

Bei den Tarifverhandlungen zwischen Spitälern und Krankenversicherern ist andere Musik zu hören

Ein neues Trio spielt frisch auf

Vor nicht allzu ferner Zeit liefen Tarifverhandlungen zwischen stationären Leistungserbringern und Kostenträgern nach einem fixen Ritual ab. Die ersten präsentierten – mit schmerzverzerrtem Gesicht – die Steigerungen ihrer Betriebskosten und die zweiten reagierten – dem Drehbuch entsprechend – mehr oder minder säuerlich. Meistens fand man sich, manchmal war der Standortkanton gefragt, irgendwie ging's. Aber ganz zufrieden war niemand. Und vor allem: Die Stimmung untereinander war meist unerfreulich.

Seit Dezember 2010 spielt auf der Seite der Krankenversicherer ein neues Orchester auf. Seine Musiker bestehen aus Helsana, Sanitas und KPT. Aus den drei Anfangsbuchstaben ergibt sich das Kürzel der Einkaufsgemeinschaft HSK. Ihre Akteure sind top-motiviert. Bereits im ersten Verhandlungsjahr konnte die HSK den Spielraum für wettbewerbliche Lösungen, welche die neue Spitalfinanzierung vorsieht, erfolgreich nutzen und mit den meisten Schweizer Spitälern OKP-Tarifverträge vereinbaren. Tatsächlich sprechen die bisherigen Ergebnisse für sich: Ende August hatten die HSK-Versicherer 90% aller Spitäler unter Vertrag, während es die hauptsächlichste Mitbewerberin, die tarifsuisse von santésuisse, lediglich auf rund zwei Drittel brachte. In Bern präsentierten die drei Versicherer der HSK, was seit dem Start der gemeinsamen Aktivitäten geschah, welche Herausforderungen sich zur Zeit stellen und was sie gedenken, in Zukunft zu erreichen.

Wettbewerb ist gut – hier auch?

Das Verhandlungsergebnis im Jahre eins von SwissDRG zeigt, dass unterschiedliche Vorgehensweisen auch zu verschiedenen Resultaten führen können. «Wir haben die neue Spitalfinanzierung, die den Wettbewerb unter den Leistungserbringern als wesentliches Element aufgenommen hat, als Auftrag verstanden, auch von unserer Seite her ein marktwirtschaftliches Vorgehen in den Tarifverhandlungen zu erreichen», bringt's Helsana-CEO Daniel Schmutz auf den Punkt. «Es wäre doch beispielsweise im Detailhandel unvorstellbar, dass eine fest verschworene Einkaufereinheit aus Grossverteilern und Tante-Emma-Läden als Einheitsblock gegenüber den Lieferanten auftreten würde, um für alle identische Warenpreise auszuhandeln. Gerade der Preis ist doch das primäre Element, wenn wir das Wort Wettbewerb ernst nehmen wollen.»

Dass die drei Versicherer das wollen, daran lassen sie keinen Zweifel. «Nach der Einführung von SwissDRG ist es sinnvoll, auf der Nachfrageseite differenziert vorzugehen. Dadurch entsteht ja gerade auch ein Wettbewerb auf der Seite der Kostenträger», betonte Otto Bitterli, CEO der Sanitas Krankenversicherung.

Mehr Markt sei umso mehr gefragt, weil gerade die kurze Zeit seit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung schon zeige, dass immer noch Wettbewerbsverzerrungen von Seiten der Kantone praktiziert würden. Mengenbeschränkungen und versteckte Subventionierungen kommen in mehreren Kantonen vor und stünden selbstverständlich in starkem Widerspruch zu den Absichten des revidierten KVG.

Was wollte man denn eigentlich mit dem revidierten KVG?

Otto Bitterli erinnerte an die Maximen, welche das eidgenössische Parlament für eine erfolgreiche Umsetzung von SwissDRG postuliert hatte: Transparenz, Wettbewerb, Kostenbewusstsein, Effizienz und Qualität. Umgesetzt ist vieles aber noch lange nicht. Angedacht waren:

- ein schweizweit einheitliches System,
- mehr Qualität dank Konzentration der Leistungserbringer,
- Spitalwahlfreiheit in der Grundversicherung,
- die Gleichstellung von öffentlichen und privaten Spitälern,
- die Abkehr von Quersubventionierungen und
- ein regelmässiges Benchmarking.

