



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung

Kernelemente der KVG- Revision im Bereich der Spitalfinanzierung

28. März 2014



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung

Inhalt

1. Grundlagen
2. Neue Regeln und Grundsätze der Spitalfinanzierung
3. Leistungsbezogene Pauschalen
4. Spitalplanung
5. Freie Spitalwahl



Abkürzungsverzeichnis

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
CMI	Case Mix Index
DRG	Diagnosis Related Groups / diagnosebezogene Fallgruppen
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren
H+	Die Spitäler der Schweiz
HSK	Einkaufsgemeinschaft Helsana, Sanitas, KPT
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
MTK	Medizinaltarifkommission UVG
VKL	Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung

Farbcode

- **Patienten: rot**
- **Leistungserbringer: blau**
- **Kostenträger (Kantone und Krankenversicherer): grün**
- Bundesrat: dunkelgrau
- Andere Institutionen, z.B. BFS und BAG: dunkelgrau
- Verträge, Strukturen, Beträge: hellgrau



Inhalt

1. Grundlagen
2. Neue Regeln und Grundsätze der Spitalfinanzierung
3. Leistungsbezogene Pauschalen
4. Spitalplanung
5. Freie Spitalwahl



Ziele und Reformstrategie

- **Kosteneindämmung** durch wirtschaftliche Anreize
 - ohne die Solidaritätselemente der sozialen Krankenversicherung auszuhöhlen
 - ohne Abbau wirksamer, zweckmässiger und wirtschaftlicher Leistungen (kein Transfer ganzer Leistungsbereiche in die Zusatzversicherungen, Beibehaltung des Prinzips, dass die OKP die wesentlichen Leistungen abdeckt)
 - ohne Qualitätsabbau (Qualitätssicherung zusammen mit Effizienzsteigerung)
- Verstärkung des **Wettbewerbs** und Erhöhung der **Effizienz** in der Leistungserbringung
- Erhöhung der **Transparenz** in Bezug auf die Kosten und die Qualität der medizinischen Leistungen

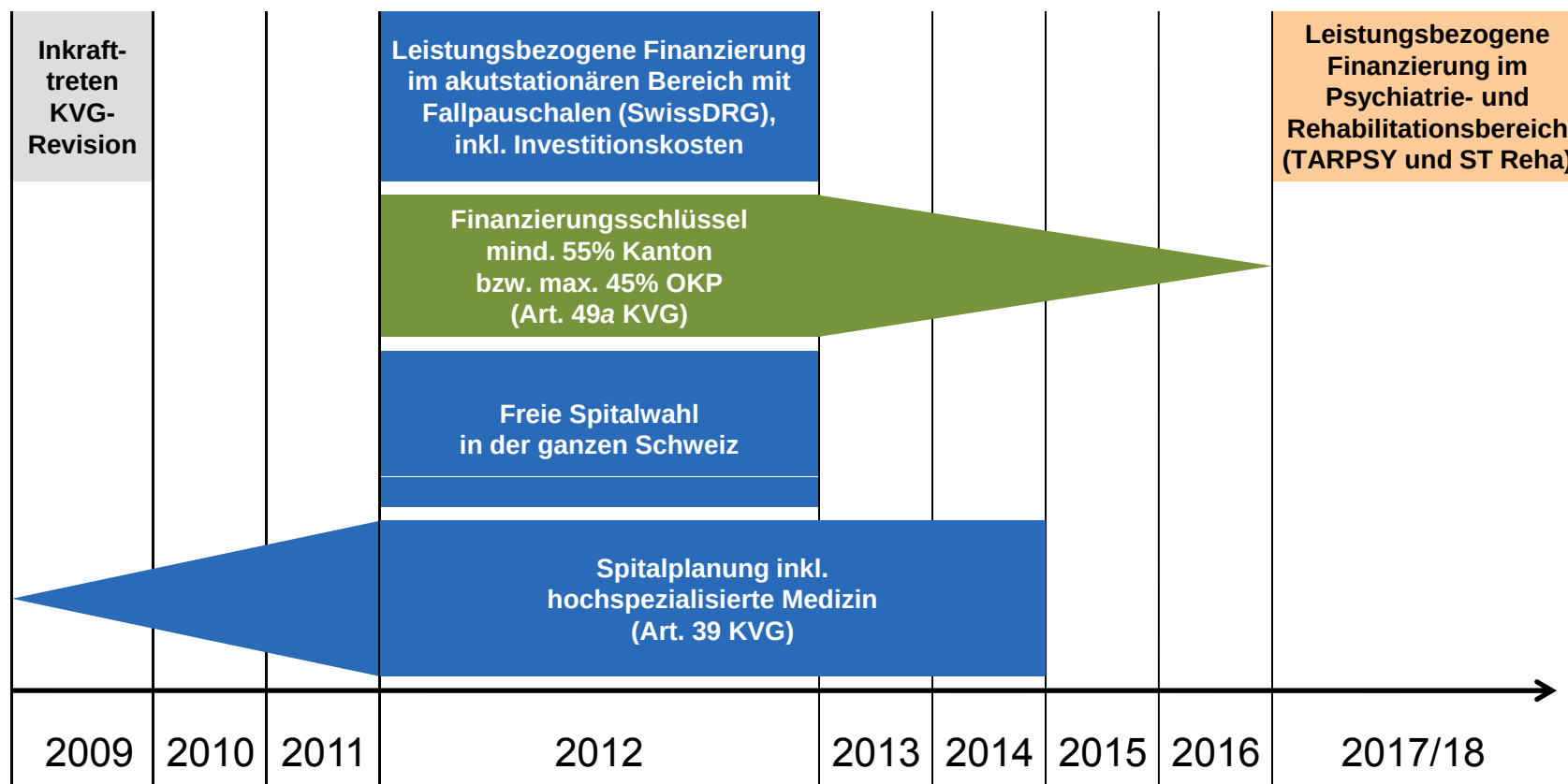


Massnahmen

Kernelemente der KVG-Revision Spitalfinanzierung	Betroffener Bereich		
	Stationäre akutsomatische Versorgung	Stationäre psychiatrische Versorgung	Stationäre Rehabilitation
Dual-fixe Finanzierung der Betriebskosten inkl. Investitionen	x	x	x
Leistungsbezogene Pauschalen, basierend auf schweizweit einheitlichen Tarifstrukturen	SwissDRG (ab 2012)	TARPSY (ab ~2018)	ST Reha (ab ~2018)
Kantonale Spitalplanung und Unterscheidung Listen- und Vertragsspitäler	x	x	x
Freie Spitalwahl in der ganzen Schweiz	x	x	x



