

# 1. Tagung der Einkaufsgemeinschaft HSK

Operative Umsetzung neue Spitalfinanzierung aus Sicht  
Krankenversicherer

Einkaufsgemeinschaft HSK

Dr. med. Christoph Bangerter

Vorsitzender der Geschäftsleitung KPT-Gruppe

# Inhalt und Aufbau Referat

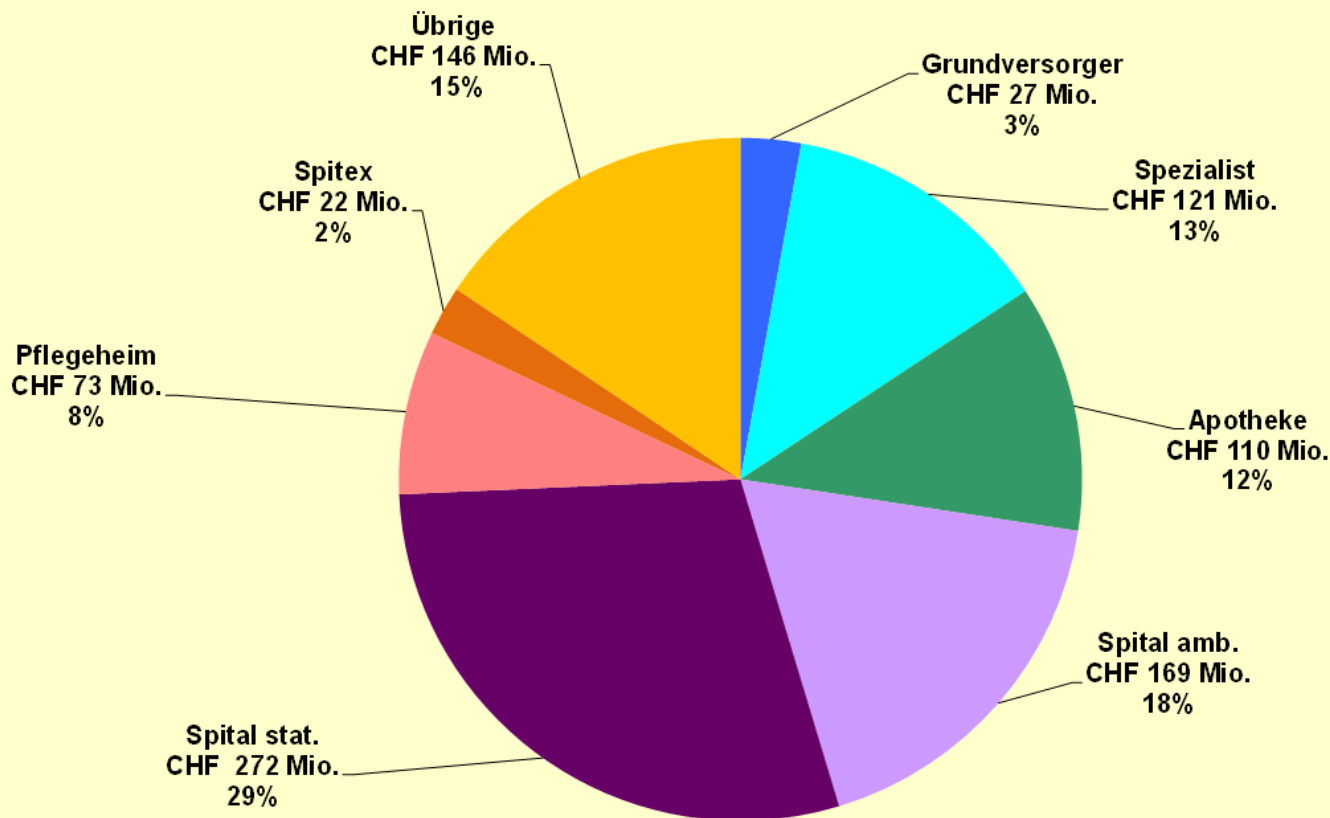
---

- **Rückblick:** Politische, gesetzliche und weitere regulatorische Rahmenbedingungen, die für den Versicherer Geltung haben – auch unabhängig von der Einführung von SwissDRG .
- **Momentaufnahme:** Wo stehen wir derzeit in der Umsetzung?
- **Ausblick:** Welche Herausforderungen haben wir in der nahen Zukunft zu bewältigen?
- **Fazit**

# Anteil Spitalkosten bei Hochkostenfällen (KPT)

## Verteilung der Grundversicherungsleistungen unter den Leistungserbringer-Gruppen

Schadenjahr 2011. Leistungen der 25% teuersten Bezüger, welche zusammen 80% der Leistungen verursachen  
Total Leistungen CHF 940 Mio.