Als Stand der Dinge bezeichnete der Sanitas-CEO folgende Bestandesaufnahme:

- Noch gibt es 26 kantonale Spitalplanungen.
- Schliessungen unrentabler und leistungsschwacher Spitäler sind praktisch undurchführbar.



Dr. Marc Kohler, CEO Spital Thurgau AG, glänzte mit einem tollen Referat über die neue Spitalfinanzierung.



Dr. Christoph Bangarter, Vorsitzender der GL der KPT, wies mit Nachdruck aufs Benchmarking von Spitälern hin.

- Es sind Zusatzkriterien für Listenspitäler definiert worden.
- Diese führen namentlich bei Privatkliniken zu Markthemmnissen.
- Noch besteht auch eine Tendenz zu Kompensationen der OKP über erhöhte VVG-Tarife.
- Und schliesslich erschwert die unterschiedliche Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung in den Kantonen die Transparenz und Vergleichbarkeit.

Vorbilder und bedenkliche Muster

Daraus resultieren in der Praxis höchst eigenartige Szenarien, die nicht systemkonform sind, und das erst neun Monate nach der Einführung des neuen Finanzierungssystems. Im Kanton Bern, kein Vorzeigemodell in der Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung, gebe es Leistungsmengenbegrenzungen – also planwirtschaftliche Mengensteuerung statt Wettbewerb über den Preis –, Abschöpfungen der Einnahmen bei einer Überschreitung dirigistisch festgesetzter Mengen, Versuche einer Einnahmenabschöpfung aus Zusatzversicherungen und die Kreation eines Ausgleichsfonds im Entwurf zu einem neuen kantonalen Spitalfinanzierungsgesetz – die abgeschmetterte Vorlage aus dem Kanton Zürich hält also keineswegs von neuerlichen «Experimenten» ab – Bewilligungspflicht für Investitionsprojekte sowie zentralistische Organisationsstrukturen.

Es gebe aber auch positive Beispiele, so Bitterli, dies zeige sich etwa bei der zur Hirslanden Gruppe gehörenden Klinik Stephanshorn im Kanton St. Gallen. Diese Klinik hat sich sowohl mit der HSK wie mit tarifsuisse auf OKP-Tarife geeinigt. Diese Tarife sind marktkonform unterschiedlich, die Baserate der HSK liegt etwas tiefer. Der Kanton St. Gallen hat beide Tarife genehmigt und begründet das wie folgt: «Nach den Regeln der neuen Spitalfinanzierung sind unterschiedliche Basispreise je Leistungserbringer grundsätzlich zulässig, solange sie mit dem Gebot der Wirtschaftlichkeit in Einklang stehen (KVG Art. 46, Absatz 4).»

Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrolle

Dr. Christoph Bangerter, Vorsitzender der Geschäftsleitung der KPT, betonte, dass es bei der operativen Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung darum gehe, die Absichten gezielt zu verwirklichen, die bei der Revision des KVG formuliert worden seien, und da stünden Transparenz, Wirtschaftlichkeit und Qualität ganz zuoberst auf der Wunschliste. «Klar verhandelte Tarife, in vernünftiger Zeit realisierte Abschlüsse, ein partnerschaftliches Verhältnis zu den Leis-



Otto Bitterli, CEO der Sanitas, zog ein kritisches Fazit bezüglich der aktuellen DRG-Umsetzung und wies auf kantonale Wettbewerbsverzerrungen hin.

tungserbringern, aber eindeutige Forderungen hinsichtlich der wichtigsten drei Wunschkriterien sind unsere Leitlinien.»

Bangerter ging auf die neu bestehende Wahlfreiheit unter sämtlichen Leistungserbringern, die auf der Spitalliste des Wohnkantons des Versicherten bzw. des Standortkantons des gewünschten Spitals aufgeführt sind, ein – unabhängig von der Trägerschaft notabene. Der Versicherer und der Wohnkanton übernehmen nun aber in einem Listenspital die Vergütung stationärer Kosten anteilmässig höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons des Versicherten gilt: «Der Patient geniesst damit zwar Wahlfreiheit und Tarifschutz, läuft aber trotzdem Gefahr, nicht gedeckte Kosten selbst bezahlen zu müssen, falls die Fallpauschale im Listenspital des Standortkantons höher ist als im Listenspital des Wohnkantons.»