Zeitplan und Umsetzung





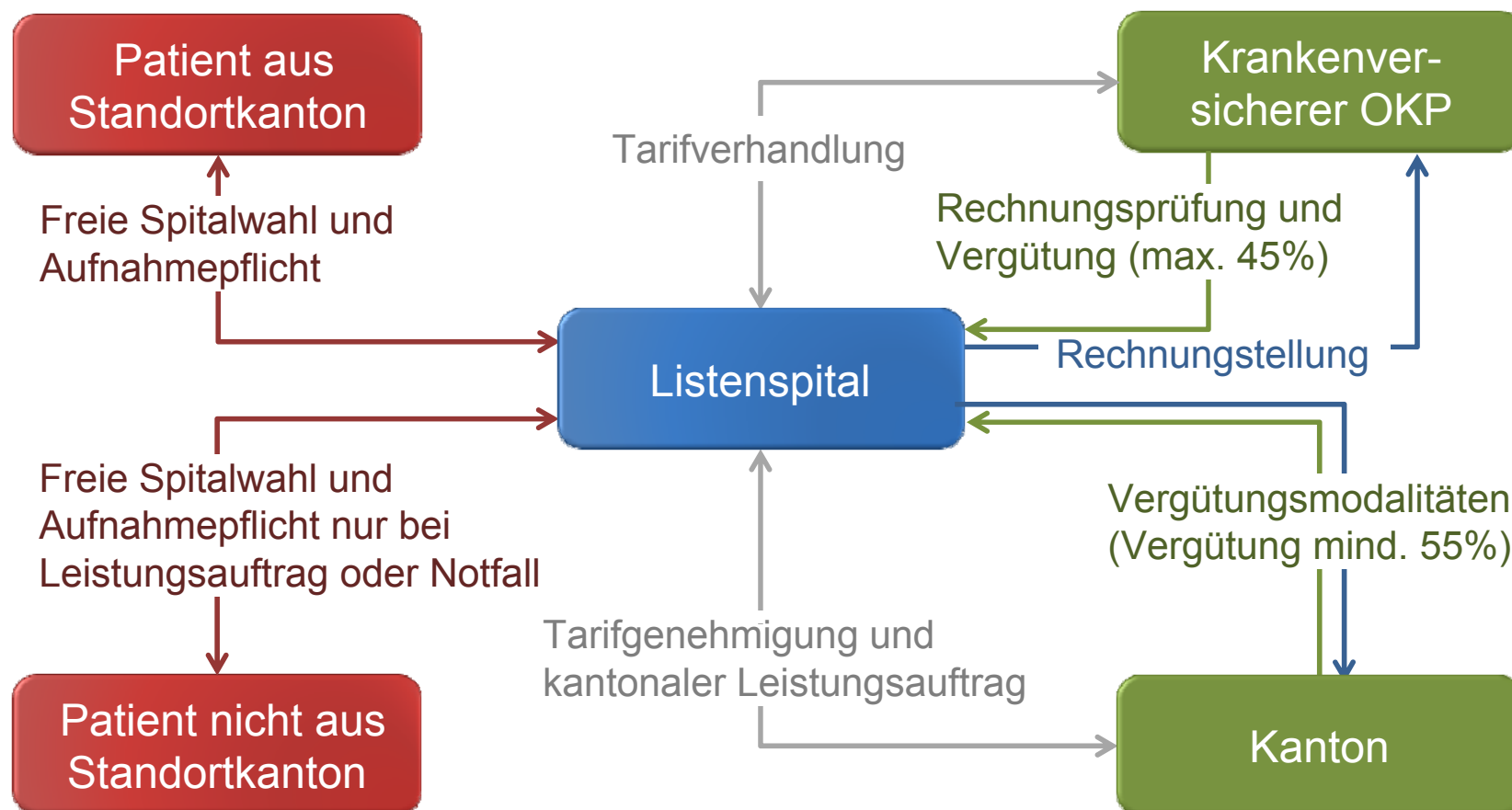
Inhalt

1. Grundlagen
2. Neue Regeln und Grundsätze der Spitalfinanzierung
3. Leistungsbezogene Pauschalen
4. Spitalplanung
5. Freie Spitalwahl

