



Zentralsekretariat

43.371

18.11.2011 / SL

Neue Spitalfinanzierung; Information der Bevölkerung

Fragen und Antworten als Textbausteine zuhanden der Kantone

Auf wann tritt die neue Spitalfinanzierung in Kraft?

Die neue Spitalfinanzierung tritt auf den 1. Januar 2012 in Kraft

Was ändert mit der neuen Spitalfinanzierung?

Die Abgeltung der Spitäler durch die Krankenkassen und die Kantone erfolgt neu pro Behandlungsfall. Im System SwissDRG wird jede Diagnose und die erforderliche Behandlung erfasst und einer sogenannten Fallgruppe zugeteilt. Gleichzeitig wird ausgewiesen, um welchen Faktor die Kosten für diese spezifische Fallgruppe über oder unter den Durchschnittskosten aller Behandlungen liegen. Die Entschädigung, die ein Spital für einen Fall erhält, ergibt sich aus der Multiplikation dieses Faktors (Fallkostengewicht) mit dem sogenannten Basispreis („Baserate“). Der Grundpreis wird durch die Krankenkassen und die Spitäler im Voraus festgelegt. Wenn sich die Krankenkassen und die Spitäler nicht auf einen Grundpreis einigen können, muss der Wohnsitzkanton diesen festlegen. (Weitere Information zum System SwissDRG unter www.swissdrq.org)

Die Übernahme der vollen Kosten einer Behandlung hängt davon ab, ob ein Spital mit der betreffenden Leistung auf der Spitalliste des Wohnsitzkantons figuriert. Dies können bisherige öffentliche und private Spitäler wie auch inner- und ausserkantonale Spitäler sein. Ist dies der Fall, werden die von der Grundversicherung gedeckten Kosten für eine Behandlung in der Regel anteilmässig zwischen Krankenkasse und Wohnsitzkanton übernommen. Die Krankenkassen übernehmen 45%, die Kantone 55% der Kosten¹.

Figuriert ein Spital nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons, werden die Kosten für den Aufenthalt nur teilweise übernommen (siehe unten)

Was ist das Ziel des Systemwechsels?

Mit dem neuen System werden nicht mehr die Spitäler als Institution finanziert, sondern deren effektive Leistungen am einzelnen Patienten abgegolten. Damit werden Leistungen und Preise von Spitalbehandlungen transparent und vergleichbar. Patientinnen und Patienten können in Zukunft wissen, welche Behandlungen in welcher Anzahl und zu welchem Preis in den Spitälern erbracht werden und können wählen, in welchem Spital sie behandelt werden möchten. Mit der neuen Spitalfinanzierung sollen öffentliche und private Spitäler gleich lange Spiesse erhalten und der Wettbewerb und den Spitälern gefördert werden. Ziel der neuen Spitalfinanzierung ist damit auch eine Reduktion der Gesamtkosten der Spitalbehandlungen ohne dass dabei die Qualität der Behandlungen leidet.



In welchen Spitälern können sich Grundversicherte behandeln lassen? Welche Kosten werden von der Krankenkasse und den Kantonen übernommen?

Grundversicherte können sich neu ab 1. Januar 2012 auch in einem ausserkantonalen Spital behandeln lassen. Die entstehenden Kosten werden jedoch nicht in jedem Fall vollumfänglich durch die Krankenversicherer und die Kantone gedeckt. Entscheidend für die Abgeltung ist, ob das betreffende Spital für diese spezifische Behandlung auf der Spitalliste des Wohnkantons, der Spitalliste des Standortkantons oder auf keiner dieser Spitallisten figuriert. Ausnahme bilden Notfallbehandlungen.

- a) Das Spital figuriert für die betreffende Behandlung auf der Spitalliste des Wohnkantons

Die Krankenkasse und der Kanton übernehmen zusammen die vollen Kosten der Behandlung.

- b) Das Spital figuriert für die betreffende Behandlung auf der Spitalliste des Standortkantons, nicht aber des Wohnkantons.

