



santésuisse

Positionspapier

Einführung der neuen Spitalfinanzierung per 1.1.2012

(Fassung vom 25. August 2010)

1. Ausgangslage

Bei den laufenden Vorbereitungen zur Einführung der neuen Spitalfinanzierung per 1.1.2012 führen Interpretationsspielräume oder Lücken in den gesetzlichen Grundlagen zu diversen offenen Fragen und Unklarheiten. Die Krankenversicherer legen im vorliegenden Positionspapier ihre Haltung zur neuen Spitalfinanzierung dar und wollen damit einen Beitrag zu einer reibungslosen und gesetzeskonformen Umsetzung im Interesse der Versicherten und Patienten leisten.

Kernelemente der neuen Spitalfinanzierung per 1.1.2012:

- **Freie Spitalwahl ganze Schweiz** - Umsetzen der freien Spitalwahl
- **Einführung der Fallpauschalen** - Einführung leistungsbezogener Pauschalpreise nach dem Tarifsysteem SwissDRG per 1.1.2012; Systemwechsel von der Rückerstattung verursachter Kosten zur Abgeltung erbrachter Leistungen nach den Grundsätzen der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit
- **Listen- und Vertragsspitäler** - Planung der kantonalen Spitallandschaften unter angemessener Berücksichtigung von Privatspitälern; Schaffen der neuen Kategorie der Vertragsspitäler und Bekanntgabe der Spitallisten an die Versicherer bis 31.03.2011
- **Vergütungsteiler Kanton min. 55%, Versicherer max. 45%** - Umsetzen des neuen Vergütungsteilers zwischen Versicherern und Kantonen für alle Listenspitäler und Bekanntgabe der kantonalen Vergütungsteile an die Versicherer bis 31.03.2011
- **Kostenwahrheit und Qualität als Basis für Preisverhandlungen** - Einbeziehen der für die Erbringung der medizinischen Leistungen zu Lasten der Grundversicherung erforderliche Qualität sowie der relevanten Betriebsmittel und Investitionen in die KVG Tarife; nicht alles, was das Spital tut, ist eine medizinische Leistung zu Lasten der Grundversicherung
- **Elektronischer Datenaustausch und Rechnungskontrolle** – Die elektronische Rechnungsstellung inkl. relevante administrative und medizinische Daten ermöglichen dem Versicherer im Dienste der Versicherten eine gesetzeskonforme und kostengünstige Rechnungskontrolle

2. Position santésuisse zur Einführung der neuen Spitalfinanzierung

2.1. Einführungszeitpunkt der leistungsbezogenen Pauschalen

- Der Gesetzgeber hat den Einführungszeitpunkt auf den 31. Dezember 2011 als spätesten Zeitpunkt festgelegt. Eine Verschiebung dieses Einführungszeitpunkts würde eine Gesetzesänderung benötigen. Die Kommissionen des National- und Ständerates für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK) bekräftigten im Frühjahr 2010, dass die DRG fristgerecht auf den 1. Januar 2012 eingeführt werden müssen.

Die Einführung der neuen Spitalfinanzierung per 1. Januar 2012 ist sehr wohl möglich. Um Qualität und Kosteneffizienz der stationären Behandlungen zu Lasten der Grundversicherung beim Systemwechsel sicherzustellen, sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

- die systematische Übermittlung der rechnungsrelevanten Daten an die Krankenversicherer ist sichergestellt;
- die für Leistungen zu Lasten der Grundversicherung relevanten Investitionskosten (Anlagenutzungskosten) werden gemäss Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch die Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) berücksichtigt.
- spätestens am 31. März 2011 geben die Kantone ihren Vergütungsanteil an den Fallpauschalen und die Spitallisten (Listenspitäler mit bzw. Vertragsspitäler ohne Vergütungsanteil) per 1. Januar 2012 bekannt.
- Die Qualität der Leistungserbringung zwischen den Tarifpartnern ist geregelt.

