

6. Juli 2011

GEF C

1 1 9 0

Genehmigung des Anhangs 1 vom 27. September 2010 zum Vertrag vom 8. Februar 2010 zwischen dem Inselspital Bern und santésuisse betreffend Leistungsabgeltung nach APDRG¹ bei stationären Akutpatienten im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

1. Sachverhalt

- 1.1 Betreffend die Behandlung von stationären Patientinnen und Patienten im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung haben sich das Inselspital Bern und santésuisse auf den eingangs erwähnten neuen Anhang 1 geeinigt, der die Tarife für das Jahr 2011 anpasst. Die Vergütung erfolgt nach dem Patientenklassifikationssystem der All Patients Diagnosis Related Groups, Cost Weight Version 6.0 (APDRG).

Die Vertragspartner machen geltend, dass die anrechenbaren Kosten, welche nach Artikel 49 Absatz 1 KVG² ermittelt worden seien, eine gegenüber der letzten Berechnungsperiode um gerundete 1,6 Prozent tiefere APDRG-Pauschale (Baserate) für das Jahr 2011 ergeben. Dem Tarif wurde ein unveränderter Kostendeckungsgrad von 48 Prozent zu Grunde gelegt.

- 1.2 Mit Gesuch vom 26. Oktober 2010 ist die Gesundheits- und Fürsorgedirektion gebeten worden, den eingangs erwähnten Vertrag dem Regierungsrat zur Genehmigung zu beantragen.
- 1.3 Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion hat den Vertrag mit Blick auf Artikel 14 PÜG³ der Preisüberwachung geschickt. Mit Schreiben vom 30. März 2011 teilte diese mit, dass sie auf Grund des im KVG vorgesehenen Verhandlungsprimats einerseits sowie ihrer Prioritätensetzung andererseits auf die Abgabe einer Empfehlung verzichtet.

2. Erwägungen des Regierungsrates

- 2.1 Die zwischen Versicherern und Leistungserbringern abgeschlossenen Tarifverträge bedürfen nach Artikel 46 Absatz 4 KVG der Genehmigung durch die zuständige Kantonsregierung oder, wenn sie in der ganzen Schweiz gelten sollen, durch den Bundesrat.

Der vorliegende Anhang 1 vom 27. September 2010 gilt nicht für die ganze Schweiz, sondern nur für stationäre Behandlungen, die im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Inselspital Bern durchgeführt werden. Der Regierungsrat des Kantons Bern ist daher zur Genehmigung des eingereichten Vertrags zuständig und tritt auf das Gesuch vom 26. Oktober 2010 ein.

- 2.2 Am 1. Januar 2009 sind teilweise neue Bestimmungen des KVG in Kraft getreten. Gemäss Absatz 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007 (Spitalfinanzierung) müssen die Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen nach Artikel 49 Absatz 1 sowie die Anwendung der Finanzierungsregelung nach Artikel 49a mit Einschluss der Investitionskosten spätestens am 31. Dezember 2011 abgeschlossen sein. Weiter re-

¹ All Patient Diagnosis Related Groups

² Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10)

³ Preisüberwachungsgesetz vom 20. Dezember 1985 (PÜG, SR 942.20)



gelt Absatz 4 dieser Übergangsbestimmungen, dass die Kantone und Versicherer sich bis zu diesem in Absatz 1 festgelegten Einführungszeitpunkt entsprechend der vor der Gesetzesänderung geltenden Finanzierungsregelung an den Kosten der stationären Behandlungen beteiligen. Der Kanton Bern hat die neue Finanzierungsregelung noch nicht eingeführt. Daher stützt sich dieser Regierungsratsbeschluss hinsichtlich der Finanzierungsbestimmungen auf das KVG in der Fassung vor der Revision vom 21. Dezember 2007.

- 2.3 Dem zur Genehmigung beantragten neuen stationären Tarif für das Jahr 2011 ist eine gegenüber den Vorjahren unveränderte Kostenbeteiligung der Krankenversicherer von 48 Prozent der anrechenbaren Kosten zu Grunde gelegt, so dass diejenige des Kantons ebenfalls unverändert 52 Prozent betragen soll. Zu prüfen ist, ob diese Kostenbeteiligungen angemessen sind.