1. Fall: Medizinische Gründe

Die Behandlung in diesem Spital ist aus medizinischen Gründen zwingend in diesem Spital notwendig, da die gleiche Behandlung im Wohnsitzkanton nicht durchgeführt werden kann. Der Wohnsitzkanton muss die medizinische Notwendigkeit bestätigen. Das entsprechende Gesuch an den Wohnsitzkanton wird durch den einweisenden Arzt oder durch das betreffende Spital gestellt.

Die Krankenkasse und der Wohnsitzkanton übernehmen die gesamten Kosten der Behandlung.

2. Fall: Keine medizinische Gründe

Die Behandlung in diesem Spital ist aus medizinischen Gründen nicht zwingend, da die Behandlung auch im eigenen Kanton durchgeführt werden könnte.

Die Krankenkasse und der Kanton übernehmen zusammen nur die Kosten, die bei der gleichen Behandlung im Wohnsitzkanton angefallen wären. Die Differenz muss von der Zusatzversicherung oder den Patientinnen und Patienten selber getragen werden.

Ist sichergestellt, dass den Patientinnen und Patienten für alle Behandlungen ein Spital zur Verfügung steht und die vollen Kosten der Behandlung übernommen werden

Ja, dies ist sichergestellt, indem die Kantone verpflichtet sind, eine bedarfsgerechte Spitalversorgungsplanung für ihre Bevölkerung zu erstellen und die entsprechenden Leistungen der Spitälern auf die jeweilige Spitalliste aufzunehmen. Für alle Behandlungen in diesen Spitälern auf der Spitalliste des Wohnsitzkantons ist die volle Kostenübernahme durch die Grundversicherung und die Kantone sichergestellt. Wenn eine Leistung nicht im eigenen Kanton angeboten werden kann, nimmt dieser ein ausserkantonales Spital mit entsprechen-

¹ Evtl. Hinweis zu Übergangsfrist



der Leistung auf die Spitalliste auf. Besteht für eine medizinisch notwendige Leistung kein Angebot auf der Spitalliste des Wohnsitzkantons, werden auch die vollen Kosten für die Behandlung in einem Spital übernommen, das in einem anderen Kanton auf der Spitalliste figuriert (siehe obenstehende Frage, Fall 1).

Wo sind die Spitallisten der Kantone zu finden?

Die Spitallisten der Kantone sind auf der Webseite der jeweiligen Gesundheitsdepartemente resp. –direktionen aufgeschaltet. Auf der Webseite der GDK (www.gdk-cds.ch) befinden sich Links zu den jeweiligen Webseiten der Kantone. Der Zugang zu den Spitallisten kann auch direkt bei den jeweiligen Gesundheitsdepartementen resp. –direktoren erfragt werden. Adressen und Telefonnummer können unter www.gdk-cds.ch abgerufen werden.

Braucht es die Zusatzversicherung, die die freie Spitalwahl in der ganzen Schweiz deckt, weiterhin?

Die entsprechende Zusatzversicherung deckt Behandlungen auf der allgemeinen Abteilung in Spitälern, die nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons figurieren.

1. Fall: Spital figuriert auf der Spitalliste des Standortkantons

Figuriert das betreffende Spital auf der Spitalliste des Standortkantons, übernimmt die Zusatzversicherung die Differenz zwischen den effektiven Kosten der Behandlung und den Kosten, wie sie bei der gleichen Behandlung im Wohnsitzkanton angefallen wären (diese werden von der Grundversicherung und dem Wohnsitzkanton gedeckt). Die Zusatzversicherung kommt daher in diesem Fall nur zum Zuge, wenn die effektiven Kosten der Behandlung höher sind als die Kosten für die gleiche Behandlung im Wohnsitzkanton.

