständigen Kanton ex-post gesplittet. Die Berechnung erfolgt Mitte des folgenden Jahres durch die Versicherer auf Basis einer separaten Datenauswertung. Das Split erfolgt nicht technisch in den Systemen der Krankenversicherer, sondern wird auf Basis einer separaten Datenauswertung im Nachhinein berechnet. Damit sind keine zusätzlichen Funktionalitäten in den Versicherersystemen notwendig. So reduziert sich denn auch die Komplexität und der Umfang der wöchentlichen Datenlieferung erheblich (Verhältnismässigkeitsprinzip).

Die Modalitäten der monats- und jahresübergreifend ambulant und stationären Rechnungen sollten in einer allfälligen Departementsverordnung geregelt werden.

Festhalten detaillierterer Regelungen zum Finanz- und Datenfluss in einer Departementsverordnung

Sobald alle operativen Details des zum Finanzfluss gehörenden Datenflusses festgelegt wurden und in einem Betriebskonzept / Handbuch o.ä. festgehalten wurden, fordert prio.swiss, dass das EDI diese auf Antrag der nationalen Organisationen, welche die Versicherer und die Kantone vertreten, in einer Departementsverordnung festhält und das Betriebskonzept / Handbuch für alle Kantone und Versicherer als verbindlich erklärt.

Autonomer Ausschuss: wenn die Kantone mitfinanzieren, paritätische Gestaltung

prio.swiss misst dem autonomen Ausschuss grosse Bedeutung bei. Die Zuständigkeiten müssen im Reglement der GE KVG klar festgelegt werden und sich auf die Überprüfung der Prozesse im Zusammenhang mit dem von der GE KVG verwalteten Finanzfluss konzentrieren (Art. 18 Abs. 2sexies nKVG). Seitens Versicherer besteht die Bereitschaft, das Gremium paritätisch zu strukturieren, mit einer ausgewogenen Vertretung der Kantone und der Versicherer; zum Beispiel drei-drei. Dies würde aber eine paritätische Finanzierung voraussetzen. Die Struktur muss effektiv und effizient sein, mit geringen Kosten und einem „Ehrenamtseinsatz“ seitens der Vertretungen. Das Sekretariat kann von der GE KVG geführt werden, mit einem Mandat, das seine Unabhängigkeit gegenüber der operativen Tätigkeit der Stiftung gewährleistet. Das Sekretariat berichtet an den Ausschuss, dessen Vorsitz in Abhängigkeit von der Bereitschaft der Kantone zur paritätischen Mitwirkung festzulegen ist. Es ist festzuhalten, dass ab dem 1. Januar 2028 die Finanz- und die dazugehörigen Datenflüsse zwischen Versicherern und Kantonen unabhängig vom Vorliegen des Reglements des autonomen Ausschusses funktionieren müssen. Falls das durch den Stiftungsrat der GE KVG zu erlassende Reglement über die Organisation des Ausschusses zu diesem Zeitpunkt noch nicht genehmigt wurde, darf es zu keinen Verzögerungen bei der Umsetzung der Zahlungsströme von den Kantonen an die Versicherer kommen.

Aggregierte Datenweitergabe nach Art. 21 nKVG ist zu begrüßen

prio.swiss begrüsst, dass die Daten aggregiert und pro Leistungserbringer zu liefern sind. Für die im erläuternden Bericht beschriebenen Zwecke (Zulassung und Aufsicht über die Leistungserbringer, Planung, Festlegung von Kostenzielen, Kontrolle Kostenentwicklung) ist das ausreichend. Individualdaten auf Patientenebene sind nicht notwendig und datenschutzmassig nicht vertretbar. Es dürfen keine Situationen entstehen, in welchen kantonale Verwaltungsstellen anhand individueller Daten persönliche Situationen eruieren und analysieren können. Das BAG muss die Kantone in diesem Bereich beaufsichtigen.

Da es sich um Strukturdaten handelt, bei denen Veränderungen nur langsam sichtbar und dementsprechend erst im Laufe der Zeit erkannt werden, ist eine jährliche Lieferung ausreichend. santéservices hat bereits über den Tarif- und Datenpool die notwendigen Daten und kann mit einem vergleichsweise geringen Aufwand die Daten für die einzelnen Kantone aufbereiten und zur Verfügung stellen. Zudem wären Datenlieferungen via santéservices an die Kantone weniger fehleranfällig, weil sie nach einem einzigen, einheitlichen technischen Standard erfolgen. Unter der Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips sind keine Daten zu liefern, welche bisher seitens der Versicherer im Rahmen ihrer Tätigkeit nicht erhoben worden sind.

Datenbedürfnisse der Versicherer für datenbasierte Tarifverhandlungen in der VKL und der KVV zu wenig berücksichtigt

Gesetz und Rechtsprechung sehen die Tarifautonomie und datenbasierte Tarifverhandlungen vor. Bei dieser Ausgangslage sind die Versicherer darauf angewiesen, die relevanten Daten der Leistungserbringer einerseits überhaupt zu erhalten und sie andererseits in einer ausreichenden Detaillierung sowie Qualität zu bekommen. Die vollständige und detaillierte Datenlieferung der Leistungserbringer dient sowohl der Kontrolle der Richtigkeit der Daten als auch der Herleitung des wirtschaftlichen Tarifs.

Während die Datenbedürfnisse des Bundes und der Kantone im KVG mitsamt seinen Verordnungen bereits gut abgedeckt sind, besteht für die Datenbedürfnisse der Versicherer, auch hinsichtlich einer notwendigen Datensymmetrie, noch nicht überall eine verbindliche rechtliche Grundlage. Dies hat zur Folge, dass die Versicherer oft über keine oder keine ausreichende Basis für die Kontrolle der Richtigkeit der Daten und Herleitung des wirtschaftlichen Tarifs verfügen.

Entsprechend würden es die Krankenversicherer sehr begrüßen, wenn ihnen, die für ihre Aufgaben benötigten Daten jeweils direkt und ohne zusätzlichen bürokratischen Aufwand zur Verfügung gestellt werden würden.

Rückmeldung KLV

Klare Zustimmung für ein einziges Bedarfsermittlungssystem nach Art. 8b Abs. 1a KLV

Die Umsetzung eines einheitlichen Bedarfsermittlungsinstruments wird von prio.swiss begrüsst und als äusserst dringlich eingestuft, da dies zwingend notwendig ist, um die Umsetzung von EFAS-Pflege zu starten. prio.swiss fordert die Spezifizierung eines einzigen Instruments für die Pflegebedarfsermittlung in der ganzen Schweiz.

Festhalten der Zuständigkeit bei der Bestimmung des Bedarfsermittlungsinstrumentes, Art. 8b Abs. 3 KLV

Die Zuständigkeit der Bestimmung des Bedarfsermittlungsinstrumentes muss geregelt werden. prio.swiss schlägt vor, dass die Tarifstrukturorganisation für Pflegeleistungen nach Art. 8b KLV das Instrument für die Bedarfsermittlung festlegt. Falls keine Einigung bezüglich des Bedarfsinstrumentes erzielt werden kann, muss der Bundesrat subsidiär und zeitnah entscheiden können.

Rückmeldung VKL

Aufnahme aller ambulanten LERB in die VKL notwendig

Die VKL ist auf ambulante Leistungserbringer auszuweiten, da die Grundregeln zur einheitlichen Ermittlung der Kosten und Leistungen für alle Leistungserbringer gleichermassen gelten müssen und nicht nachvollziehbar ist, warum Ärzte ausgenommen bleiben sollen.

Zustimmung bei der einheitlichen Ermittlung der Kosten und einheitliche Erfassung der Leistungen gemäss Art. 1 VKL

prio.swiss unterstützt den Vorentwurf. Zukünftig sollen auch für weitere ambulante Leistungserbringer gemäss Auflistung entsprechende Vorgaben gelten. Die Versicherer fordern ein einziges Pflegebedarfsinstrument, welches die verschiedenen Bereiche abdeckt (Pflegeheime, Spitex, Angehörigenpflege etc.). Dies, weil teilweise vor allem auf der pflegerischen Seite dieselben Leistungen erbracht werden und aus Effizienzgründen nur ein Pflegebedarfsinstrument von den Tarifpartnern gepflegt werden muss.

Zustimmung bei der Bestimmung der Kosten sämtlicher Pflegeleistungen nach KVG gemäss Art. 2 VKL

prio.swiss begrüsst die Bestimmung der Kosten sämtlicher Pflegeleistungen. Es fehlen allerdings Sanktionsmöglichkeiten der Versicherer, Kantone und Tariforganisationen, wenn ein Leistungserbringer die Daten nicht korrekt liefert.

Zustimmung bei den Anforderungen an die Leistungsstatistik nach Art. 12 VKL

prio.swiss stimmt den Anforderungen an die Leistungsstatistik zu. Auch für die Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause und die Pflegefachpersonen ist eine Leistungsstatistik zu führen. Es bedarf zwingend einer separaten Statistik über die Krankenpflege und Hilfe zu Hause, differenziert nach Pflegefachperson und pflegendem Angehörigen.

Rückmeldung UVV und MVV

Geltungsbereich der VKL für dieselben Leistungserbringer in der OKP, im UVG sowie im MVG

Da die VKL im UVG und MVG ebenfalls anwendbar ist, sollte sie dort für die gleichen Leistungserbringer gelten wie im OKP-Bereich.

Detaillierte Bemerkungen zu den einzelnen Bestimmungen:

1. Verordnung über die Krankenversicherung (KV)

Geltendes Recht	Vorentwurf	Vorschlag prio.swiss	Bemerkungen
	<p><i>I.</i> <i>Die Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:</i></p>		
<p>Art. 19a Aufteilung des kantonalen Anteils auf die Kantone ¹ Nach der Einreichung der Forderungen der Versicherer nach Artikel 36b Absatz 2 zweiter Satz berechnet die gemeinsame Einrichtung, wie viel jeder Kanton vom kantonalen Anteil gemäss Artikel 49a Absatz 3^{bis} zweiter Satz KVG zu übernehmen hat, und fordert den ermittelten Betrag bei jedem Kanton ein. Für die Ermittlung der Wohnbevölkerung der Kantone sind die Zahlen der letzten Erhebung der Bevölkerungsstatistik des Bundesamtes für Statistik über die mittlere ständige Wohnbevölkerung massgebend.</p> <p>² Nach dem Eingang der Zahlungen durch die Kantone begleicht die gemeinsame Einrichtung die Forderungen der Versicherer.</p>	<p>Art. 19a Autonomer Ausschuss Der Stiftungsrat der gemeinsamen Einrichtung erlässt ein Reglement über die <u>Organisation des spezialisierten autonomen Ausschusses nach Artikel 18 Absatz 2^{sexies} KVG</u>. Er bezieht die Kantone und die Versicherer in die Erarbeitung des Reglements ein.</p>		<p>Einverstanden. Die Arbeiten zum Reglement laufen bereits.</p> <p>Es ist festzuhalten, dass ab dem 1. Januar 2028 die Finanz- und die dazu gehörigen Datenflüsse zwischen Versicherern und Kantonen unabhängig vom Vorliegen des Reglements des autonomen Ausschusses funktionieren müssen. Nur so kann die Liquidität der Versicherer gegenüber den Leistungserbringern sichergestellt werden.</p>

<p>³ Die Kantone tragen im Verhältnis zu ihrer Wohnbevölkerung die Kosten der Aufgaben der gemeinsamen Einrichtung nach diesem Artikel.</p> <p>⁴ Der Stiftungsrat der gemeinsamen Einrichtung erlässt ein Reglement zur einheitlichen Umsetzung der Aufteilung des kantonalen Anteils auf die Kantone. Vor der Beschlussfassung konsultiert er die Kantone und die Versicherer.</p>			
<p>Art. 22 Streitigkeiten</p> <p>³ Die gemeinsame Einrichtung entscheidet bei Streitigkeiten zwischen ihr und einem Versicherer in der Form einer Verfügung im Sinne von Artikel 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG) über:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Umverteilung von Reserven nach Artikel 43 Absatz 3 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. September 2014 (KVAG); b. die Beiträge der Versicherer zur Finanzierung des Insolvenzfonds nach Artikel 48 Buchstabe a KVAG; c. Auszahlungen aus dem Insolvenzfonds nach Artikel 51 Absatz 1 KVAG; d. die Aufteilung des kantonalen Anteils auf die Kantone nach Artikel 19a. 	<p>Art. 22 Abs. 3 Bst. d, 3^{bis} und 3^{ter}</p> <p>³ Die gemeinsame Einrichtung entscheidet bei Streitigkeiten zwischen ihr und einem Versicherer in der Form einer Verfügung im Sinne von Artikel 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG) über:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Umverteilung von Reserven nach Artikel 43 Absatz 3 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. September 2014 (KVAG); b. die Beiträge der Versicherer zur Finanzierung des Insolvenzfonds nach Artikel 48 Buchstabe a KVAG; c. Auszahlungen aus dem Insolvenzfonds nach Artikel 51 Absatz 1 KVAG; d. <u>die Berechnung und Erhebung des Kantonsbeitrags nach Artikel</u> 		<p>Einverstanden. Das Vorgehen bei allfälligen Streitigkeiten über die Berechnung und Erhebung des Kantonsbeitrages muss geregelt sein.</p>