Benchmarking und Komplementarität

Als ganz bedeutsam bezeichnete der Referent im Weiteren, dass sich die DRG-Tarifverträge an der Entschädigung jener Spitäler zu orientieren hätten, «welche die tarifizierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Die HSK betreibt deshalb ein detailliertes und konsequentes Benchmarking als Basis für ihre Vertragsverhandlungen.»

Schliesslich gelte es auch eine korrekte Umsetzung der Komplementarität der Rechnungsstellung mittels SwissDRG in Grund- und Zusatzversicherung zu realisieren: «Eine korrekte

Abgrenzung von OKP- und WG-Leistungen ist in Listen- wie in Vertragsspitälern zwingend. Dies gilt insbesondere dort, wo Belegärzte separat abrechnen»

«Wir von Helsana, Sanitas und KPT werden so rasch wie möglich je eine eigene Datenannahmestellen einrichten und zertifizieren lassen. Sobald diese Zertifizierung vorliegt, werden wir die DRG-Rechnungen ausschliesslich elektronisch, systematisch und mit dem MCD gekoppelt entgegennehmen. Wir gehen davon aus, dass diese Zertifizierung bis Ende Dezember 2012 abgeschlossen sein wird, es können sich bei den einzelnen Firmen unter Umständen leicht unterschiedliche Einführungszeitpunkte ergeben. Technischer Standard wird das Schema xml 4.4 des Forums Datenaustausch sein.»

Wie sehen es die Kantone?

Von einer Herausforderung sprach der Zürcher Gesundheitsdirektor, Dr. Thomas Heiniger, als er vier Gesprächspartner aufzählte, mit denen die Spitäler nunmehr zu verhandeln hätten, nämlich mit der HSK, tarifsuisse, Assura/Supra und wie immer schon der MKT (IV und Suva) im Unfallbereich. «Aber der Start der DRG-Umsetzung ist gut geglückt», meinte er. Zudem trat er mit Nachdruck für Wirtschaftlichkeitsvergleiche ein.

Im Kanton Zürich liegen zurzeit (Anfang September) 64 Tarifgenehmigungen vor, 70 Festsetzungsverfahren sind am Laufen. «Daraus ist ersichtlich, dass einige Herausforderungen bestehen», meinte der Regierungsrat. Er nannte in der Folge deren drei:



Uneinheitlichkeit bei der Tariffestsetzung

Heiniger zitierte KVG Art. 49, Absatz 1, der gleiche Preise für gleiche Leistungen fordert. Für ihn bedeutet das einen Widerspruch zu KVG Art. 59c, Absatz 1, der verlangt, dass die Tarife höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten decken dürfen. Die Motion von Nationalrätin Ruth Humbel-Näf, die Artikel 59c abschaffen möchte, begrüsst Heiniger, denn «wer effizient ist, darf auch Gewinne erzielen und andererseits sollen Ineffiziente als Entschädigung nicht die vollen ausgewiesenen Kosten geltend machen. So wie es jetzt läuft, besteht wenig Anreiz zur Kosteneffizienz.»

Im Kanton Zürich werde seit 10 Jahren ein Fallkostenvergleich durchgeführt. Heute zeige er eine Kostendifferenz von rund 20% zwischen dem günstigsten (Schulthess Klinik) und dem teuersten (Stadtspital Waid) Zürcher Nicht-Uni-Spital. Nach welchem Kriterium ist nun der richtige Tarif festzusetzen? Beim arithmetischen Mittel lägen 5 Spitäler darüber. Dr. Thomas Heiniger plädierte dafür «Tarife festzusetzen, die Anreize bieten und die Besten belohnen, also ist das 40. Perzentil richtig, das bedeutet, dass die Baserate unter dem Mittelwert zu liegen kommen muss.» Aufgrund dieser Sichtweise liegen heute nur gerade 4 der 14 nichtuniversitären Spitäler auf der guten Seite, für die andern stehen massive «Hausaufgaben» an.

Höhere Fallkosten des Universitätsspitals

Diese liegen im Kanton Zürich (USZ) rund 20% höher als bei den Zentrumsspitalern. Ausserdem erklärt SwissDRG bloss 60% dieser Zusatzkosten, nicht zuletzt aufgrund der noch zu schmalen Datenbasis. «Beim Universitätsspital gleichen sich tiefere und höhere Kosten nicht automatisch aus, weil das Unispital häufig Leistungen am Ende der Versorgungs-

kette erbringt.» Dazu gehören beispielsweise überdurchschnittlich viele Fälle mit enormen Bluttransfusionen, die zu 50% im USZ erfolgen und jährliche Verluste von 11,5 Mio. Franken bescheren, bei schweren Verbrennungen sind es 2,7 Mio. Franken Minus.