Die Schweiz hat sich **politisch** für das Modell des **regulierten Wettbewerbs** („Managed Competition“) entschieden:

- Versicherungsobligatorium, standardisierter Grundleistungskatalog & Tarifschutz, Verträge zwischen Kassen und Leistungserbringern, freiwillige Zusatzversicherung.
- Staat (v.a. Kantone) beschränkt sich auf das Planen (z.B. Spitalplanung) und Regulieren – zumindest in der Theorie, vgl. Mehrfachrolle Kantone als regionaler Volkswirtschaftler, Spital-Besitzer, Arbeitgeber und Schiedsrichter in Tariffragen.

# Gesetzliche Rahmenbedingungen KVG

---

- Der grundversicherte Patient hat ab 2012 **die volle Wahlfreiheit unter sämtlichen stationären Leistungserbringern, die auf der Spitalliste des Wohnkantons des Versicherten bzw. des Standortkantons des Spitals aufgeführt sind**, unabhängig von der Trägerschaft.
- Der Leistungserbringer (Listenspital) ist verpflichtet, allen Versicherten dieselbe, wohnsitzunabhängige **Fallpauschale** zu verrechnen (Art. 49 Abs. 1 KVG).
- **Der Versicherer und der Wohnkanton** übernehmen bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung anteilmässig (Art. 49a KVG) **höchstens nach dem Tarif**, der in einem Listenspital des Wohnkantons des Versicherten für die Behandlung gilt (Art. 41 Abs. 1bis KVG).
- Der Patient geniesst damit zwar **Wahlfreiheit und Tarifschutz** (Art. 44 KVG), läuft aber trotzdem Gefahr, **nicht gedeckte Kosten** selber bezahlen zu müssen, falls die Fallpauschale im Listenspital des Standortkantons höher ist als im Listenspital des Wohnkantons.

# Gesetzliche Rahmenbedingungen KVG

- **Pflicht Versicherer zur Kostenkontrolle**, Art. 56 KVG: Der Leistungserbringer muss sich in seinen **Leistungen auf das Mass beschränken**, das im Interesse der Versicherten liegt und für den **Behandlungszweck erforderlich** ist. – Für Leistungen, die über dieses Mass hinausgehen, kann die Vergütung verweigert bzw. vom Versicherten oder Versicherer zurückgefordert werden.
- Durch Versicherer hierbei **zu berücksichtigende Datenschutz-Vorschriften**:  
Art. 33 ATSG: Allgemeine Norm zur Schweigepflicht für alle an der Durchführung der Sozialversicherung beteiligten Personen.  
Art. 57 Abs. 7 KVG: **Vertrauensärzte** (VA) geben dem Versicherer nur diejenigen (medizinischen) Angaben bekannt, die zum Entscheid über die Leistungspflicht erforderlich sind. Persönlichkeitsrechte des Versicherten sind zu wahren.  
Art. 84 KVG: Bearbeitung von Personendaten.  
Art. 84a KVG: Datenbekanntgabe an Dritte.  
**Art. 84b KVG (neu)**: Sicherstellung des Datenschutzes durch die Versicherer -> öffentlich zugängliches Datenbearbeitungsreglement.

# Gesetzliche Rahmenbedingungen KVG

---

- Details zu DRG Datenschutz: Art. 42 Abs. 3bis KVG (Änderung vom 23.12.2011: Die **Leistungserbringer haben auf der Rechnung die Diagnosen und Prozeduren nach den Klassifikationen codiert aufzuführen. Der Bundesrat erlässt ausführende Bestimmungen** zur Erhebung, Bearbeitung und Weitergabe der Daten unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips. Diese Verordnung ist zwischenzeitlich erfolgt, s.u.
- Details zu DRG Tarifverträgen mit Spitälern, Art. 49 KVG: Die Spitaltarife haben sich an der Entschädigung jener Spitäler zu orientieren, welche **die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen**.
  - → HSK betreibt ein detailliertes und konsequentes Benchmarking als Basis für die Vertragsverhandlungen.

## Wo stehen wir heute?

---

- Rahmenbedingungen: Bundesrätliche Verordnung Datenweitergabe unter SwissDRG
  - Versicherer müssen bis Ende 2013 eine Datenannahmestelle (DAS) einrichten und zertifizieren lassen.
  - Die DAS bestimmt – aufgrund von Vorgaben der Versicherer – für welche Rechnungen eine weitere Prüfung notwendig ist. Die Versicherer dürfen der DAS keine weitergehenden Weisungen erteilen.
  - Während der Übergangszeit (d.h. ab 1.1.2013) können medizinische Angaben **systematisch** einzig zu Händen des VA, bzw. an eine zertifizierte DAS übermittelt werden.
  - Spitäler müssen spätestens ab 1.1.2014 medizinische Angaben elektronisch, systematisch und gekoppelt an zertifizierte DAS liefern.
  - Der Versicherer hat eine Informationspflicht an den Versicherten, falls weitere Akten eingefordert werden. i.d.R. zu Händen VA.