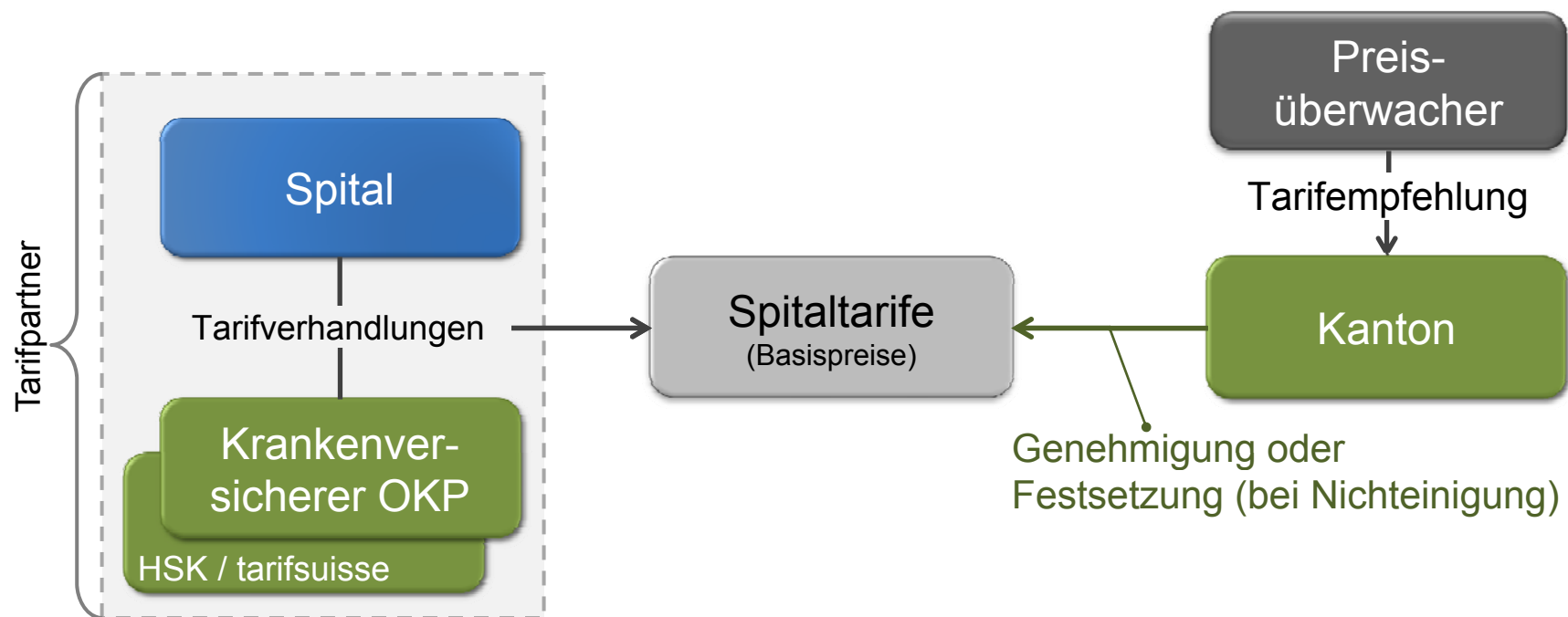
Spitalfinanzierung

Bis Ende 2011	Ab 2012
Ungleiche Finanzierung öffentlicher und privater Spitäler	Gleichbehandlung der öffentlichen und privaten Spitäler in Bezug auf Finanzierung und Planung
Objektfinanzierung: Spitalbetrieb wird finanziert	Subjektfinanzierung: Leistungen des Spitals werden finanziert (unter Einbezug der Investitionskosten)
OKP deckt höchstens 50% der Betriebskosten öffentlicher und öffentlich-subventionierter Spitäler, Restfinanzierung durch Kantone	Dual-fixe Finanzierung stationärer Leistungen: Kantone vergüten mindestens 55%, OKP vergütet höchstens 45%
Unterschiedliche Tarifsysteme (Tagespauschale, Abteilungspauschale, diagnosebezogene Pauschalen, etc.)	Leistungsbezogene Pauschalen, basierend auf gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstrukturen
Kantonaler Beitrag an die ausserkantonale Hospitalisation nur bei medizinischer Indikation	Freie Wahl eines Listenspitals in der ganzen Schweiz und Beitrag Wohnkanton
Im Rahmen der Rechtsprechung definierte Planungskriterien	Verankerung der Planungskriterien Wirtschaftlichkeit und Qualität auf Verordnungsebene

Neue Spitalfinanzierung: Akteure



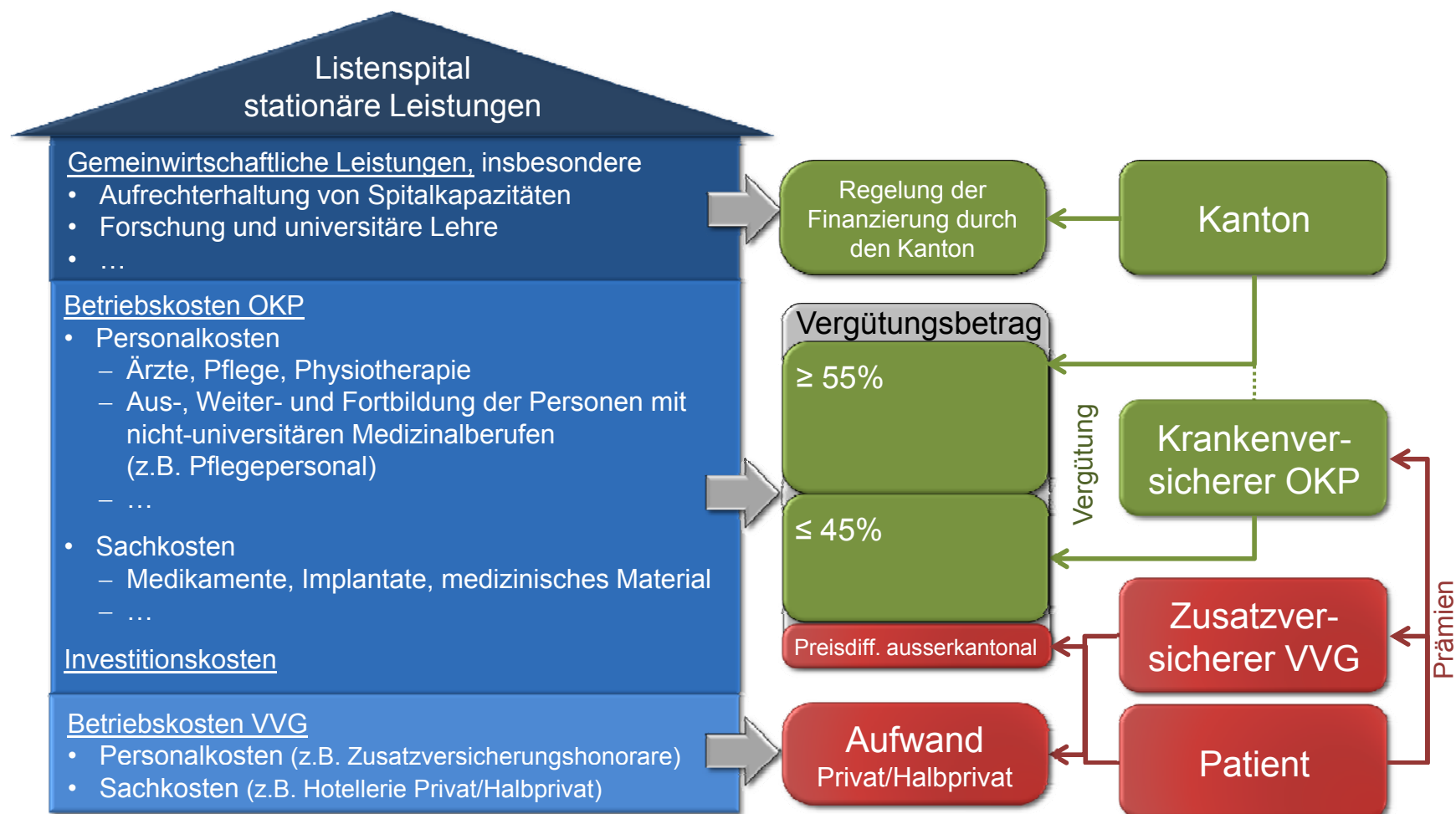
Tarifverhandlungen (schon vor 2012 umgesetzt)



Hinweise:

- Es gibt unterschiedliche Basispreise sowohl zwischen den Spitälern wie je nach Versicherer.
- Der Basispreis bezeichnet den Betrag, der für einen Behandlungsfall bezahlt wird, dessen Kostengewicht 1.0 beträgt. Das Kostengewicht beschreibt den durchschnittlichen Behandlungsaufwand einer Fallgruppe (DRG). Es entspricht dem Verhältnis zwischen den mittleren Kosten der Fälle einer DRG und den mittleren Kosten sämtlicher Fälle.

