



Krankenversicherung, Referenztarife ab 2024

A. Seit 1. Januar 2012 gilt für Versicherte der obligatorischen Krankenpflegeversicherung die Spitalwahlfreiheit: Eine Patientin oder ein Patient kann sich auch in einem Spital behandeln lassen, das keinen Leistungsauftrag des Wohnkantons hat. Bedingung ist allerdings, dass das Spital auf der Spitalliste des Kantons aufgeführt ist, wo es steht (Standortkanton). Erfolgt die Behandlung in einem solchen Spital wegen eines Notfalls oder bietet kein Listenspital des Wohnkantons der Patientin oder des Patienten die erforderliche medizinische Leistung an, so vergüten der Kanton und der Versicherer den Spitaltarif (Art. 41 Abs. 3 und 3^{bis} Bundesgesetz über die Krankenversicherung [KVG, SR 832.10]). Liegt keine solche medizinische Notwendigkeit für eine Behandlung in einem solchen Spital vor, bestimmt sich die Vergütung des Spitals wie folgt (vgl. Art. 41 Abs. 1^{bis} KVG):

- Ist der Tarif des behandelnden Spitals gleich hoch oder tiefer als der durchschnittliche Tarif der Listenspitäler des Kantons Zürich (sog. Referenztarif), so haben der Kanton Zürich und der Versicherer dem Spital den Tarif des behandelnden Spitals zu vergüten.
- Ist der Tarif des behandelnden Spitals aber höher als der Referenztarif, so wird dem Spital nur der Referenztarif vergütet. Die Differenz zum Tarif des behandelnden Spitals hat die Patientin oder der Patient bzw. gegebenenfalls deren oder dessen Zusatzversicherung zu tragen.

B. Mit Beschluss Nr. 1579/2011 hat der Regierungsrat erstmals die Referenztarife im Sinne von Art. 41 Abs. 1^{bis} KVG festgelegt. Mit Dispositiv II ermächtigte der Regierungsrat die Gesundheitsdirektion, die Referenztarife bei wesentlichen Änderungen der ihnen zugrundeliegenden Tarife neu zu berechnen und festzusetzen. Die Referenztarife wurden mit Verfügung vom 7. Juli 2023 letztmals angepasst. Um den aktuellen Tarifveränderungen Rechnung zu tragen, werden sämtliche Referenztarife neu berechnet und den aktuellen Gegebenheiten angepasst.

Das bisherige Verfahren zur Bestimmung der Höhe der Referenztarife hat sich bewährt, weshalb es auch bei der Berechnung der neuen Referenztarife angewendet werden soll. Danach hat sich ein Referenztarif an den Tarifen der Spitäler des Wohnkantons mit Leistungsauftrag für die in Frage stehende Behandlung zu orientieren. Dabei ist bei unter-



schiedlich hohen Tarifen der Listenspitäler auf den gewichteten Durchschnitt der massgebenden Spitaltarife abzustellen (vgl. BGE 133 V 123 E. 8). Auf diese statistische Methode stützen sich auch die entsprechenden Empfehlungen der Kommission „Vollzug KVG“ der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK; Empfehlungen zum Verfahren betreffend die Beiträge der Kantone bei stationären Behandlungen ausserhalb der kantonalen Spitalliste nach Art. 41 Abs. 3 KVG in der Fassung vom 14. Februar 2019). Zur Bestimmung der neuen Referenztarife sind deshalb die entsprechenden Tarife der Listenspitäler des Kantons Zürich heranzuziehen und nach ihren Leistungsmengen zu gewichten. Liegen unterschiedliche Tarife pro Versicherer vor, ist zudem eine Gewichtung nach Versichertenzahlen vorzunehmen. Bei provisorischen Tarifen ist für die Berechnung des Referenztarifs aus Gründen der Rechtssicherheit beziehungsweise des Vertrauensschutzes zwar auf die provisorisch erlassenen Tarife abzustellen, jedoch ein definitiver Referenztarif festzulegen. Denn eine rückwirkende Tarifanpassung könnte dazu führen, dass die Patientin oder der Patient Monate oder Jahre nach der ausserkantonalen Hospitalisation zusätzliche Differenzkosten übernehmen müsste, was die vom Gesetzgeber gewollte Spitalfreiheit erheblich erschweren würde.