Gemäss Artikel 49 Absatz 1 KVG vereinbaren die Vertragsparteien für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einem Spital Pauschalen. Diese decken für Kantonseinwohnerinnen und Kantonseinwohner bei öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten je Patient oder Patientin oder je Versichertengruppe in der allgemeinen Abteilung.⁴

Die Rechtsprechung erachtet einen Kostendeckungsgrad von 46 Prozent als angemessen, wenn die Datenbasis der Spitäler bereits verhältnismässig gut ist, die Kosten der allgemeinen Abteilung indessen wegen fehlender Kostenträgerrechnungen nicht transparent ausgedrückt werden können.⁵ Auch gemäss den allgemeinen Empfehlungen der Preisüberwachung, welche in einer Publikation öffentlich zugänglich gemacht wurden, gelangt bei Spitälern mit einer guten Kostenstellenrechnung und guten Verständlichkeit der Unterlagen ein Kostendeckungsgrad von 46 Prozent zur Anwendung. Bei einer Kostenträgerrechnung ist gemäss Preisüberwachung indes je nach Qualität und Nachvollziehbarkeit der Unterlagen sowie der Vollständigkeit der Leistungserfassung ein Kostendeckungsgrad zwischen 47 und 50 Prozent möglich.⁶ Einen Deckungsgrad von 50 Prozent erachten die Rechtsprechung und die Preisüberwachung jedoch erst dann als gerechtfertigt, wenn vollständige Kostentransparenz besteht. Insbesondere soll sichergestellt werden, dass nur jene Kosten in die obligatorische Krankenpflegeversicherung einfließen, welche gemäss KVG anrechenbar sind. Deshalb sind die Anforderungen an die Datentransparenz hoch, namentlich auch an deren Qualität, Nachvollziehbarkeit und Vollständigkeit. Aus diesem Grund kommen die Rechtsprechung und die Preisüberwachung bei der Beurteilung der Einzelfälle grundsätzlich zu einem maximalen Kostendeckungsgrad von 48 Prozent.⁷

Das Inselspital führt (seit dem Jahr 2006) eine fallorientierte Kostenträgerrechnung (REKOLE®⁸) und erfasst die medizinischen und pflegerischen Leistungen vollständig. Wie eine Qualitätsprüfung bezüglich Umsetzung der Kostenträgerrechnung nach REKOLE®-Standard im Auftrag der Gesundheits- und Fürsorgedirektion gezeigt hat, verfügt das Inselspital über eine sehr gute Kostenträgerrechnung. Damit sind die von der Preisüberwachung geforderten und von der Rechtsprechung bestätigten Voraussetzungen für einen Kostendeckungsgrad von 48 Prozent erfüllt. Der Regierungsrat kommt daher zum Schluss, dass die Parteien ihren Tarifberechnungen zu Recht eine Kostenbeteiligung der Krankenversicherer in dieser Höhe zu Grunde gelegt haben.

- 2.4 Der von den Vertragsparteien zur Genehmigung beantragte Anhang 1 vom 27. September 2010 senkt die Baserate für das Jahr 2011 für stationäre Behandlungen im Inselspital Bern gegenüber derjenigen des Vorjahres um gerundete 1,6 Prozent.

⁴ Art. 49 Absatz 1 KVG in der Fassung vor der Revision vom 21. Dezember 2007 (vgl. Erw. 2.2)

⁵ Vgl. VPB 66 Nr. 78 Seite 927, Entscheid des Bundesrates vom 19.12.2001 betreffend Festsetzung der Pauschalen in der allgemeinen Abteilung der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler des Kantons Zürich und Entscheid des Bundesrates vom 25. Juni 2008 betreffend Festsetzung der Tarife für stationäre Behandlungen in der allgemeinen Abteilung der Klinik St. Anna, Luzern, S. 11

⁶ vgl. Dokument „Praxis des Preisüberwachers bei der Prüfung von stationären Spitaltarifen“, Hrsg. Preisüberwacher, Dezember 2006, S. 32

⁷ Vgl. Entscheid des Bundesrates vom 25. Juni 2008, a.a.o., S.11 und Preisüberwachung, a.a.o., S. 31

⁸ REKOLE®: Revision der Kostenrechnung und Leistungserfassung

Zu prüfen ist, ob die Parteien bei der Vereinbarung des Tarifs auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung gemäss Artikel 43 Absatz 4 KVG geachtet haben.

