Verordnung über die ausserkantonalen Hospitalisierungen

vom 22.11.2017 (Stand 01.01.2018)

Der Staatsrat des Kantons Wallis

eingesehen Artikel 41 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG);

eingesehen das Gesetz über die Krankenanstalten und -institutionen vom 14. März 2014 (GKAI);
auf Antrag des Departements für Gesundheit, Soziales und Kultur,

verordnet:

1 Allgemeine Grundsätze

Art. 1 Gegenstand und Anwendungsbereich

[1] Gegenstand dieser Verordnung ist die finanzielle Beteiligung des Kantons an ausserkantonal durchgeführten Behandlungen, die der obligatorischen Krankenpflegeversicherung unterstehen, für die Versicherten, die im Wallis wohnen (im Folgenden: die Walliser Versicherten), in einem Listenspital im Sinne von Artikel 41 Absatz 1bis KVG oder im Fall von medizinischen Gründen im Sinne von Artikel 41 Absätze 3 und 3bis KVG.

[2] Vom Geltungsbereich dieser Verordnung ausgenommen sind Fälle, die anderen Versicherungen unterstehen, insbesondere Haftpflichtversicherung, Privatversicherungen und Sozialversicherungen (IVG, UVG usw.).

Art. 2 Definitionen

[1] Man versteht unter:

a) Listenspital: ein Spital, das auf der Walliser Liste oder auf der Liste seines Standortkantons steht;

* Änderungstabellen am Schluss des Erlasses

b) medizinischen Gründen: Notfälle und Fälle, in denen die erforderlichen Leistungen nicht in einem Spital erbracht werden können, das auf der Walliser Liste steht;

c) Notfall: Notfälle ausserhalb des Kantons Wallis, bei denen der Gesundheitszustand des Patienten es nicht erlaubt, ihn in ein Spital, das auf der Walliser Spitalliste für die betreffende Leistung aufgeführt ist, zu verlegen. Der Notfall dauert so lange an, als eine Verlegung in ein Spital, das auf der Walliser Liste steht, aus medizinischen Gründen nicht sinnvoll ist.

[2] Als Spitalbehandlung gelten:

a) die Spitalaufenthalte von einer Dauer von mindestens 24 Stunden für Untersuchungen, Behandlungen und Pflege;

b) die Spitalaufenthalte von einer Dauer von weniger als 24 Stunden, in deren Verlauf nachtsüber ein Bett belegt wird (Anwesenheit des Patienten um Mitternacht);

c) die Spitalaufenthalte von weniger als 24 Stunden im Fall einer Verlegung in ein anderes Spital oder im Todesfall.

[3] Als ambulante Behandlungen gelten Behandlungen, die nicht als Spitalbehandlungen betrachtet werden.

2 Finanzielle Beteiligung

Art. 3 Auf der Walliser Liste stehendes ausserkantonales Spital

[1] Im Fall einer ausserkantonalen Hospitalisierung eines Walliser Versicherten in einem Spital, das auf der Walliser Liste steht, übernimmt der Kanton seinen Anteil nach dem Tarif des behandelnden Spitals:

a) wenn es sich um eine Leistung handelt, die zum Auftrag gehört, der diesem Spital vom Kanton erteilt wurde;

b) wenn ein medizinischer Grund vorliegt.

[2] In den anderen Fällen übernimmt der Kanton seinen Anteil bis zur Höhe seiner Beteiligung, die er für eine Hospitalisierung in einem Spital übernehmen würde, das auf der Walliser Liste steht, für die betreffende Leistung zu den Referenztarifen, die vom Kanton jährlich festgelegt werden.

Art. 4 Nicht auf der Walliser Liste stehendes ausserkantonales Spital

[1] Im Fall einer ausserkantonalen Hospitalisierung eines Walliser Versicherten aus medizinischen Gründen in einem Spital, das nicht auf der Walliser Liste steht, übernimmt der Kanton seinen Anteil zum Tarif des behandelnden Spitals.

[2] Im Fall einer ausserkantonalen Hospitalisierung eines Walliser Versicherten in einem Spital, das für die betreffende Leistung auf der Liste des Standortkantons steht, nicht aber auf der Walliser Liste, übernimmt der Kanton höchstens den Anteil zum Referenztarif, der vom Kanton jährlich festgelegt wird.