2.2. Datenübermittlung bei Rechnungsstellung

- Gemäss Art. 42 Abs. 3 KVG muss der Leistungserbringer dem Schuldner eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen, damit dieser in der Lage ist, die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können.
Folgerichtig benötigen die Krankenversicherer für die Rechnungskontrolle bei diagnosebasierten Fallpauschalen (DRG) Angaben über Diagnosen und durchgeführte Behandlungen beim Patienten. Nur so können durch Rechnungskontrollen falsche und ungerechtfertigte Leistungskosten zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verhindert werden.
- Die Spitäler wollen diese systematische Datenlieferung verhindern und begründen das mit dem Datenschutz.
- Am 29. Mai 2009 hat das Bundesverwaltungsgericht diesbezügliche Fragen geklärt (Urteil C-6570/2007).
- Der Bundesrat fordert von den Tarifpartnern, im nationalen Tarifstrukturvertrag eine Regelung betreffend die systematische Datenlieferung zu vereinbaren.

Die systematische Übermittlung der rechnungsrelevanten Angaben an die Krankenversicherer muss gewährleistet sein. Nur so können die Versicherer die Korrektheit der Rechnung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) prüfen.

Ohne systematische Datenübermittlung können die Versicherer nicht entscheiden, welche Rechnungen sie eingehend prüfen müssen, um Falschabrechnungen und unnötige Kosten zu vermeiden.

Der Datenschutz ist gewährleistet, denn die Krankenversicherer dürfen die Diagnosedaten nur für die Rechnungskontrolle verwenden.

2.3. Elektronischer Datenaustausch

- Damit mit der Einführung von diagnosebasierten Fallpauschalen (DRG) keine unnötigen administrativen Kosten bei den Spitälern und Krankenversicherern entstehen, braucht es eine standardisierte elektronische Rechnungsstellung der Spitäler.
- Es sind offene elektronische Standards einzuführen, die den Austausch der medizinischen Daten zwischen Spitälern und Krankenversicherern auf der Rechnung ermöglichen.
- Im Forum Datenaustausch wurden mit der sogenannten „Container-Lösung“ die notwendigen technischen Voraussetzungen geschaffen, die nun in die Tarifverträge einfließen müssen.

Die elektronische Rechnungsstellung gemäss gemeinsam erarbeitetem XML4.3-Standard verhindert unnötige administrative Kosten bei der Einführung der diagnosebasierten Fallpauschalen (DRG) und garantiert einen effizienten und datenschutzkonformen Zahlungsverkehr.

Der Standard für die elektronische Abrechnung muss national verbindlich sein.

Ohne diese Voraussetzung führt die Einführung der diagnosebasierten Fallpauschalen (SwissDRG) zu einem unnötigen Kosten- bzw. Prämien Schub ohne Mehrwert für die involvierten Patienten, Spitäler, Prämien- und Steuerzahlenden.

2.4. Basispreis und Benchmarking

- Das Gesetz verlangt Preise, welche sich an der Vergütung jener Spitäler orientieren, welche die tarifizierte Leistung günstig, effizient und in notwendiger Qualität erbringen. Das bringt eine Abkehr vom bisherigen System der Kostenabgeltung.
- Das neue System SwissDRG ermöglicht es, die Fallkosten um den Schweregrad zu bereinigen, so dass diese vergleichbar werden. Der Preis für einen Durchschnittsfall (Casemix = 1) wird als Basispreis oder Baserate bezeichnet.
- Der Basispreis ermöglicht Spitalvergleiche (Benchmarking), um die vom Gesetz verlangte Effizienz und Günstigkeit zu ermitteln.
- Der Basispreis wird mit jedem Spital oder Spitalgruppe individuell verhandelt. Ein nationaler Einheitsbasispreis ist nicht vorgesehen und würde der Verordnung zur neuen Spitalfinanzierung widersprechen.
- Die Basispreise dürfen nicht systematisch nach Spitalkategorien differenziert werden. Dies würde der leistungsorientierten Finanzierung widersprechen. Höhere Basispreise für Universitätsspitäler akzeptiert santésuisse deshalb nicht.
- Die adäquate Entschädigung schwerer Fälle ist über die Tarifstruktur sicherzustellen.
- Die Basispreise umfassen die gesamte Vergütung für Betriebs- und Anlagenutzungskosten für Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Die Fallpauschalpreise dürfen sich nicht an den Kosten der teuersten Spitäler orientieren. Deshalb wird santésuisse mit den Spitälern individuelle Basispreise verhandeln.