<p>^{3bis} Sie entscheidet bei Streitigkeiten zwischen ihr und einem Kanton in der Form einer Verfügung im Sinne von Artikel 5 VwVG über die Aufteilung des kantonalen Anteils auf die Kantone nach Artikel 19a.</p> <p>⁴ Der Rechtsmittelweg richtet sich nach den allgemeinen Bestimmungen der Bundesrechtspflege.</p>	<p><u>60 KVG und dessen Aufteilung nach Artikel 60a KVG.</u></p> <p>^{3bis} Sie entscheidet bei Streitigkeiten zwischen ihr und einem Kanton in der Form einer Verfügung im Sinne von Artikel 5 VwVG <u>über die Berechnung und Erhebung des Kantonsbeitrags und dessen Aufteilung auf die Versicherer nach Artikel 60a KVG.</u></p> <p>^{3ter} Sie entscheidet bei Streitigkeiten zwischen ihr und dem Bund in der Form einer Verfügung im Sinne von <u>Artikel 5 VwVG über die Berechnung und Erhebung des Bundesbeitrags und dessen Aufteilung nach Artikel 60a KVG.</u></p> <p>⁴ Der Rechtsmittelweg richtet sich nach den allgemeinen Bestimmungen der Bundesrechtspflege.</p>		<p>Einverstanden. Das Vorgehen bei allfälligen Streitigkeiten über die Berechnung und Erhebung des Kantonsbeitrages muss geregelt sein.</p> <p>Einverstanden. Das Vorgehen bei allfälligen Streitigkeiten über die Berechnung und Erhebung des Bundesbeitrages muss geregelt sein.</p>
<p>Art. 28 Daten der Versicherer ⁷ Das BAG erlässt nach Anhören der Versicherer Weisungen zu den nach den Absätzen 1–4 zu treffenden Vorkehren.</p>	<p>Art. 28 Sachüberschrift Datenweitergabe von den Versicherern an das BAG</p>		<p>Einverstanden mit der Präzisierung der Überschrift.</p> <p>Die Standards sind bereits in der KVV definiert (Datenübermittlung durch die Versicherer an das BAG nach Art. 28 Abs. 1 – 4 KVV).</p>
<p>Art. 28b Veröffentlichung der Daten der Versicherer</p>	<p>Art. 28b Sachüberschrift <u>Veröffentlichung der an das BAG weitergegebenen Daten der Versicherer</u></p>		<p>Einverstanden mit der Präzisierung der Überschrift.</p>

	<p>Art. 28c Sachüberschrift <u>Gesuch für besondere Nutzung</u> <u>der an das BAG weitergegebenen</u> <u>Daten der Versicherer</u></p>		<p>Einverstanden mit der Präzisierung der Überschrift.</p>
	<p>Art. 28d <u>Datenweitergabe</u> von den Versicherern an die Kantone ¹ Die Versicherer müssen den Kantonen zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach dem KVG die folgenden Daten weitergeben: a. mindestens vierteljährlich, die nachstehenden Daten aus den Abrechnungsbelegen aggregiert und nach Leistungserbringer:</p>	<p>Art. 28d <u>Datenweitergabe</u> von den Versicherern an die Kantone ¹ Die Versicherer müssen den Kantonen zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach dem KVG die folgenden Daten weitergeben: a. mindestens jährlich <i>jährlich</i> vierteljährlich, die nachstehenden Daten aus den Abrechnungsbelegen aggregiert und nach Leistungserbringer:</p>	<p>prio.swiss begrüsst, dass die Daten aggregiert und pro Leistungserbringer zu liefern sind. Für die im erläuternden Bericht beschriebenen Zwecke (Zulassung und Aufsicht über die Leistungserbringer, Planung, Festlegung von Kostenzielen, Kontrolle Kostenentwicklung) ist das ausreichend. Individualdaten auf Patientenebene sind nicht notwendig und datenschutzmassig nicht vertretbar. Der Datenschutz muss von den Kantonen explizit gewährleistet werden und es dürfen keine Situationen entstehen, in welchen Verwaltungsstellen anhand individueller Daten persönliche Situationen eruieren und analysieren können. Das BAG beaufsichtigt die Kantone in diesem Bereich.</p> <p>Um unnötigen administrativen Aufwand zu minimieren, sollen die Daten periodisch geliefert werden.</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gesamtkosten der vergüteten Leistungen, nach Abrechnungsmonat und Behandlungsmonat, 2. Angaben zum Leistungserbringer, wie Identifikationsnummer (Global Location Number, GLN) oder Zahlstellenregisternummer, 3. Leistungsbereich, wie Krankheit, Prävention, Geburtsgebrechen, Unfall und Mutterschaft, 4. Art der Leistung, wie Behandlungsart und Kostenart; 	<p>3. Leistungsbereich, wie Krankheit, Prävention, Geburtsgebrechen, Unfall und Mutterschaft,</p> <p><u>34.</u> Art der Leistung, wie Behandlungsart und Kostenart;</p>	<p>Bei Strukturdaten, bei welchen Veränderungen nur langsam passieren, ist eine jährliche Lieferung ausreichend.</p> <p>Einverstanden.</p> <p>Einverstanden. Wir gehen davon aus, dass damit der Provider aus dem Kopf der Rechnung gemeint ist und nicht die provider_id auf der Detailposition (gemäss XML 5.0). Ggf. muss das konkretisiert werden. Die Leistungsbereiche Prävention und Geburtsgebrechen werden in der OKP nicht geführt. Die Leistungsbereiche Krankheit, Unfall und Mutterschaft erachten wir für die Erfüllung der kantonalen Aufgaben nicht als zwingend erforderlich.</p> <p>Grundsätzlich einverstanden. Es ist aber nirgends definiert, was eine Kostenart ist. Ist das analog zur Lieferung an santéservices (Sasis) heute zu verstehen oder liefert E-FIND die Definition? Das muss genauer (ggf. via Verweis) geregelt sein, da der Begriff Kostenart von den unterschiedlichen Akteuren differenziert ausgelegt wird.</p>
--	--	--	--

	<p>b. mindestens monatlich, die vollständigen Angaben des Zahlstellenregisters.</p> <p>² Die Versicherer geben den Kantonen nur die Daten der Leistungserbringer weiter, die auf ihrem Kantonsgebiet tätig sind.</p> <p>³ Sie müssen den Kantonen die Daten elektronisch, korrekt, vollständig, fristgerecht und auf eigene Kosten liefern.</p>	<p>b. mindestens jährlich monatlich, die vollständigen Angaben des Zahlstellenregisters.</p> <p>² Die Versicherer geben den Kantonen, <u>mit Ausnahme der Angaben des Zahlstellenregisters</u>, nur die Daten der Leistungserbringer weiter, die auf ihrem Kantonsgebiet tätig sind.</p> <p>³ Sie müssen den Kantonen die Daten elektronisch, korrekt, vollständig, fristgerecht und auf eigene Kosten liefern. <u>Die Daten sind nach interoperablen technischen Standards zu übermitteln. Sie haben auf bestehenden etablierten Standards und Referenzmodellen zu beruhen.</u></p>	<p>Es ist nicht nachvollziehbar, wieso die Stammdaten der Leistungserbringer monatlich geliefert werden müssen, die Bewegungsdaten gemäss Art. 1 lit. a hingegen nur einmal pro Quartal. Für prio.swiss ist es ausreichend, wenn diese Daten mit den Bewegungsdaten mitgeliefert werden. Bei diesen Strukturdaten wäre eine jährliche Lieferung ausreichend.</p> <p>Der Grundsatz, wonach die Versicherer den Kantonen nur Daten von Leistungserbringern auf ihrem Kantonsgebiet weitergeben, soll für die Angaben des Zahlstellenregisters nicht gelten. Hintergrund: Der Zugriff kann derzeit technisch nicht auf den jeweiligen Zulassungskanton beschränkt werden; hierfür wäre eine separate Entwicklung erforderlich. Aus unserer Sicht ist eine solche Einschränkung datenschutzrechtlich nicht notwendig. Im Gegenteil kann es sinnvoll sein, wenn Kantone auch Zulassungen desselben Leistungserbringers in anderen Kantonen einsehen können.</p> <p>Grundsätzlich einverstanden. Falls ein Datenaustausch aufgebaut werden müsste, sollten sich die Kantone zumindest an den initialen Aufbaukosten des Datenaustausches beteiligen.</p>
--	---	---	--

	<p>⁴ Die Kantone sorgen dafür, dass den Versicherern durch die Bereitstellung der Daten möglichst wenig Aufwand entsteht.</p> <p>⁵ Sie stellen sicher, dass bei der Datenverwendung das Geschäftsgeheimnis der Leistungserbringer und der Versicherer sowie die Anonymität der Versicherten gewahrt bleiben. Sie gewährleisten zudem mit den erforderlichen technischen und organisatorischen Massnahmen die Sicherheit der bearbeiteten Daten. Die Datenverwendung im Sinne von Artikel 21 Absatz 3 KVG umfasst jede Form des Bearbeitens im Sinne des Datenschutzrechts des Bundes.</p> <p>⁶ Die Versicherer können die Aufgaben nach den Absätzen 1 und 3 einem anderen Unternehmen der Versicherungsgruppe, einem Verband der Versicherer oder Dritten übertragen.</p>		<p>Einverstanden, wobei «möglichst wenig Aufwand» viel Interpretationsspielraum zulässt und sich in der Realität somit Konfliktpotential ergibt. Die Liste der an die Kantone zu liefernden Daten muss abschliessend sein. So lässt sich verhindern, dass die Kantone jedes Jahr neue Daten einfordern. Es dürfen hierfür zudem keine neuen Übermittlungsstandards und Referenzmodelle geschaffen werden.</p> <p>Einverstanden. Es stellen sich in der Umsetzung diverse grundsätzliche Fragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wer überprüft die Vertraulichkeitsverpflichtung der Kantone? • Werden die Kantone sanktioniert, wenn sie die in Abs. 5 vorgeschriebenen Pflichten nicht einhalten? <p>Einverstanden. Bereits stattfindende Gespräche mit der GDK und den Kantonen sowie diverse Abklärungen der Versicherer haben gezeigt, dass eine solche Lösung mit einer Übertragung an ein anderes Unternehmen deutlich effizienter wäre, als wenn jeder Versicherer diese Daten selbst für jeden Kantone aufbereiten und an</p>
--	---	--	--

	<p>⁷ Das BAG kann nach Anhörung der Versicherer Weisungen zu den nach den Absätzen 1–3 zu treffenden Vorkehren erlassen.</p>		<p>die Kantone versenden würde. santéservices hat über den Tarif- und Datenpool schon die notwendigen Daten und könnte mit einem vergleichbar geringen Aufwand die Daten für die einzelnen Kantone aufbereiten und zur Verfügung stellen.</p> <p>Einverstanden. Die Datenlieferungen an die Kantone sind weniger fehleranfällig, wenn sie nach einem einzigen technischen Standard erfolgen.</p>
<p>Art. 30b Weitergabe der Daten der Leistungserbringer ¹ Das BFS gibt folgenden Datenempfängern folgende Daten weiter:</p> <p>a. dem BAG: die Daten nach Artikel 30, sofern sie erforderlich sind zur Beurteilung der Tarife (Art. 43, 46 Abs. 4 und 47 KVG), für die Betriebsvergleiche zwischen Spitälern (Art. 49 Abs. 8 KVG), für die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen (Art. 32, 58 und 59 KVG), zur Festlegung der Kriterien und der methodischen Grundsätze für die Festlegung der Höchstzahlen (Art. 55a Abs. 2 KVG) und für die Veröffentlichung von Daten (Art. 59a Abs. 3 KVG);</p> <p>a^{bis} der Eidgenössischen Qualitätskommission: die zur Erfüllung der</p>	<p>Art. 30b Abs. 1 Bst. a und b Ziffer 4 ¹ Das BFS gibt folgenden Datenempfängern folgende Daten weiter:</p> <p>a. dem BAG: die Daten nach Artikel 30, sofern sie erforderlich sind zur Beurteilung der Tarife (Art. 43, 46 Abs. 4 und 47 KVG), für die Betriebsvergleiche zwischen Spitälern (Art. 49 Abs. 8 KVG) und zwischen Pflegeheimen (Art. 50 Abs. 4 KVG), für die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen (Art. 32, 58 und 59 KVG), zur Festlegung der Kriterien und der methodischen Grundsätze für die Festlegung der Höchstzahlen (Art. 55a Abs. 2 KVG) und für die Veröffentlichung von Daten (Art. 59a Abs. 3 KVG);</p> <p>a^{bis} der Eidgenössischen Qualitätskommission: die zur Erfüllung der</p>		<p>Einverstanden. Gemäss dem Prinzip «Once Only» liefert das BFS die entsprechenden Daten an die berechtigten Stakeholder.</p> <p>Einverstanden, dass die Daten zur Durchführung von Betriebsvergleichen von Pflegeheimen vom BFS ans BAG geliefert werden. Im Bereich Pflege muss bei den Datenerhebungen eine Ausweitung auf Pflegefachpersonen und Organisationen, die sie beschäftigen, vorgesehen werden.</p> <p>Auch die Krankenversicherer haben gem. Art. 58c KVG einen Auftrag im</p>