Spitalfinanzierung (Listenspital)





Gesetzliche Bestimmungen zu den Tarifverhandlungen

- Die Spitäler müssen geeignete Führungsinstrumente als Basis für die Tarifverhandlungen vorlegen, insbesondere eine Kostenrechnung und eine Leistungsstatistik (Art. 49 Abs. 7 KVG, Art. 59c KVV, Art. 9, 10, 12 und 13 VKL).
- Die Spitaltarife orientieren sich an der Entschädigung jener Spitäler, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen (Art. 49 Abs. 1 KVG), d.h. ein Benchmarking ist unumgänglich.



Aktualitätsbezug

- Tarifvielfalt vs. Wirtschaftlichkeit: Das KVG lässt grundsätzlich unterschiedliche Basispreise zu, jedoch muss auch der Wirtschaftlichkeit Rechnung getragen werden, was zur Konsequenz hat, dass die Tariffdifferenzen nicht allzu hoch sein dürfen oder dann stichhaltig begründet sein müssen.
- Operationalisierung des Benchmarking bzw. der Wirtschaftlichkeit als eine zentrale Frage (zur Zeit unterschiedliche Ansätze: Preisüberwacher, Versicherer, Kantone).
- Basispreis-Verhandlungen sind noch immer sehr herausfordernd.
- Inwiefern die Einführung der DRG Auswirkungen auf die Spitallandschaft hat, bleibt offen.

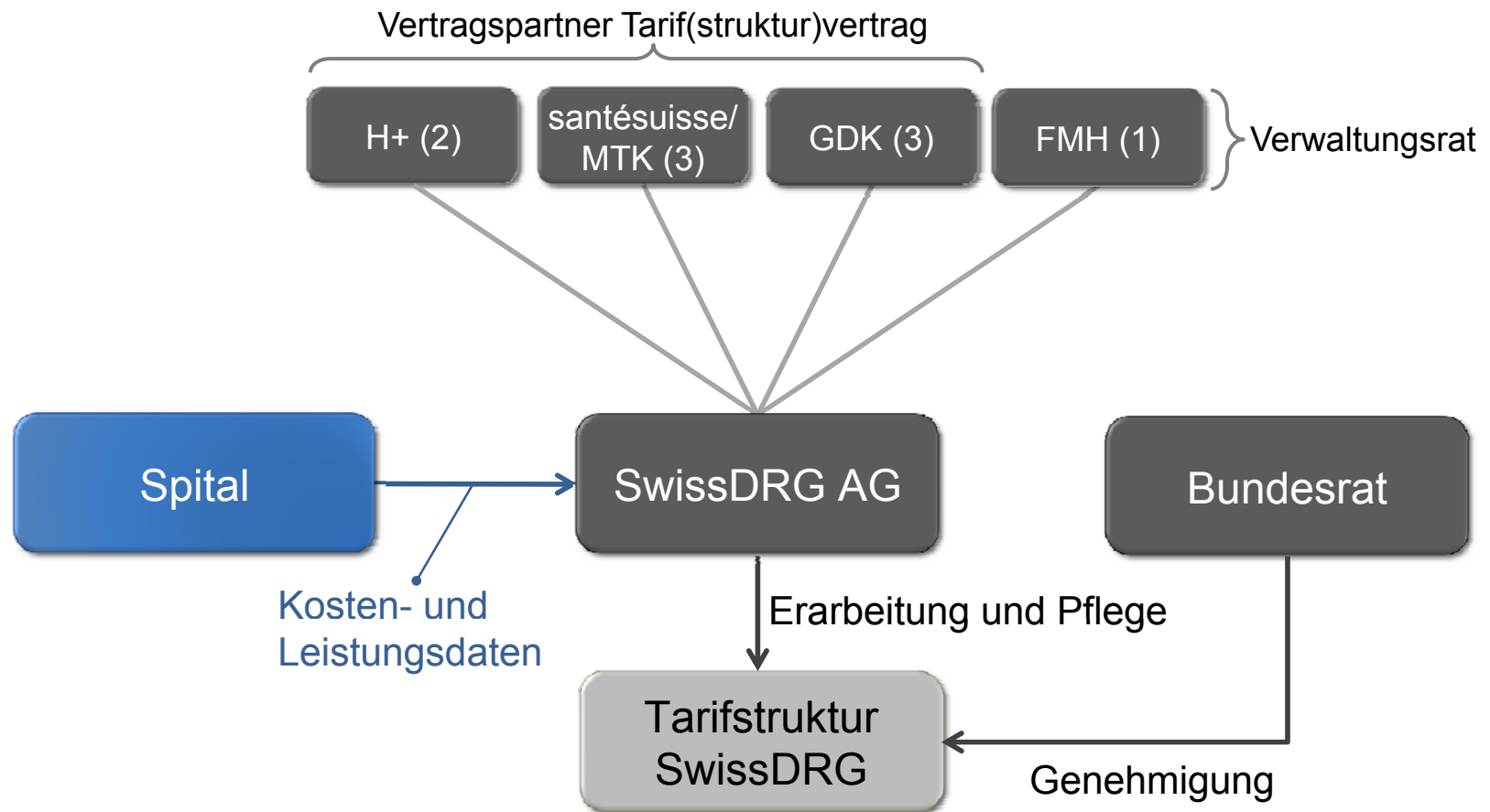


Inhalt

1. Grundlagen
2. Neue Regeln und Grundsätze der Spitalfinanzierung
3. Leistungsbezogene Pauschalen
4. Spitalplanung
5. Freie Spitalwahl