National oder regional einheitliche Basispreise ohne Rücksicht auf die Qualität der medizinischen Leistungen wird es deshalb nicht geben.

Auch eine Unterscheidung nach Spitalkategorien ist für die Basispreise unter SwissDRG sachlich nicht gerechtfertigt. Es geht um die Beurteilung vergleichbarer Leistungen, unabhängig davon, wo und durch wen die Leistungen erbracht werden. Die Komplexität der Fälle und die zweckmässige Infrastruktur wird durch das System der Kostengewichte berücksichtigt.

santésuisse führt seit 2006 den APDRG-Benchmark durch und errechnet dabei einen gewichteten Basispreis, welcher jeweils als Preisobergrenze in die Tarifverhandlungen einfließt. santésuisse wird dieses bewährte Verfahren beibehalten und im Hinblick auf die Ein-

führung von SwissDRG verfeinern. Im Übrigen beurteilt die Preisüberwachung nach einem analogen Verfahren.

2.5. Kostenneutralität

- Art. 59c KVV schreibt vor, dass ein Tarifwechsel nicht zu Mehrkosten führen darf. Eine Kostenneutralität im engeren Sinne ist nicht vorgesehen.
- Der Begriff „Kostenneutralität“ ist ein Erbe aus der TARMED-Einführung. Damit verbunden war ein konkreter Preis-Anpassungsmechanismus, welcher für TARMED zweckmässig war. Die Preisbildung im stationären Bereich verläuft grundsätzlich anders.

Die Senkung der stark wachsenden Spitalkosten ohne Qualitätsverlust ist ein wichtiges Ziel der neuen Spitalfinanzierung. Eine Kostenneutralität im Sinne einer Garantie auf die Abgeltung der bisher verursachten Kosten wäre ein Widerspruch zum Systemwechsel von der Rückerstattung verursachter Kosten zur Abgeltung erbrachter Leistungen.

Bei der Umstellung auf die neue Spitalfinanzierung gibt es deshalb keine Kostenneutralitätsphase. Grundsätzlich soll der Systemwechsel das Kostenwachstum zu Gunsten der Steuer- und Prämienzahlenden dämpfen und darf nicht zu Mehrkosten führen.

2.6. Anlagenutzungskosten / Investitionen

- Das KVG regelt lediglich die Vergütung von medizinischen Leistungen zu Lasten der sozialen Krankenversicherung, nicht die „integrale Spitalfinanzierung“.
- Mit der Finanzierung der Investitionen über Fallpauschalen fliessen neu normative Komponenten in die Tariffindung ein.
- Die Bestimmungen der VKL zielen bewusst darauf ab, dass lediglich getätigte Investitionen im Rahmen einer wirtschaftlichen Leistungserbringung in die anrechenbare Kostenbasis einfließen. Die Spitäler haben die VKL umzusetzen und die entsprechenden Werte gegenüber den Krankenversicherern transparent auszuweisen.
- Die VKL regelt die Bewertung von Investitionen, die vor 2012 getätigt werden, genau. Viele öffentliche Spitäler kennen aber die geforderten Buchwerte nicht, da die Kantone die Investitionen aus laufenden Mitteln tätigen oder entsprechende Unterlagen nicht mehr vorhanden sind.
- Es muss verhindert werden, dass bereits über Steuern finanzierte Investitionen ein zweites Mal durch die Prämien- und Steuerzahler bezahlt werden.
- Die Argumente der Spitäler, dass auf betriebswirtschaftlich kalkulierte Anlagenutzungskosten abzustützen sei, ist für die Belange der obligatorischen Krankenversicherung nicht zutreffend. Die Grundversicherung bezahlt erbrachte medizinische Leistungen zu vereinbarten Fallpauschalen. Sie ist nicht für die Äufnung von Eigenmitteln respektive Refinanzierung von Anlagen zuständig.