Universitäre Lehre und Forschung

Auch diese gelte es vermehrt zu berücksichtigen, denn es lägen detaillierte Kostenträgerrechnungen vor. Den heute im DRG-Tarif enthaltenen normativen Abzug von 25% erachtet Heiniger daher als ungerecht. Um eine adäquate Abgeltung zu erreichen, gelte es jetzt, die hochkomplexen Fälle noch besser abzubilden. Künftig müssten die optimierten Kostenträgerrechnungen die Basis für die Festsetzung der Baserate bilden.

Es braucht eindeutig mehr Wettbewerb

Vehement für ein konsequentes Durchsetzen der Ziele der neuen Spitalfinanzierung setzte sich Dr. Marc Kohler, CEO der Spital Thurgau AG, ein. Er ging auf entscheidende Details ein, beim Qualitäts-Element auf die Patientensicherheit und -zufriedenheit, auf den Arzt als neue Leitgrösse, transparente Daten und offene Kommunikation der erzielten Resultate. Ausserdem postulierte er eine mittelfristig einheitliche Baserate und verwies auf die nötige Positionierung der stationären Leistungserbringer nach den Erfordernissen des Marktes: «Das heisst Individualisierung der Medizin und verstärkte Zusammenarbeit mit Zuweisern und Netzwerken.»

«In dieser neuen Situation braucht es mehr Verhandlungen, mehr Verträge und möglichst rasche Genehmigungen durch die Kantone». Das sei die Kehrseite der Medaille, ausserdem zeige es sich, dass Codierpersonal zu finden, äusserst schwierig sei. Zudem erwiesen sich die IT-Anpassungen

als nicht zu unterschätzende Hürde. «Trotzdem ist es im Kanton Thurgau rasch gelungen, 96% der Behandlungen automatisiert abzurechnen. Der Rest sind hauptsächlich Zusammenlegungen von Fällen. Weil wir mittlerweile viel mehr Daten erfassen und ein detailliertes Berichtswesen aufgebaut haben, war auch ein integriertes KIS notwendig. Es ist überdies die technische Voraussetzung für die Definition und Überprüfung von Behandlungspfaden und die Basis für das Lancieren einer neuen Prozesskultur.»

Als zünftigen Ärger bezeichnete Kohler die Interventionen des Preisüberwachers bei den Genehmigungsverfahren in den Kantonen. Hier werde das gesunde Mass regelmässig überschritten und Tarifgenehmigungen arg behindert. «Das erschwert namentlich die Diskussion der 2013er Tarife. Durch das gesamte Prozedere bei den Tarifverhandlungen haben wir heute de facto ein monistisches Finanzierungssystem.»

Rechtzeitiges Agieren hat sich gelohnt

«Wer sich rechtzeitig auf die Neuerungen eingestellt hat, war gut beraten», lautete das Fazit Kohlers. «Im Kanton Thurgau haben wir auf 10'000 Spitalrechnungen bloss 150 Nachfragen der Kostenträger und weniger als 10 Beanstandungen. Es zeigt sich heute zudem, dass eine verstärkte Organisation und IT Voraussetzungen gewesen sind, um die nötige Verbesserung der Prozesse zügig und konsequent anzugehen.»

Ausserdem verwies der Routinier auf die unbedingt nötige Datenqualität. Das sei insbesondere bei der Überprüfung des Investitionszuschlags von ausschlaggebender Bedeutung. «Die aktuell festgelegten 10% genügen niemals», ist er überzeugt, «vielleicht müssen wir das Zuschlagverfahren grundsätzlich überprüfen oder zumindest eine massvolle, schrittweise Anpassung des heute gültigen Prozentsatzes ins Auge fassen.»

Es blieben viele Aufgaben zu lösen. Sorgen bereiten Dr. Marc Kohler die Sonderregelungen der Kantone. «Sie verzerren das Bild. Unter diversen Titeln werden Beiträge gezahlt, die in extremen Fällen die Baserate bis um 2000 Franken erhöhen. Das darf nicht sein, weil so ein echter Markt stark beeinträchtigt wird.»