Betreffend Tarifgestaltung halten Artikel 59c Absatz 1 Buchstaben a und b KVV⁹ zudem fest, dass der Tarif höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken darf (Bst. a) und dass er höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken darf (Bst. b).

Die gesetzliche Vorgabe der betriebswirtschaftlichen Bemessung der Tarife verankert somit das Prinzip einer aufwand- und verursachergerechten Leistungsentschädigung und will zudem verhindern, dass durch ineffiziente Betriebsführung entstandene Kosten auf die Krankenversicherung überwälzt werden.¹⁰

Betreffend Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einem Spital regelt Artikel 49 Absatz 1 KVG, dass die Leistungserbringer und die Versicherer Pauschalen vereinbaren. Diese decken für Kantonseinwohnerinnen und -einwohner bei öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten je Patient oder Patientin oder je Versichertengruppe in der allgemeinen Abteilung.

Zur Ermittlung der anrechenbaren Kosten im Sinne von Artikel 49 Absatz 1 Satz 2 KVG ist im Wesentlichen auf die Betriebskosten abzustellen. Mit den anrechenbaren Kosten sind die Kosten des Spitals gemeint, für welches konkret ein Tarif gelten soll. Dabei ist auf tatsächlich erbrachte, nicht bloss auf fiktive zukünftige Leistungen abzustellen, ebenso auf die aktuellsten. Soweit vorhanden, sind Rechnungsdaten zu den Spalkosten heranzuziehen. Es sind auch Kosten anrechenbar, die auf Budgetdaten basieren, sofern diese Kosten ausgewiesen sind und im Tarifjahr wirksam werden. Die anrechenbaren Kosten sind ferner im Zeitpunkt des Vertragsschlusses zu ermitteln.¹¹

Aus den von den Vertragsparteien zugestellten Berechnungsunterlagen¹², mit welchen der Anstieg der anrechenbaren Kosten begründet und der neue Tarif berechnet wird, ergibt sich für den Regierungsrat folgende Veränderung der anrechenbaren Kosten nach Artikel 49 KVG betreffend die Behandlung von stationären Patientinnen und Patienten:

Ausgewiesene Gesamtkosten gemäss Rechnung 2009 ¹³	in Fr. zu 100%	620'499'181
Abzüge von santésuisse (nicht anrechenbare Anlagennutzungskosten, Kosten für Lehre und Forschung, Mehrkosten Zusatzversicherte u.a.) gemäss Spitaltaxmodell ¹⁴	in Fr.	-198'894'636
Anrechenbare Kosten gemäss KVG aus der Rechnung 2009	in Fr. zu 100%	421'604'545
	in Fr. zu 48% ¹⁵	202'370'182
Anrechenbare Kosten gemäss KVG aus der Rechnung 2008 ¹⁶	in Fr. zu 100%	406'172'955
	in Fr. zu 48%	194'963'018
Veränderung der anrechenbaren Kosten	in %	~3,8

⁹ Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV, SR 832.102)

¹⁰ SBVR XIV-Meyer, Soziale Sicherheit, Eugster, Rz 882

¹¹ Meyer, a.a.O.; Rz 909

¹² Kostenträgerrechnungen des Inselspitals, Aufstellungen der nicht anrechenbaren Kosten etc.

¹³ Die Tarifberechnungen für das Jahr x basieren jeweils auf den Kostendaten des Jahres x-2, vgl. Art. 9 Abs. 5 und Art. 15 VKL

¹⁴ Das Spitaltaxmodell ist das offizielle Tarifberechnungsmodell von santésuisse und wird von der Preisüberwachung anerkannt. Darin sind u.a. auch die Art und Höhe der Abzüge definiert.