[3] Es wird keine kantonale Beteiligung gewährt für die ausserkantonalen Hospitalisierungen von Walliser Versicherten in Spitälern, die nicht auf der Walliser Liste stehen, sofern diese Hospitalisierungen nicht unter die Absätze 1 oder 2 des vorliegenden Artikels fallen.

Art. 5 Finanzielle Beteiligung an spezifischen Leistungen

[1] Der Staatsrat erstellt eine Liste mit Leistungen, deren ambulante Durchführung in der Regel wirksamer, zweckmässiger und wirtschaftlicher ist als die stationäre.

[2] Der Kanton beteiligt sich gemäss den in der vorliegenden Verordnung vorgesehenen Modalitäten nur dann an den Kosten der stationären Durchführung von Leistungen gemäss der Liste in Abs. 1, wenn diese medizinisch begründet ist.

[3] Für eine Beteiligung des Kantons muss der behandelnde Arzt oder der Spitalarzt ein Gesuch anhand eines offiziellen Formulars an den Kanton übermitteln. Im Falle von Komplikationen, die aus einem ambulanten Aufenthalt einen stationären Aufenthalt machen, muss nach der Intervention ein begründetes Gesuch beim Kanton hinterlegt werden.

Art. 6 Kostengutsprache

[1] Die Beteiligung des Kantons zum Tarif des behandelnden Spitals wird nur gewährt, wenn vorgängig nach dem Verfahren, das im 4. Kapitel der vorliegenden Verordnung beschrieben ist, eine Kostengutsprache erteilt wurde.

[2] Unter Vorbehalt der finanziellen Beteiligung des Kantons an in Artikel 5 definierten Leistungen, welche maximal zum Referenztarif finanziert werden.

Art. 7 Dauer der Beteiligung

[1] Die Beteiligung des Kantons zum Tarif des behandelnden Spitals ist auf die Aufenthaltsdauer beschränkt, die von den Vertrauensärzten des Kantons genehmigt wird.

Art. 8 Privat- oder Halbprivatabteilungen

[1] Im Fall einer ausserkantonalen Hospitalisierung in einer Privat- oder Halbprivatabteilung sind die Regeln und die Tarife für die Patienten anwendbar, die ausserkantonal in einer Allgemeinabteilung hospitalisiert sind.

3 Medizinische und administrative Instanzen

Art. 9 Vertrauensärzte

[1] Das für den Bereich Gesundheit zuständige Departement (im Folgenden: das Departement), ernennt Vertrauensärzte.

[2] Die Vertrauensärzte prüfen und entscheiden über die Gesuche um Kostengutsprache, allfällige Gesuche um Änderung des Entscheids sowie um dessen Verlängerung.

[3] Wenn nötig, können sie Experten ihrer Wahl heranziehen.

[4] Die Vertrauensärzte werden vom Departement entschädigt.

Art. 10 Medizinische Kommission

[1] Eine medizinische Kommission analysiert besondere Fälle und entscheidet über Einsprachen. Sie besteht insbesondere aus dem Kantonsarzt und den Vertrauensärzten.

[2] Die administrative Unterstützung wird von der Dienststelle für Gesundheitswesen sichergestellt.

Art. 11 Schweigepflicht und Datenschutz

[1] Die medizinischen und administrativen Instanzen, die ermächtigt sind, bei der Anwendung dieser Verordnung mitzuwirken, müssen sich nach den für sie geltenden gesetzlichen Bestimmungen an die Schweigepflicht halten.

[2] Die genannten Instanzen müssen aufgrund der einschlägigen Gesetzgebung des Bundes und des Kantons auf den Datenschutz achten.

4 Verfahren

Art. 12 Informationspflicht des Arztes

[1] Der antragstellende Arzt, der eine ausserkantonale Behandlung vorschlägt, informiert den Patienten oder seinen gesetzlichen Vertreter über den Entscheid und dessen allfälligen finanziellen Folgen für den Patienten.

Art. 13 Vorgängiges Gesuch

[1] Für eine Beteiligung des Kantons zum Tarif des behandelnden Spitals muss der antragstellende Arzt, welcher eine ausserkantonale Hospitalisierung vorschlägt, zuvor ein Gesuch anhand eines offiziellen Formulars an den Vertrauensarzt stellen.