Daten müssen verglichen werden können

Für ein konsequentes Fortsetzen der HSK-Aktivitäten plädierte daher Dr. Michael Willer, Mitglied der Konzernleitung und Leiter Leistungen bei Helsana. Er betonte den kostenneutralen Systemwechsel zu SwissDRG, die Differenzierung in den Tarifverhandlungen gegenüber Mitbewerbern und den konsistenten und transparenten Verhandlungsprozess. Allerdings gäbe es noch ein paar wichtige Festsetzungsverfahren, ausgerechnet und hauptsächlich bei Universitätsspitalern (HUG, USZ und Insel). Diese Häuser machen 81% des OKP-Volumens innerhalb der laufenden Festsetzungsverfahren aus.

Benchmarking bleibt zentrales Element

Eine abschliessende Beurteilung der Kostenentwicklung erachtet Michael Willer noch für verfrüht. Indes würden die Kantonsanteile für Privatkliniken in etwa den Investitionsanteil zu Lasten der Versicherer kompensieren. Willer gab insgesamt einen positiven Ausblick auf die Kostenentwicklung, da dank Benchmarking-Verfahren die Baserates tendenziell sinken und die Kantonsanteile gemäss KVG bis 2017 schrittweise ansteigen würden.

Für den Benchmarking-Vergleich konnten erst 48% der Spitäler berücksichtigt werden, weitere 39% hätten die Daten zwar zugesagt, die Versicherer hätten diese allerdings noch nicht erhalten oder konnten die Daten noch nicht auswerten. Bei der Datenqualität liegt der Hase ohnehin im Pfeffer. Nur gerade 27% der Spitäler stellten für die Verhandlungen vollständig transparente Daten in einer Vollversion von ITAR-K zur Verfügung. Hier gelte es, sich klar zu steigern, denn «wir wollen unsere Verhandlungsstrategie



in dem Sinne fortsetzen, dass Benchmarking mit Toleranzbandbreiten die Basis der Diskussionen bleibt.» Dieses Vorgehen bezeichnete Willer als notwendig, wobei der Wettbewerb für alle Beteiligten neu sei. «Wir befinden uns jedoch auf einer steilen Lernkurve, bei der Optimierungen schrittweise erreicht werden können.»

Text: Dr. Hans Balmer

SIEMENS

www.siemens.ch/buildingtechnologies

Wie Sorge ich für die Rundum-Sicherheit meiner Patienten?

Mit dem Patientenortungssystem von Siemens wissen Sie jederzeit, wo sich Ihre Bewohner befinden.

Mobile Systeme ermöglichen für Ihre Bewohner maximale Freiheit bei höchstmöglicher Sicherheit – per Tastendruck können Bewohner oder Pflegepersonal ein Notfunksignal mit Namen und aktuellem

Standort absetzen, so dass umgehend Hilfe zum richtigen Ort geschickt werden kann. Das beruhigt Angehörige und Pflegepersonal und sorgt für mehr Sicherheit im täglichen Betrieb.

«Wir stossen auf gutes Echo im Markt»

Interview mit Helsana-CEO Daniel H. Schmutz



Helsana-CEO Daniel H. Schmutz

Seit 2011 können die Spitäler dank der Gründung der Einkaufsgemeinschaft HSK die Spitaltarife für die Grundversicherung mit unterschiedlichen Tarifpartnern verhandeln. Helsana-CEO Daniel H. Schmutz zieht eine Zwischenbilanz.

Ein gutes Jahr Einkaufsgemeinschaft HSK: Sind Sie mit dem Erreichten generell zufrieden?

Daniel Schmutz: Der Start unserer Einkaufsgemeinschaft darf sich sehen lassen. Wir haben die Ziele bisher erreicht. Wichtig ist auch, dass wir HSK-intern gut abgestimmt sind und schnell entscheiden können. Das verschafft uns die nötige Agilität. Insgesamt kann man sagen, dass unser Verhandlungskonzept auf ein sehr gutes Echo stösst im Markt.

Erst ein Viertel der Spitäler gewährt auf ITAR-K-Basis eine vollständige Transparenz bezüglich ihrer Kostenstrukturen. Ist das nicht gar wenig und eigentlich eine unbefriedigende Ausgangslage für Verhand-

lungen, in denen der Wettbewerbsgedanke vermehrt berücksichtigt werden sollte?

