

11. August 2010

GEF C

1 1 3 6 **Genehmigung des Anhangs 1 vom 27. August 2009 zum Vertrag vom 14. September 2006 zwischen santésuisse und der Rehabilitationsklinik Schönberg, Gunten, betreffend die stationäre Behandlung in der allgemeinen Abteilung**

**1. Sachverhalt**

- 1.1 Betreffend die Behandlung von stationären Patientinnen und Patienten in der allgemeinen Abteilung haben sich santésuisse und die Rehabilitationsklinik Schönberg am 27. August 2009 auf den eingangs erwähnten neuen Anhang 1 geeinigt, der die Tarife anpasst.

Die Vertragspartner machen geltend, dass die anrechenbaren Kosten, welche nach Artikel 49 Absatz 1 KVG<sup>1</sup> ermittelt worden seien, gegenüber der letzten Berechnungsperiode gestiegen seien. Aus diesem Grund sei der Tarif ab dem Jahre 2010 zu erhöhen.

- 1.2 Mit Gesuch vom 18. September 2009 wurde die Gesundheits- und Fürsorgedirektion gebeten, diesen neuen Anhang dem Regierungsrat zur Genehmigung zu beantragen.

- 1.3 Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion schickte den Anhang 1 mit Blick auf Artikel 14 PÜG<sup>2</sup> an die Preisüberwachung zur Stellungnahme. Mit Schreiben vom 5. November 2009 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. August 2009 gilt nicht für die ganze Schweiz, sondern nur für stationäre Behandlungen in der allgemeinen Abteilung der Rehabilitationsklinik Schönberg. Der Regierungsrat des Kantons Bern ist daher zur Genehmigung des eingereichten neuen Anhangs zuständig und tritt auf das Gesuch vom 18. September 2009 ein.

- 2.2 Auf den 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 regelt 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.

<sup>1</sup> Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10)

<sup>2</sup> Preisüberwachungsgesetz vom 20. Dezember 1985 (PÜG, SR 942.20)



- 2.3 Dem zur Genehmigung beantragten neuen stationären Tarif ist eine Kostenbeteiligung der Krankenversicherer von 96 Prozent der anrechenbaren Kosten zu Grunde gelegt. Zu prüfen ist, ob dieser Kostendeckungsgrad angemessen ist.

Artikel 49 Absatz 1 KVG in der gemäss Erwägung 2.2 anwendbaren Fassung bestimmt, dass die Parteien für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einem Spital Pauschalen vereinbaren. Diese decken für alle Patientinnen und Patienten bei Spitälern, die keine Beiträge der öffentlichen Hand erhalten, die gesamten anrechenbaren Kosten inklusive den Investitionskosten je Patient oder Patientin oder je Versicherungengruppe in der allgemeinen Abteilung.

Der Bundesrat erachtet in seiner Rechtsprechung einen Kostendeckungsgrad von 46 Prozent<sup>3</sup> resp. 92 Prozent<sup>4</sup> als angemessen, wenn die Datenbasis der Spitäler bereits verhältnismässig gut ist, die Kosten der allgemeinen Abteilung indessen wegen fehlender Kostenträgerrechnungen nicht transparent ausgeschieden werden können.<sup>5</sup> Auch gemäss den allgemeinen Empfehlungen der Preisüberwachung, welche in einer Publikation öffentlich zugänglich gemacht wurden, gelangt bei Spitälern mit einer guten Kostenstellenrechnung ein Kostendeckungsgrad von 46 resp. 92 Prozent zur Anwendung. Werden die medizinischen und pflegerischen Leistungen vollständig erfasst (sog. Kostenträgerrechnung), erachtet die Preisüberwachung indes einen maximalen Kostendeckungsgrad von 48 resp. 96 Prozent als angemessen.<sup>6</sup>

Da die Rehabilitationsklinik Schönberg in Gunten eine fallorientierte Kostenträgerrechnung (REKOLE<sup>7</sup>) führt und somit eine vollständige Erfassung der medizinischen und pflegerischen Leistungen ausweisen kann, kommt der Regierungsrat zum Schluss, dass der von der Preisüberwachung geforderte Detaillierungsgrad für einen Kostendeckungsgrad von 96 Prozent erfüllt ist. Die Parteien haben ihren Tarifberechnungen daher zu Recht einen Kostendeckungsgrad in dieser Höhe zu Grunde gelegt.

- 2.4 Der von den Vertragsparteien zur Genehmigung beantragte Anhang 1 vom 27. August 2009 führt zu einer Tarifanpassung von 2,8 Prozent.