Erarbeitung Tarifstruktur SwissDRG

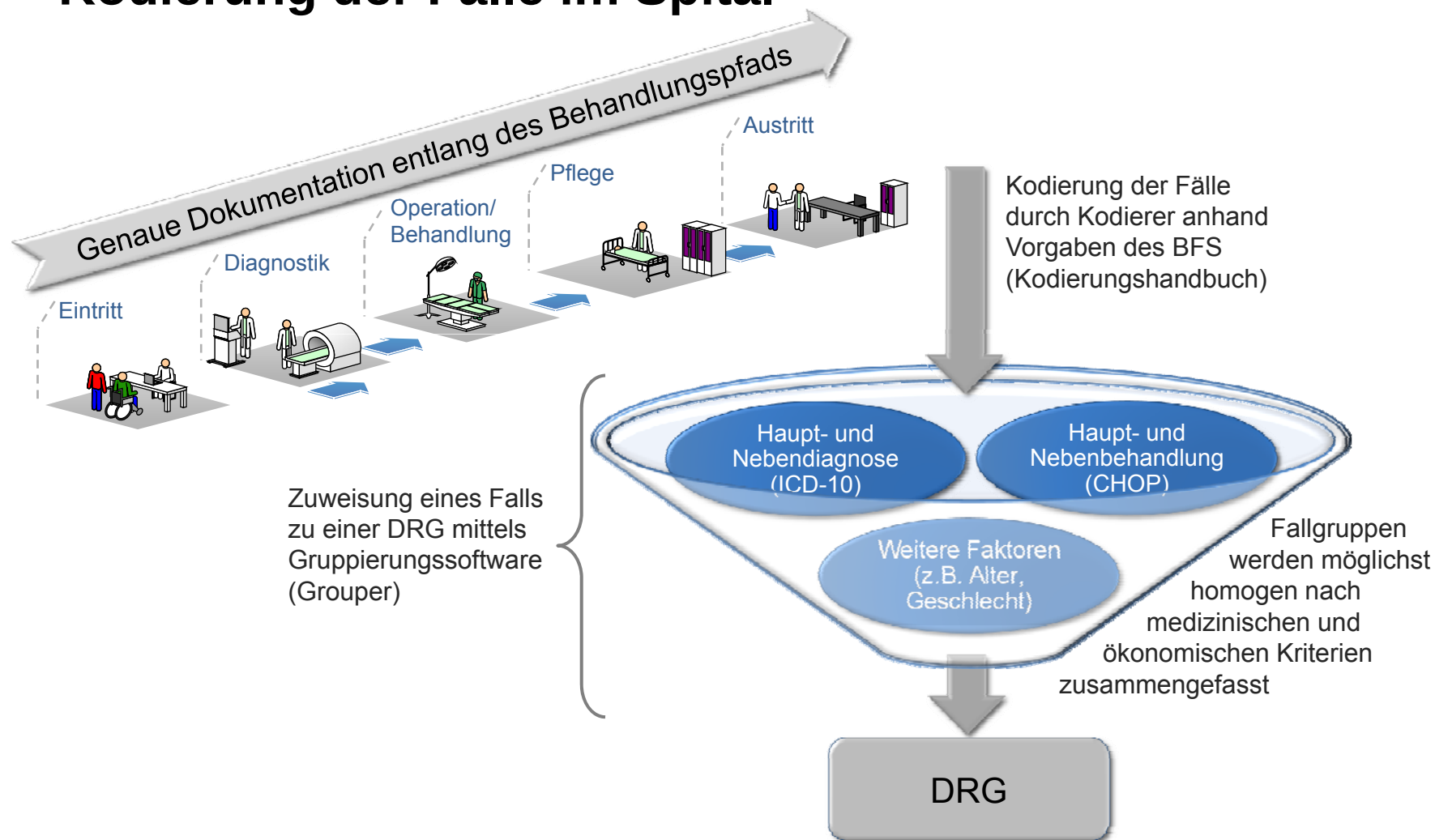




Hinweise zur Tarifstruktur SwissDRG

- Der Fallpauschalenkatalog SwissDRG ist die gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur für die Abrechnung von stationären akutsomatischen Behandlungen (Art. 49 Abs. 1 KVG).
- Die Tarife orientieren sich an der Entschädigung jener Spitäler, welche die Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen (Art. 49 Abs. 1 KVG)
→ Konkretisierung der Wirtschaftlichkeitsanforderungen.
- Die Tarifstruktur wird regelmässig weiterentwickelt und muss vom Bundesrat genehmigt werden (Art. 46 Abs. 4 und Art. 49 Abs. 2 KVG).
- Die Tarifstruktur SwissDRG Version 3.0 wurde am 13. November 2013 vom Bundesrat genehmigt und trat am 1. Januar 2014 in Kraft.
Sie enthält rund 1000 Fallgruppen und 28 Zusatzentgelte.
- Das SwissDRG-System basiert auf dem deutschen DRG-System (G-DRG) und wurde an die Schweizer Verhältnisse angepasst (Helvetisierung).

Kodierung der Fälle im Spital



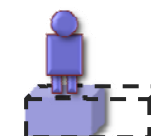
Vergütung durch Fallpauschalen

Fallpauschalenkatalog (Ausschnitt)

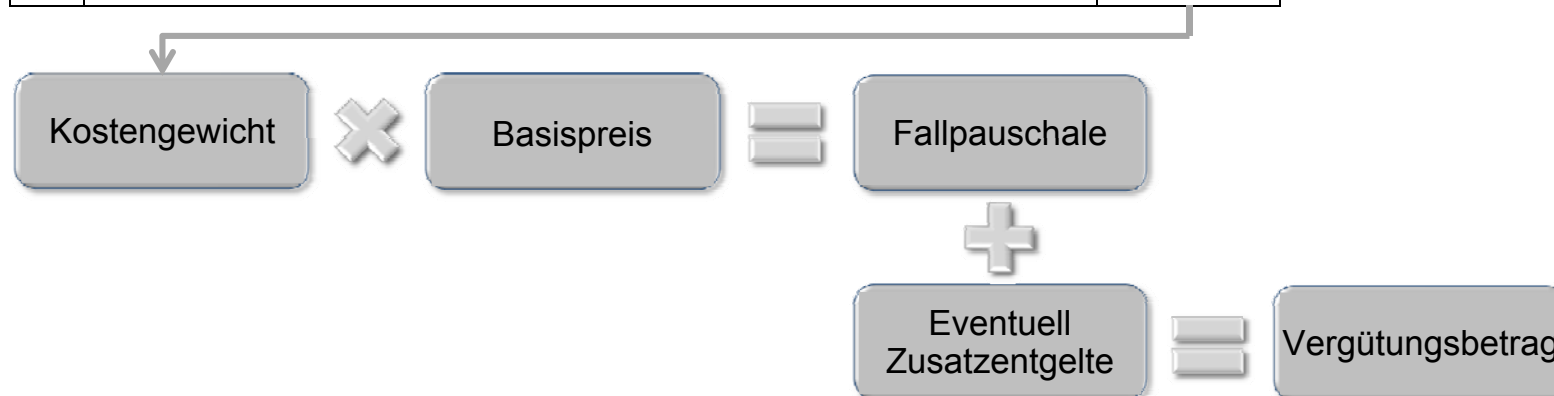
DRG	Bezeichnung	Kostengewicht
MDC 07 Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas		
H01Z	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit grossem Eingriff oder Strahlentherapie	4.260
H02A	Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen bei bösartiger Neubildung	4.095
H02B	Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen ausser bei bösartiger Neubildung	2.973
H05Z	Laparotomie und mässig komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen	2.170
H06Z	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas	0.849
H07A	Cholezystektomie mit sehr komplexer Diagnose oder komplizierenden Prozeduren	2.777
H07B	Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Prozeduren	1.566
H08A	Laparoskopische Cholezystektomie mit sehr komplexer oder komplizierender Diagnose	1.498
H08B	Laparoskopische Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Diagnose	0.813