<p>Aufgaben nach Artikel 58c KVG erforderlichen Daten;</p> <p>b. den zuständigen Behörden der Kantone:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die Daten nach Artikel 30, sofern diese für die Planung der Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime (Art. 39 KVG) erforderlich sind, 2. die Daten nach Artikel 30 Buchstaben a, d und e, sofern diese für die Beurteilung der Tarife (Art. 43, 46 Abs. 4 und 47 KVG) erforderlich sind, 3. die Daten nach Artikel 30, sofern sie für die Festlegung der Höchstzahlen notwendig sind (Art. 55a KVG), 4. die Daten nach Artikel 30, sofern sie für die Festlegung der Pflegekosten notwendig sind (Art. 55b KVG); <p>b. den Versicherern: die Daten nach Artikel 30 Buchstaben a, c, d und e, sofern diese für den Vollzug der Bestimmungen zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit der Leistungen, die von der obligatorischen</p>	<p>Aufgaben nach Artikel 58c KVG erforderlichen Daten;</p> <p>b. den zuständigen Behörden der Kantone:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die Daten nach Artikel 30, sofern diese für die Planung der Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime (Art. 39 KVG) erforderlich sind, 2. die Daten nach Artikel 30 Buchstaben a, d und e, sofern diese für die Beurteilung der Tarife (Art. 43, 46 Abs. 4 und 47 KVG) erforderlich sind, 3. die Daten nach Artikel 30, sofern sie für die Festlegung der Höchstzahlen notwendig sind (Art. 55a KVG), 4. die Daten nach Artikel 30, sofern sie für die <u>Ermittlung der Kosten für Leistungen der Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben b–g und m KVG notwendig sind (Art. 55b KVG)</u>; <p>c. den Versicherern: die Daten nach Artikel 30 Buchstaben a, c, d und e, sofern diese für den Vollzug der Bestimmungen zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit der Leistungen, die von der obligatorischen</p>	<p>a^{bis} der Eidgenössischen Qualitätskommission <u>und den Krankenversicherern</u>: die zur Erfüllung der Aufgaben nach Artikel 58c KVG erforderlichen Daten;</p> <p>c. den Versicherern: die Daten nach Artikel 30 Buchstaben a, c, d und e, sofern diese für den Vollzug der Bestimmungen zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit der Leistungen, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung über-</p>	<p>Bereich Qualität, die sie ohne Daten nicht erfüllen können. Die Versicherer brauchen unbedingt auch Zugang zu den Einzeldaten und Qualitätsdaten.</p> <p>Einverstanden.</p> <p>Die Versicherer haben neben der Kontrolle der Wirtschaftlichkeit der Leistungen, noch weitere Aufgaben, weshalb der Verwendungszweck, um Aufgaben im Rahmen der Tarifgestaltung oder der Überwachung der Kosten und Qualität nach Art. 58a zu ergänzen ist.</p>
---	--	---	---

<p>Krankenpflegeversicherung übernommen werden, erforderlich sind;</p> <p>c. dem Preisüberwacher: die Daten nach Artikel 30, sofern diese zur Prüfung von Preisen und Tarifen im Gesundheitswesen im Rahmen von Artikel 14 des Preisüberwachungsgesetzes vom 20. Dezember 1985 erforderlich sind.</p>	<p>Krankenpflegeversicherung übernommen werden, erforderlich sind;</p> <p>d. dem Preisüberwacher: die Daten nach Artikel 30, sofern diese zur Prüfung von Preisen und Tarifen im Gesundheitswesen im Rahmen von Artikel 14 des Preisüberwachungsgesetzes vom 20. Dezember 1985 erforderlich sind.</p>	<p>nommen werden, <u>zur Tarifgestaltung nach Art. 59c, zur Überwachung der Qualität nach Art. 58a sowie für die Überwachung der Kosten gemäss Art. 47c des Gesetzes</u> erforderlich sind;</p>	
<p>Art. 36b Kostenübernahme für im Ausland wohnhafte Versicherte</p> <p>¹ Referenzkanton nach Artikel 41 Absatz 2^{ter} KVG ist der Kanton Bern.</p> <p>² Bei Versicherten, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich wohnen und die eine schweizerische Rente beziehen, sowie bei deren Familienangehörigen überweisen die Versicherer bei stationärer Behandlung in der Schweiz dem Spital ihren Anteil sowie als Vorleistung den gemäss Artikel 49a Absatz 3^{bis} erster Satz KVG festgelegten kantonalen Anteil. Für die Rückerstattung der Vorleistung reichen die Versicherer ihre Forderungen an die Kantone bei der gemeinsamen Einrichtung ein.</p>	<p>Art. 36b Referenzkanton für die Übernahme der Vergütung bei stationärer Behandlung</p> <p><u>Referenzkanton nach Artikel 41 Absatz 2^{quater} KVG ist der Kanton Bern.</u></p>		<p>Einverstanden mit der Anpassung der Überschrift.</p> <p>Einverstanden mit dem Kanton Bern als Referenzkanton.</p>

<p>Art. 38 Ärzte und Ärztinnen ² Die Beschränkungen der Anzahl zugelassener Ärzte und Ärztinnen (Art. 55a KVG) durch die Kantone bleiben vorbehalten.</p>	<p>Art. 38 Abs. 2 ² <u>Beschränkungen der Kantone nach Artikel 55a Absätze 1 und 6 KVG bleiben vorbehalten.</u></p>		<p>Einverstanden.</p>
<p>Art. 39 Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen ² Die Beschränkungen der Anzahl zugelassener Ärzte und Ärztinnen (Art. 55a KVG) durch die Kantone bleiben vorbehalten.</p>	<p>Art. 39 Abs. 2 ² <u>Beschränkungen der Kantone nach Artikel 55a Absätze 1 und 6 KVG bleiben vorbehalten.</u></p>		<p>Einverstanden.</p>
<p>Art. 40 ¹ Apotheker und Apothekerinnen werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen: a. Sie verfügen über eine kantonale Bewilligung für die Berufsausübung als Apotheker und Apothekerin nach Artikel 34 MedBG; b. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.</p> <p>² Die Kantone legen die Voraussetzungen fest, unter denen Ärzte und Ärztinnen mit einer Bewilligung zur Führung einer Apotheke den zugelassenen Apothekern und Apotheke-</p>	<p>Art. 40 Abs. 1^{bis} ¹ Apotheker und Apothekerinnen werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen: a. Sie verfügen über eine kantonale Bewilligung für die Berufsausübung als Apotheker und Apothekerin nach Artikel 34 MedBG; b. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.</p> <p>^{1bis} <u>Beschränkungen der Kantone nach Artikel 55b KVG bleiben vorbehalten.</u></p> <p>² Die Kantone legen die Voraussetzungen fest, unter denen Ärzte und Ärztinnen mit einer Bewilligung zur Führung einer Apotheke den zugelassenen Apothekern und Apotheke-</p>		<p>Einverstanden.</p>

rinnen gleichgestellt sind. Sie berücksichtigen dabei insbesondere die Zugangsmöglichkeiten der Patienten und Patientinnen zu einer Apotheke.	rinnen gleichgestellt sind. Sie berücksichtigen dabei insbesondere die Zugangsmöglichkeiten der Patienten und Patientinnen zu einer Apotheke.		
Art. 44 Chiropraktoren und Chiropraktorinnen	Art. 44 Abs. 4 4 Beschränkungen der Kantone nach Artikel 55b KVG bleiben vorbehalten.		Einverstanden.
Art. 44a Organisationen der Chiropraktik	Art. 44a Abs. 2 2 Beschränkungen der Kantone nach Artikel 55b KVG bleiben vorbehalten		Einverstanden.
Art. 45 Hebammen	Art. 45 Abs. 2 2 Beschränkungen der Kantone nach Artikel 55b KVG bleiben vorbehalten.		Einverstanden.
Art. 45a Organisationen der Hebammen	Art. 45a Abs. 2 2 Beschränkungen der Kantone nach Artikel 55b KVG bleiben vorbehalten.		Einverstanden.
Art. 47 Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen	Art. 47 Abs. 2 2 Beschränkungen der Kantone nach Artikel 55b KVG bleiben vorbehalten.		Einverstanden.
Art. 48 Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen	Art. 48 Abs. 2 2 Beschränkungen der Kantone nach Artikel 55b KVG bleiben vorbehalten.		Einverstanden.
Art. 49 Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen 2 Die Beschränkungen der Anzahl zugelassener Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen (Art. 55b KVG)	Art. 49 Abs. 2 2 <u>Beschränkungen der Kantone nach Artikel 55b KVG</u> bleiben vorbehalten.		Einverstanden.

durch die Kantone bleiben vorbehalten.			
Art. 50 Logopäden und Logopädinnen	Art. 50 Abs. 2 ² Beschränkungen der Kantone nach Artikel 55b KVG bleiben vorbehalten.		Einverstanden.
Art. 50a Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen	Art. 50a Abs. 2 ² Beschränkungen der Kantone nach Artikel 55b KVG bleiben vorbehalten.		Einverstanden.
Art. 50b Neuropsychologen und Neuropsychologinnen	Art. 50b Abs. 2 ² Beschränkungen der Kantone nach Artikel 55b KVG bleiben vorbehalten.		Einverstanden.
Art. 50c Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen	Art. 50c Abs. 2 ² Beschränkungen der Kantone nach Artikel 55b KVG bleiben vorbehalten.		Einverstanden.
Art. 50d Podologen und Podologinnen	Art. 50d Abs. 2 ² Beschränkungen der Kantone nach Artikel 55b KVG bleiben vorbehalten.		Einverstanden.
Art. 51 Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause ² Die Beschränkungen der Anzahl zugelassener Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Art. 55b KVG) durch die Kantone bleiben vorbehalten.	Art. 51 Abs. 2 ² <u>Beschränkungen der Kantone nach Artikel 55b KVG bleiben vorbehalten.</u>		Einverstanden.
Art. 52 Organisationen der Physiotherapie	Art. 52 Abs. 2 ² Beschränkungen der Kantone nach Artikel 55b KVG bleiben vorbehalten.		Einverstanden.

Art. 52a Organisationen der Ergotherapie	Art. 52a Abs. 2 2 Beschränkungen der Kantone nach Artikel 55b KVG bleiben vorbehalten.		Einverstanden.
Art. 52b Organisationen der Logopädie	Art. 52b Abs. 2 2 Beschränkungen der Kantone nach Artikel 55b KVG bleiben vorbehalten.		Einverstanden.
Art. 52c Organisationen der Ernährungsberatung	Art. 52c Abs. 2 2 Beschränkungen der Kantone nach Artikel 55b KVG bleiben vorbehalten.		Einverstanden.
52d Organisationen der Neuropsychologie	Art. 52d Abs. 2 2 Beschränkungen der Kantone nach Artikel 55b KVG bleiben vorbehalten		Einverstanden.
Art. 52e Organisationen der psychologischen Psychotherapie	Art. 52e Abs. 2 2 Beschränkungen der Kantone nach Artikel 55b KVG bleiben vorbehalten.		Einverstanden.
Art. 52f Organisationen der Podologie	Art. 52f Abs. 2 2 Beschränkungen der Kantone nach Artikel 55b KVG bleiben vorbehalten.		Einverstanden.
Art. 53 Laboratorien	Art. 53 Abs. 2 2 Beschränkungen der Kantone nach Artikel 55b KVG bleiben vorbehalten.		Einverstanden.
Art. 55 Abgabestellen für Mittel und Gegenstände	Art. 55 Abs. 2 2 Beschränkungen der Kantone nach Artikel 55b KVG bleiben vorbehalten.		Einverstanden.
Art. 56 Transport- und Rettungsunternehmen	Art. 56 Abs. 2 2 Beschränkungen der Kantone nach Artikel 55b KVG bleiben vorbehalten.		Einverstanden.