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 KVV<sup>8</sup> in dieser Hinsicht 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 überwältigt werden.<sup>9</sup>

Die Rehabilitationsklinik Schönberg ist keine öffentliche oder öffentlich subventionierte Institution gemäss Artikel 49 Absatz 1 KVG. Bei privat getragenen Kliniken muss der Subventionsausfall vollumfänglich durch höhere Leistungen der sozialen Krankenversicherung

---

3 bei öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern

4 bei Spitälern, die keine Beiträge der öffentlichen Hand erhalten

5 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

6 vgl. Dokument „Praxis des Preisüberwachers bei der Prüfung von stationären Spitaltarifen“, Hrsg. Preisüberwacher, Dezember 2006, Ziffer 3.4.1

7 REKOLE: Revision der Kosten- und Leistungsrechnung

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

9 SBVR XIV-Meyer, Soziale Sicherheit, E Rz. 882

ausgeglichen werden.<sup>10</sup> Der Tarif hat die gesamten anrechenbaren Kosten in der allgemeinen Abteilung des betreffenden Privatspitals mit Leistungsauftrag (gemäss Spitalliste nach Art. 39 Abs. 1 Bst. e KVG) zu decken.<sup>11</sup> Private, nicht öffentlich subventionierte Kliniken mit Leistungsauftrag und allgemeiner Abteilung haben daher einen Anspruch auf kostendeckende Tarife.<sup>12</sup> Die Investitionskosten sind somit bei nicht öffentlich subventionierten Listenspitalern an die Betriebskosten anzurechnen.<sup>13</sup>

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 Spitalkosten 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.<sup>14</sup>

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion hat die von den Parteien zugestellten Berechnungsunterlagen geprüft. Aus dieser Prüfung ergeben sich für den Regierungsrat folgende anrechenbare Kosten gemäss Artikel 49 Absatz 1 KVG betreffend die Behandlung von stationären Patientinnen und Patienten:

|   |                              |            |
|---|------------------------------|------------|
| Ausgewiesene Gesamtkosten gemäss Rechnung 2008 <sup>a</sup>   | in Fr. zu 100%               | 13'175'942 |
| Abzüge von santésuisse (zusätzlich nicht anrechenbare Investitionskosten, direkte Erlöse aus Leistungen, Mehrkosten Zusatzversicherte u.a.) gemäss Spitaltaxmodell <sup>b</sup> | in Fr.                       | - 382'744  |
| Anrechenbare Kosten gemäss KVG aus der Rechnung 2008  | in Fr. zu 100%               | 12'793'198 |
|   | in Fr. zu 96% <sup>15</sup>  | 12'281'442 |
| Anrechenbare Kosten gemäss KVG aus der Rechnung 2006  | in Fr. zu 100%               | 12'357'693 |
|   | in Fr. zu 96%                | 11'863'385 |
| Veränderung der anrechenbaren Kosten  | in %                         | +3,5       |
| Tarif 2008 und 2009   | in Fr. pro Tag <sup>16</sup> | 393        |
| Tarif ab 2010   | in Fr. pro Tag               | 404        |
| Veränderung Tarif   | in %                         | +2,8       |

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

<sup>b</sup> 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.

Auf Grund der Prüfung der von den Parteien eingereichten Tarifberechnungsunterlagen (Kostenrechnung der Klinik, Aufstellungen der nicht anrechenbaren Kosten, etc.) kommt der Regierungsrat zum Schluss, dass die Parteien die Tarifierhöhung von 2.8 Prozent gegenüber dem mit Regierungsratsbeschluss Nr. 749 vom 19. Mai 2010 genehmigten Tarif korrekt ermittelt haben. Damit ist vorliegend Artikel 43 Absatz 4 KVG erfüllt, wonach auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung der Tarife zu achten ist. Der Regierungsrat genehmigt daher den Tarif von Fr. 404.-- pro Tag, welchen die Parteien für die stationäre Behandlung ab dem Jahr 2010 vereinbart haben.

<sup>10</sup> Meyer, a.a.O.; E Rz. 908 und Jean-Louis Duc in Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung 1996, S. 296

<sup>11</sup> Meyer, a.a.O.; E Rz. 908 und RKUV 2003 KV 245 121, 130 E. II/6.3

<sup>12</sup> Meyer, a.a.O.; E Rz. 908

<sup>13</sup> Meyer, a.a.O.; E Rz. 916

<sup>14</sup> Meyer, a.a.O.; E Rz. 909

<sup>15</sup> Kostendeckungsgrad von 96% gemäss Erwägung 2.3

<sup>16</sup> Per 2010 haben die Parteien neu eine Abgeltung pro Tag vereinbart. Die vereinbarte und am 19. Mai 2010 durch den Regierungsrat genehmigte Nachtpauschale 2008 und 2009 von Fr. 415.-- entspricht einer Tagespauschale von Fr. 393.--

**Aufgrund dieser Erwägungen beschliesst der Regierungsrat:**

1. Anhang 1 vom 27. August 2009 zum Vertrag vom 14. September 2006 zwischen santésuisse und der Rehabilitationsklinik Schönberg betreffend die stationäre Behandlung in der allgemeinen Abteilung wird genehmigt.
2. Dieser Beschluss wird der Rehabilitationsklinik Schönberg und santésuisse eröffnet.
3. Ziffer 1 des Dispositives wird im Amtsblatt des Kantons Bern veröffentlicht.

An die Gesundheits- und Fürsorgedirektion

Für getreuen Protokollauszug

Der Staatsschreiber:



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.