Aufgrund der unterschiedlichen Tarifstrukturen ist der Tarif nach Spitalkategorien (Akutso-matik, Rehabilitation und Psychiatrie) und gegebenenfalls weiteren Bereichen oder Krite-rien (wie Universitätsspitäler) zu differenzieren. In der Akutso-matik im Geltungsbereich der schweizweiten Tarifstruktur SwissDRG und in der Psychiatrie im Geltungsbereich der schweizweiten Tarifstruktur TARPSY erfolgt die Differenzierung der Referenztarife nach Art der Spitäler analog zur Verfügung der Gesundheitsdirektion vom 30. November 2022 be-treffend Referenztarife ab 2023. Im Geltungsbereich der schweizweiten Tarifstruktur ST Reha wird beim Referenztarif für den ST Reha Basispreis weiterhin keine Differenzierung nach Art der Spitäler vorgenommen, weil die Krankenhaustypologie in der Rehabilitation bei den Spitälern keine Differenzierung von unterschiedlichen Versorgungsniveaus vor-sieht.

Die Vergütung in den Bereichen Frührehabilitation und Paraplegiologie erfolgt ab 1. Januar 2024 ausschliesslich über die Tarifstruktur SwissDRG. Eine alternative Tarifierung auf Ba-sis von Tagespauschalen, wie sie in der Verfügung der Gesundheitsdirektion vom 30. No-vember 2022 noch vorgesehen war, entfällt. Bei Rehabilitationskliniken ohne Leistungsauf-trag Akutso-matik, die Leistungen der Frührehabilitation und Paraplegiologie nach SwissDRG erbringen, soll die Vergütung nach dem Basisfallwert des behandelnden Spitals



(Rehabilitationsklinik) erfolgen. Dies deshalb, weil in kantonalen Listenspitälern nur wenige Fälle der Frührehabilitation und Paraplegiologie behandelt werden und eine darauf basierte datengestützte Tarifierleitung noch mit grossen Unsicherheiten behaftet ist. Die Vergütung nach dem Basisfallwert des behandelnden Spitals bedeutet für die Patientin bzw. den Patienten in dieser Konstellation, dass die Kosten einer ausserkantonalen Frührehabilitation und paraplegiologischen Rehabilitation vollumfänglich durch die Krankenversicherer und den Kanton gedeckt sind und keine Differenzkosten anfallen.

C. Die Gesundheitsdirektion hat die Referenztarife gestützt auf die erwähnten Grundsätze neu berechnet. Dies ergibt im Wesentlichen folgende Änderungen gegenüber den Referenztarifen ab 1. August 2023:

- In der Akutsomatik sind die Basisfallwerte für *Universitätsspitäler, Erwachsene* leicht gestiegen (Anstieg von Fr. 10 855 auf Fr. 10 915). Auch der Referenztarif für *Universitätsspitäler, Kinder und Jugendliche* steigt leicht (von Fr. 10 503 auf Fr. 10 511). Die Basisfallwerte der übrigen, nicht-universitären Spitäler sind je nach Leistungserbringer gleichgeblieben oder leicht gestiegen. Insgesamt resultiert für die *übrigen, nicht-universitären Spitäler* ein leicht höherer Referenztarif (Anstieg von Fr. 9 858 auf Fr. 9 864). Die Basisfallwerte für die Geburtshäuser sind leicht gesunken. Aufgrund von Leistungsverschiebungen zwischen den Versicherer-Gruppierungen sinkt der Referenztarif für die *Geburtshäuser* leicht (von Fr. 9 204 auf Fr. 9 202).
- Die Berechnung des Referenztarifs der *Leistungsgruppe „AVA Akutsomatische Versorgung Abhängigkeitskranker“* (Tagespauschale) erfolgte analog zur Berechnung des Referenztarifs für das Jahr 2023. Der Referenztarif 2024 liegt mit Fr. 883 etwas tiefer als im Vorjahr mit Fr. 885.
- In der *stationären Rehabilitation, ausgenommen Frührehabilitation und Paraplegiologie*, steigt der Referenztarif 2024 (Basispreis) im Vergleich zum Vorjahr leicht (Anstieg von Fr. 694 auf Fr. 698). Für den Bereich der *Frührehabilitation* und der *Paraplegiologie* in Rehabilitationskliniken liegen die Referenztarife auf der Höhe des Basisfallwerts des behandelnden Spitals (Rehabilitationsklinik) nach SwissDRG.
- In der stationären Psychiatrie sind die Basispreise 2023 je nach Leistungserbringer und Versicherer-Gruppierung teilweise gesunken, gleichgeblieben oder gestiegen. Der Referenztarif *Psychiatrie Versorgungsniveau 1 und Akutspitäler* liegt mit Fr.