	<p>Art. 59a^{quater} Zugang der Kantone zu Daten von Rechnungen im stationären Bereich</p> <p>¹ Der Kanton muss sicherstellen, dass ausschliesslich die zuständige kantonale Stelle Zugang zu den Daten von Rechnungen, die eine stationäre Behandlung im Sinne von Artikel 49 Absatz 1 KVG betreffen, erhält.</p> <p>² Die zuständige Stelle des Kantons muss namentlich technische und organisatorische Massnahmen treffen, damit die Daten ihrem Schutzbedarf entsprechend:</p> <p>a. nur Berechtigten zugänglich sind;</p>		<p>Einverstanden.</p> <p>Wichtig ist, dass der Datenfluss und die Kontrolle durch die Kantone den Finanzfluss an die Versicherer nicht bremsen oder unterbrechen dürfen, da dies sonst zu Liquidationsengpässen bei den Versicherern führt.</p> <p>Es stellt sich die Frage, wer Bund und Kantone überprüft, ob die gesetzlichen Vorgaben richtig umgesetzt werden. Da es sich hier um Daten auf Patientenebene und somit um besonders schützenswerte Daten handelt, ist es wichtig, die Vorgaben entsprechend genau umzusetzen. Zudem muss anschliessend auch der laufende Betrieb hinsichtlich der Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben überwacht werden.</p> <p>Einverstanden. Wichtig ist, dass, wie im erläuternden Bericht festgehalten, die medizinischen Daten nicht geliefert werden müssen.</p> <p>Einverstanden.</p>
--	---	--	---

	<p>b. verfügbar sind, wenn sie benötigt werden; c. nicht unberechtigt oder unbeabsichtigt verändert werden; d. nachvollziehbar bearbeitet werden.</p> <p>³ Sie vernichtet oder anonymisiert die Daten, sobald sie für den Zweck der Bearbeitung nicht mehr erforderlich sind.</p> <p>⁴ Für die Bearbeitung der Daten erstellt der Kanton ein Bearbeitungsreglement, das die interne Organisation festlegt und insbesondere das Datenbearbeitungs- und das Kontrollverfahren in Anwendung der kantonalen Bestimmungen zum Datenschutz umschreibt und alle Unterlagen über die Planung, die Realisierung und den Betrieb der Datenbearbeitungssysteme und der Informatikmittel enthält. Sie veröffentlicht das Reglement und aktualisiert es regelmässig.</p>		<p>Einverstanden.</p> <p>Einverstanden. prio.swiss unterstützt, dass das Reglement öffentlich zugänglich sein muss.</p>
	<p>Art. 59a^{quinquies} Frist zur Beanstandung der Rechnung durch den Kanton im stationären Bereich</p>	<p><i>¹ Die Zahlung der Kantone erfolgt unabhängig von ihren Beanstandungen. Beanstandungen können nach der Zahlung innerhalb der Frist gemäss Art. 59a^{quinquies} Abs. 2 KVG den Versicherern gemeldet werden.</i></p>	<p>Die Versicherer und die Kantone haben sich bezüglich Zahlungen der Kantone und den Beanstandungen auf folgende Grundsätze geeinigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wöchentlicher Rhythmus für Datenlieferungen und Finanzflüsse. • Die Zahlungen der Kantone erfolgen wöchentlich.

	<p>¹ Die Frist nach Artikel 60 Absatz 10 KVG beträgt 30 Tage nach Erhalt der Rechnung.</p>	<p>⁴² Die Frist nach Artikel 60 Absatz 10 KVG beträgt 30 Tage nach Erhalt der Rechnung.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sie sind vom Kontroll- und Plausibilisierungsprozess der Kantone entkoppelt. • Rückwirkende Beanstandungen der Kantone sind vorgesehen. • Die Verrechnungen von Beträgen aus Beanstandungen mit Beitragsrechnungsbezahlungen ist nicht erlaubt. <p>Beanstandete Fälle werden nach der Klärung korrigiert. Korrekturen erfolgen via GE KVG über die ordentliche wöchentliche Datenlieferung der Versicherer und einer entsprechenden Verarbeitung im Rahmen der Berechnung der Kantonsbeiträge durch die GE KVG.</p> <p>Zusammen mit dem Grundsatz «Zahlung entkoppelt vom Beanstandungsprozess» sind die Versicherer mit der Frist zur Beanstandung der Rechnung durch den Kanton im stationären Bereich von 30 Tagen einverstanden. Auch der Umgang mit längerdauernden Abklärungen ist im erläuternden Bericht geklärt.</p> <p>Die Prüfung den Leistungsaufträge ist zudem im nKVG Art. 60 Ziff. 11 Bst. a definiert. Zusätzliche Fristen für Verstösse gegen Leistungsaufträge zu gewähren ist nicht notwendig.</p>
--	---	--	--

	<p>² Die Rechnung gilt als erhalten, wenn der Versicherer dem Kanton die Daten übermittelt oder elektronisch zugänglich gemacht hat. Die Versicherer und Kantone vereinbaren, wie die Kantone davon in Kenntnis gesetzt werden.</p>	<p>²³ Die Rechnung gilt als erhalten, wenn der Versicherer dem Kanton die Daten übermittelt oder elektronisch zugänglich gemacht hat. Die Versicherer und Kantone vereinbaren, wie die Kantone davon in Kenntnis gesetzt werden. <u>Die Daten sind nach interoperablen technischen Standards zu übermitteln. Sie haben auf bestehenden etablierten Standards und Referenzmodellen zu beruhen.</u></p>	<p>Einverstanden. Die Daten zu Berechnung des Kantonsbeitrages übermitteln die Versicherer der GE KVG. Die GE KVG wird mittels einer Datenplattform die Beitragsrechnungen und die entsprechenden Daten zur Plausibilisierung der Beitragsrechnungen den Kantonen zur Verfügung stellen. Somit kann die GE KVG per «Push»-Nachricht die Kantone über neue Rechnungen und neue Daten informieren. Es dürfen hierfür keine neuen Übermittlungsstandards und Referenzmodelle geschaffen werden.</p>
		<p><u>Art. 59a^{sexies} Kostensplitting bei jahres- und monatsübergreifenden Rechnungen</u></p> <p><u>¹ Der Jahres- und der Monatswechsel werden unterschiedlich gehandhabt. Jahresübergreifende Rechnungen werden gesplittet.</u></p> <p><u>² Stationäre Rechnungen erfolgen pro rata temporis gemäss Aufenthaltsdauer.</u></p>	<p>Per 1.1.2028 ändern die gesetzlichen Grundlagen mit grundlegenden Änderungen der Finanzierungsmechanismen.</p> <p>Jahresübergreifende Rechnungen werden gesplittet: stationäre Rechnungen erfolgen pro rata temporis gemäss Aufenthaltsdauer, ambulante Rechnungen werden nach Behandlungsdatum gesplittet. Pro Splitting gilt der im jeweiligen Jahr gültige Beitragsprozentsatz.</p> <p>Die Versicherer splitten die stationären Rechnungen bereits heute. Der Jahreswechsel bedingt eine Neuberechnung der Franchise und des Selbstbehalts und neu den Kantonsbeitrag.</p>

		<p><u>³ Ambulante Rechnungen werden nach Behandlungsdatum gesplittet.</u></p> <p><u>⁴ Pro Splitting gilt der im jeweiligen Jahr gültige Beitragsprozentsatz.</u></p>	<p>Monatsübergreifende ambulante Behandlungen mit einem Kantonswechsel werden gemäss dem am 1. des jeweiligen Monats zuständigen Kantons ex-post gesplittet. Die Berechnung erfolgt Mitte des folgenden Jahres auf Basis einer separaten Datenauswertung. Die Modalitäten werden in der Verordnung geregelt oder in einer allfälligen Departementsverordnung.</p> <p>Das Splitting erfolgt nicht technisch in den Systemen der Krankenversicherer, sondern wird auf Basis einer separaten Datenauswertung im Nachhinein berechnet. Damit sind keine zusätzlichen Funktionalitäten in den Versicherersystemen notwendig. So reduzieren sich die Komplexität und der Umfang der wöchentlichen Datenlieferung erheblich.</p> <p>Beim Jahressplitting muss auch ein sich ändernder Beitragsprozentsatz berücksichtigt werden.</p>
<p>Art. 59e Fallbeitrag ¹ Soll ein Fallbeitrag nach Artikel 49 Absatz 2 KVG erhoben werden, so müssen die Tarifpartner dem Bundesrat den entsprechenden Betrag zur Genehmigung unterbreiten. Dem Gesuch sind ein Tätigkeitsbericht der Organisation und ein Budget beizulegen, mit denen die Notwendigkeit</p>	<p>Art. 59e Abs. 3 ¹ Soll ein Fallbeitrag nach Artikel 49 Absatz 2 KVG erhoben werden, so müssen die Tarifpartner dem Bundesrat den entsprechenden Betrag zur Genehmigung unterbreiten. Dem Gesuch sind ein Tätigkeitsbericht der Organisation und ein Budget beizulegen, mit denen die Notwendigkeit</p>	<p>¹ Soll ein Fallbeitrag nach Artikel 49 Absatz 2 KVG erhoben werden, so müssen die Tarifpartner dem Bundesrat den entsprechenden Betrag zur Genehmigung unterbreiten. Dem Gesuch sind ein Tätigkeitsbericht der Organisation und ein Budget beizulegen, mit denen die Notwendigkeit</p>	

<p>des beantragten Betrags begründet wird. ² Wird der Fallbeitrag erhöht, so müssen die Tarifpartner dem Bundesrat den Fallbeitrag erneut zur Genehmigung unterbreiten. ³ Für die Aufteilung der Finanzierung des Fallbeitrags gilt Artikel 49a Absätze 1 und 2 KVG sinngemäss.</p>	<p>des beantragten Betrags begründet wird. ² Wird der Fallbeitrag erhöht, so müssen die Tarifpartner dem Bundesrat den Fallbeitrag erneut zur Genehmigung unterbreiten. ³ <u>Der Fallbeitrag ist Teil der Kosten von Leistungen nach den Artikeln 25–31 KVG.</u></p>	<p>des beantragten Betrags begründet wird. ² Wird der Fallbeitrag erhöht, so müssen die Tarifpartner dem Bundesrat den Fallbeitrag erneut zur Genehmigung unterbreiten. ³ <u>Der Fallbeitrag ist Teil der Kosten von Leistungen nach den Artikeln 25–31 KVG.</u></p>	<p>Dieser Absatz ist allenfalls zu streichen. Die Artikel 25-31 KVG umfassen alle Pflichtleistungen, inkl. ambulante Behandlungen. Der Artikel 59e KVG hingegen zielt unseres Erachtens auf rein stationäre Leistungen ab.</p>
<p>Art. 59f Datenbekanntgabe im Tarifwesen für ambulante Behandlungen</p> <p>¹ Die Pflicht zur Datenbekanntgabe nach Artikel 47b Absatz 1 KVG umfasst folgende Daten:</p> <p>a. allgemeine Betriebsdaten, namentlich:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Betriebstyp, einschliesslich Rechtsform, 2. Standorte, 3. medizinisch-technische Infrastruktur, 4. Betriebsdauer pro Jahr; <p>b. Daten zum Personalbestand des Betriebs, namentlich:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anzahl Leistungserbringer, aufgeschlüsselt nach den Kategorien nach Artikel 35 Ab- 	<p>Art. 59f Sachüberschrift, Abs. 1 Bst. b und f Ziff. 3 sowie Abs. 1^{bis} Datenbekanntgabe im Tarifwesen für ambulante Behandlungen und für Pflegeleistungen</p> <p>¹ Die Pflicht zur Datenbekanntgabe nach Artikel 47b Absatz 1 KVG umfasst folgende Daten:</p> <p>a. allgemeine Betriebsdaten, namentlich:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Betriebstyp, einschliesslich Rechtsform, 2. Standorte, 3. medizinisch-technische Infrastruktur, 4. Betriebsdauer pro Jahr; <p>b. Daten zum Personalbestand des Betriebs, namentlich:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anzahl Leistungserbringer, aufgeschlüsselt nach den Kategorien nach Artikel 35 Absatz 2 KVG und nach Aus- 		<p>Einverstanden.</p>

<p>satz 2 KVG und nach Spezialisierung, sowie weiteres Personal,</p> <p>2. Angaben zum Beschäftigungsvolumen der Leistungserbringer, aufgeschlüsselt nach den Kategorien nach Artikel 35 Absatz 2 KVG und nach Spezialisierung, sowie des weiteren Personals;</p> <p>c. Leistungstyp, Untersuchungen und Behandlungen;</p> <p>d. Gestehungskosten der Leistungen, namentlich:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Personalaufwand pro Personalkategorie, einschliesslich separat ausgewiesener beruflicher Vorsorge, 2. Materialaufwand und Materialmenge, 3. Raumaufwand und Raumfläche, 4. Kapitalaufwand sowie Eigen- und Fremdkapital, 5. Abschreibungen und Anlagevermögen, 6. Investitionsaufwand; <p>e. quantitative Informationen zur Aufschlüsselung der Gestehungskosten nach den einzelnen Leistungen in Abhängigkeit des Kostenmodells, insbesondere die</p>	<p><u>und Weiterbildungstitel</u>, sowie weiteres Personal,</p> <p>2. Angaben zum Beschäftigungsvolumen der Leistungserbringer, aufgeschlüsselt nach den Kategorien nach Artikel 35 Absatz 2 KVG <u>und nach Aus- und Weiterbildungstitel</u>, sowie des weiteren Personals;</p> <p>c. Leistungstyp, Untersuchungen und Behandlungen;</p> <p>d. Gestehungskosten der Leistungen, namentlich:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Personalaufwand pro Personalkategorie, einschliesslich separat ausgewiesener beruflicher Vorsorge, 2. Materialaufwand und Materialmenge, 3. Raumaufwand und Raumfläche, 4. Kapitalaufwand sowie Eigen- und Fremdkapital, 5. Abschreibungen und Anlagevermögen, 6. Investitionsaufwand; <p>e. quantitative Informationen zur Aufschlüsselung der Gestehungskosten nach den einzelnen Leistungen in Abhängigkeit des Kostenmodells, insbesondere die</p>	<p><u>3. Zahl und Umfang der von pflegenden Angehörigen erbrachten Leistungen sind separat auszuweisen.</u></p>	<p>Einverstanden.</p> <p>Die Daten von pflegenden Angehörigen müssen für ein vollständiges Abbild der Realität ebenfalls bekannt sein.</p> <p>Einverstanden. Wichtig, dass alle Leistungserbringer Daten zu Gestehungskosten ausweisen und liefern.</p>
--	---	---	---