Ressourcenintensiver
 Fall → Kostengewicht > 1.0

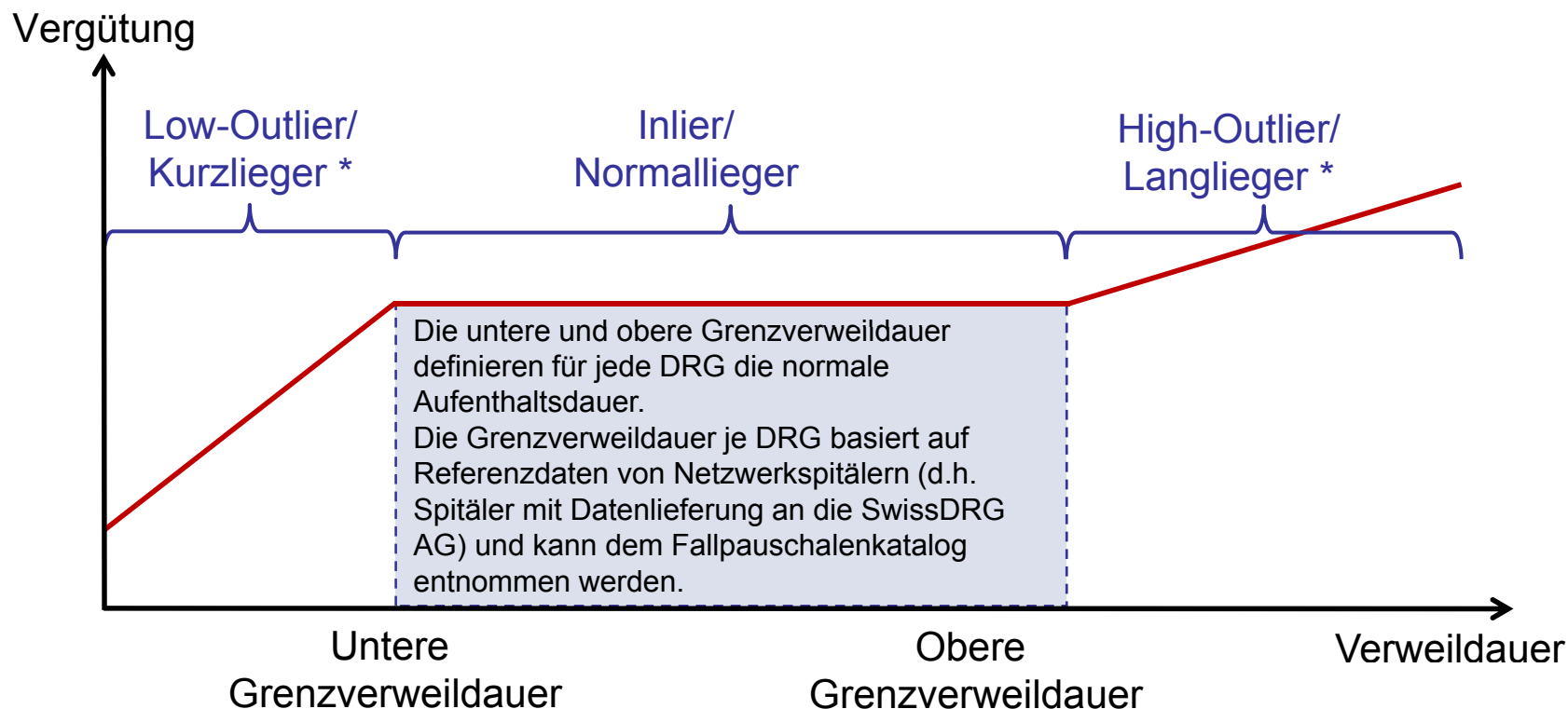


Weniger ressourcenintensiver
 Fall → Kostengewicht < 1.0





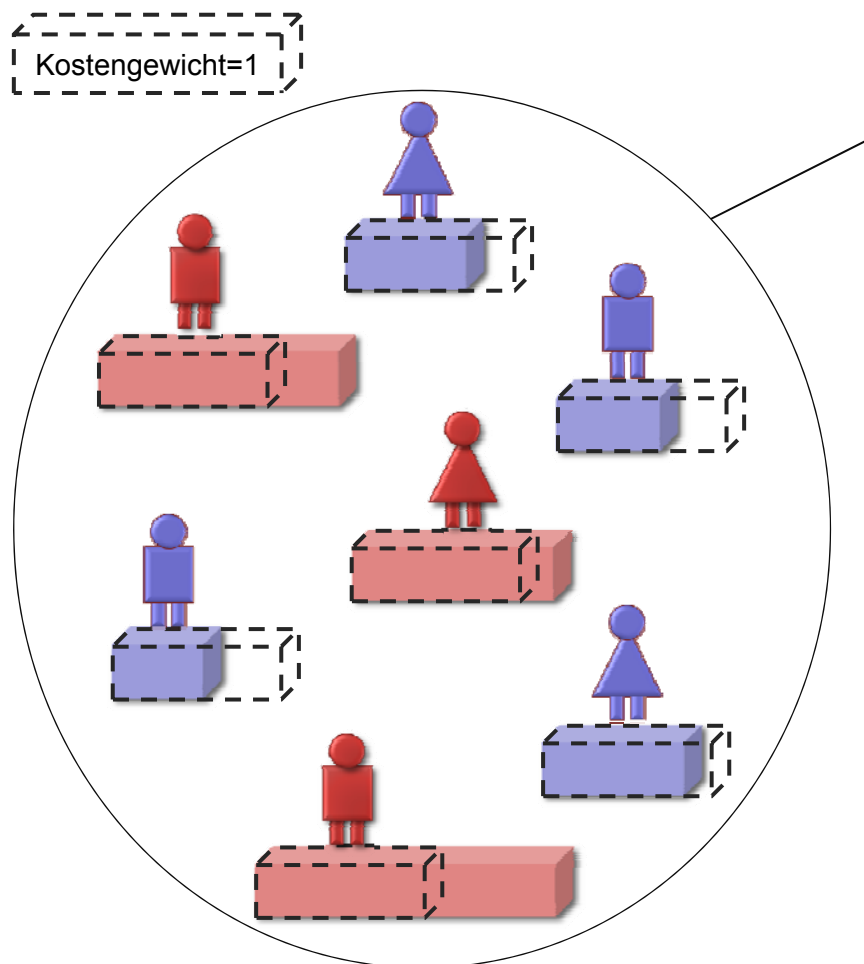
Grenzverweildauer und Inlier



* Das effektive Kostengewicht für Ausreisser ergibt sich aus einer tagesbezogenen Anpassung des Kostengewichts für Inlier. Die zu- und abschlagspflichtigen Tage ergeben sich aus der Differenz zwischen der Aufenthaltsdauer des Patienten und der Grenzverweildauer der jeweiligen DRG. Die tagesbezogenen Zu- und Abschlagssätze der einzelnen DRG sind im Fallpauschalenkatalog festgehalten.



Case Mix und Case Mix Index