[2] Es muss folgende Angaben enthalten:

a) den Namen des Patienten, seine Koordinaten und den Namen des Versicherers;

b) die Begründung der ausserkantonalen Behandlung (Notfall, Leistung nicht verfügbar, Wunsch des Patienten usw.) mitsamt der Diagnose und einer Beschreibung der notwendigen medizinischen Behandlung;

c) die allfällige Zuständigkeit eines anderen Versicherers (IV, UV, Haftpflicht usw.);

d) das behandelnde Spital;

e) die voraussichtliche Dauer der Behandlung ausserhalb des Kantons;

f) das Eintrittsdatum;

g) das Datum des Gesuchs;

h) die Unterschrift und die vollständige Adresse des Arztes, der das Gesuch stellt.

[3] Dasselbe Verfahren gilt für die in Artikel 5 beschriebenen Fälle.

Art. 14 Notfall

[1] Bei Notfällen muss innerhalb von drei Tagen seit der Hospitalisierung beim Kanton nach demselben Verfahren ein Gesuch um Kostengutsprache zum Tarif des behandelnden Spitals eingereicht werden.

Art. 15 Entscheid

[1] Die Vertrauensärzte entscheiden nach der Prüfung der vorgängigen Gesuche über die Erteilung einer Kostengutsprache zum Tarif des behandelnden Spitals oder zum Referenztarif oder über deren Ablehnung.

[2] Für die in Artikel 5 beschriebenen Fälle entscheidet der Vertrauensarzt nach Prüfung der vorgängig hinterlegten Kostengutsprache über die Erteilung oder Ablehnung einer Kostengutsprache für eine stationäre Behandlung.

[3] Die Dienststelle für Gesundheitswesen teilt den Entscheid dem Gesuchsteller mit, welcher die Pflicht hat, den Patienten, das Spital und den Versicherer zu informieren.

Art. 16 Ausstand

[1] Ein Vertrauensarzt darf nicht über ein Gesuch um Kostengutsprache entscheiden, wenn Ausstandsgründe nach Artikel 10 des Gesetzes über das Verwaltungsverfahren und die Verwaltungsrechtspflege (VVRG) vorliegen.

Art. 17 Rechnung

[1] Die Rechnung wird der Dienststelle für Gesundheitswesen zugestellt.

[2] Die Rechnung muss die Aufteilung der Kosten zwischen dem Kanton, dem Versicherer und gegebenenfalls der Zusatzversicherung oder dem Patienten angeben und sie muss an jeden Zahler gerichtet werden.

[3] Fehlt eine Kostengutsprache zum Tarif des behandelnden Spitals, muss die Rechnung zu den Referenztarifen ausgestellt werden, die vom Kanton jährlich festgelegt werden.

Art. 18 Versicherer

[1] Bei Behandlungen ausserhalb des Kantons, bei denen die Übernahme der Kosten zum Tarif des behandelnden Spitals genehmigt wurde, übernehmen die Versicherer ihren Anteil zu diesem Tarif.

[2] Bei Behandlungen ausserhalb des Kantons, bei denen die Übernahme der Kosten zum Tarif des behandelnden Spitals nicht durch die Vertrauensärzte genehmigt wurde, handeln die Versicherer gemäss den Bestimmungen des KVG und entsprechend den allfälligen Zusatzversicherungen des Patienten.

Art. 19 Rechtsmittel

[1] Gegen die Entscheide der Vertrauensärzte können der Patient, sein gesetzlicher Vertreter, sein Versicherer, der das Gesuch stellende Arzt und in Ausnahmesituationen Angehörige des Patienten innert 30 Tagen nach der Zustellung bei der Ärztekommission Einsprache erheben.

[2] Gegen die Einspracheentscheide der Ärztekommission kann innert 30 Tage nach der Zustellung gemäss den Bestimmungen des Gesetzes über das Verwaltungsverfahren und die Verwaltungsrechtspflege beim Staatsrat Beschwerde eingereicht werden.

Art. 20

[2] Das Departement wird mit der Ausführung dieser Verordnung beauftragt.

Änderungstabelle - Nach Beschluss

Beschluss	Inkrafttreten	Element	Änderung	Quelle Publikation
22.11.2017	01.01.2018	Erlass	Erstfassung	BO/Abl. 48/2017

Änderungstabelle - Nach Artikel

Element	Beschluss	Inkrafttreten	Änderung	Quelle Publikation
Erlass	22.11.2017	01.01.2018	Erstfassung	BO/Abl. 48/2017