<p>Dauer der Leistung und Anzahl Patientinnen und Patienten; f. Entwicklung der Kosten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, namentlich:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tarifpositionen, Leistungsvolumen und Kosten der abgerechneten Leistungen, 2. Anzahl der ambulant behandelten Patientinnen und Patienten, 3. Anzahl Konsultationen pro Patientin und Patient. <p>² Daten, die vom BFS gestützt auf Artikel 30 erhoben wurden, dürfen nicht aufgrund von Absatz 1 verlangt werden.</p>	<p>Dauer der Leistung und Anzahl Patientinnen und Patienten; f. Entwicklung der Kosten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, namentlich:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tarifpositionen, Leistungsvolumen und Kosten der abgerechneten Leistungen, 2. Anzahl der ambulant behandelten Patientinnen und Patienten, 3. Anzahl Konsultationen <u>und Hausbesuche</u> pro Patientin und Patient. <p>^{1bis} <u>Pflegefachpersonen nach Artikel 49 müssen die Kosten nach Absatz 1 Buchstabe d nicht weiter aufschlüsseln.</u></p> <p>² Daten, die vom BFS gestützt auf Artikel 30 erhoben wurden, dürfen nicht aufgrund von Absatz 1 verlangt werden.</p>	<p>^{1bis} <u>Pflegefachpersonen nach Artikel 49 müssen die Kosten nach Absatz 1 Buchstabe d nicht weiter aufschlüsseln.</u></p>	<p>Einverstanden.</p> <p>Es ist für prio.swiss nicht nachvollziehbar, warum die selbständigen Pflegefachpersonen ausgenommen werden? Die selbständigen Pflegefachpersonen sollen die gleichen Anforderungen erfüllen wie die restlichen Leistungserbringer.</p>
	<p>Art. 78 Entrichtung des Kantonsbeitrags ¹ Die gemeinsame Einrichtung stellt den Kantonen den Kantonsbeitrag nach Artikel 60 Absatz 1 KVG wöchentlich in Rechnung.</p>	<p>¹ Die gemeinsame Einrichtung stellt den Kantonen den Kantonsbeitrag nach Artikel 60 Absatz 1 KVG wöchentlich in Rechnung.</p> <p><u>² Die Zahlungen der Kantone erfolgt einmal wöchentlich.</u></p>	<p>Einverstanden. Mit einer wöchentlichen Rechnungstellung und einer entsprechenden wöchentlichen Bezahlung (Erläuternder Bericht, Kapitel 3.1.6) kann die Liquidität der Versicherer sichergestellt werden.</p> <p>Eine Erwähnung im erläuternden Bericht zur Frequenz der Zahlungen der</p>

	<p>² Kantone, welche die geschuldeten Zahlungen nicht fristgerecht leisten, schulden der gemeinsamen Einrichtung einen Verzugszins von 5 Prozent pro Jahr.</p>	<p><u>³ Die Zahlungen der Kantone erfolgt innerhalb einer Frist von 5 Arbeitstagen.</u></p> <p>²⁴ Kantone, welche die geschuldeten Zahlungen nicht fristgerecht leisten, schulden der gemeinsamen Einrichtung einen Verzugszins von 5 Prozent pro Jahr.</p>	<p>Kantone ist nicht ausreichend. Dieser wichtige Punkt muss direkt in der Verordnung geregelt werden.</p> <p>Mit einer wöchentlichen Bezahlung und einer Frist von maximal 5 Arbeitstagen kann die Liquidität der Versicherer sichergestellt werden.</p> <p>prio.swiss begrüsst das Vorsehen eines Verzugszinses im Sinne einer Sanktion bei nicht fristgerechter Bezahlung durch die Kantone. Die Verzugszinsen werden durch die GE KVG erhoben, da sie die Rechnungsstellung auslöst.</p> <p>Da es schlussendlich um die fristgerechte Abgeltung der Leistungserbringer geht, ist eine ausreichende Liquidität der Krankenversicherer wichtig. Der Verzugszins greift ab dem ersten Tag des Verzugs (ab dem 6. Arbeitstag). Wichtig ist auch, dass die eingegangenen Verzugszinsen auch entsprechend an die betroffenen Versicherer ausgeschüttet werden.</p> <p>Da im vorgesehenen Beanstandungsprozess Rückzahlungen mit neuen Beitragszahlungen verrechnet werden, fliesst im eigentlichen Sinn kein Geld von den Versicherern an</p>
--	---	---	---

	<p>³ Für die Berechnung des Verzugszinses ist Artikel 7 Absatz 2 der Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts sinngemäss anwendbar.</p>	<p>³⁵ Für die Berechnung des Verzugszinses ist Artikel 7 Absatz 2 der Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts sinngemäss anwendbar.</p> <p><u>⁶ Das EDI kann nach Anhörung der Kantone und der Versicherer oder auf Antrag der Versicherer und Kantone technische und organisatorische Vorgaben für den Finanz- und Datenfluss zur Entrichtung des Kantonsbeitrags gestützt auf Art. 60 KVG festlegen.</u></p>	<p>die Kantone, weshalb für die Versicherer kein Verzugszins vorzusehen ist.</p> <p>Einverstanden.</p> <p>Sobald die Details des zum Finanzfluss gehörenden Datenflusses festgelegt und in einem Betriebskonzept / Handbuch o.ä. festgehalten wurden, soll das EDI diese Details auf Antrag der Versicherer und Kantone in einer Departementsverordnung festhalten oder das Betriebskonzept / Handbuch für alle Kantone und Versicherer als verbindlich erklären.</p>
	<p>Art. 79 Entrichtung des Bundesbeitrags Die gemeinsame Einrichtung stellt dem Bund den Bundesbeitrag nach Artikel 60 Absatz 6 KVG wöchentlich in Rechnung.</p>	<p>Art. 79 Entrichtung des Bundesbeitrags ¹ Die gemeinsame Einrichtung stellt dem Bund den Bundesbeitrag nach Artikel 60 Absatz 6 KVG wöchentlich in Rechnung.</p> <p><u>² Die Zahlungen des Bundesbeitrages erfolgt einmal wöchentlich.</u></p>	<p>Einverstanden.</p> <p>Eine Erwähnung im erläuternden Bericht zur Frequenz der Zahlungen des Bundes ist nicht ausreichend. Dieser wichtige Punkt muss direkt in der Verordnung geregelt werden.</p>
	<p>II.</p>		

	<i>Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2028 in Kraft.</i>		Einverstanden.
--	---	--	----------------

2. Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

Geltendes Recht	Vorentwurf	Vorschlag prio.swiss	Bemerkungen
	<p><i>I.</i> <i>Die Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung wird wie folgt geändert:</i></p>		
<p>Art. 8a Bedarfsermittlung</p> <p>⁵ Das für die Bedarfsermittlung verwendete Instrument muss die Erfassung der Daten zu medizinischen Qualitätsindikatoren nach Artikel 59a Absatz 1 Buchstabe f KVG mittels Daten, die bei der Bedarfsermittlung routinemässig erhoben werden, ermöglichen.</p>	<p>Art. 8a Sachüberschrift und Abs. 5 Vorgehen bei der Bedarfsermittlung</p> <p>⁵ <i>Aufgehoben</i></p>		Einverstanden.
<p>Art. 8b Bedarfsermittlung in Pflegeheimen</p> <p>¹ Die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen muss sich auf ein Instrument stützen, das folgende Voraussetzungen erfüllt:</p> <p>a. Es grenzt die Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 von anderen Leistungen ab.</p>	<p>Art. 8b Instrumente für die Bedarfsermittlung</p> <p>¹ Für die Bedarfsermittlung für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 werden schweizweit verwendet:</p> <p>a. <u>ein Instrument für die Leistungen, die von Leistungserbringern nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstaben a und b erbracht werden;</u></p>	<p>a. ein <u>einziges</u> Instrument für die Leistungen, die von Leistungserbringern nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstaben a und b erbracht werden;</p>	Einverstanden. Die schweizweite Verwendung eines einzigen Instruments ist sehr zu begrüssen. Falls keine Einigung bezüglich des Bedarfsinstrumentes erzielt werden

<p>b. Es stützt sich auf die in Zeitstudien ermittelten tatsächlich erbrachten Leistungen; es gewährleistet, dass der Durchschnitt der tatsächlich erbrachten Leistungen in allen in den Zeitstudien untersuchten Fällen, die es einer Bedarfsstufe zuweist, innerhalb des Minutenbereichs dieser Bedarfsstufe nach Artikel 7a Absatz 3 liegt.</p> <p>c. Die in den Zeitstudien ermittelte Varianz der tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen gegenüber dem ausgewiesenen Pflegebedarf wird für jede Bedarfsstufe ausgewiesen.</p> <p>² Die Zeitstudien nach Absatz 1 Buchstabe b müssen:</p> <p>a. auf einer schweizweit einheitlichen, von Versicherern, Leistungserbringern und Kantonen gemeinsam vereinbarten Methodik beruhen, die:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. wissenschaftlich anerkannt ist, 2. geeignet ist, eine Abgrenzung der Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 von anderen Leistungen vorzunehmen; <p>b. in der Schweiz durchgeführt worden sein;</p> <p>c. für die Gesamtheit der vom Instrument betroffenen Patienten</p>	<p>b. <u>ein Instrument für die Leistungen, die von Leistungserbringern nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstabe c erbracht werden.</u></p> <p>² <u>Den Instrumenten muss eine vergleichbare Methodik zugrunde liegen.</u></p> <p>³ <u>Jedes Instrument muss folgende Anforderungen erfüllen:</u></p> <p>a. <u>Es grenzt die Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 von anderen Leistungen ab.</u></p> <p>b. <u>Es unterscheidet mindestens zwischen dem jeweiligen Bedarf an Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben a, b und c.</u></p> <p>c. <u>Es weist den voraussichtlichen Zeitaufwand für die Deckung des Pflegebedarfs aus.</u></p> <p>d. <u>Es ermöglicht die Erfassung der Daten zu medizinischen Qualitätsindikatoren nach Artikel 59a Absatz 1 Buchstabe f KVG mittels Daten, die bei der Bedarfsermittlung routinemässig erhoben werden.</u></p>	<p>b. ein <u>einziges</u> Instrument für die Leistungen, die von Leistungserbringern nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstabe c erbracht werden.</p> <p>² Den Instrumenten muss eine vergleichbare Methodik zugrunde liegen.</p> <p>³² Jedes <u>Das einzige</u> Instrument muss folgende Anforderungen erfüllen:</p> <p>a. Es grenzt die Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 von anderen Leistungen ab.</p> <p>b. Es unterscheidet mindestens zwischen dem jeweiligen Bedarf an Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben a, b und c.</p> <p>c. Es weist den voraussichtlichen Zeitaufwand für die Deckung des Pflegebedarfs aus.</p> <p>d. Es ermöglicht die Erfassung <u>der Leistungserbringergruppen</u> und der Daten zu medizinischen Qualitätsindikatoren nach Artikel 59a Absatz 1 Buchstabe f KVG mittels Daten, die bei der Bedarfsermittlung routinemässig erhoben werden.</p> <p>e. <u>Es liefert die erforderlichen Informationen, um die in der Tarifstruktur festgelegten Anforderungen zu erfüllen.</u></p>	<p>kann, muss der Bundesrat subsidiär und zeitnah entscheiden.</p> <p>Nachdem in Absatz 1 von einem einzigen Instrument gesprochen wird, ist nicht nachvollziehbar, weshalb in den Absätzen 2 und 3 von «Instrumenten» gesprochen wird. Absatz 2 (alt) kann gestrichen werden und Absatz 2 (neu) muss angepasst werden.</p> <p>Bei der Erfassung des Bedarfs ist es wichtig, dass die Versicherer aus den Routinedaten weitere Informationen über die Leistungserbringergruppen erhalten, z.B. «Wer wird dann die Leistung erbringen?» (z.B. PA, Pflegefachperson, selbständige Pflegefachperson...).</p> <p>Das Resultat der Bedarfserhebung ist nicht nur wichtig für die Tarifstruktur, sondern auch für die Rechnungsprüfung.</p>
--	---	---	---