## Wo stehen wir heute?

---

- Bisherige Rechnungslieferung
  - Es bestehen je nach Region und Spitalkategorie immer noch unterschiedliche Rechnungsausstände, die Auswirkungen der Einführung von SwissDRG auf die Gesamt-Kosten kann daher noch nicht sicher beurteilt werden.
  - Die Rechnungslieferung erfolgt bisher fast ausschliesslich in Papierform.
  - Die Rechnungslieferung erfolgte in den wenigsten Fällen mit dem MCD, was zur Folge hat, dass bei der Rechnungsprüfung in den meisten Fällen Informationen bei den Spitälern nachverlangt werden müssen.
  - HSK hat mit einer wachsenden Zahl Spitäler Übergangsvereinbarungen abgeschlossen, um hier unnötige Reibungsverluste zu minimieren.

# Was sind die aktuellen Herausforderungen?

---

- Zertifizierung DAS
  - Helsana, Sanitas und KPT sind daran, eigene DAS zertifizieren zu lassen. Ziel ist möglichst rasch, d.h. bis Ende 2012, kann aber pro Gesellschaft unterschiedlich und evt. später sein.
  - Ab Vorhandensein einer zertifizierten DAS werden Rechnungen nur noch in elektronischer Form und mit systematischer/gekoppelter Lieferung der MCD entgegengenommen, voraussichtlich ab Januar 2013.
  - Technischer Standard Datenaustausch: Dies wird der Standard xml 4.4 sein, der Ende September definitiv verabschiedet wird.
- Organisatorisch:
  - Weitere Begrenzung der Zahl der Mitarbeiter, die überhaupt potentiell mit klinischen Informationen in Berührung kommen können.
  - Ggf. Anpassung der arbeitsvertraglichen Bedingungen, denen diese Mitarbeiter unterstellt sein werden.
  - NB: VA führen selber KEINE Rechnungsprüfungen durch.

# Was sind die aktuellen Herausforderungen?

---

- Konzeptuell:
  - Abgrenzung Rollen VA und DAS, bzw. Interaktion dieser beiden Institutionen gegenüber der «Kassenadministration», vor allem im Falle von Lieferungen von MCD an den VA.
  - Tarifarische Berücksichtigung Investitionskosten: Derzeit normative Zuschläge von 10% auf den Betriebskosten, künftig Teil des verhandelten Gesamt-Preises.
  - Korrekte Umsetzung der Komplementarität der Rechnungsstellung mittels SwissDRG in Grund- und Zusatzversicherung.
    - Eine korrekte Abgrenzung von OKP- und VVG-Leistungen ist in Listen- und auch in Vertragsspitalern imperativ.
    - Spezielle Herausforderungen können sich insbesondere im Bereich der Arzthonorare in Listenspitalern mit Belegärzten ergeben (Berücksichtigung/Abgrenzung Anteil Arzthonorar in der DRG-Pauschale OKP).

## Schlussfazit

---

- **Wettbewerb** (unter Versicherern und Leistungserbringern) zwingt zu gegenseitigen „checks and balances“ von Leistungserbringern und Versicherern. Der Versicherer hat sich dabei an den effizienten und günstigen Spitälern zu orientieren.
- Die **Spitalkosten sind der grösste einzelne Kostenblock** in den Leistungen von Grund- (und Zusatz-) Versicherung und stellen damit (via Prämien) ein Politikum erster Güte dar.
- KVG schreibt **Kosten/Wirtschaftlichkeitskontrolle durch Versicherer** vor, dies gilt auch für die DRG-Rechnungen, wobei hier neben den allgemeinen auch ganz spezifische Datenschutzaspekte zu berücksichtigen sind.
- **Spätestens ab 1.1.2014** hat die **Datenübermittlung** bei der Rechnungsstellung elektronisch und mit systematisch gekoppelten MCD-Lieferungen an die **zertifizierten DAS** zu erfolgen, die aufgrund vordefinierter Kriterien automatisiert einen Teil der Rechnungen zur Prüfung auslenken, bzw. direkt zur Zahlung freigeben.
- HSK zeigt Bereitschaft zu **vertraglichen Übergangslösungen** mit Spitälern.
- Es besteht noch **eine Reihe Herausforderungen** technischer, organisatorischer und konzeptueller Art.

# Danke!

Einkaufsgemeinschaft HSK  
Dr. med. Christoph Bangerter  
Vorsitzender der Geschäftsleitung KPT-Gruppe