Der **Case Mix** beschreibt den gesamten Schweregrad der abgerechneten Behandlungsfälle eines Spitals. Er ergibt sich aus der Summe der Kostengewichte der Fälle eines Spitals.

$$\text{Case Mix Index} = \frac{\text{Case Mix}}{\text{Anzahl Fälle}}$$

Dividiert man den Case Mix durch die Anzahl Fälle, erhält man den Case Mix Index, d.h. den durchschnittlichen Schweregrad der abgerechneten Behandlungsfälle eines Spitals.

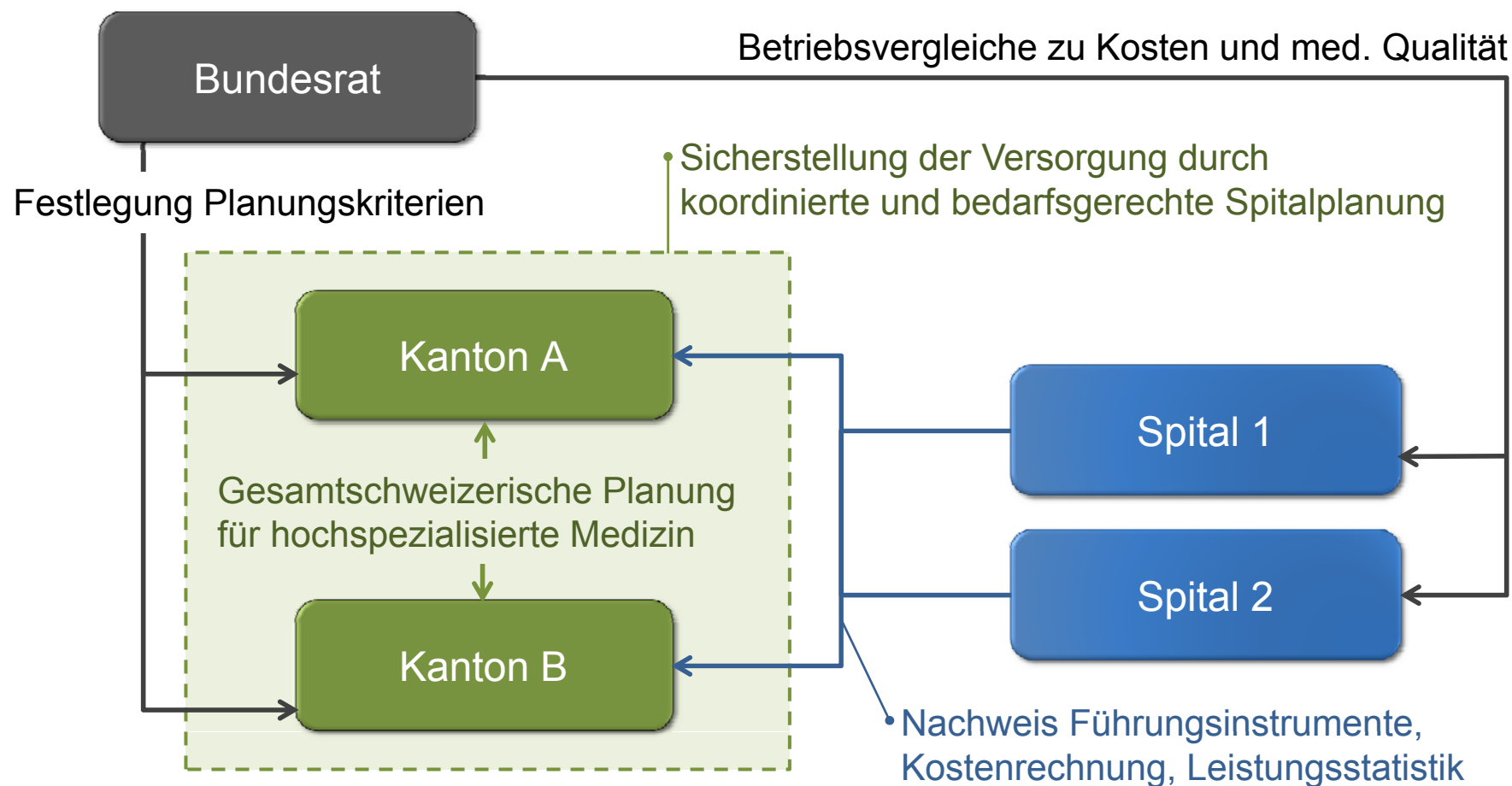
Die gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur erlaubt es, sogenannte CMI-bereinigte Fallkosten zu ermitteln. Damit sind die Kosten bzw. auch die Basispreise grundsätzlich schweizweit vergleichbar.