<p>und Patientinnen von Pflegeheimen ausreichend repräsentativ sein.</p>		<p>³ <u>Die Tarifstrukturorganisation für Pflegeleistungen nach Art. 47a bestimmt die Instrumente gemäss Absatz 1 und weitere Einzelheiten.</u></p>	<p>Es muss klar festgehalten werden, wer bei einer Nicht-Einigung das Instrument definiert. Die getätigten Investitionen der Pflegeheime in das neue Bedarfsermittlungsinstrument sind nicht in die Kostenermittlung aufzunehmen.</p>
	<p><i>II. Übergangsbestimmungen zur Änderung vom ... Die Leistungserbringer müssen die Instrumente für die Bedarfsermittlung nach Artikel 8b spätestens ab dem 1. Januar 2032 verwenden.</i></p>	<p><u>Die Tarifstrukturorganisation für Pflegeleistungen legt die Instrumente für die Bedarfsermittlung nach Art. 8b spätestens bis zum 1. April 2028 fest, andernfalls legt der Bundesrat diese bis zum 1. Juni 2028 fest.</u></p> <p><u>Die aktualisierten Instrumente für die Bedarfsermittlung nach Art. 8b müssen ab dem 1. Januar 2030 bereitstehen.</u></p>	<p>Diese Anpassung folgen aufgrund der Anpassungen in Art. 8b KLV.</p>
	<p><i>III. Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2028 in Kraft.</i></p>		

3. Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung in der Krankenversicherung (VKL)

Geltendes Recht	Vorentwurf	Vorschlag prio.swiss	Bemerkungen
<p><i>Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL)</i></p>	<p><i>Der Schweizerische Bundesrat, gestützt auf die Artikel 50 Absatz 3 und 96 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG), verordnet:</i></p>		
<p>1. Abschnitt: Allgemeines</p>	<p>1. Abschnitt: Allgemeine Bestimmungen</p>		
<p>Art. 1 Gegenstand und Geltungsbereich ¹ Diese Verordnung regelt die einheitliche Ermittlung der Kosten und Erfassung der Leistungen im Spital- und Pflegeheimbereich. ² Sie gilt für die nach Artikel 39 des Gesetzes zugelassenen Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime.</p>	<p>Art. 1 Gegenstand und Geltungsbereich ¹ Diese Verordnung regelt die einheitliche Ermittlung der Kosten und <u>die einheitliche Erfassung der Leistungen im Spitalbereich und der Pflegeleistungen, die ambulant oder von einem Pflegeheim, erbracht werden.</u> ² Sie gilt für: a. <u>nach Artikel 39 KVG zugelassene Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime;</u> b. <u>nach Artikel 51 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV) zugelassene Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause;</u> <u>und</u></p>	<p>¹ Diese Verordnung regelt die einheitliche Ermittlung der Kosten und die einheitliche Erfassung der Leistungen im Spitalbereich und der Pflegeleistungen, die ambulant oder von einem Pflegeheim, <u>auch als Tages- oder Nachtstruktur, erbracht werden.</u></p>	<p>Einverstanden. Zukünftig sollten auch für weitere ambulanten Leistungserbringer entsprechende Vorgaben gelten. Es soll klar festgehalten werden, dass die VKL auch für die Tages und Nachtstrukturen gültig ist. Es muss klar festgehalten werden, dass Spitex-Organisationen und Pflegefachpersonen, die in mehreren Kantonen tätig sind, ihre Rechnungen pro Kanton erstellen müssen und dass die Rechnungen je Kanton mit der effektiv konsolidierten Rechnung übereinstimmen müssen.</p>

	c. <u>nach Artikel 49 KVV zugelassene Pflegefachpersonen.</u>		Wir gehen davon aus, dass unter Spitex auch das Thema der pflegenden Angehörigen abgedeckt ist.
<p>Art. 2 Ziele</p> <p>¹ Die Ermittlung der Kosten und die Erfassung der Leistungen muss so erfolgen, dass damit die Grundlagen geschaffen werden für:</p> <p>a. die Unterscheidung der Leistungen und der Kosten zwischen der stationären, der ambulanten und der Langzeitbehandlung;</p> <p>b. die Bestimmung der Leistungen und der Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in der stationären Behandlung im Spital und im Geburtshaus;</p> <p>c. ...</p> <p>d. die Bestimmung der Leistungen und der Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in der ambulanten Behandlung im Spital und im Geburtshaus;</p> <p>e. die Bestimmung der Leistungen und der Kosten der Krankenpflege sowie der übrigen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen und deren Kosten in Pflegeheimen und bei Langzeitbehandlung im Spital;</p>	<p>Art. 2 Aufgaben der Leistungserbringer</p> <p>¹ <u>Die Leistungserbringer nehmen die Ermittlung der Kosten und die Erfassung der Leistungen so vor, dass damit die Grundlagen geschaffen werden für:</u></p> <p>a. die Unterscheidung der Leistungen und der Kosten von stationären, ambulanten und Langzeitbehandlungen;</p> <p>b. die Bestimmung der Leistungen und der Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bei stationären Behandlungen im Spital und im Geburtshaus;</p> <p>c. die Bestimmung der Leistungen und der Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bei ambulanten Behandlungen im Spital und im Geburtshaus;</p> <p>d. <u>die Bestimmung der Pflegeleistungen und deren Kosten sowie der übrigen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen und deren Kosten bei der Leistungserbringung in Pflegeheimen, von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause und</u></p>	<p>Art. 2 Aufgaben der Leistungserbringer</p> <p>¹ <u>Die Leistungserbringer nehmen die Ermittlung der Kosten und die Erfassung der Leistungen so vor, dass damit die Grundlagen geschaffen werden für:</u></p> <p>a. Unterscheidung der <u>OKP- und der Nicht-OKP-Leistungen</u> und der Kosten von stationären, ambulanten und Langzeitbehandlungen;</p>	<p>Einverstanden. Es sind die Kosten sämtlicher Pflegeleistungen nach KVG zu bestimmen.</p> <p>Es fehlen allerdings Sanktionsmöglichkeiten der Versicherer, Kantone und Tariforganisationen, wenn ein Leistungserbringer die Daten nicht korrekt liefert.</p> <p>Gemäss Art. 25 Abs. 2 Bst. a nKVG werden Pflegeleistungen ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim erbracht. Die VKL muss die gleichen Kategorien abbilden.</p>

<p>f. die Bestimmung der Leistungen und der Kosten der Krankenpflege für jede Pflegebedarfsstufe in Pflegeheimen und bei Langzeitbehandlung im Spital;</p> <p>g. die Ausscheidung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen nach Artikel 49 Absatz 3 des Gesetzes und von deren Kosten;</p> <p>h. die Ausscheidung der Kosten, die durch die Beiträge nach Artikel 3 der Ausbildungsförderverordnung Pflege vom 8. Mai 2024 gedeckt sind.</p> <p>² Die Unterscheidung und Bestimmung der genannten Kosten und Leistungen soll erlauben:</p> <p>a. die Bildung von Kennzahlen;</p> <p>b. Betriebsvergleiche auf regionaler, kantonaler und überkantonaler Ebene zur Beurteilung von Kosten und Leistungen;</p> <p>c. die Berechnung der Tarife;</p> <p>d. die Berechnung von Globalbudgets;</p> <p>e. die Aufstellung von kantonalen Planungen;</p> <p>f. die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit der Leistungserbringung;</p>	<p><u>von Pflegefachpersonen und bei Langzeitbehandlungen im Spital:</u></p> <p>e. die Bestimmung <u>der Pflegeleistungen und deren Kosten für jede Pflegebedarfsstufe bei der Leistungserbringung</u> in Pflegeheimen und bei Langzeitbehandlungen im Spital;</p> <p>f. die Ausscheidung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen nach <u>Artikel 49 Absatz 3 KVG</u> und von deren Kosten;</p> <p>g. die Ausscheidung der Kosten, die durch die Beiträge nach <u>Artikel 5 des Bundesgesetzes über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege vom 16. Dezember 2022</u> gedeckt sind.</p> <p>² Die Unterscheidung und Bestimmung der genannten Kosten und Leistungen muss erlauben:</p> <p>a. die Bildung von Kennzahlen;</p> <p>b. Betriebsvergleiche auf regionaler, kantonaler und überkantonaler Ebene zur Beurteilung von Kosten und Leistungen;</p> <p>c. die Berechnung der Tarife;</p> <p>d. die Berechnung von Globalbudgets;</p> <p>e. die Aufstellung von kantonalen Planungen;</p> <p>f. die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit der Leistungserbringung;</p>	<p>a. die Bildung von Kennzahlen <u>nach Art. 49 Abs. 7 KVG</u>;</p> <p>b. Betriebsvergleiche auf regionaler, kantonaler und überkantonaler Ebene zur Beurteilung von Kosten und Leistungen, <u>nach Art. 49 Abs. 8 KVG</u>;</p> <p>c. die Berechnung der Tarife <u>nach Art. 49 Abs. 1 KVG</u>;</p> <p>d. die Berechnung von Globalbudgets <u>nach Art. 51 Abs. 1 KVG, sowie Art. 54 Abs. 1 KVG</u>;</p>	<p>Diese Punkte beziehen sich auf konkrete rechtliche Grundlagen. Diese Hinweise sind zu ergänzen.</p>
--	---	---	--

<p>g. die Überprüfung der Kostenentwicklung und des Kostenniveaus.</p>	<p>g. die Überprüfung der Kostenentwicklung und des Kostenniveaus.</p>	<p>e. die Aufstellung von kantonalen Planungen <u>nach Art. 39 Abs. 1 lit d KVG</u>; f. die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit der Leistungserbringung <u>nach Art. Nach Art. 56 KVG</u>; g. die Überprüfung der Kostenentwicklung und des Kostenniveaus, <u>nach Art. 21 und 47c KVG</u>.</p>	
<p>2. Abschnitt: Begriffe</p>			
<p>Art. 3 Stationäre Behandlung Als stationäre Behandlung nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes gelten Aufenthalte zur Untersuchung, Behandlung und Pflege im Spital oder im Geburtshaus: a. von mindestens 24 Stunden; b. von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird; c. im Spital bei Überweisung in ein anderes Spital; d. im Geburtshaus bei Überweisung in ein Spital; e. bei Todesfällen.</p>	<p>Art. 3 Stationäre Behandlungen Als stationäre Behandlungen nach <u>Artikel 49 Absatz 1 KVG</u> gelten Aufenthalte zur Untersuchung, Behandlung und Pflege im Spital oder im Geburtshaus: a. von mindestens 24 Stunden; b. von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird; c. im Spital bei Überweisung in ein anderes Spital; d. im Geburtshaus bei Überweisung in ein Spital; e. bei Todesfällen.</p>		<p>Es sollte definiert werden, welche Institutionen als Pflegeheime gelten.</p>
<p>Art. 5 Ambulante Behandlung Als ambulante Behandlung nach Artikel 49 Absatz 6 des Gesetzes gelten alle Behandlungen, die nicht stationäre Behandlungen sind. Wiederholte Aufenthalte in Tages- oder</p>	<p>Art. 4 Ambulante Behandlungen Als ambulante Behandlungen nach <u>Artikel 49 Absatz 6 KVG</u> gelten <u>Behandlungen im Spital oder im Geburtshaus</u>, die nicht stationäre Behandlungen sind. Wiederholte Aufenthalte in Tages- oder Nachtkliniken</p>		<p>Einverstanden.</p>