Man kann das tatsächlich bedauern. Denn das führt zu tendenziell schlechteren Verträgen – insbesondere für die Spitäler. Die Einführung von SwissDRG und die neue Spitalfinanzierung sind ein grosser Schritt für die Spitäler und die Kantone und stellt hohe Anforderungen an alle Verantwortlichen. Da kann man nicht erwarten, dass sich schon am ersten Tag der Idealzustand einstellt. Ich bin überzeugt, dass die Transparenz weiter zunimmt. Hier gibt es kein Zurück mehr.

Schaut man gewissen Kantonen zu, dann muss man feststellen, dass die neue Spitalfinanzierung stellenweise gezielt unterwandert wird. Das darf doch eigentlich nicht sein. Wollen Sie dagegen mit der HSK nicht Druck aufsetzen?

Noch nicht alle Anspruchsgruppen haben ihre Rolle in der neuen Spitalfinanzierung gefunden. Das braucht – wie gesagt – etwas Zeit. Die HSK will diese Zeit nutzen, um die Zusammenarbeit mit den Kantonen weiter zu verbessern. Wir sind daran, die entsprechenden Kontakte zu vertiefen. Eingriffe in den Wettbewerb und in Organisationsstrukturen lehnen wir aber klar ab.

Wie sehen Sie zeitlich die Realisierung Ihres postulierten Anliegens der vollständigen elektronischen Datenübermittlung an die Datenannahmestelle?

Die Datenlieferung ist in der Verordnung einwandfrei geregelt. Seitens HSK werden wir diese nun einfordern und parallel dazu die verlangten Massnahmen betreffend Zertifizierung umsetzen.

Was sagen Sie zu den Klagen verschiedener Spitäler und Kantone, das heutige Verhandeln mit unterschiedlichen Verhandlungspartnern auf Kostenträgerseite sei zu aufwändig und gerade für kleine Organisationen äusserst problematisch?

Was jetzt in der Grundversicherung angefangen hat, ist in der Zusatzversicherung schon lange Gang und Gäbe. Natürlich ist die Umsetzung der neuen Spitalregulierung für alle Beteiligten ein anspruchsvolles Projekt. Das kann man nicht wegdiskutieren, wird sich aber einpendeln. Anstatt den anfänglichen Mehraufwand zu beklagen, den der zusätzliche Handlungsspielraum mit sich bringt, sollten wir besser den Wettbewerb nutzen. Dass sich auch kleinere Organisationen dem Wettbewerb stellen müssen, gehört dazu.

Was würde eigentlich passieren, wenn morgen die Visana, die Concordia und die CSS – oder einzelne unter ihnen – auch Mitglieder der HSK werden möchten? Würden Sie da mitmachen? Wäre da der angestrebte Wettbewerb im Tarifwesen nicht gleich wieder dahin?

Die HSK ist keine geschlossene Gesellschaft. Wir sind grundsätzlich offen für die Zusammenarbeit mit anderen Versicherern, sofern diese unsere Auffassung eines partnerschaftlichen Umgangs mit den Leistungserbringern teilen. Allerdings stellt sich diese Frage im Moment gar nicht, denn andere Versicherer sind auch nächstes Jahr an Tarifsuisse gebunden. Aktuell gilt unser Hauptaugenmerk den laufenden Verhandlungen. Dabei wollen wir möglichst viele Tarifabschlüsse erzielen. Einigen wir uns aber in Grundsatzfragen nicht, dann sind auch Festsetzungen möglich.

Ziele Einkaufsgemeinschaft HSK 2012/13:

- Fokus auf datenbasierte Verhandlungen weiter verstärken
- Benchmarking verfeinern
- Moderate und partnerschaftliche Haltung bewahren
- Differenzierte Preise einfordern über Prozessvereinfachungen und optimierte Zusammenarbeit
- Fortsetzen Verhandlungsstrategie = Benchmark als Verhandlungsbasis mit Toleranzbandbreiten
- HSK-Benchmark wird wie 2011 transparent ausgewiesen (Ergebnisse auf HSK-Homepage veröffentlicht)
- Kein Einheitstarif für alle Versicherer = Verschiedene Tarife pro Einkaufsgemeinschaft möglich
- Weiterverfolgen der Preisdifferenzierung unter SwissDRG