Neben den Betriebskosten dürfen gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) bzw. Verordnung nur die transparent ausgewiesenen Kosten für die Anlagenutzung, welche für eine wirtschaftliche und qualitativ gute Leistungserbringung erforderlich sind, zu Lasten der Grundversicherung vergütet werden.

2.7. Spitalplanung und Vergütungsteiler

- Die Spitallisten und der Vergütungsteiler 2012 müssen in allen Kantonen zu Beginn der Tarifverhandlungen, also spätestens am 31. März 2011 vorliegen.
- Kantonale Gesetzgebungen dürfen dem Ziel der neuen Spitalfinanzierung nicht widersprechen. Die Kantone dürfen deshalb nur Spitäler auf ihre Spitallisten nehmen, welche ihre Leistungen qualitativ gut und effizient erbringen.
- Die Berücksichtigung von Spitälern, welche den bundesrätlichen Vorgaben zur Wirtschaftlichkeit und Qualität nicht entsprechen oder zur Versorgung nicht notwendig sind, erhöhen die Steuer- und Prämienbelastung ohne Mehrwert für die Patienten.
- Der Vergütungsteiler soll sich an der erwarteten Kostenentwicklung pro Kanton orientieren. Die Übergangsphase mit einem Kantonsanteil unter 55% soll in Kantonen mit hohem Kostenwachstum nicht genutzt werden.

Die Kantone dürfen nur Spitäler auf die Spitallisten nehmen, die ihre Leistungen in der notwendigen Qualität und Wirtschaftlichkeit erbringen.

Die Kantone müssen ihre Spitallisten und den Vergütungsteiler 2012 (Kanton min. 55%, Versicherer max. 45%) bis am 31. März 2011 bekanntgeben, denn die Spitallisten und Vergütungsteiler sind prämienrelevant.

2.8. Qualität

- Mit Einführung der neuen Spitalfinanzierung werden die Krankenversicherer ihre Preisbildung an jenem Spital orientieren, welches die Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringt.
- santésuisse fordert von den Spitälern, dass sie die Ergebnisqualität einheitlich, vergleichbar und transparent ausweisen.
- santésuisse wird Verfahren bei Schiedsgerichten gegen Spitäler einleiten, welche gegen die Qualitätsanforderungen verstossen oder an den Qualitätsmessungen nicht teilnehmen.

Die Spitäler müssen gemäss Krankenversicherungsgesetz einheitliche, vergleichbare und transparent ausgewiesene Ergebnisqualitätsmessungen durchführen, damit die Überprüfung der notwendigen Qualität sichergestellt werden kann.

3. Fazit

Die konstruktive Mitarbeit aller Akteure (insbesondere Spitäler, Versicherer und Kantone) ermöglicht eine fristgerechte Einführung der neuen Spitalfinanzierung per 1.1.2012 im Sinne des Gesetzgebers. Die neue Spitalfinanzierung garantiert den Patienten die freie Spitalwahl, sichert ihnen transparente sowie qualitativ gute medizinische Leistungen im stationären Spitalbereich. Sie schafft auch die Voraussetzungen, dass die Spitalkosten weniger stark wachsen und die Finanzierung durch Steuern und Prämien auch in Zukunft gesichert wird.