¹⁵ Kostendeckungsgrad von 48% gemäss Erwägung 2.3

¹⁶ Vgl. Regierungsratsbeschluss Nr. 385 vom 2. März 2011

Trotz höheren anrechenbaren Kosten ergeben jedoch die Berechnungen aufgrund des gegenüber dem Vorjahr gestiegenen Casemix¹⁷ eine tiefere Baserate¹⁸:

Baserate 2010	in Fr.	4'650
Baserate 2011	in Fr.	4'576
Veränderung der Baserate	in %	~ -1,6

Der Regierungsrat kommt zum Schluss, dass die Parteien die Tarifsenkung von gerundeten 1,6 Prozent gegenüber dem mit Regierungsratsbeschluss Nr. 385 vom 2. März 2011 genehmigten Tarif für die stationäre Behandlung von Kantonseinwohnerinnen und Kantonseinwohnern korrekt ermittelt haben.

- 2.5 Die rechte Spalte von Ziffer 1 Absatz 4 des zu genehmigenden Anhangs 1 regelt die APDRG-Pauschale (Baserate) für ausserkantonale Behandlungen aus medizinischen Gründen im Jahr 2011. Dabei handelt es sich um die gleiche Pauschale wie für die Behandlung von Kantonseinwohnerinnen und Kantonseinwohnern (vgl. mittlere Spalte von Ziffer 1 Absatz 4 in Anhang 1).

Beansprucht die versicherte Person aus medizinischen Gründen die Dienste eines ausserhalb ihres Wohnkantons befindlichen öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals, so übernimmt der Wohnkanton die Differenz zwischen den in Rechnung gestellten Kosten und den Tarifen des betreffenden Spitals für Einwohner und Einwohnerinnen des Kantons.¹⁹ Daraus ergibt sich, dass die Versicherer für Patientinnen und Patienten, die sich aus medizinischen Gründen ausserkantonale behandeln lassen, den Tarif des betreffenden Spitals für Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons übernehmen müssen.

An diese Bestimmung haben sich die Vertragsparteien gehalten. Der Regierungsrat genehmigt daher die Pauschale, welche die Parteien für ausserkantonale Behandlungen aus medizinischen Gründen im Jahr 2011 vereinbart haben.

- 2.6 Gesamthaft kommt der Regierungsrat zum Schluss, dass die Tarife für das Jahr 2011 betriebswirtschaftlich korrekt bemessen sind im Sinn von Artikel 43 Absatz 4 KVG und dass der vorliegende Anhang 1 mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht. Er kann daher nach Artikel 46 Absatz 4 KVG genehmigt werden.

Aufgrund dieser Erwägungen beschliesst der Regierungsrat:

1. Der Anhang 1 vom 27. September 2010 zum Vertrag vom 8. Februar 2010 zwischen dem Inselspital Bern und santésuisse betreffend Leistungsabgeltung nach APDRG bei stationären Akutpatienten im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung wird genehmigt.
2. Dieser Beschluss wird dem Inselspital Bern und santésuisse eröffnet.
3. Die Ziffer 1 des Dispositives wird im Amtsblatt des Kantons Bern veröffentlicht.

¹⁷ Der Casemix ist die Summe aller Kostengewichte (= Austritte multipliziert mit dem Schweregrad der Behandlung). Im Jahr 2008 betrug der Casemix 41'534 und im 2009 44'227 (bei gleicher Kostengewichte Version 6.0).

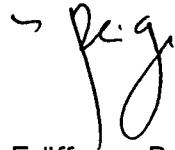
¹⁸ Die Baserate wird folgendermassen berechnet: Anrechenbare Kosten dividiert durch den Casemix.

¹⁹ Art. 41 Abs. 3 KVG in der Fassung vor der Revision vom 21. Dezember 2007 (vgl. Erw. 2.2)

An die Gesundheits- und Fürsorgedirektion

Für getreuen Protokollauszug

Der Staatsschreiber:

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'P. G.', written in a cursive style.

Rechtsmittelbelehrung: Gegen diesen Beschluss kann innert 30 Tagen seit Eröffnung Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht erhoben werden. Sie ist doppelt einzureichen beim Bundesverwaltungsgericht, Abteilung III, Postfach, 3000 Bern 14, und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Beschlusses und die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit der Beschwerdeführer sie in Händen hält.