

Positionspapier

Revision KVG: Vorlage Spitalfinanzierung

Stand: Die Vorlage ist am 1. Januar 2009 in Kraft getreten. Die wesentlichen Neuerungen treten nach einer dreijährigen Übergangsfrist Anfang 2012 in Kraft.

Kernpunkte der Revision

Wichtigste Neuerung ist die Änderung der Finanzierung der stationären Leistungen. Für Spitalaufenthalte werden künftig nicht mehr alle anfallenden Kosten gedeckt, sondern mittels Fallpauschalen, die sich an medizinischen Diagnosen orientieren (DRG), Leistungen abgegolten. Wichtigstes Kriterium bei der Bestimmung der Fallgruppe ist die Hauptdiagnose, daneben zählen aber auch andere Kriterien wie Nebendiagnosen, Komplikationen, Behandlungen/Operationen sowie Alter und Geschlecht. Für die Definition der Tarifstruktur wurde die gemeinsame Organisation SwissDRG gegründet. In den Tarifen werden sowohl die Betriebs- als auch die Investitionskosten berücksichtigt.

Zudem wird die Kostenbeteiligung der Kantone (55 Prozent) und der Krankenversicherungen (45 Prozent) auf den 1. Januar 2012 einheitlich geregelt. Kantone mit unterdurchschnittlichem Prämienniveau dürfen ihren Vergütungsanteil tiefer ansetzen und während 5 Jahren schrittweise bis auf 55 Prozent erhöhen.

Ein weiterer Punkt der Revision ist die künftige Gleichstellung öffentlicher und privater Spitäler auf den kantonalen Spitallisten und die Spitalwahlfreiheit für die Versicherten. Die Versicherten haben neu die Möglichkeit, in der ganzen Schweiz frei zwischen Listenspitälern auszuwählen. Der Kanton und die Krankenversicherungen vergüten aber bei ausserkantonalen Spitalbehandlungen höchstens den Tarif, der am Wohnort des Patienten gilt. Allfällige Mehrkosten gehen zulasten der Versicherten (bzw. deren Spitalzusatzversicherungen).

Position Visana zur neuen Spitalfinanzierung

Visana ist mit der Teilrevision des KVG im Bereich Spitalfinanzierung grösstenteils einverstanden. Insbesondere begrüsst Visana die Einführung von leistungsbezogenen Fallpauschalen und damit den Übergang zur Leistungsabgeltung sowie die finanzielle Gleichbehandlung aller Listenspitäler. Dadurch erhalten die Versicherten die Möglichkeit, unter allen Listenspitälern der Schweiz frei zu wählen.

Leider hat es das Parlament unterlassen, die unterschiedliche Finanzierung stationärer und ambulanter Leistungen zu beseitigen. Dadurch bleiben finanzielle Fehlanreize bestehen. Visana fordert deshalb die Finanzierung von stationären Leistungen aus einer Hand (Monismus).

Mit der gewählten Kostenverteilung zwischen den Kantonen (55%) und den Krankenversicherungen (45%) ist die Neuregelung der Spitalfinanzierung für die Krankenkassen mit Mehrkosten verbunden. Dies hängt vor allem mit der fünfjährigen Übergangsfrist zusammen, die Kantonen gewährt wurde, welche eine im schweizweiten Vergleich unterdurchschnittliche Prämienentwicklung aufweisen. Eigentlich dazu gedacht, betroffene Kantone nicht über Gebühr zu belasten, nützen diese die Übergangsfrist aus, um Kosten auf die Prämienzahler abzuwälzen.

Hervorzuheben ist, dass die freie Spitalwahl zu mehr Wettbewerb unter den Spitälern führt. Visana erhofft sich dadurch eine kostendämpfende Wirkung; auch wenn das Parlament bislang auf die dringend notwendige institutionelle Entflechtung der Mehrfachrolle der Kantone verzichtet hat.

Fabian Baer, Unternehmenskommunikation