<p>Nachtkliniken gelten ebenfalls als ambulante Behandlung.</p>	<p>gelten ebenfalls als ambulante Behandlung. <u>Als Nachtkliniken gelten Einrichtungen, in denen die Untersuchung, die Behandlung oder die Pflege die Belegung eines Betts während einer oder mehrerer Nächte, jedoch keine Anwesenheit des Patienten oder der Patientin tagsüber, erfordert.</u></p>		
<p>Art. 6 Langzeitbehandlung Als Langzeitbehandlung nach den Artikeln 49 Absatz 4 und 50 des Gesetzes gelten Aufenthalte im Spital oder im Pflegeheim, ohne dass nach medizinischer Indikation eine Behandlung und Pflege oder eine medizinische Rehabilitation im Spital erforderlich ist.</p>	<p>Art. 5 Langzeitbehandlungen <u>Als Langzeitbehandlungen gelten Aufenthalte im Spital, ohne dass der Patient oder die Patientin im Sinne von Artikel 49 Absatz 4 KVG nach medizinischer Indikation der Behandlung und Pflege oder der medizinischen Rehabilitation im Spital bedarf.</u></p>		<p>Einverstanden.</p>
<p>Art. 7 Kosten für die universitäre Lehre und für die Forschung ¹ Als Kosten für die universitäre Lehre nach Artikel 49 Absatz 3 Buchstabe b des Gesetzes gelten die Aufwendungen für:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die theoretische und praktische Ausbildung der Studierenden eines im Bundesgesetz vom 23. Juni 2006 über die Medizinalberufe geregelten Medizinalberufes bis zum Erwerb des eidgenössischen Diploms; b. die Weiterbildung der Studierenden nach Buchstabe a bis zur Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels. 	<p>Art. 6 Kosten für die universitäre Lehre und für die Forschung ¹ Als Kosten für die universitäre Lehre nach Artikel 49 Absatz 3 Buchstabe b <u>KVG</u> gelten die Aufwendungen für:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die theoretische und praktische Ausbildung der Studierenden <u>eines im Medizinalberufegesetz vom 23. Juni 2006</u> geregelten Medizinalberufes bis zum Erwerb des eidgenössischen Diploms; b. die Weiterbildung der Studierenden nach Buchstabe a bis zur Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels. 		<p>Einverstanden.</p> <p>Im Entwurf sind die Pflegeheime nicht erwähnt. Diese müssen ebenfalls aufgenommen werden.</p>

<p>² Als Kosten für die Forschung nach Artikel 49 Absatz 3 des Gesetzes gelten die Aufwendungen für systematische schöpferische Arbeiten und experimentelle Entwicklung zwecks Erweiterung des Kenntnisstandes sowie deren Verwendung mit dem Ziel, neue Anwendungsmöglichkeiten zu finden. Darunter fallen Projekte, die zur Gewinnung wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie zur Verbesserung der Prävention, der Diagnostik und Behandlung von Krankheiten ausgeführt werden.</p> <p>³ Als Kosten für die universitäre Lehre und für die Forschung gelten auch die indirekten Kosten sowie die Aufwendungen, die durch von Dritten finanzierte Lehr- und Forschungstätigkeiten verursacht werden.</p>	<p>² Als Kosten für die Forschung nach <u>Artikel 49 Absatz 3 KVG</u> gelten die Aufwendungen für systematische schöpferische Arbeiten und experimentelle Entwicklung zwecks Erweiterung des Kenntnisstandes sowie deren Verwendung mit dem Ziel, neue Anwendungsmöglichkeiten zu finden. Darunter fallen Projekte, die zur Gewinnung wissenschaftlicher Erkenntnisse und zur Verbesserung der Prävention, der Diagnostik und Behandlung von Krankheiten ausgeführt werden.</p> <p>³ Als Kosten für die universitäre Lehre und für die Forschung gelten auch indirekte Kosten und Aufwendungen, die durch von Dritten finanzierte Lehr- und Forschungstätigkeiten verursacht werden.</p>		
<p>Art. 8 Investitionen</p> <p>¹ Als Investitionen im Sinne von Artikel 49 Absatz 7 des Gesetzes gelten Mobilien, Immobilien und sonstige Anlagen, die zur Erfüllung des Leistungsauftrages nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e des Gesetzes notwendig sind.</p> <p>² Kaufgeschäften gleichgestellt sind Miet- und Abzahlungsgeschäfte. Kos-</p>	<p>Art. 7 Investitionen</p> <p>¹ Als Investitionen im Sinne der Artikel 49 Absatz 7 und 50 Absatz 2 <u>KVG</u> gelten Mobilien, Immobilien und sonstige Anlagen, die zur Erfüllung der Leistungsauftrags nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e <u>KVG</u> oder für <u>die Erbringung von Pflegeleistungen zu Hause notwendig sind.</u></p> <p>² Kaufgeschäften gleichgestellt sind Miet- und Abzahlungsgeschäfte. Kos-</p>		<p>Einverstanden.</p>

<p>ten aus Miet- und Abzahlungsge- schäften werden als Anlagenut- zungskosten separat ausgewiesen.</p>	<p>ten aus Miet- und Abzahlungsge- schäften werden als Anlagenut- zungskosten separat ausgewiesen.</p>		
<p>3. Abschnitt: Ermittlung der Kos- ten und Erfassung der Leistungen</p>	<p>3. Abschnitt: Ermittlung der Kos- ten und Erfassung der Leistungen</p>		
<p>Art. 9 Anforderungen an die Er- mittlung der Kosten und Erfas- sung der Leistungen ¹ Spitäler, Geburtshäuser und Pflege- heime müssen eine Kostenrechnung führen, in der die Kosten nach dem Leistungsort und dem Leistungsbe- zug sachgerecht ausgewiesen wer- den. ² Die Kostenrechnung muss insbe- sondere die Elemente Kostenarten, Kostenstellen, Kostenträger und die Leistungserfassung umfassen. ³ Die Kostenrechnung muss den sachgerechten Ausweis der Kosten für die Leistungen erlauben. Die Kos- ten sind den Leistungen in geeigne- ter Form zuzuordnen. ⁴ Die Kostenrechnung ist so auszu- gestalten, dass keine Rückschlüsse auf die behandelte Person gezogen werden können.</p>	<p>Art. 8 Anforderungen an die Er- mittlung der Kosten und Erfas- sung der Leistungen ¹ Die Spitäler, die Geburtshäuser, die Pflegeheime, <u>die Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause sowie die Pflegefachpersonen müs- sen eine Kostenrechnung und eine Leistungserfassung führen.</u> ² <u>Die Kostenrechnung und die Leis- tungserfassung müssen folgende An- forderungen erfüllen:</u> a. <u>Sie müssen die Kosten und die Leistungen nach dem Leistungs- ort und dem Leistungsbezug sachgerecht erfassen und aus- weisen und insbesondere die Ele- mente Kostenarten, Kostenstel- len, Kostenträger umfassen.</u> b. <u>Sie müssen den sachgerechten Ausweis der Leistungen und der Kosten für die Leistungen und die Zuordnung der Kosten zu den Leistungen in geeigneter Form si- cherstellen.</u> c. <u>Sie müssen so ausgestaltet sein, dass keine Rückschlüsse auf die</u></p>		<p>Es wird keine Methode zu der Ermitt- lung der Leistungen festgehalten. Eine Regelung von genauen und na- tional einheitlichen Vorgaben, welche ein konkreteres Mapping zwischen der Leistung und den Kosten ermit- teln, ist wünschenswert. prio.swiss ist nicht klar, was unter Leistungsort gemeint ist.</p>

<p>⁵ Die Kostenrechnung ist jeweils für das Kalenderjahr zu erstellen und ist ab dem 30. April des auf das Kalenderjahr folgenden Jahres bereitzustellen.</p> <p>⁶ Das Eidgenössische Departement des Innern (Departement) kann nähere Bestimmungen über die technische Ausgestaltung der Kostenrechnung erlassen. Es hört dabei die Kantone, Leistungserbringer und Versicherer an.</p>	<p><u>behandelte Person gezogen werden können.</u></p> <p>³ Sie sind jeweils für das Kalenderjahr <u>bis zum 30. April</u> des auf das Kalenderjahr folgenden Jahres zu erstellen.</p> <p>⁴ Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) kann nähere Bestimmungen über die technische Ausgestaltung der Kostenrechnung erlassen. Es hört dabei die Kantone, die Leistungserbringer und die Versicherer an.</p> <p>⁵ <u>Die Spitäler müssen die Kosten der Kostenstellen nach den Variablen ermitteln, die im Bearbeitungsreglement nach Artikel 30c KVV festgelegt sind.</u></p>	<p>⁶ <u>Die Verbände der Leistungserbringer hören die Verbände der Versicherer und die Kantone zu den in der jeweiligen Branche geltenden Vorgaben oder Empfehlungen zur Kostenrechnung an. Die Anhörung umfasst die Methode der zeitlichen und sachlichen Abgrenzungen zwischen Finanz- und Betriebsbuchhaltung, die Definition der Kostenarten, Kostenstellen, Kostenträger und Leistungseinheiten sowie die Methode zur Umlage der Kosten. Werden die im Rahmen der Anhörung geäußerten Vor-</u></p>	<p>prio.swiss fordert, dass die Versicherer betreffend die Vorgaben oder Empfehlungen zur Kostenrechnung ein Mitspracherecht haben.</p>
--	--	--	---

		<p><i><u>schläge nicht übernommen, begründen die Verbände der Leistungserbringer ihre Entscheidung gegenüber den Verbänden der Versicherer und den Kantonen.</u></i></p>	
<p>Art. 10 Anforderungen an Spitäler und Geburtshäuser</p> <p>¹ Die Spitäler und die Geburtshäuser müssen eine Finanzbuchhaltung führen.</p> <p>² Die Spitäler müssen die Kosten der Kostenstellen nach der Nomenklatur ermitteln, die im Bearbeitungsreglement nach Artikel 30c der Krankenversicherungsverordnung vom 27. Juni 1995 festgelegt ist.</p> <p>³ Die Spitäler und Geburtshäuser müssen eine Lohnbuchhaltung führen.</p> <p>⁴ Es ist eine Kosten- und Leistungsrechnung zu führen.</p> <p>⁵ Zur Ermittlung der Kosten für Anlagenutzung müssen die Spitäler und Geburtshäuser eine Anlagebuchhaltung führen. Objekte mit einem Anschaffungswert von 10 000 Franken und mehr gelten als Investitionen nach Artikel 8.</p>	<p>Art. 9 Finanzbuchhaltung</p> <p><u>Die Spitäler, die Geburtshäuser, die Pflegeheime, die Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause sowie die Pflegefachpersonen müssen eine Finanzbuchhaltung führen.</u></p>		<p>Einverstanden.</p>

<p>Art. 10a Angaben der Spitäler und Geburtshäuser</p> <p>¹ Die Anlagebuchhaltung muss für jede Anlage mindestens die Angaben enthalten über:</p> <ol style="list-style-type: none"> das Anschaffungsjahr; die geplante Nutzungsdauer in Jahren; den Anschaffungswert; den Buchwert der Anlage am Anfang des Jahres; den Abschreibungssatz; die jährliche Abschreibung; den Buchwert der Anlage am Ende des Jahres; den kalkulatorischen Zinssatz; den jährlichen kalkulatorischen Zins; die jährlichen Anlagenutzungskosten als Summe der jährlichen Abschreibung und der jährlichen kalkulatorischen Zinsen. <p>² Die zur Erfüllung des Leistungsauftrags der Einrichtung betriebsnotwendigen Anlagen dürfen höchstens mit ihrem Anschaffungswert berücksichtigt werden.</p> <p>³ Die maximalen jährlichen Abschreibungen berechnen sich bei linearer Abschreibung vom Anschaffungswert über die geplante Nutzungsdauer auf den Restwert Null.</p>	<p>Art. 10 Lohnbuchhaltung</p> <p>Die Spitäler, die Geburtshäuser, die Pflegeheime und die Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause müssen eine Lohnbuchhaltung führen.</p>	<p>Art. 10 Lohnbuchhaltung</p> <p>Die Spitäler, die Geburtshäuser, die Pflegeheime, <u>die Pflegefachpersonen</u> und die Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause müssen eine Lohnbuchhaltung führen.</p>	<p>Grundsätzlich einverstanden. Hier sind ebenfalls die Pflegefachpersonen zu erwähnen. Diese können als Einzelfirmen organisiert sein.</p> <p>Eine Mindestaufteilung muss für detailliertere Informationen vorgesehen werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nettolöhne, • Bruttolöhne, • Höhe des Sozialversicherungsbeitrages, • Kostenteiler nach Dignitäten, • Ausfallzeiten/Unproduktive Zeiten, • Kostenteiler KVG- und Nicht-KVG-Kosten • Unterscheidung normale Vergütung und Zuschlagvergutung (Piket, Wochenenden, Nacht)
--	--	---	---