737 etwas tiefer als im Vorjahr mit Fr. 740. Der Referenztarif *Übrige* sinkt von Fr. 631 auf Fr. 616.

D. Wie in Erwägung C dargelegt sind die Referenztarife im Vergleich zum Vorjahr teilweise gesunken, gleichgeblieben oder gestiegen. Die geschätzte Veränderung der Behandlungskosten basierend auf vergangenen Daten zum Anteil der Austritte von Zürcher Patientinnen und Patienten in ausserkantonalen Kliniken ohne Leistungsauftrag liefert keine Hinweise, dass der vorliegende Erlass der Referenztarife für den Kanton Zürich wesentliche finanzielle Folgewirkungen haben wird.

Die Gesundheitsdirektion verfügt:

- I. Für stationäre, nicht medizinisch bedingte Behandlungen nach Art. 41 Abs. 1^{bis} KVG von Personen mit zivilrechtlichem Wohnsitz im Kanton Zürich in Spitälern ohne Leistungsauftrag des Kantons Zürich, jedoch mit Leistungsauftrag des Standortkantons, werden ab 1. Januar 2024 für Behandlungen von den Krankenversicherern und vom Kanton Zürich anteilmässig die für das entsprechende Spital geltenden Tarife der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet, höchstens aber Tarife, die auf folgenden Basisfallwerten, Tagespauschalen oder Basispreisen beruhen:

A. Referenztarife Akutsomatik

a. Universitätsspitäler, Erwachsene	Basisfallwert	Fr. 10 915
b. Universitätsspitäler, Kinder und Jugendliche	Basisfallwert	Fr. 10 511
c. Übrige, nicht-universitäre Spitäler	Basisfallwert	Fr. 9 864
d. Geburtshäuser	Basisfallwert	Fr. 9 202
e. Leistungsgruppe „AVA Akutsomatische Versorgung Abhängigkeitskranker“		
1. mit SwissDRG-Vergütung:	Basisfallwert	Fr. 9 864
2. ohne SwissDRG-Vergütung:	Tagespauschale	Fr. 883

B. Referenztarife Rehabilitation

- a. Rehabilitation, ausgenommen Frührehabilitation und Paraplegiologie
Basispreis Fr. 698
- b. Frührehabilitation (für Kliniken ohne Leistungsauftrag Akutsomatik)
Basisfallwert des behandelnden Spitals
- c. Paraplegiologie (für Kliniken ohne Leistungsauftrag Akutsomatik)
Basisfallwert des behandelnden Spitals

C. Referenztarife Psychiatrie

- a. Psychiatrie Versorgungsniveau 1 und Akutspitäler Basispreis Fr. 737
- b. Übrige Basispreis Fr. 616
- II. Diese Verfügung tritt am 1. Januar 2024 in Kraft und ersetzt die Referenztarife gemäss Verfügung vom 7. Juli 2023. Wird ein Rechtsmittel ergriffen, wird über die Inkraftsetzung erneut entschieden.
- III. Gegen diese Verfügung kann innert 30 Tagen, von der Publikation an gerechnet, beim Regierungsrat des Kantons Zürich Rekurs erhoben werden. Die Rekurschrift muss einen Antrag und dessen Begründung enthalten.
- IV. Veröffentlichung dieser Verfügung einschliesslich Erwägungen im Amtsblatt.
- V. Mitteilung an folgende Parteien für sich sowie zuhanden der Rechtsträger bzw. bei Verbänden zuhanden ihrer Mitglieder (E):
- CSS Kranken-Versicherung AG, Tribschenstrasse 21, Postfach, 6005 Luzern
 - curafutura, Gutenbergstrasse 14, 3011 Bern
 - Einkaufsgemeinschaft HSK AG, Postfach, 8081 Zürich
 - Interessengemeinschaft der Geburtshäuser der Schweiz (IGGH-CH), c/o Geburtshaus Delphys, 8003 Zürich
 - H+ Die Spitäler der Schweiz, Lorrainestrasse 4 A, 3013 Bern
 - Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), Haus der Kantone, Speichergasse 6, Postfach, 3001 Bern



- santésuisse, Römerstrasse 20, 4502 Solothurn
- tarifsuisse ag, Lagerstrasse 107, 8004 Zürich
- VZK Verband Zürcher Krankenhäuser, Nordstrasse 15, 8006 Zürich

sowie an die Staatskanzlei.

Gesundheitsdirektion

Antragsbereinigung: durchgeführt nicht notwendig

IDG-Status: öffentlich nicht öffentlich