Inhalt

1. Grundlagen
2. Neue Regeln und Grundsätze der Spitalfinanzierung
3. Leistungsbezogene Pauschalen
4. Spitalplanung
5. Freie Spitalwahl

Akteure





Gesetzliche Bestimmungen (I)

Grundsatz (Art. 58a KVV)

- Sicherstellung der stationären Versorgung für die Kantonsbevölkerung

Schritte der Versorgungsplanung (Art. 58b KVV)

- Ermittlung des Bedarfs gestützt auf statistische Daten und Vergleiche;
- Ermittlung des Angebotes, das von der Kantonsbevölkerung in Spitälern beansprucht wird, die nicht auf der Liste des Wohnkantons aufgeführt sind;
- Bestimmung des auf der Spitalliste zu sichernden Angebotes;
- Auswahl des auf der Liste zu sichernden Angebotes; Beurteilungskriterien:
 - Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung (Effizienz, Nachweis der Qualität, Mindestfallzahlen und Nutzung von Synergien);
 - Zugang der Patienten innert nützlicher Frist;
 - Bereitschaft und Fähigkeit zur Erfüllung des Leistungsauftrages.



Gesetzliche Bestimmungen (II)

Art der Planung (Art. 58c KVV)

- Akutsomatik und Geburtshäuser: leistungsorientiert (z.B. Liste von Leistungsgruppen, Behandlungen)
- Rehabilitation und Psychiatrie: leistungsorientiert oder kapazitätsbezogen
- Pflegeheime: kapazitätsbezogen (z. B. Anzahl Betten)

Interkantonale Koordination der Planung (Art. 58d KVV)

- Informationen über Patientenströme auswerten und austauschen
- Planungsmassnahmen koordinieren

Spitalliste und Leistungsaufträge (Art. 58e KVV)

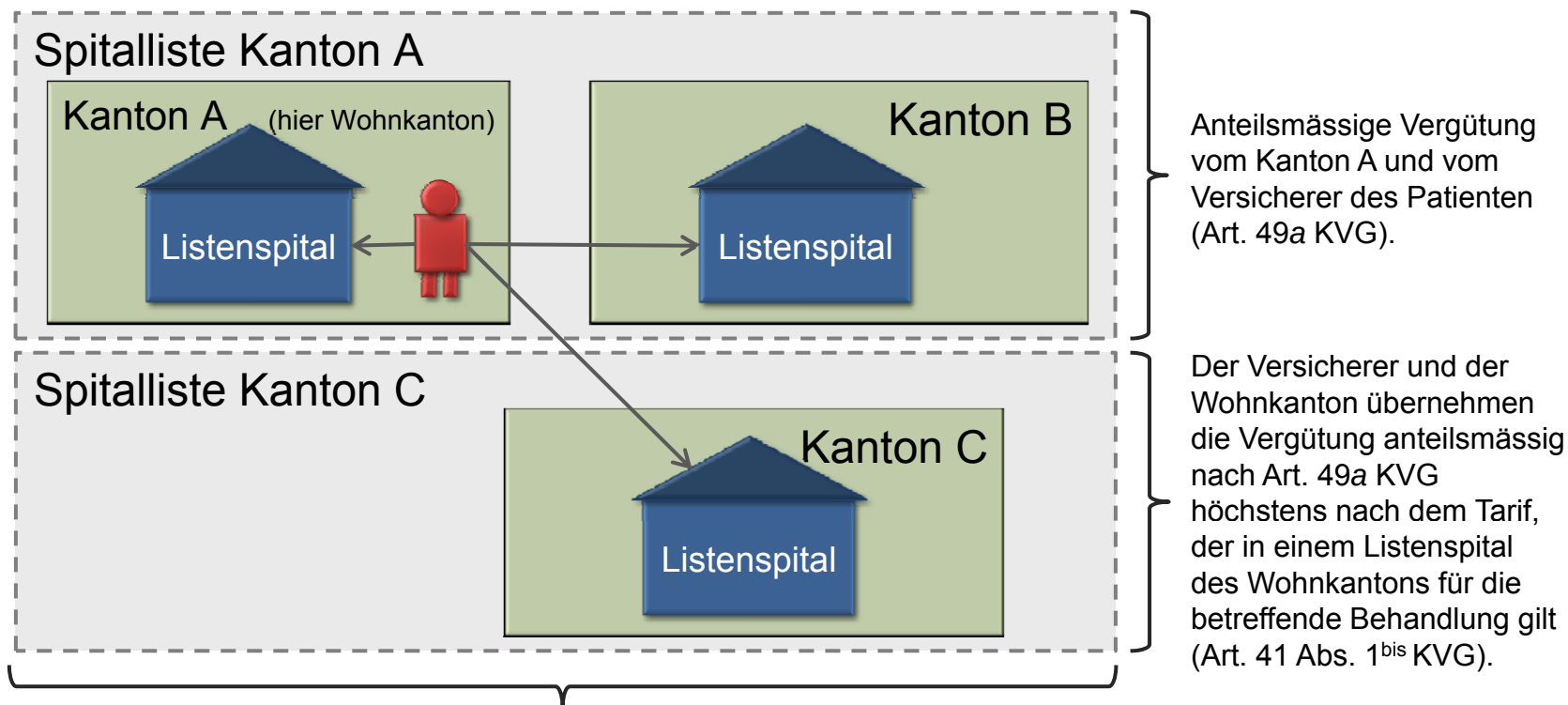
- Auf der Liste aufzuführen sind diejenigen inner- und ausserkantonalen Spitäler, die notwendig sind, um das Angebot zu sichern.
- Auf der Liste jedes Spitals sind Leistungsauftrag und Leistungsspektrum aufzuführen.
- Der Leistungsauftrag kann auch die Pflicht zum Notfalldienst beinhalten.



Inhalt

1. Grundlagen
2. Neue Regeln und Grundsätze der Spitalfinanzierung
3. Leistungsbezogene Pauschalen
4. Spitalplanung
5. Freie Spitalwahl

Freie Spitalwahl für alle OKP-Versicherten



Die versicherte Person kann für die stationäre Behandlung unter den Spitälern wählen, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital) (Art. 41 Abs. 1^{bis} KVG).

Seit 2012 hat der Kanton auch für eine nicht medizinisch indizierte ausserkantonale Hospitalisation einen Beitrag zu leisten. Ist der Tarif eines Spitals des Standortkantons jedoch höher als der massgebende Tarif im Wohnkanton und ist die Behandlung ohne medizinische Notwendigkeit im Standortkanton erfolgt, so hat die versicherte Person bzw. ihre Zusatzversicherung die Differenz zu tragen.