<p>⁴ Die kalkulatorische Verzinsung der für die Erbringung der stationären Leistungen erforderlichen betriebsnotwendigen Anlagen berechnet sich nach der Durchschnittswertmethode. Der Zinssatz beträgt 3,7 Prozent. Er wird periodisch überprüft.</p>			
<p>Art. 11 Pflegeheime ¹ Die Pflegeheime müssen eine Finanzbuchhaltung führen. ² Zur Ermittlung der Kosten für Anlagenutzung ist eine Anlagebuchhaltung zu führen. ³ Es ist eine Kosten- und Leistungsrechnung zu führen.</p>	<p>Art. 11 Anlagebuchhaltung ¹ Zur Ermittlung der Kosten für Anlagenutzung müssen die Spitäler, die Geburtshäuser, die Pflegeheime und die Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause eine Anlagebuchhaltung führen. Objekte mit einem Anschaffungswert von 10 000 Franken und mehr gelten als Investitionen nach Artikel 7. ² Die Anlagebuchhaltung muss für jede Anlage mindestens die Angaben enthalten über: a. das Anschaffungsjahr; b. die geplante Nutzungsdauer in Jahren; c. den Anschaffungswert; d. den Buchwert der Anlage am Anfang des Jahres; e. den Abschreibungssatz; f. die jährliche Abschreibung; g. den Buchwert der Anlage am Ende des Jahres; h. den kalkulatorischen Zinssatz; i. den jährlichen kalkulatorischen Zins; j. die jährlichen Anlagenutzungskosten als Summe der jährlichen</p>	<p>Art. 11 Anlagebuchhaltung ¹ Zur Ermittlung der Kosten für Anlagenutzung müssen die Spitäler, die Geburtshäuser, die Pflegeheime, <u>die Pflegefachpersonen</u> und die Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause eine Anlagebuchhaltung führen. Objekte mit einem Anschaffungswert von 10 000 Franken und mehr gelten als Investitionen nach Artikel 7.</p>	<p>Grundsätzlich einverstanden.</p> <p>Hier sind ebenfalls die Pflegefachpersonen zu erwähnen. Sie können auch über Anlagen verfügen, bspw. ein Auto.</p> <p>Neben dem Anschaffungswert muss auch das Anschaffungsdatum berücksichtigt werden. Die letzte grössere Anschaffung für die Ermittlung der Kosten für die Anlagenutzung muss mind. 3 Jahre zurückliegen.</p>

	<p>Abschreibung und der jährlichen kalkulatorischen Zinsen.</p> <p>³ Die zur Erfüllung des Leistungsauftrags der Einrichtung betriebsnotwendigen Anlagen dürfen höchstens mit ihrem Anschaffungswert berücksichtigt werden.</p> <p>⁴ Die maximalen jährlichen Abschreibungen berechnen sich bei linearer Abschreibung vom Anschaffungswert über die geplante Nutzungsdauer auf den Restwert Null.</p> <p>⁵ Die kalkulatorische Verzinsung der für die Erbringung der Leistungen nach KVG betriebsnotwendigen Anlagen berechnet sich nach der Durchschnittswertmethode. Der Zinssatz beträgt 2,9 Prozent.</p>		
4. Abschnitt: Ausweis der erbrachten Leistungen	4. Abschnitt: Leistungsstatistik		
<p>Art. 12 Anforderungen an die Leistungsstatistik</p> <p>¹ Die Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime müssen eine Leistungsstatistik führen.</p> <p>² Die Leistungsstatistik muss den sachgerechten Ausweis der erbrachten Leistungen erlauben.</p>	<p>Art. 12</p> <p>¹ Die Spitäler, die Geburtshäuser, die Pflegeheime, die Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause sowie die Pflegefachpersonen müssen eine Leistungsstatistik führen.</p> <p>² Die Leistungsstatistik muss folgende Anforderungen erfüllen:</p>		<p>Einverstanden. Auch für die Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause und die Pflegefachpersonen ist eine Leistungsstatistik zu führen. Es bedarf zwingend einer separaten Statistik über die Krankenpflege und Hilfe zu Hause, differenziert nach Pflegefachperson, pflegendem Angehörigen sowie selbständig erwerbender Pflegefachpersonen.</p>

<p>³ Die Leistungsstatistik ist so auszugestalten, dass keine Rückschlüsse auf die behandelte Person gezogen werden können.</p> <p>⁴ Die Leistungsstatistik ist jeweils für das Kalenderjahr zu erstellen und ist ab dem 30. April des auf das Kalenderjahr folgenden Jahres bereitzustellen.</p> <p>⁵ Das Departement kann nähere Bestimmungen über die technische Ausgestaltung der Leistungsstatistik erlassen. Es hört dabei die Kantone, Leistungserbringer und Versicherer an.</p>	<p>a. Sie muss in Abstimmung mit der nach Anhang 1 Ziffer 05.03. der Bundesstatistikverordnung vom 30. April 2025 erstellten Erhebung für die Statistik der Gesundheitsversorgung erstellt werden.</p> <p>b. Sie muss auf den nach Artikel 8 erfassten Leistungen beruhen und die Anforderungen an die Leistungserfassung nach Artikel 8 Absatz 2 erfüllen.</p> <p>³ Sie ist jeweils für das Kalenderjahr bis zum 30. April des auf das Kalenderjahr folgenden Jahres zu erstellen.</p> <p>⁴ Die Leistungsstatistik der Spitäler und Geburtshäuser muss namentlich die Elemente Leistungsbezeichnung, Patientenbewegung, Pfl egetage, Aufenthaltsdauer und geleistete Taxpunkte umfassen.</p> <p>⁵ Die Leistungsstatistik der Pflegeheime muss namentlich die Elemente Leistungsbezeichnung, Aufenthalts-tage, Pfl egetage pro Pflegebedarfsstufe und Pflegezeit unterteilt in Leistungen der Grundpflege, der Untersuchung und Behandlung sowie der Abklärung, Beratung und Koordination umfassen.</p> <p>⁶ Die Leistungsstatistik der Organisationen der Krankenpflege und Hilfe</p>		<p>Wir begrüssen, dass Pflegeheime effektiv erbrachte Leistungen erfassen.</p>
---	--	--	--

	<p>zu Hause und der Pflegefachpersonen muss namentlich die Elemente Leistungsbezeichnung, Pflegebedarf und Pflegezeit unterteilt in Leistungen der Grundpflege, der Untersuchung und Behandlung sowie der Abklärung, Beratung und Koordination umfassen.</p> <p>⁷ Das EDI kann nähere Bestimmungen über die technische Ausgestaltung der Leistungsstatistik erlassen. Es hört dabei die Kantone, Leistungserbringer und Versicherer an.</p>		
<p>Art. 13 Spitäler und Geburtshäuser ¹ Die Leistungsstatistik der Spitäler muss in Abstimmung mit der nach Anhang 1 Ziffer 05.03. der Bundesstatistikverordnung vom 30. April 2025 erstellten Erhebung für die Statistik der Gesundheitsversorgung erstellt werden. Diese Bestimmung gilt sinngemäss für die Geburtshäuser. ² Die Leistungsstatistik muss namentlich die Elemente Leistungsbezeichnung, Patientenbewegung, Pfl egetage, Aufenthaltsdauer und geleistete Taxpunkte umfassen.</p>	<p>5. Abschnitt: Einsichtnahme</p> <p>Art. 13 <u>Die Spitäler, die Geburtshäuser, die Pflegeheime, die Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause sowie die Pflegefachpersonen sind verpflichtet, die Unterlagen eines Jahres ab dem 1. Mai des Folgejahres zur Einsichtnahme der nach KVG berechtigten Stellen bereitzuhalten.</u></p>		<p>Einverstanden.</p>
	<p>6. Abschnitt: Schlussbestimmungen</p>		

<p>Art. 14 Pflegeheime ¹ Die Leistungsstatistik der Pflegeheime muss in Abstimmung mit der nach Anhang 1 Ziffer 05.03. der Bundesstatistikverordnung vom 30. April 2025 erstellten Erhebung für die Statistik der Gesundheitsversorgung erstellt werden.</p> <p>² Die Leistungsstatistik muss namentlich die Elemente Leistungsbezeichnung, Aufenthaltstage und Pflegetage pro Pflegebedarfsstufe umfassen.</p>	<p>Art. 14 Aufhebung eines anderen Erlasses <u>Die Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung wird aufgehoben.</u></p>		
<p>5. Abschnitt: Einsichtnahme</p>			
<p>Art. 15 Spitaler, Geburtshäuser und Pflegeheime sind verpflichtet, die Unterlagen eines Jahres ab dem 1. Mai des Folgejahres zur Einsichtnahme bereitzuhalten. Zur Einsichtnahme berechtigt sind die Genehmigungsbehörden, die fachlich zuständigen Stellen des Bundes sowie die Tarifpartner.</p>	<p>Art. 15 Änderung anderer Erlasse Die Änderung anderer Erlasse wird im Anhang geregelt.</p>		
<p>Art. 16 <i>Aufgehoben</i></p>	<p>Art. 16 Übergangsbestimmungen ¹ Die von den Pflegeheimen und den Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause vor dem Inkrafttreten dieser Verordnung getätigten Investitionen können in die Kostenermittlung einbezogen werden, wenn im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Verordnung eine Anlage mit ihrem</p>		

	<p>aktuellen Buchwert in der Anlagebuchhaltung erfasst ist.</p> <p>² Im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Verordnung darf der Buchwert nach Absatz 1 den Buchwert nicht übersteigen, der durch die Wertermittlung nach Artikel 11 zustande gekommen wäre.</p> <p>³ Die Abschreibung erfolgt vom Buchwert mit der geplanten Restnutzungsdauer. Die kalkulatorischen Zinsen berechnen sich mittels Durchschnittswertmethode, wobei der Anschaffungswert durch den Buchwert im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Verordnung ersetzt wird.</p>		
<p>Art. 17 Inkrafttreten Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2003 in Kraft.</p>	<p>Art. 17 Inkrafttreten und Geltungsdauer ¹ Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2028 in Kraft. ² Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe g gilt bis zum 30. Juni 2032.</p>		

4. Verordnung über die Unfallversicherung (UVV)

Geltendes Recht	Vorentwurf	Vorschlag prio.swiss	Bemerkungen
<p>Art. 70a Kostenermittlung und Leistungserfassung Die Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung ist für die in Artikel 56 Absatz 1 UVG genannten</p>	<p>Art. 70a Die Verordnung vom ... über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung in der Krankenversicherung ist für die in Artikel 56 Absatz 1 UVG genannten Spitäler und Kuran-</p>	<p>Art. 70a Die Verordnung vom ... über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung in der Krankenversicherung ist für die in Artikel 56 Absatz 1 UVG genannten Spitäler und Kuran-</p>	<p>Die VKL ist im UVG und MVG ebenfalls anwendbar. Dort soll sie für die gleichen Leistungserbringer gelten, wie im OKP-Bereich.</p>

<p>Spitäler und Kuranstalten sinngemäss anwendbar. Die fachlich zuständigen Stellen des Bundes, der Verein Medizinaltarif-Kommission UVG und die Tarifpartner sind berechtigt, die Unterlagen einzusehen.</p>	<p>stalten sowie die medizinischen Hilfspersonen sinngemäss anwendbar. Die fachlich zuständigen Stellen des Bundes, der Verein Medizinaltarif-Kommission UVG und die Tarifpartner sind berechtigt, die Unterlagen einzusehen.</p>	<p>stalten sowie die medizinischen Hilfspersonen <u>nach Artikel 39 KVG zugelassenen Pflegeheime, die nach Artikel 51 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV) zugelassenen Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause und die nach Artikel 49 KVV zugelassenen Pflegefachpersonen</u> sinngemäss anwendbar. Die fachlich zuständigen Stellen des Bundes, der Verein Medizinaltarif-Kommission UVG und die Tarifpartner sind berechtigt, die Unterlagen einzusehen.</p>	
---	---	--	--

5. Verordnung über die Militärversicherung (MVV)

Geltendes Recht	Vorentwurf	Vorschlag prio.swiss	Bemerkungen
<p>Art. 13a Kostenermittlung und Leistungserfassung Die Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung ist für die in Artikel 22 Absatz 2 des Gesetzes genannten Spitäler und Kuranstalten sinngemäss anwendbar. Die fachlich zuständigen Stellen des Bundes, der Verein Medizinaltarif-Kommission UVG und die Tarifpartner sind berechtigt, die Unterlagen einzusehen.</p>	<p>Art. 13a Die Verordnung vom ... über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung in der Krankenversicherung ist für die in Artikel 22 Absatz 2 des Gesetzes genannten Spitäler und Kuranstalten sowie die medizinischen Hilfspersonen sinngemäss anwendbar. Die fachlich zuständigen Stellen des Bundes, der Verein Medizinaltarif-Kommission UVG und die Tarifpartner sind berechtigt, die Unterlagen einzusehen.</p>	<p>Art. 13a Die Verordnung vom ... über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung in der Krankenversicherung ist für die in Artikel 56 <u>22</u> Absatz 2 <u>1</u> UVG <u>des Gesetzes</u> genannten Spitäler und Kuranstalten sowie die medizinischen Hilfspersonen <u>nach Artikel 39 KVG zugelassenen Pflegeheime, die nach Artikel 51 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV) zugelassenen Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause und die nach Artikel 49 KVV zugelassenen</u></p>	<p>Die VKL ist im UVG und MVG ebenfalls anwendbar. Dort soll sie für die gleichen Leistungserbringer gelten, wie im OKP-Bereich.</p>

		<p><u>Pflegefachpersonen</u> sinngemäss anwendbar. Die fachlich zuständigen Stellen des Bundes, der Verein Medizintarif-Kommission UVG und die Tarifpartner sind berechtigt, die Unterlagen einzusehen.</p>	
--	--	---	--

Vielen Dank für die Berücksichtigung unserer Anmerkungen. Für allfällige Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse
prio.swiss



Marco Romano
Stv. Direktor
Leiter Gesundheitspolitik und Public Affairs



Axel Reichlmeier
Projektleiter Gesundheitsökonomie