



Die Spitalfinanzierung seit 2012 – einfach erklärt

Überblick Spitalfinanzierung

Im Jahr 2012 trat ein neues Gesetz zur Spitalfinanzierung in Kraft. Dieses gilt nur für den akutstationären Bereich (Nicht betroffen sind ambulante Behandlungen, die Akut- und Übergangspflege, die befristete Langzeitpflege und die Langzeitpflege in den Pflegeheimen). Doch bestehen zu diesem komplexen Thema zahlreiche Unklarheiten und offene Fragen.

Die Spitalfinanzierung seit 2012 – ein Buch mit sieben Siegeln?
Nicht mit unserem nachfolgenden Überblick!

Pro Kanton eine Spitalliste

Im Rahmen der Spitalplanung etabliert jeder Kanton eine Spitalliste, auf der jeweils innerkantonale sowie auch ausserkantonale Gesundheitsbetriebe berücksichtigt werden können, teilweise auch nur für bestimmte Behandlungen. Mit der Spitalliste verbunden ist auch die Vergabe des detaillierten Leistungsauftrags an jedes Spital. Dies erlaubt dem Kanton auch die Setzung von Behandlungsschwerpunkten und Spezialisierungen.

Freie Spitalwahl – in der ganzen Schweiz

Die freie Spitalwahl gilt gesamtschweizerisch, also über Kantonsgrenzen hinaus. Dabei werden die medizinischen Leistungen gemäss dem Tarif des Wohnortkantons vergütet. Dies eröffnet auch Grundversicherten die Möglichkeit, eine stationäre Behandlung ausserhalb des Wohnortkantons durchführen zu lassen. Beispiel: Auch grundversicherte Patienten, die ausserhalb des Kantons Aargau wohnhaft sind, können sich im GZF stationär behandeln lassen. Allerdings gibt es auch «Kleingedrucktes» zu diesem Thema: Ausserkantonale Behandlungen eines Spitals werden nur dann vollständig von der Grundversicherung und der öffentlichen Hand vergütet, wenn das behandelnde Spital im Wohnortkanton auf der kantonalen Spitalliste geführt wird und der ausserkantonale Basispreis (vgl. Berechnungsformel für Fallvergütung) nicht höher als im Wohnkanton ist. Ist der ausserkantonale Basispreis höher, so zahlen Wohnkanton und Grundversicherung nur den Preis, der im Referenzspital des eigenen Kantons zum Tragen kommt. Ohne entsprechende Zusatzversicherung muss der Patient die Preisdifferenz selber berappen. Im Zweifelsfall lohnt es sich also, sich vor einer ausserkantonalen Behandlung bei der eigenen Krankenkasse über die Kostenübernahme individuell zu informieren. Für Patienten mit Zusatzversicherung haben die Änderungen in der Spitalfinanzierung keine Auswirkungen.

SwissDRG: Von der Kostenrückerstattung zur Leistungsfinanzierung

Es gelten leistungsbezogene Pauschalpreise nach dem Tarifsysteem Swiss-DRG: Somit hat sich das System von einem Kostenrückerstattungssystem zu einem Leistungsfinanzierungssystem entwickelt. Damit verbunden sind teilweise auch Ängste vor frühzeitigen Entlassungen von Patienten. Doch da können Sie beruhigt sein: Das GZF entlässt seine Patienten erst dann, wenn es medizinisch keine Bedenken gibt.

Auf der anderen Seite erhofft man sich von diesem System auch Vorteile wie beispielsweise eine erhöhte Vergleichbarkeit und Transparenz zwischen den Gesundheitsbetrieben und eine leistungsgerechte Vergütung.

Berechnungsformel für Fallvergütungen

DRG steht für «Diagnosis Related Groups» und bezeichnet die Fallgruppe, der jeder Patient entsprechend seiner Haupt- und Nebendiagnosen, den notwendigen Behandlungen und administrativen Daten (Alter, Geschlecht, Schweregrad der Erkrankung etc.) zugewiesen wird. Jeder Fallgruppe

wird ein relatives Kostengewicht zugeordnet (ein Routineeingriff wie eine Blinddarmentfernung hat dabei eine niedrigere Gewichtung als bspw. eine komplizierte neurologische Operation).

Der Betrag, der für einen bestimmten Fall vergütet wird, wird berechnet, indem das Kostengewicht der DRG, welcher der betreffende Fall zugeteilt ist, mit dem Basispreis (Baserate) multipliziert wird. Die Baserate bezeichnet den Betrag, der im DRG-System für einen Behandlungsfall bezahlt wird, dessen Kostengewicht 1.0 beträgt. Der Basispreis wird durch die Tarifpartner (Versicherer und Leistungserbringer) festgelegt.

Kostenaufteilung zwischen Kantonen und Krankenversicherern

Der Vergütungsteiler zwischen dem Kanton und den Versicherern wurde auf mindestens 55% für die Kantone und maximal 45% für die Versicherer festgesetzt. Diesbezüglich gibt es eine Übergangsfrist bis zum Jahr 2017.

Elemente der Fakturierung

Der elektronische Datenaustausch zwischen den Spitälern und den Krankenversicherern und deren Rechnungskontrolle ist gewiss der am kontroversesten diskutierte «Knackpunkt» der Spitalfinanzierung.

So müssen die Spitäler mit der Rechnung nebst den administrativen Daten auch die medizinischen Angaben in kodierter Form liefern. Mit jeder DRG-Rechnung erhalten die Krankenversicherer also detaillierte Gesundheitsdaten über die versicherte Person.

Um sicherzustellen, dass die Versicherer nur dann Zugang zu den Gesundheitsdaten auf der DRG-Rechnung erhalten, wenn sie diese tatsächlich einer vertieften Überprüfung unterziehen, hat der Bundesrat in der Krankenversicherungsverordnung (KVV) festgehalten, dass die Versicherer über eine nach Datenschutzgesetz zertifizierte Datenannahmestelle verfügen müssen.

Die wichtigsten Punkte der Spitalfinanzierung auf einen Blick

- Jeder Kanton etabliert eine Spitalliste mit inner- und ausserkantonalen Gesundheitsbetrieben. Damit verbunden ist der Leistungsauftrag jedes Spitals.
- Die freie Spitalwahl wird gesamtschweizerisch umgesetzt – dadurch kann man auch ausserhalb des Wohnkantons stationäre Behandlungen durchführen lassen. Doch müssen folgende Voraussetzungen für die vollständige Kostenübernahme erfüllt sein: Das ausserkantonale Spital muss auf der Spitalliste des Wohnkantons sein und günstigere Tarife haben. Sind die Tarife im ausserkantonalen Spital höher, muss der Patient die Differenz selber bezahlen.
- DRG steht für «Diagnosis Related Groups» und bezeichnet eine Fallgruppe, der jeder Patient zugeteilt wird.
- Ab 2017 übernehmen die Kantone mindestens 55%, die Versicherer maximal 45% der Kosten.
- Der elektronische Datenaustausch zwischen Spitälern und Krankenversicherern erfolgt über extern zertifizierte Annahmestellen.

Bei Fragen erkundigen Sie sich bitte bei Ihrer Krankenversicherung. Gerne steht Ihnen auch unsere Patientenadministration für Fragen zur Verfügung.

Kontakt

Patientenadministration

T +41 (0)61 835 66 66

patientenadministration@gzf.ch