2. Fall:

Figuriert das betreffende Spital auch nicht auf der Spitalliste des Standortkantons, übernehmen die Grundversicherung und die Kantone keine Kosten. Welche Kosten durch die Zusatzversicherung getragen werden, ist direkt mit der jeweiligen Versicherung zu klären.

Was gilt bei Notfallsituationen?

Im Notfall übernehmen die Grundversicherung und der Wohnsitzkanton die vollen Kosten der Behandlung in jedem Spital in der Schweiz, falls der Zustand der zu behandelnden Person es nicht erlaubt, diese in ein Spital zu transportieren, das auf der Spitalliste des Wohnsitzkantons aufgeführt ist. Der Wohnsitzkanton muss die Notfallsituation (nachträglich) bestätigen. Das entsprechende Gesuch an den Wohnsitzkanton wird durch den einweisenden Arzt oder durch das betreffende behandelnde Spital gestellt.

Besteht die Gefahr, dass durch die Fallpauschalen die Qualität der Spitalbehandlungen verschlechtert wird?

Auch mit dem neuen Fallpauschalen-System können die Spitäler für die Patientinnen und Patienten weiterhin eine hochstehende Behandlungsqualität gewährleisten. Verschiedene Studien zu den DRG zeigen, dass die Abrechnung über Fallpauschalen keine negativen Auswirkungen auf die Behandlungsqualität hat.

Was wird unternommen, um eine gute Behandlungsqualität sicherzustellen?



Die Tarifpartner (Krankenversicherer und Spitäler) müssen für die Einführung der Fallpauschalen ein Qualitätskonzept umsetzen. Sie haben den Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) damit beauftragt. Der ANQ misst die Ergebnisqualität der Spitäler schon heute. Der Vergleich dieser Resultate mit den Resultaten nach der Einführung der Fallpauschalen soll zeigen, wie sich die Behandlungsqualität verändert.

Die Spitäler selber werden wie bisher verschiedenste Massnahmen zur Qualitätssicherung umsetzen. Wichtig ist zum Beispiel die Verbesserung der Sicherheit der Patientinnen und Patienten während ihrem Aufenthalt im Spital. Die Stiftung für Patientensicherheit ist in diesem Bereich national federführend und arbeitet mit den Spitälern zusammen, um die Sicherheitskultur im Spital zu fördern.

Wie kommen Patientinnen und Patienten zu Informationen über die Qualität eines Spitals?

Die meisten Spitäler erstellen Qualitätsberichte, in denen Sie die Massnahmen zur Verbesserung der Qualität und verschiedene Kennzahlen aufführen. Diese Berichte können auf der Plattform www.hplusqualite.ch -> Spitalsuche aufgerufen werden. Zusätzlich führt der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) jedes Jahr Messungen über die Ergebnisqualität in den Spitälern durch. Die Messergebnisse werden auf www.anq.ch publiziert.

Ist bei der Zusammenarbeit zwischen Kanton, Versicherern und Spitälern der Schutz meiner persönlichen Daten gewährleistet?

Um kontrollieren zu können, ob eine behandelte Person vom Spital der richtigen Fallgruppe (welche die Höhe der Abgeltung bestimmt) zugeordnet wurde, erhalten Krankenkassen (und evtl. auch die Kantone) neben den administrativen Daten (Name, Adresse, Geburtsdatum, Fallgruppe, Rechnungsbetrag) voraussichtlich auch weitere Angaben über die gestellten Diagnosen und die erbrachten Leistungen (konkretes Prozedere ist noch nicht definitiv geklärt, der Bundesrat wird eine entsprechende Regelung erlassen). In jedem Fall werden medizinischen Daten von den Spitälern nur verschlüsselt an die Krankenkassen (und evtl. die Kantone) weitergegeben. Die Entschlüsselung dieser Daten wird in jedem Fall ausschliesslich durch einen vertrauensärztlichen Dienst vorgenommen werden können. Bei der noch ausstehenden Regelung des Bundes zur Datenübermittlung wird dem Datenschutz grosse Bedeutung zugemessen.